

Henry G. Harder, Liz R. Scott

Umfassendes Disability Management

1. Auflage 2009

274 Seiten, Broschur 164 x 234 mm

ISBN 978-3-906413-56-3

Die Publikation erschien im interact Verlag, dem Fachverlag der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit und ist als Open Access erhältlich.

Das Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Lizenz:



- Name muss genannt werden
- keine kommerzielle Nutzung erlaubt
- keine Derivate (Änderungen) erlaubt

interact

Hochschule Luzern

Soziale Arbeit

interact Verlag
Hochschule Luzern – Soziale Arbeit
Werftstrasse 1
Postfach 2945
6002 Luzern
www.hslu.ch/interact

Webshop: www.interact-verlag.ch

Henry G. Harder, Liz R. Scott

Das vorliegende Fachbuch ist die deutsche Übersetzung des englischsprachigen Standardwerks zum Disability Management. Es vermittelt den aktuellen Stand des Wissens und der Methodik des Disability Management. Neben dem leicht gekürzten Originaltext enthält es drei Kapitel zur Situation des Disability Managements in Deutschland, Österreich und der Schweiz.

Grössere Unternehmen und Organisationen benötigen Disability Management-Programme und somit Fachpersonen mit den notwendigen Kompetenzen, denn die finanziellen und personellen Folgen von Gesundheitsbeeinträchtigungen sind beachtlich. So sollte alles daran gesetzt werden, die Auswirkungen von gesundheitlicher Beeinträchtigung auf Einzelpersonen und Organisationen zu verringern. Das Werk behandelt bewährte Techniken des Disability Managements für Praktiker/innen. Es stellt das erste theoretische Modell dieser sich entwickelnden Disziplin vor und gibt praktische Beispiele, wie Disability Management-Programme eingeführt und effizient umgesetzt werden können. Der Disability Management-Prozess wird besprochen einschliesslich der Einleitung eines Antragsverfahrens, des Antragsmanagements, des Return to Work und der Rehabilitation. Auch wichtige Aspekte der Datenanalyse und Qualitätssicherung bei der Programmevaluierung werden berücksichtigt.

Das Originalwerk ist unter dem Titel **Comprehensive Disability Management** erschienen. Diese Übersetzung wird in Vereinbarung mit Elsevier publiziert.



ISBN 978-3-906413-56-3

Umfassendes Disability Management

Henry G. Harder, Liz R. Scott

Umfassendes Disability Management



mit Beiträgen von Esther Wermuth,
Tosca Wendt, Peter Baumeister

interact

Hochschule Luzern

Soziale Arbeit

Umfassendes Disability Management
Henry G. Harder, Liz R. Scott (Hrsg.)



Umfassendes Disability Management

Henry G. Harder, Liz R. Scott (Hrsg.)

This edition of **Comprehensive Disability Management** by **Henry G. Harder, EdD, MA, BEd** and **Liz R. Scott, PhD, MEng, MBA, MSc, BSc, COHN-C, CRSP, RN** is published by arrangement with Elsevier Limited.

Diese Ausgabe des Werks **Comprehensive Disability Management** von **Henry G. Harder, EdD, MA, BEd** and **Liz R. Scott, PhD, MEng, MBA, MSc, BSc, COHN-C, CRSP, RN** wird in Vereinbarung mit Elsevier Limited publiziert.

ISBN des Originalwerks: 0 443 10113 2

© 2005, Elsevier Limited. All rights reserved.

Die Übersetzung dieser Publikation wurde ermöglicht durch Beiträge von



Helsana

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

© für die deutschsprachige Ausgabe 2009 interact Luzern

Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

www.hslu/interact

Übersetzung: Bettina Honegger, Neuchâtel

Fachlektorat: Esther Wermuth und Alex Willener

Korrekturen: Andreas Vonmoos Textkorrektur Terminus, Luzern

Gestaltung: Cyan GmbH, Luzern

Druck: UD Druck

Papier: Cyclus Offset weiss matt (hergestellt aus 100% entfärbtem Altpapier)

ISBN 978-3-906413-56-3

Henry G. Harder ist Ausserordentlicher Professor und Lehrstuhlinhaber für Disability Management und Psychologieprogramme an der University of Northern British Columbia, Kanada.

Liz R. Scott ist Inhaberin der Firma Organizational Solutions, Burlington, Ontario und Teilzeitdozentin an der Ryerson University Toronto und der McGill University, Montreal, Kanada.

Inhaltsverzeichnis

8	Vorwort zur deutschen Fassung
11	Einleitung
15 1	Disability Management Geschichte und Entwicklung
29 2	Komponenten des Disability Management
45 3	Ein Begriffsmodell für Disability Management
65 4	Disability Management im Unternehmen
87 5	Disability Management und Prävention
103 6	Programmentwicklung
117 7	Frühe Intervention
131 8	Anspruchserhebung
137 9	Anspruchs- und Case Management

Return to Work	10	153
Rehabilitation	11	169
Die Pflicht Arbeitsanpassungen vorzunehmen	12	183
Programmevaluation	13	189
Kommunikation	14	207
Ethik im Disability Management	15	225
Disability Management in Deutschland Die Verankerung im deutschen Rechtssystem von Prof. Dr. Peter Baumeister	16	239
Disability Management in Österreich von Horst Geyer, Herbert Korvas und Tosca Wendt	17	249
Disability Management in der Schweiz Stand und Entwicklung von Esther Wermuth	18	261

Vorwort zur deutschen Fassung

Das vorliegende Werk ist dank der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit dreier Bildungseinrichtungen auf dem Gebiet des Disability Management zustande gekommen. Die SRH Hochschule Heidelberg, Fakultät Sozial- und Verhaltenswissenschaften, die FH Campus Wien, Kompetenzzentrum Soziale Arbeit und die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, Institut WDF und Interact Verlag, haben das kanadische Standardwerk zum Disability Management übersetzen lassen und mit eigenen Beiträgen zur Situation in den deutschsprachigen Ländern ergänzt.

Mit einer rein «technischen» Übersetzung, die sich hundertprozentig an das Original gehalten hätte, wäre der deutschsprachigen Leserschaft nicht gedient gewesen. In enger Zusammenarbeit mit dem Verlag und Henry Harder wurden sprachliche Details bereinigt, Kürzungen vorgenommen, wo die Detailliertheit kanadischer Rahmenbedingungen den Blick auf den methodischen Kern verstellte oder Ergänzungen gemacht, wo aus europäischer Sicht etwas fehlte. Dennoch ist und bleibt es mit dem Hintergrund und den vielen Beispielen ein nordamerikanisches Werk, das nicht eins zu eins auf die Praxis in den deutschsprachigen Ländern übertragen werden kann. Der/die Leser/in wird sich seine eigenen Gedanken machen müssen, wie die einzelnen Aspekte der Methodik oder die Fallbeispiele auf den jeweiligen Kontext bezogen werden können. In diesem Sinne handelt es sich um ein im besten Sinne inspirierendes Werk, dessen methodischer Kern über die Landesgrenzen hinweg Bestand hat, das aber für die jeweilige Praxis weiterentwickelt und angepasst werden muss.

Im Einzelnen sind zur vorliegenden deutschen Fassung folgende Anmerkungen von Belang:

- In Kapitel 8 und 12 wurden jene Abschnitte weggelassen, die sich ausführlich mit dem kanadischen Recht befassen und wenig Übertragung auf die Verhältnisse in den deutschsprachigen Ländern zulassen. Hinweise zu den jeweiligen rechtlichen Voraussetzungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz finden sich in unterschiedlicher Ausführlichkeit in den länderspezifischen Beiträgen.
- Ganz weggelassen wurde Kapitel 16 des Originals, wo unter dem Titel «Future Trends in Disability Management» Autoren aus Australien und der Schweiz Angaben zum Disability Management in ihren jeweiligen Ländern und Autoren aus Kanada arbeitsfeldspezifische Ausführungen machen.

- In Fällen, in denen Anglizismen hierzulande bereits verwendet werden oder die Übersetzung von festen Begriffen zu Holprigkeiten geführt hätte, haben wir uns dazu entschieden, Anglizismen zu verwenden. Dies gilt insbesondere für «Return to Work» und «Graduate Return to Work» (schrittweise Rückkehr an die Arbeit).
- Die englischsprachigen Bezeichnungen für die Fachperson des Disability Managements «Disability management practitioner» und «DM practitioner» wurden übersetzt mit «Disability Manager/in» und «DM-Fachperson».
- Soweit möglich und praktikabel wurde versucht, eine geschlechtsneutrale Schreibweise zu verwenden, was zwar zulasten der sprachlichen Eleganz ging, dafür aber der Geschlechtergerechtigkeit entgegenkommt.

Wir danken der Autorin und dem Autor Liz R. Scott und Henry Harder für die gute Zusammenarbeit und die Möglichkeit, den Originaltext für das deutschsprachige Publikum zu verändern. Dank gilt auch Peter Baumeister und der SRH Hochschule Heidelberg sowie Tosca Wendt und der FH Campus Wien für die Mitarbeit und ihre Beiträge in diesem Werk.

Luzern, im Juli 2009

Esther Wermuth

Alex Willener

Hochschule Luzern – Soziale Arbeit



Einleitung

Disability Management (DM) ist eine junge, neu aufkommende Disziplin, deren Bedeutung von allen Industrieländern anerkannt worden ist. Arbeitgebende und Fachleute aus verschiedensten Berufen haben sich das Disability Management begeistert angeeignet. So wird das DM nun von Ergotherapeuten, Bewegungstherapeutinnen, Krankenpflegern, Versicherungsspezialistinnen, Psychologen, Expertinnen für Wiedereingliederung und Personen mit keiner bestimmten Ausbildung ausgeübt. DM-Fachpersonen haben einen bedeutenden Einfluss auf die finanziellen Kosten und menschlichen Einbussen von Arbeitsunfähigkeit. Die meisten Grossunternehmen benötigen ein DM-Programm und sind somit zu dessen Umsetzung auf Personen mit den notwendigen Qualifikationen, Kompetenzen und Kenntnissen angewiesen. Einer der entscheidenden Punkte, die Aufmerksamkeit verdienen, sind die finanziellen Kosten von Arbeitsunfähigkeit. Aber auch die menschlichen Einbussen sind ziemlich dramatisch, weshalb alles daran gesetzt werden sollte, die Auswirkungen von Arbeitsunfähigkeit auf Einzelpersonen zu verringern. Angesichts der Wichtigkeit dieser Aufgabe, ist es verblüffend, dass bis jetzt noch nicht mehr Hilfsmittel und Ausbildungsmöglichkeiten angeboten werden. Dies beginnt sich jedoch zu ändern.

Es ist erkannt worden, dass eine spezifische Ausbildung in Disability Management benötigt wird, sofern die neu aufkommende Disziplin weiter wächst und sich zu einem vollständig anerkannten Beruf entwickelt. Infolge dessen werden nun in Europa, Kanada, den USA und Australien auf verschiedenen Ausbildungsstufen Lehrgänge für das Disability Management angeboten. Das explosionsartige Entstehen von Ausbildungsmöglichkeiten und das Aufkommen von Disability Management als Berufswahl liessen erkennen, dass ein Mangel an entsprechenden Lehrmitteln zu Unterrichtszwecken besteht. Dieses Buch möchte diese Lücke schliessen und Studierenden, Forschenden und DM-Fachpersonen ein wertvolles Hilfsmittel sein.

Zuerst soll ein Überblick über die Geschichte des Disability Management gegeben werden. Dann wird ein theoretisches Begriffsmodell für diesen sich schnell entwickelnden Beruf vorgestellt. Es werden praktische Beispiele gegeben, wie ein DM-Programm effizient umgesetzt und durchgeführt werden kann. Danach wird das ganze Spektrum des Disability Management abgedeckt, was eine Rollendefinition und Diskussionen um die wichtigsten Komponenten des DM wie Kommunikation, Anspruchserhebung, Anspruchsmanagement, *Return to Work*, Rehabilitation, Datenanalyse, Unternehmenskultur, Qualitätssicherung und vollständige Programmevaluation beinhaltet. Das Buch ist umfassend und deckt das gesamte Spektrum von Arbeitsunfähigkeit ab angefangen bei der Prävention bis hin zur Rückkehr an die Arbeit, da ein erfolgreiches DM unserer Meinung nach ein umfassendes Disability Management ist.

Zielpublikum

Dieses Buch wurde für Disability-Management-Lehrgänge auf Hochschulstufe sowie als Hilfsmittel für DM-Fachpersonen geschrieben. Es wird ausserdem von Interesse sein für Versicherungen und DM-Berater/innen.

Überblick

In Kapitel 1 wird dem/der Leser/in Unterstützung darin geboten, die Entwicklung des DM zu verstehen. Es umfasst einen Überblick darüber, wie Menschen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung in der Vergangenheit behandelt worden sind, wobei auch die Einstellung der Gesellschaft, durch die ein solcher Umgang mit gesundheitlich beeinträchtigten Menschen zustande gekommen ist, berücksichtigt wird. Des Weiteren wird der Fortschritt im Bereich des Disability Management beleuchtet.

In Kapitel 2 werden die entscheidenden Komponenten des DM umrissen. Es werden die für ein erfolgreiches DM notwendigen Elemente diskutiert, angefangen bei der Prävention bis hin zur Rückkehr an die Arbeit, wobei der Bedarf an Datenanalysen und Programmevaluation betont wird.

In Kapitel 3 wird ein theoretisches Begriffsmodell vorgestellt. Das Arbeitsumfeld und das Leben der Einzelpersonen in der heutigen Gesellschaft sind extrem kompliziert. Das Modell erkennt diese Tatsache an und legt grossen Wert darauf, dass DM-Fachpersonen mit einem solchen vielschichtigen Umfeld vertraut sind und effizient darin arbeiten können. Es wird betont, wie wichtig es ist, sich mit der ganzen Person auseinanderzusetzen einschliesslich deren persönlichen Beziehungsnetzes.

In Kapitel 4 wird aufgezeigt, wie das Disability Management innerhalb einer Organisation funktioniert. Um die Funktion des DM in einen angemessenen Kontext zu stellen, geben wir einen Überblick über die grundlegenden Tätigkeiten eines Unternehmens, wobei wir auch darauf Bezug nehmen, wie ein Unternehmen Pläne aufstellt, Ziele setzt und diese evaluiert.

In Kapitel 5 wird die Bedeutung von Prävention, Gesundheit und Sicherheit betont. Dabei werden wichtige Bestandteile von Gesundheit, Sicherheit und Gesundheitsförderung genauso wie die Bedeutung einer Unternehmenskultur, die diese Komponenten miteinbezieht und unterstützt, diskutiert. Zudem wird erörtert, wie wichtig es ist, dass Prävention und Disability Management in enger Verbindung zueinander stehen.

In Kapitel 6 wird der Blick auf die Bedeutung einer gut ausgeführten Programmentwicklung gerichtet. Dabei ist es von äusserster Wichtigkeit, eine Programmpolitik

und Programmabläufe zu entwickeln sowie Qualifikation, Kompetenzen und Kenntnisse zu erwerben, um genau dies tun zu können. Die Bedeutung der Definition der Rollen innerhalb des Programms und der Frage, wer welche Rolle übernimmt, wird auch betont.

Kapitel 7 ist ein zentrales Kapitel, in dem der Schwerpunkt auf die Bedeutung einer frühen Intervention gelegt wird. Die Faktoren, die der Bedeutung einer frühen Intervention zugrunde liegen, werden klar bestimmt und detailliert erörtert. Besondere Beachtung wird dabei der entscheidenden Bedeutung von psychosozialen Faktoren geschenkt. In Kapitel 8 wird die äusserste Wichtigkeit einer korrekten und rechtzeitigen Anspruchserhebung betont. Es wird diskutiert, welche Bedeutung es hat, dass die Formulare sorgfältig ausgefüllt werden, wobei auch die Konsequenzen von nachlässiger Arbeit angesprochen werden. Die Unterschiede zwischen der Anspruchserhebung, dem Prozess und Management von Berufsansprüchen einerseits und Nichtberufsansprüchen andererseits werden aufgezeigt.

In Kapitel 9 werden die verschiedenen Nuancen zwischen *Case Management* und Anspruchsmanagement diskutiert und definiert. Wir untersuchen den Ablauf des *Case Management* und des Anspruchsmanagement, wozu auch die Bedeutung einer effizienten und genauen Überwachung der Fälle gehört. Zudem wird der potentielle Einfluss eines gut umgesetzten *Case Management* dargelegt.

In Kapitel 10 wird der Schwerpunkt auf den vermutlich aktivsten Aspekt des Disability Management gelegt: *Return to Work* (RTW). Wir diskutieren die unterschiedliche Komplexität der Fälle bei der Erleichterung des RTW und kommen auf die entscheidende Frage zu sprechen, wie erkannt werden kann, wann die Lücke zwischen der Genesung und dem RTW geschlossen werden kann.

In Kapitel 11 wird der/die Lesende auf dem Gebiet der Rehabilitation auf den neuesten Stand gebracht. Die Entwicklung der medizinischen sowie der beruflichen Rehabilitation wird aufgezeigt und deren Schwächen und Stärken werden diskutiert. Das Kapitel bringt ausserdem zur Sprache, wie bedeutend es ist, Rehabilitation für psychosoziale Angelegenheiten anzubieten.

Kapitel 12 befasst sich mit dem Thema der Pflicht zur Arbeitsanpassung. Die Verpflichtungen aller Beteiligten und die Auswirkungen der Nichtbefolgung werden vorgestellt.

In Kapitel 13 wird die Bedeutung einer Programmevaluation vorgestellt. Eine effiziente Gestaltung eines Programms erfordert eine Bedarfsevaluation, eine Prozessevaluation und eine summative Evaluation, um die geeigneten Dienstleistungen anbieten sowie die Effizienz des Programms aufzeigen zu können. Wir geben Beispiele dafür, wie dies getan werden kann. Die wichtigsten Ratschläge zum Verfassen eines Berichts und Halten einer Präsentation werden in Erinnerung gerufen; die wesentlichen Aspekte einer Programmevaluation werden hervorgehoben.

In Kapitel 14 wird der Schwerpunkt auf das äusserst wichtige Thema der Kommunikation gelegt. Die meisten nehmen an, kommunizieren zu können und doch kommunizieren die wenigsten wirklich gut. Kommunikation ist wohl der wichtigste Aspekt von Disability Management. In diesem Kapitel wird die Bedeutung der Interaktion zwischen allen Akteuren im DM-Prozess untersucht und ein Modell für effiziente Kommunikation vorgeschlagen.

In Kapitel 15 wird das Gebiet der Ethik erforscht. An dieser Stelle wird die Frage, woher die Ethik kommt, wie wir entscheiden, was ethisches Verhalten ausmacht, diskutiert und einen Blick auf die Entwicklung des Berufsethos geworfen. Auch spezifische Angelegenheiten der Ethik wie Vertraulichkeit und Einwilligung nach erfolgter Aufklärung werden behandelt.

Der Autor und die Autorin hoffen, dass Sie dieses Buch nicht nur interessant finden, sondern dass es auch zu einem wertvollen Hilfsmittel wird, das in der Praxis des Disability Management Verwendung findet und zwar ungeachtet davon, in welchem Bereich Sie tätig sind. Unser Wunsch ist es, dass dieses Buch die Lücke schliesst und Sie mit den notwendigen Hilfsmitteln ausrüstet, um erfolgreich auf dem Gebiet des umfassenden Disability Management wirken zu können.

1. Disability Management: Geschichte und Entwicklung

Lernziele

- Die Entwicklung der Disability-Management-Bewegung verstehen.
- Den Umgang mit Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen überdenken.
- Einen Überblick über die Entwicklung der Einstellung zu und den Umgang mit Gesundheitsbeeinträchtigungen haben.
- Die ständige Entwicklung des Disability Management (DM) kennen.

Einleitung

Das Jahr 1980 war in vielerlei Hinsicht ein bahnbrechendes Jahr für das Disability Management (DM). In diesem Jahr organisierte der World Rehabilitation Fund einen internationalen Austausch zum Thema Rehabilitation (*International Exchange of Information in Rehabilitation*). Verschiedene nationale Gesetzesneuerungen und die Bemühungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ab dem Jahr 1973, die Aufmerksamkeit auf Themen in Bezug auf gesundheitlich beeinträchtigte Personen zu lenken, trugen zum Entschluss der Organisatoren bei, dass Bedarf an einem solchen Treffen bestehe.

An diesem Treffen definierten Jarviskoski und Lahelm (1980) bei der Präsentation ihrer Pionierarbeit über frühe Rehabilitation Disability Management als eine koordinierte Tätigkeit, die

- sich an Personen mit chronischer oder permanenter funktioneller Beeinträchtigung oder Arbeitsunfähigkeit oder an Personen mit Symptomen einer solchen chronischen, funktionellen Beeinträchtigung oder Arbeitsunfähigkeit wendet,
- zum Ziel hat, die Arbeits- und Funktionsfähigkeit einer Person wiederherzustellen oder deren Verschlechterung vorzubeugen,
- Massnahmen mit einschliesst, die darauf abzielen, die eigenen Ressourcen einer Person auszubauen oder umgebungsbedingte Hindernisse aus dem Weg zu räumen.

Durch diese Definition mit Schwerpunkt auf der Beschäftigung wurde die Grundlage geschaffen, auf der Gesetzgeber, Unternehmerinnen und Gewerkschaftsführer, Gesundheitsspezialistinnen, Akademiker und andere mit der Umsetzung der Kenntnisse in die Praxis begannen: Das Disability Management entstand.

Warum aber war eine solche Initiative notwendig? Was sind die treibenden Kräfte hinter dieser Bewegung? Um diese Fragen beantworten zu können, müssen die geschichtlichen Hintergründe von gesundheitlicher Beeinträchtigung verstanden und durch ein solches Verständnis die Erfahrungen von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen nachvollzogen werden können.

Historischer Kontext

Anthropologische Beweise belegen, dass Menschen mit Gesundheitsbeeinträchtigungen schon in der Urgeschichte in der Gesellschaft integriert gewesen waren. Hahn und Kleinmann (1983) nennen als Beispiel den Fund von menschlichen Überresten, die ganz klar Fehlbildungen aufwiesen, deren Grabstätte jedoch darauf hindeutete, dass die besagte Person von der Gesellschaft hoch geachtet worden war.

Durch die Industrialisierung kam eine neue Einstellung gegenüber gesundheitlicher Beeinträchtigung auf. Wenn sich bis dahin die Familienmitglieder um gesundheitlich beeinträchtigte Menschen gekümmert hatten, so verlangte das industrielle Zeitalter, dass die Menschen ihr Zuhause verlassen und ihrer Arbeit in der Fabrik nachgehen, womit niemand mehr zu Hause war, der sich um einen gesundheitlich beeinträchtigten Verwandten kümmern konnte. Vor der Industrialisierung konnte eine gesundheitlich beeinträchtigte Person zudem etwas zum Familiengeschäft beitragen wie Landwirtschaft betreiben oder backen. Durch diese Umwälzungen verloren Menschen mit Gesundheitsbeeinträchtigungen ihren Platz in der Gesellschaft. Da es zunehmend schwieriger wurde, sich um gesundheitlich beeinträchtigte Familienmitglieder zu kümmern, kam die Gesellschaft zum Schluss, dass die Lösung des Problems die Institutionalisierung von Menschen mit Gesundheitsbeeinträchtigungen sei.

Erste Bemühungen um Institutionalisierung stützten sich auf die Armengesetze von Elisabeth I. Diese Gesetze garantierten allen Menschen Unterstützung, um die sich die Familie nicht mehr länger kümmern konnte und die nun als unproduktive Belastung für die Gesellschaft galten. Menschen mit Gesundheitsbeeinträchtigungen wurden Teil der Unterschicht; sie wurden als halbwertig, kränklich, nicht normal angesehen, als Menschen, die ohne besondere Fürsorge nicht überleben können (Garland 1995). Mitte 19. Jahrhundert ist klar geworden, dass diese für alles und alle zuständigen Institutionen nicht den Bedürfnissen aller Insassen gerecht werden konnten, und so wurden spezielle Einrichtungen – wie Heime für Blinde oder Taubstumme – gegründet. Der Gedanke dahinter war, Menschen, die an einer bestimmten Krankheit leiden, mit Menschen zusammenzutun, die an einer ähnlichen Krankheit leiden. Das Resultat war jedoch, dass gesundheitlich beeinträchtigte Menschen ganz von der übrigen Gesellschaft entfernt worden sind. Diese

Bewegung wurde durch das Aufkommen des Sozialdarwinismus bestärkt, der das Argument vorbrachte, dass gesundheitlich beeinträchtigte Menschen mangelhaft sind, aus dem Weg geräumt und von der Gesellschaft abgeschottet werden sollten. Diese Idee erhielt weitere Unterstützung von den Schriften von Francis Galton (1901), dem die Geburt der Eugenik zuzuschreiben ist. Er erklärte, dass Eugenik «die Lehre unter sozialer Kontrolle stehender Einrichtungen» sein sollte, «die in der Lage sind, die Qualität der Rassen zukünftiger Generationen, ob körperliche oder geistige Qualität [...], zu verbessern oder zu verringern. Eine Lehre, die sich mit allen Faktoren beschäftigt, die die angeborene Qualität der Rassen verbessert und entwickelt» (Galton 1904: 82). So sollten Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen aus der Gesellschaft weggezüchtet werden. Diese Betrachtung gipfelte in erzwungener Sterilisation oder in extremen Fällen in Kinstötung und Euthanasie, um Behinderte an der Fortpflanzung zu hindern, womit sie die Rasse schwächen würden. Die letzte Umsetzung von Eugenik erfolgte durch das Naziregime und die Massenvernichtung der Juden und anderer Menschen, einschliesslich gesundheitlich Beeinträchtigter, die nicht dem Ideal der körperlich und geistig perfekten Menschenrasse entsprachen.

Durch solche Gräueltaten wurde die Eugenik diskreditiert, ist jedoch nicht vollständig verschwunden. Es werden sogar Stimmen laut, die sagen, dass Eugenik unter dem Deckmantel der modernen Genetik erneut im Kommen ist (Otlowski & Williamson 2003). Die Fortschritte in der Genforschung und deren Umsetzung in praktischen Situationen können, wie wir feststellen, die Gesundheit verändern. Früher wurden Krankheiten geheilt, nachdem sie entdeckt worden sind. Nun schlagen wir vor, Krankheiten durch Gentherapie und genetische Manipulation auszurotten. So wird geraten, einen Fötus, der gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweist, abzutreiben; andere Paare werden entmutigt, Kinder zu kriegen, sofern einer oder beide eine genetische Veranlagung haben, die zu gesundheitlich beeinträchtigten Kindern führen könnte. Unsere Gesellschaft vermeidet es, für diese «Fortschritte», der Eugenik beschuldigt zu werden, indem sie dies als eine persönliche Entscheidung jedes Einzelnen ansieht und nicht als eine Entscheidung der Gesellschaft. Das Argument wird vorgebracht, dass niemand zu einer solchen Tat gezwungen wird und moderne Genetik also keine Eugenik sei (Richards 2004). Wie weit sind wir aber von der Anwendung von Eugenik entfernt, wenn Versicherungen sich weigern, eine Krankenversicherung mit Menschen abzuschliessen, die eine genetische Veranlagung zu einer Krankheit oder gesundheitlichen Beeinträchtigung aufweisen¹ ? Oder wenn sich Arbeitgebende weigern,

1 In den deutschsprachigen Ländern haben die Krankenkassen kein Recht, Personen die Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung zu verweigern, also auch nicht aus gesundheitlichen Gründen.

jemanden mit einer genetischen Veranlagung zu einer körperlichen oder geistigen Krankheit einzustellen? Die Aussicht auf solche Praktiken löste so heftige Proteste aus, dass die Niederlande als Antwort auf die Furcht der Öffentlichkeit ein Moratorium über genetische Tests zu Versicherungszwecken verhängt hat.

Disability Management befasste sich vorerst in erster Linie mit der Rückkehr an den Arbeitsplatz nach Unfall oder Krankheit. Dieser begrenzte Tätigkeitsbereich wird nun immer mehr auf gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die nie in eine Arbeitsbeziehung getreten sind, und auf Angelegenheiten der Gesundheitsbeeinträchtigung und Gesundheitsförderung allgemein ausgeweitet. Dennoch liegen das Potenzial und die Einzigartigkeit des Disability Management in der Tätigkeit am Arbeitsplatz. So wird der Schwerpunkt weiterhin auf Angelegenheiten in Bezug auf gesundheitliche Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz gelegt. Wieso sollte sich DM also mit den obigen Ausführungen befassen? Immerhin beginnen die meisten Betroffenen ihr Leben ohne gesundheitliche Beeinträchtigung. So wie skrupellose Arbeitgebende Anfang der Zwanzigerjahre die Eugenik begeistert begrüsst haben, um Gewerkschaftsaktivisten und andere «Unerwünschte» anzugreifen, genauso könnten sie nun auf genetische Untersuchungsmethoden zurückgreifen, um genetisch veranlagte Krankheiten bei zukünftigen Arbeitnehmenden auszuschliessen oder Angestellten, die am Arbeitsplatz verletzt worden sind, Leistungen zu verweigern. Ist dies zu weit hergeholt? Stellen Sie sich vor, dass sich ein Arbeitnehmender am Rücken verletzt hat. Genetische Untersuchungen zeigen nun, dass er genetisch dazu veranlagt war, sich eine Rückenverletzung zu holen, woraus gefolgert wird, dass die Verletzung nicht arbeitsplatzbedingt ist und dem Arbeitnehmenden somit keine Leistungen zustehen. Oder malen Sie sich jemanden aus, der wegen Stress von der Arbeit wegbleibt. Eine Depression wird diagnostiziert, und wiederum weisen genetische Analysen auf eine genetische Veranlagung zu Depression hin. So werden jegliche Vergütungen verweigert oder die Person wird gar nie eingestellt, falls sie zu dem Zeitpunkt noch nicht in einem festen Arbeitsverhältnis steht. Solche Verhältnisse könnten dazu führen, dass sich Leute weigern, sich genetischen Analysen zu unterziehen, womit sie die Möglichkeit verlieren, für wirklich präsenzte Beeinträchtigungen Leistungen beziehen zu können. Denn es kann vorkommen, dass eine Person, die einmal den Stempel Erbkrankheit trägt, nie mehr angestellt wird und keine Krankenversicherung mehr erhält. Ist es unter solchen Umständen schwer zu verstehen, warum eine Person ihre gesundheitliche Beeinträchtigung versteckt? Im 19. Jahrhundert wurden gesundheitlich beeinträchtigte Menschen als Missgeburt und nicht normal bezeichnet, die am besten aus dem Blickfeld und dem Gewissen der Gesellschaft entfernt werden. Im 20. Jahrhundert unternahm die Gesellschaft den Versuch, gesundheitlich Beeinträchtigte miteinzubeziehen und sie zu aktiven Mitgliedern der Gesellschaft zu machen. Im 21.

Jahrhundert fangen wir damit an, Erbkrankheiten zu eliminieren. Ist es angesichts dieser Tatsache erstaunlich, dass gesundheitlich beeinträchtigte Menschen nur widerwillig ihre verwundbare Seite zeigen, insbesondere jene, die sich erst später im Leben eine gesundheitliche Beeinträchtigung zugezogen haben und selbst eine negative Einstellung gegenüber Menschen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung hatten? Ist es wirklich so merkwürdig, dass Menschen mit Gesundheitsbeeinträchtigungen – seien diese nun vererbt oder nicht – immer noch zu der am meisten diskriminierten Bevölkerungsgruppe mit den wenigsten Rechten gehören?

Kriegseinflüsse (in Nordamerika)

Eine Bevölkerungsgruppe, die sich ein wenig von den erwähnten Aussagen abhebt, sind gesundheitlich beeinträchtigte Kriegsveteranen. Man sagt, dass Krieg der «beste Weg» zu gesundheitlicher Beeinträchtigung sei. Zuerst dachte man, es seien nur körperliche Beeinträchtigungen, wohingegen es heute allgemein bekannt ist, dass es sich auch um psychische Beeinträchtigungen handelt. Kriegsveteranen traten oft für bestimmte Anliegen ihresgleichen ein, wovon auch gesundheitlich beeinträchtigte Menschen im Allgemeinen profitieren konnten (Kudlick 2003). Gewiss haben Fortschritte in der Feldmedizin dazu geführt, dass mehr Soldaten ihre Verletzungen überlebten und am Ende heimkehren konnten, einige davon mit sehr sichtbaren Beeinträchtigungen. Auch sie versuchte die Gesellschaft zur Seite zu schieben und in Krankenhäusern oder Institutionen zu verstecken, was sich jedoch in letzter Zeit als immer schwieriger erwiesen hat angesichts der Einfachheit, mit der allgemeine Informationen und – noch bedeutender – politische Diskurse in Umlauf gebracht werden können. Kriegsveteranen, insbesondere des Zweiten Weltkrieges, veranlassten die Gesellschaft, zu überprüfen, was mit gesundheitlich beeinträchtigten Rückkehrern und als «weniger begünstigt» bezeichneten Personen gemacht wird.

Sozialhilfe

In der Nachkriegszeit des Zweiten Weltkrieges wird der Sozialhilfe vermehrt Aufmerksamkeit gewidmet. Es kommt zu einem Ausbau an Sozialhilfesystemen. Die schrecklichen Erlebnisse des Krieges führen zum Wunsch, Lösungen von Problemen menschlicher anzugehen und diesen Ansatz auch im Gesetz zu verankern. Nach dem Zweiten Weltkrieg entstanden staatlich unterstützte Invalidenversicherungen und Rehabilitationsprogramme, die zugleich als menschlich und kosteneffizient angesehen wurden (Berkowitz & McQuaid 1980). Im Jahr 1956 entstand in

den USA die *Social Security Disability Insurance*, und im Jahr 1966 führte Kanada die *Pension Plan Disability Benefits* ein. Beide Programme setzten permanente gesundheitliche Beeinträchtigung und vollständige Arbeitsunfähigkeit des Empfängers voraus. Die Programme waren somit nicht so hervorragend, wie es schien. Beide standen im Widerspruch zu beruflicher Wiedereingliederung (Rubin et al. 1995). Um Anspruch auf Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung zu haben, musste eine Person bereit sein, zu arbeiten, und arbeitsfähig sein. Wenn Empfänger einer Invalidenrente irgendeine Arbeit aufnahmen, wurden die Leistungszahlungen eingestellt, auch wenn sie den Arbeitsplatz nicht behalten konnten. Diese verzwickte Situation veranlasste viele Menschen dazu, ihr Schicksal passiv hinzunehmen, anstatt zu versuchen, erwerbstätig zu werden.

Behindertenbewegung

Von den 60er-Jahren an begannen sich gesundheitlich beeinträchtigte Menschen für ihre Rechte einzusetzen. Die Aufmerksamkeit der Medien konzentrierte sich (und konzentriert sich weiterhin) auf Diskriminierung aufgrund der Rasse, des Geschlechts oder des Sexualverhaltens und nicht auf Diskriminierung von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen. Im Jahr 1962 sah die ganze Welt zu, als James Meredith auf den Campus der Universität des Staates Mississippi geführt wurde und so als erster Afroamerikaner Fuss auf einen Campus «nur für Weisse» setzte. Diese Szene wurde wieder und wieder abgespielt und rund um die Welt ausgestrahlt.

Ed Roberts jedoch wurde keine solche Aufmerksamkeit geschenkt, als er im Herbst desselben Jahres als erste Person mit mehreren ernsthaften Behinderungen an der *University of California Berkeley* immatrikuliert worden ist (McCarthy 2003). Dieses Ereignis wird von vielen als der Anfang der Behindertenbewegung (*Disability Rights Movement*) gesehen, die ihren Höhepunkt in der Verabschiedung des *Americans with Disabilities Act* (ADA) im Jahre 1990 gefunden hat. Zweck dieses Gesetzes war, den Behinderten das gleiche Recht auf gleichen Zugang zu geben, wie es Farbigen durch den *Civil Rights Act* gewährleistet worden war. Das ADA verbietet Diskriminierung in Bereichen wie Bildung, Zugang und Arbeit. Es bietet Arbeitgebenden Unterstützung an, um diesbezügliche Änderungen in ihrem jeweiligen Bereich vornehmen zu können. Zu erwähnen ist hier, dass die Auswirkungen dieses Gesetzes rund um die Welt zu spüren gewesen sind, sodass Verfechter der Behindertenrechte in anderen Teilen der Welt mithilfe des ADA Änderungen im eigenen Land vornehmen konnten.

Zu Beginn der 60er-Jahre ist weltweit eine Offenheit und ein Bewusstsein für Anliegen von Behinderten festzustellen, was vor allem der Arbeit einzelner Aktivisten

und Behindertenrechtsgruppierungen zuzuschreiben ist. Dies führt auch zu wachsender Besorgnis um das Ausmass des Problems. Dadurch, dass mehr und mehr Systeme eingerichtet wurden, die sich mit den Anliegen Behinderter auseinandersetzen, kam die Frage nach der Effizienz dieser Systeme auf. Diese Fragen trafen die Behindertenbewegung mitten ins Herz und standen in Verbindung mit Themen wie:

- der Definition von gesundheitlicher Beeinträchtigung,
- der Rechtschaffenheit der Ausgleichskassen, die den Anspruch auf Leistungen mit der Bedingung eines Rückzuges aus dem Arbeitsleben verknüpften,
- der Angemessenheit und Ausrichtung verschiedener Rehabilitationssysteme,
- den Grenzen des medizinischen Krankheitsmodells für eine effiziente Behandlung von gesundheitlicher Beeinträchtigung,
- der Frage, worauf sich Präventionsmassnahmen konzentrieren sollten, um die soziale Integrierung von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen zu erleichtern.

Der Fachausschuss der WHO überprüfte in seinen Berichten der Jahre 1976 und 1981 Definitionen von Begriffen und Konzepten in Zusammenhang mit gesundheitlicher Beeinträchtigung. Angesichts der zahlreichen rund um die Welt verwendeten Definitionen schlug der Ausschuss vor, die Definition folgender drei Begriffe² zu standardisieren:

- Schädigung (Impairment) – beliebiger Verlust oder eine Normabweichung in der psychischen, physiologischen oder anatomischen Struktur oder Funktion.
- Fähigkeitsstörung (Disability) – jede Einschränkung oder jeder Verlust der Fähigkeit, eine Tätigkeit in der Art und Weise oder in dem Umfang auszuführen, die für einen Menschen als normal angesehen werden.
- Beeinträchtigung (Handicap) – aus einer Schädigung oder Fähigkeitsstörung ergebende Benachteiligung einer betroffenen Person, die die Erfüllung einer Rolle einschränkt oder verhindert, die für diese Person normal ist.

Obwohl es eine edle Absicht war, sich auf diese Definitionen zu einigen, löste dies die bislang existierenden Probleme nicht. Blaxter (1975) macht beispielsweise auf die Schwierigkeit aufmerksam, einen Begriff wie «Behinderung» objektiv zu definieren, wenn er bemerkt, dass «eine bestimmte Beeinträchtigung zu einer funktionellen Behinderung führen kann oder auch nicht». Dies stellt dann ein Problem dar, wenn der Anspruch auf Leistungen sich nach dem Verlust einer Fähigkeit und

2 Anmerkung der Redaktion für die deutsche Ausgabe: International Classification of Impairment, Disability and Handicap (ICIDH) = Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (ICIDH), 1980 WHO. Es sei hier zu bemerken, dass die WHO schon 2001 eine neue Klassifikation veröffentlicht hat, die auf der ICIDH aufbaut: International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit), ICF. Letztere ersetzt die drei Begriffe Schädigung, Fähigkeitsstörung und Beeinträchtigung durch die Begriffe Körperfunktionen/-strukturen, Aktivitäten und Partizipation.

nicht dem Verlust einer Funktion richtet. Nagi (1969) erörtert die Ungerechtigkeit früherer Systeme, die sich auf Verzeichnisse von Beeinträchtigungen verliessen, um Leistungen festzulegen, und somit annahmen, dass die funktionelle Störung einer Beeinträchtigung genau festgelegt werden kann. Die Frage, die genauso relevant ist heutzutage, ist somit, ob die Leistungen für Verletzungen oder Erkrankungen zum Zeitpunkt, da diese aufgetreten sind, erbracht werden oder ob die Zahlungen ein Ersatz für verletzungs- oder krankheitsbedingten Verlust an späterem Einkommen sein sollen.

Kosten von gesundheitlicher Beeinträchtigung

Der UNO-Bericht von 1981 kommt zum Schluss, dass die Arbeitskapazität eines Landes stark reduziert werden kann, wenn es nicht effizient mit Angelegenheiten gesundheitlicher Beeinträchtigungen umgeht. Weiter wird geschlossen, dass effiziente Rehabilitation von gesundheitlich Beeinträchtigten für die Wirtschaft eines Landes eine bedeutende Reserve an Arbeitskräften bereitstellt, was jedoch nur bei einem Arbeitskräftedefizit einer Wirtschaft offensichtlich wird. Van Hooser und Rice (1989) bauen auf diesem Argument auf und betonen, wie wichtig es ist, eine Beschäftigungsstrategie zu erstellen, die Mechanismen für die Integration von Menschen mit Gesundheitsbeeinträchtigungen in das Arbeitsleben umfasst. Zu diesem Zeitpunkt wurde mehr und mehr bewusst, dass die herkömmliche Lösung, Menschen mit Gesundheitsbeeinträchtigungen aus dem Arbeitsleben auszuschliessen, angesichts der Zunahme des weltweiten Wettbewerbs, des Arbeitskräftedefizits (insbesondere an qualifizierten Arbeitskräften), verbesserter Technologie und immer grösser werdender Kosten für Leistungen an nicht mehr Erwerbstätige keinen effizienten Einsatz von Personalkraft darstellt. Es wurde Arbeitgebenden bewusst, dass es vorteilhaft und moralisch wünschenswert ist, alle Arbeitnehmenden, einschliesslich jener mit Gesundheitsbeeinträchtigungen, als wertvolle Arbeitskräfte zu betrachten, die es zu behalten gilt.

Aus internationaler Perspektive hielt der Bericht die gemeinsame Auffassung fest, dass Transferleistungen an Gesundheitsbeeinträchtigte die Situation nicht verbessern. In der Tat belohnten solche Zahlungen Unfähigkeit, und so wurden die Leute bezahlt, um von der Arbeit wegzubleiben, anstatt darin unterstützt zu werden, zu arbeiten. Zudem schenkten solche Programme der Prävention von Gesundheitsbeeinträchtigung wenig Aufmerksamkeit und gaben keinen Anreiz zur Genesung oder zum Wiedereinstieg ins Berufsleben. Dies zeigte, dass es die Gesellschaft mehr kostet, gesundheitlich beeinträchtigte Menschen aus dem Arbeitsleben auszuschliessen und ihnen Transferleistungen zu zahlen, als den Arbeitsmarkt an die Bedürfnisse gesundheitlich beeinträchtigter Menschen anzupassen.

Zum Zeitpunkt, als diese Einsichten gewonnen wurden, fanden Organisationen wie *Disabled People's International* Wege, um sich für grundlegende Rechte von gesundheitsbeeinträchtigten Personen einzusetzen mit dem Ziel der vollständigen und gleichwertigen Beteiligung von Menschen mit Gesundheitsbeeinträchtigungen am Erwerbsleben und an der Gesellschaft im Allgemeinen. Dies führte zu einer allmählichen Änderung der allgemeinen Einstellung der Gesellschaft, was wiederum Gesetzesänderungen, affirmative Aktionsprogramme und Studien zur Folge hatte, die die Identifizierung und Beseitigung von Hindernissen zum Ziel hatten, die vollständige und gleichwertige Beteiligung an der Gesellschaft verhinderten.

In den westlichen Industrieländern hängen die Versicherungsmodelle und Transferzahlungen ausnahmslos von der Medikalisierung von Gesundheitsbeeinträchtigungen ab. Herhenson (2000) macht darauf aufmerksam, dass diese Tatsache allein eine grössere Herausforderung darstellt. In seinem Referat über kulturelle Anthropologie und Gesundheitsbeeinträchtigung beschreibt er das medizinische Krankheitsmodell als ein Modell der Diagnose und Behandlung von Krankheiten. Er verweist auch auf Stein (1979), der argumentiert, dass Menschen mit permanenter Beeinträchtigung und chronischen Erkrankungen eine Bedrohung für die Funktion der Diagnose und Behandlung von Krankheiten darstellen und somit ausserhalb ihres Zuständigkeitsbereichs sind. Dies hat selbstverständlich das Gesundheitssystem nicht daran gehindert, Menschen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung weiterhin anhand des medizinischen Krankheitsmodells zu behandeln, was wiederum dazu geführt hat, dass viele nicht-pathologische Zustände als pathologisch betrachtet wurden, damit sie im medizinischen Krankheitsmodell behandelt werden konnten.

Nehmen wir beispielsweise die überall vorkommenden Kreuzschmerzen. Eine Person mit Kreuzschmerzen wird anhand des medizinischen Krankheitsmodells behandelt. Am Anfang ist dies auch angebracht. Wenn der Patient aber nicht innerhalb eines angemessenen Zeitrahmens geneset, gibt das medizinische Krankheitsmodell keinen Aufschluss darüber, was mit ihm gemacht werden soll. Es ist gar nicht ungewöhnlich, dass der Arzt oder die Ärztin alle Methoden zur Diagnose ausgeschöpft haben, ohne etwas zu finden. Folglich gibt es keine Krankheit zu behandeln. Trotzdem werden aber meist medikamentöse Behandlungsversuche gemacht, die meisten ohne Erfolg. In einigen Fällen wird operiert, obwohl keine Diagnose vorhanden ist, um zu erkennen, wo die Operation vorgenommen oder was entfernt werden sollte. Studien um Studien (z.B. Habeck et al. 1998, Hogg-Johnson & Cole 2003) haben aufgezeigt, dass Verzögerungen bei der Genesung mit psychosozialen Problemen in Verbindung gebracht werden können, die eine psychologische Behandlung erfordern. Unsere Gesellschaft ist jedoch so fixiert auf das medizinische Krankheitsmodell, dass andere Behandlungsarten sehr selten angeboten werden.

Dieses Phänomen hat direkte Auswirkungen auf das Praktizieren des DM. Das medizinische Krankheitsmodell versucht alle Betroffenen wieder «normal» zu machen. Dies ist bei Menschen mit permanenten Beeinträchtigungen bzw. chronischer Erkrankung ganz klar nicht möglich. Dieser traditionelle schulmedizinische Anspruch muss durch eine individualisierte, kontextspezifische Sichtweise ersetzt werden, die darauf abzielt, Flexibilität und die Fähigkeiten zu erlangen, damit eine in jeder Situation einzigartige und adäquate Eingliederung gelingen kann.

Der Gegensatz zwischen dem Rehabilitationsmodell und dem medizinischen Modell ist nicht neu. Vor Jahren zeigte Anderson (1975) die Unzulänglichkeit des medizinischen Krankheitsmodells auf, wenn es zu Rehabilitationszwecken gebraucht wird. Bei seiner Beschreibung der Rehabilitation als einer Unterstützungsarbeit, die die aktive Beteiligung der Betroffenen erfordert, erklärte er, dass Rehabilitation ganz klar die Krankheit nicht beseitigt oder den Betroffenen heilt. Im Idealfall arbeitet Rehabilitation kooperativ mit dem Betroffenen zusammen, um Einsicht zu gewinnen und Möglichkeiten zur Problemlösung zu untersuchen. Disability Management geht noch einen Schritt weiter und betont die Notwendigkeit, mit allen beteiligten Parteien, einschliesslich Ärztinnen und Ärzten, zusammenzuarbeiten, um den Betroffenen nicht nur im Gesundungsprozess zu unterstützen, sondern auch in der Rückkehr zu einem produktiven Leben. Dies steht in scharfem Gegensatz zum medizinischen Krankheitsmodell, das bis heute immer noch auf der Autorität des Arztes/der Ärztin und der Passivität, Akzeptanz und Abhängigkeit des Patienten/der Patientin basiert.

Neben dem medizinischen Krankheitsmodell wurde auch die zeitliche Koordinierung der Bereitstellung von Rehabilitationsdiensten hinterfragt. Der Vorschlag wurde gemacht, dass Rehabilitationsinterventionen von grösserem Nutzen wären, wenn sie begonnen werden könnten, wenn das Arbeitsverhältnis noch nicht abgebrochen worden ist. Dies stand im Gegensatz zum allgemeinen Brauch, von der gesundheitlich beeinträchtigten Person zu verlangen, sich aus dem Arbeitsleben zurückzuziehen. Die Weltgesundheitsorganisation (1981) erklärte, dass Rehabilitation zum Ziel haben sollte, die Folgen von Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen zu reduzieren, und stellte drei Tätigkeitsbereiche fest, die folgenden Zweck haben:

1. das Auftreten von Schädigungen zu reduzieren,
2. das Auftreten von Funktionsstörungen, die sich aus Schädigungen ergeben, einzuschränken bzw. rückgängig zu machen,
3. den Übergang von einer Fähigkeitsstörung in eine Behinderung zu verhindern.

Damit diese Ziele verwirklicht werden können, muss die traditionelle Rehabilitation, die die Betonung auf Wiedereingliederung legt, einer Rehabilitation Platz machen, die präventive Massnahmen miteinschliesst. Das wesentliche Ziel von Rehabilitation sollte nicht mehr nur das Wiedererlangen der Funktionsfähigkeit sein, sondern auch die Erhaltung der Arbeitskraft und der Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz.

In den USA wurde der Anfang einer solchen Veränderung durch den *Rehabilitation Act 1973* gemacht. Unter diesem Gesetz wurde das auf die Arbeit ausgerichtete Modell durch ein Fähigkeitsmodell wiedereingliedernder Rehabilitation ersetzt, sodass Rehabilitation nicht mehr nur Arbeitsfähigkeit, sondern auch die Fähigkeit der unabhängigen Verrichtung alltäglicher Aktivitäten im Blick hatte. Die US-Regierung begann ihre Mittel auf Personen einzuschränken, die an ernsthafter Behinderung leiden, weg von jenen mit weniger ernsthaften Beeinträchtigungen oder Personen, deren Funktionsfähigkeit allmählich abnimmt. Die Verankerung der Gleichberechtigung von Personen mit permanenter Beeinträchtigung im *Human Rights Code* von 1980 in Kanada und nachfolgende Veränderungen führten zur Entwicklung eines Privatsektors von Rehabilitationsdienstleistern. Diese Dienstleister konzentrierten sich auf präventive Rehabilitationsdienstleistungen für jene, die sich bei der Arbeit, durch das Älterwerden oder durch Erkrankung eine gesundheitliche Beeinträchtigung zugezogen haben. In diesem Kontext und wenn das Ziel die Prävention von Arbeitslosigkeit und der daraus resultierenden Abhängigkeit von Transferleistungen ist, ist der logische und sinnvolle Ort der Intervention der Arbeitsplatz. Diese Richtung wurde früh durch Studien von Jarviskoski und Lahlma (1980), Akabas (1986), Mitchell (2002), Galvin (1986) und Schwartz (1984) unterstützt. Disability Management entwickelte sich weiter, und es entstanden immer mehr beweisgestützte Studien zur Unterstützung von Interventionen zur Prävention permanenter Beeinträchtigung.

Schlussfolgerungen

Diese Pionierarbeiten zeigten klar auf, dass ein Zusammenspiel von Unternehmensanliegen, geänderten Einstellungen und Rehabilitation der gesundheitlich beeinträchtigten Person, den Arbeitgebenden und der Gesellschaft als Ganzes von Nutzen sein kann. Dieser Ansatz wurde unter dem Begriff «Disability Management» bekannt. Disability Management, das unerschrocken die Einsicht vertritt, dass unsere Gesellschaft Arbeit wertschätzt, konzentrierte sich weiterhin darauf, Lösungen für Anliegen von gesundheitlicher Beeinträchtigung im Kontext des Arbeitsplatzes zu finden. Zu Beginn lag der Schwerpunkt auf vorübergehender, im Allgemeinen berufsbedingter Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheit oder Unfall. Schnell wurde das Gebiet des Disability Management jedoch auf jegliche Arten von Arbeitsunfähigkeit, ungeachtet der Krankheitsursache, ausgeweitet und befasst sich nun nach und nach mit allen Anliegen gesundheitlicher Beeinträchtigung, die Auswirkungen auf die Fähigkeiten einer Person haben, ein vollständiges, unabhängiges Leben zu führen, das Arbeit und alle Aktivitäten des täglichen Lebens miteinschließt.

Literatur

- Akabas S 1986 Disability management: a longstanding trade union mission with some new initiatives. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling* 17(3):33–37
- Anderson T 1975 An alternative frame of reference for rehabilitation: the helping process versus the medical model. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 56:101–104
- Berkowitz E, McQuaid K 1980 Welfare reform in the 1950s. *Social Service Review* 54:45–58
- Blaxter M 1975 Disability and rehabilitation: some questions of definition. In: Cox C M, Mead A (eds) *A Sociology of Medical Practice*. Macmillan, New York, pp 207–223
- Canadian Human Rights Code 1980 <http://laws.justice.gc.ca/en/h-6/31147.html>
- Galton F 1901 The possible improvement of the human breed under the existing conditions of law and sentiment. *Man* 1(132):161–164
- Galton F 1904 Eugenics. Its definition, scope and aims. *The American Journal of Sociology* 10:1–6
- Galvin D 1986 Health promotion, disability management and rehabilitation in the workplace. *Rehabilitation Literature* 47(9–10):218–223
- Garland R 1995 *The Eye of the Beholder: Deformity and disability in the Graeco-Roman world*. Cornell University Press, Ithaca, NY
- Habeck R V, Scully S M, Van Tol B et al 1998 Successful employer strategies for preventing and managing disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 42(2):144–161
- Hahn R A, Kleinman A 1983 Biomedical practice and anthropological theory: frameworks and directions. *Annual Review of Anthropology* 12:305–333
- Hershenson D 2000 Toward a cultural anthropology of disability and rehabilitation. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 43(3):150–159
- Hogg-Johnson S, Cole D 2003 Early prognostic factors for duration on benefits among workers with compensated occupational soft tissue injuries. *Occupational and Environmental Medicine* 60:240–256
- Jarvikoski A, Lahelma E 1980 *Early Rehabilitation at the Work Place*. World Rehabilitation Fund, New York, p 79
- Kudlick C 2003 Review essay. Disability history: why we need another 'other'. *American Historical Review* 3:763–793
- McCarthy H 2003 The disability rights movement: experiences and perspectives of selected leaders in the disability community. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 46(4):209–223
- Mitchell K 2002 Best practices for creating an effective return-to-work program. *Compensation and Benefits Management* 18(3):34–37
- Nagi S 1969 *Disability and Rehabilitation: Legal, clinical, and self-concepts and measurement*. Ohio State University Press, Ohio
- Otlowski M F A, Williamson R 2003 Ethical and legal issues and the 'new genetics'. *The Medical Journal of Australia* 178(11):582–585
- Richards M 2004 Perfecting people: selective breeding at the Oneida Community (1869–1879) and the Eugenics Movement. *New Genetics and Society* 23(1):47–71
- Rubin S E, Pusch B D, Fogerty C et al 1995 Enhancing the cultural sensitivity of rehabilitation counselors. *Rehabilitation Education* 9:253–264
- Schwartz G 1984 Disability costs: the impeding crisis. *Business and Health* 1(6):25–28
- Stein H E 1979 Rehabilitation and chronic illness in American culture. The cultural psychodynamics of medical and social problems. *Journal of Psychological Anthropology* 2:153–176
- US Rehabilitation Act 1973 <http://www.webaim.org/coordination/law/us/504/> and <http://www.disabilityresources.org/REHAB-ACT.html>

Van Hooser J R, Rice D B 1989 Disability Management in the Workplace. The National Institute on Rehabilitation Issues, Savannah, GA

World Health Organization 1981 Disability Prevention and Rehabilitation. Report of the WHO expert committee on disability prevention and rehabilitation. World Health Organization Technical Report Series 668. World Health Organization, Geneva



2. Komponenten des Disability Management

Lernziele

- Einen Überblick geben über die wesentlichen Komponenten des Disability Management.
- Die verschiedenen Komponenten des Disability-Management-Prozesses verstehen.

Einleitung

Disability Management (DM) hat sich in den letzten Jahrzehnten immer weiterentwickelt, sodass dessen Nützlichkeit unumstritten ist. DM ist ein interessantes Gebiet, da es mit den geplanten Interventionen eines Unternehmens in allen Bereichen seiner Geschäftstätigkeit und seiner Ausgabenverwaltung – einschliesslich des Bereichs der Arbeitsunfähigkeit, ob diese nun arbeitsplatzbedingt ist oder nicht – zu tun hat. Disability Management umfasst auch das gesamte Spektrum der Gesundheit von Einzelpersonen sowie der psychosozialen Interaktion zwischen ihnen und ihrer möglichen Reaktionen auf Arbeitsunfähigkeit.

Disability Management umfasst folgende zentrale Teilbereiche:

- Datenanalyse
- Gestaltung eines Disability-Management-Programms (Prävention, Anspruchserhebung, Anspruchsmanagement, Rückkehr an die angestammte oder eine vorübergehende Arbeit und Rehabilitation)
- Anerkennung der Bedeutung von DM von Seiten des Senior-Managements
- Bewertung von Ergebnissen

Dieses Kapitel gibt einen kurzen Überblick über die Teilbereiche des Disability Management. In den folgenden Kapiteln werden diese wesentlichen Themenbereiche dann weiter ausgeführt.

Für ein besseres Verständnis der Bedeutung von Prävention, Anspruchserhebung, Anspruchsmanagement, Case Management, der Rückkehr an die angestammte oder eine vorübergehende Arbeit und der Rehabilitation innerhalb eines Disability-Management-Programms stellen Sie sich folgendes Szenario vor:

Joe, ein durchschnittlicher Bürger, der weniger als ein Päckchen Zigaretten pro Tag raucht, hat einen anspruchsvollen Job, der ihn tagtäglich von 7 Uhr früh bis 6 Uhr abends beansprucht. Dies bedeutet, dass er um 5 Uhr 30 das Haus verlassen muss, um den Arbeitsweg zu bewältigen. Er hat zwei Kinder, die er jeden Abend zu zahlreichen Aktivitäten wie Fussball, Tanzen und Gitarrenstunden fahren muss. Seine Frau arbeitet 100 Prozent an einem genauso verantwortungsvollen Arbeitsplatz. Sie fährt die Kinder morgens in die Schule und Joe muss um 6 Uhr jeden Abend zuhause sein, um sie abzuholen und zu ihren verschiedenen Aktivitäten zu fahren. Irgendwann im Gehetze des Tages trinkt er einen Kaffee und isst ein Donut, um die Mittagszeit gibt es eine Packung Chips mit Cola und Zigaretten (während er von einem Meeting zum anderen rennt) und am Abend holt er sich auf dem Weg zu den Aktivitäten der Kinder etwas im Drive-In bei McDonalds. Es bleibt ihm keine Zeit für Sport, und so ist er ein wenig übergewichtig und kämpft gelegentlich mit zu hohem Blutdruck.

Joe versucht einen Arzttermin für einen jährlichen Check-up zu kriegen, war aber seit zwei Jahren nicht mehr beim Arzt ausser mit den Kindern, um Antibiotika für verschiedene Ohrenentzündungen oder andere Kinderkrankheiten zu bekommen. Eines Abends auf dem Nachhauseweg ist er spät dran und unkonzentriert. Er fährt bei Orange über die Ampel und wird von einem Lastwagen seitwärts angefahren. Das Auto erleidet Totalschaden und Joe wird mit einer gebrochenen Schulter, Gesichtsverletzungen und einem gebrochenen Bein ins Krankenhaus eingeliefert. Nach zwei Tagen wird er aus dem Krankenhaus entlassen mit der Anweisung, in vier Wochen für die Abnahme des Gipses wiederzukommen. Joe ist wegen der Schmerzen und der Unbeweglichkeit ausserstande, an die Arbeit zurückzukehren; er bemüht sich angestrengt darum, eine Lösung zu finden, wie er das Auto ersetzen kann, da er die Kollisionsversicherung für das Fahrzeug ein Jahr zuvor gekündigt hat, um Kosten zu sparen, damit er seinen Sohn zweimal pro Woche zu einem Musiklehrer schicken kann. Er fragt sich, wie sie all die Rechnungen ohne sein Einkommen bezahlen werden können.

Joe meint sich daran zu erinnern, dass sein Arbeitgeber eine Berufsunfähigkeitsversicherung auf Zeit hat, erreicht aber nur unter grossen Schwierigkeiten, dass ihn jemand aus der Personalabteilung zurückruft. Endlich bekommt er per Post einige Formulare, die er ausfüllen und an die Firma zurückschicken muss. Nach zweimonatiger Arbeitsunfähigkeit kommt ein Scheck von der Versicherungsgesellschaft ins Haus, der aber

bedeutend niedriger ist als erwartet. Ein Begleitschreiben besagt, dass zusätzliche Informationen des Arztes eingereicht werden müssen, bevor ein weiterer Scheck ausgestellt werden kann. Die Rechnungen beginnen sich rasch zu stapeln und der Schmerz in der Schulter ist zeitweise unerträglich. Joe stellt fest, dass die Berufsunfähigkeitsrente aufgrund der Höchstgrenze des Versicherungsplans nicht einmal halb so hoch ist wie sein normaler Lohn, und reagiert mit Panik auf all die anstehenden Rechnungen. Er hat noch von niemandem von seiner Firma etwas gehört und fängt an, sich Sorgen zu machen über die Verfügbarkeit seiner Arbeitsstelle, wenn er wieder bereit ist, an die Arbeit zurückzukehren. Er hat hart gearbeitet, als er dort gewesen ist, und versteht nicht, wieso sein Arbeitgeber sich nicht meldet. Niemand scheint sich dafür zu interessieren, und sein Vorgesetzter ruft nicht an. Er hat das Gefühl, dass sein Arbeitsbeitrag nicht so hoch geschätzt worden ist, wie er dachte. Der Gips am Bein wird Joe abgenommen und er beginnt, zweimal in der Woche, mit Physiotherapie; allerdings kämpft er immer noch mit heftigen Schmerzen in seiner Schulter und ist noch nicht vollständig mobil. Er braucht plastische Chirurgie für eine seiner Schnittwunden im Gesicht. Sie war sehr tief und hinterlässt eine unschöne, so schlimme Narbe, dass Joe spürt, wie er in der Öffentlichkeit die Blicke der Leute auf sich zieht. Er verbringt die meiste Zeit im Bett. Seine Frau wird immer frustrierter, da sie die Kinder allein an all die Aktivitäten fahren und die ganze Hausarbeit verrichten muss, während Joe sich zuhause verkriecht. Infolge seiner Immobilität und wahrscheinlich teilweise durch die erhöhte Anzahl Zigaretten, die er seit Beginn seiner Arbeitsunfähigkeit geraucht hat, entwickelt er eine Lungenentzündung. Joe wird für eine intensive Behandlung mit Antibiotika wieder ins Krankenhaus eingeliefert.

In diesem Szenario ist es unmöglich, persönliche Einflüsse von jenen zu trennen, die durch das Arbeitsverhältnis und die Arbeitsunfähigkeit zustande kommen. Lassen Sie uns nun denselben Fall aus Sicht eines Unternehmens mit einem soliden Disability-Management-Programm ansehen. Das Unternehmen hat eine Vielzahl gesundheitsfördernder Programme aufgestellt. Es bietet während der Mittagszeit vor Ort Gymnastik an, um Mitarbeitende darin zu unterstützen, Risikofaktoren abzubauen, und fördert einen gesunden, ausgeglichenen Lebensstil. Hätte Joe in diesem Unternehmen gearbeitet, hätte er innerhalb eines Tages nach dem Unfall vom Arbeitsplatz Informationen über Gesundheitsprogramme und das weitere Vorgehen erhalten. Joes Vorgesetzter würde ihm versichern, dass eine temporäre Lösung für die Deckung des Arbeitsausfalles gesucht wird, und ihn wissen lassen, dass sie

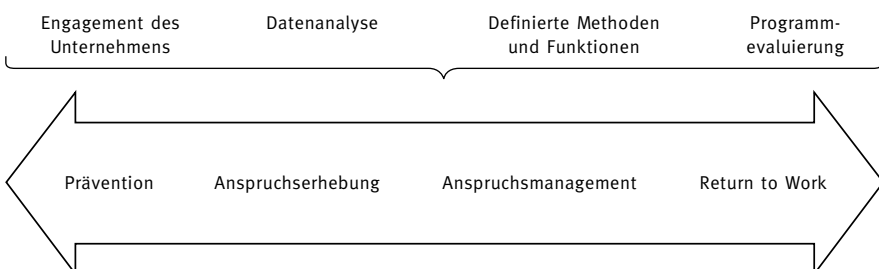
sich auf seine Rückkehr an die Arbeit freuen. Dies zeigt, dass sich der Arbeitgeber um Joe kümmert und darum bemüht ist, dass er an die Arbeit zurückkehrt. Der externe oder interne Disability-Manager würde sich mit Joe in Verbindung setzen, um abzuklären, ob er bei Fragen in Bezug auf das Gesundheitssystem und seine Genesung Unterstützung braucht, und sich zu vergewissern, dass Joe über die Verpflichtung des Unternehmens, ihn darin zu unterstützen, sobald wie möglich an die Arbeit zurückzukehren, Bescheid weiss. Der Case Manager hätte enge Beziehungen zum Gesundheits- und Sozialwesen, um eine angemessene medizinische Behandlung zu erleichtern. Joe bekommt im Verlauf der Genesung Unterstützung, womit sichergestellt wird, dass er so schnell wie möglich mit der Therapie an Schulter und Bein beginnen kann. Er würde dazu ermutigt, wenn möglich bei der Arbeit vorbeizuschauen, um den Kontakt aufrechtzuerhalten. Vielleicht würde die Möglichkeit eines Schonarbeitsplatzes während der Genesungszeit in Betracht gezogen. Joe und das Unternehmen sind sich über die voraussichtliche Rückkehr an die Arbeit und die damit in Verbindung stehenden Aktivitäten im Klaren.

Das Kontinuum des Disability Management

Beim Aufstellen eines DM-Programms sollten anhand einer Datenanalyse Ausgangswerte festgelegt werden, um die Ausgangssituation eines Unternehmens bestimmen zu können. So kann der Nutzen des Programms quantitativ bestimmt werden, die Ergebnisse können gemessen und es kann festgestellt werden, in welchen Bereichen eine kontinuierliche Verbesserung stattfindet.

Statistische Ausgangswerte ermöglichen es auch, die finanziellen Kosten für den Arbeitgeber zu ermitteln und so die Unterstützung der Unternehmensführung für das Disability-Management-Programm zu erhalten. Weiterhin wird auch der Nutzen des Programms in Bezug auf die Erhaltung von Arbeitskräften und des Arbeitsplatzes ihrer Wahl veranschaulicht werden (Abb. 2.1).

Abbildung 2.1: Das Kontinuum des Disability Management



Datenanalyse

Eine gute Datenanalyse zu Beginn des Programms kann vorhandene Trends und Programmbedürfnisse identifizieren. Für eine reibungslose und angemessene Planung, Programmdurchführung und -evaluierung kann eine beträchtliche Informationsmenge erfasst und analysiert werden. Zweck der Datenanalyse ist, diese Informationen so zu organisieren, zusammenzufassen und zu präsentieren, dass sie für die Programmentwicklung und -unterhaltung nützlich sind. Ein detaillierter Bericht über existierende Verhältnisse und Dienstleistungen bietet eine wichtige Grundlage. Anhand eines solchen Berichts können Anliegen und Erfolgsmeldungen besser quantifiziert werden; es wird bestimmt, was Priorität hat für das Programm. Eine Datenanalyse zeigt auch auf, wo mehr Informationen benötigt werden, um die Bedürfnisse eines Unternehmens treffend festzulegen.

Am günstigsten ist es, die Datenanalyse vor der Entwicklung eines Programms durchzuführen. Eine quantitative und qualitative Evaluierung der Ausgangssituation stellt sicher, dass der Schwerpunkt auf die richtigen Bereiche gelegt wird, und vermeidet die Entwicklung von Programmen, die den Bedürfnissen des Arbeitsplatzes nicht entsprechen.

Stellen Sie sich zum Beispiel ein Unternehmen vor, das Präventionsmassnahmen für Rückenverletzungen trifft, um die Kosten für die Arbeiterunfallversicherung zu senken. Leider wird bei einer Überprüfung der Daten festgestellt, dass 60 Prozent der Kosten Knieverletzungen zuzuschreiben sind. Das Unterlassen einer Datenanalyse hat also dazu geführt, dass ein Programm aufgestellt worden ist, das sich nicht mit den primären Problemen befasst.

Qualitativ eignen sich für eine Erfassung von Daten die Haltung, Interessenlage und die Meinungen von Mitarbeitenden. Solche Evaluierungen können anhand von Fokusgruppen oder kurzen Umfragen durchgeführt werden.

Quantitativ eignen sich für eine Datenerfassung Informationen der Arbeiterunfallversicherung, Daten zu Krankheitsausfällen, kurz- und langfristiger Arbeitsunfähigkeit. Zusätzlich können Daten aus Unterstützungsprogrammen für Arbeitnehmende für die Prognose von Tendenzen verwendet werden.

Beim Erfassen von Informationen ist es wichtig, dass die Ausgangswerte der Datensammlung aufgrund von Standardmasseinheiten konsequent festgelegt worden sind. Der Ausschuss für die Gesundheit von Arbeitnehmenden und Produktivität der *Washington Business Group on Health (WBGH)* hat im Juni 2003 Standardmasseinheiten veröffentlicht. Diese Masseinheiten legen klare Grössen fest für die Kosten pro Arbeitnehmenden, die Kosten pro Anspruch, die Kosten als Prozentsatz der Lohnsumme, die Ausfalltage pro 100 Arbeitnehmende, die durchschnittliche Anspruchsdauer, die Antragshäufigkeit und die Effizienz des *Return to Work*. Diese Daten können alle als solide quantifizierbare Kosten betrachtet werden.

Kosten pro Arbeitnehmenden

Im WBGH-Bericht von 2003 werden die Kosten pro Arbeitnehmenden definiert als «die innerhalb eines gegebenen Zeitraumes bezahlten Leistungen pro Leistungskategorie geteilt durch die durchschnittliche Zahl leistungsberechtigter Arbeitnehmender desselben Zeitraumes».

Durchschnittliche Kosten pro Anspruch

«Die durchschnittlichen Kosten pro Anspruch für einen gegebenen Zeitraum werden aus der Division des Gesamtbetrags der in einem gegebenen Zeitraum geleisteten Zahlungen mit der Anzahl offener Ansprüche zum selben Zeitpunkt berechnet. Ein offener Anspruch wird definiert als Anspruch, für den an einem Zeitpunkt innerhalb des festgelegten Zeitraumes Leistungen bezahlt worden sind» (WBGH 2003).

Kosten als Prozentsatz der Lohnsumme

Die Summe der bezahlten Leistungen, geteilt durch die Summe der Lohnkosten für leistungsberechtigte Arbeitnehmende.

Ausfalltage pro hundert Arbeitnehmende

Die Anzahl Ausfalltage, multipliziert mit der Summe der Arbeitsstunden geteilt durch 200 000 ergibt die Anzahl Ausfalltage pro hundert Arbeitnehmende.

Durchschnittliche Anspruchsdauer

Unter der Dauer eines Anspruchs wird die Anzahl Kalendertage vom ersten Absenztage infolge von Krankheit oder Unfall an bis zum Tag, an dem der Anspruch beendet ist, verstanden.

Anspruchshäufigkeit

Bei der Anspruchshäufigkeit handelt es sich um die Anzahl Ansprüche, die pro hundert Arbeitnehmende auftreten. Sie wird berechnet aus der Summe Ansprüche, multipliziert mit 200 000 (Anzahl Arbeitsstunden pro 100 Arbeitnehmende in einem Jahr), und dann geteilt durch die Summe der Anzahl Arbeitsstunden.

Return-to-Work-Effizienz

Die Effizienz des *Return to Work* bezeichnet die Schnelligkeit und die Art des RTW, das heisst, wie viele Arbeitnehmende an den angestammten Arbeitsplatz zurückgekehrt sind, wie viele an einen Schonarbeitsplatz, um danach an den angestammten Arbeitsplatz zurückzukehren, wie viele an eine dauerhaft veränderte Arbeit und wie viele an alternative Arbeitsplätze ausserhalb ihres Heims oder Arbeitsplatzes.

Jede dieser Kategorien kann für die Zweigstellen, die Abteilungen oder die Arbeitsschichten berechnet werden. Die Datenanalyse könnte auch demografische Angaben zu den Arbeitskräften miteinbeziehen, einschliesslich Alter, Geschlecht, Dienstjahre und Anzahl bisheriger Ansprüche. Falls ein Arbeitgebender mehrere Standorte hat, sollten alle anwendbaren Gesetzeseinschränkungen vermerkt werden. Dies, um die Auswirkungen externer Einflüsse auf das Verhalten gegenüber Krankheit und Unfall zu erkennen.

Ein Beispiel, welche tiefgreifende Auswirkungen eine Gesetzgebung auf das Verhalten haben kann, sind die RTW-Bestimmungen des *Workplace Safety and Insurance Board* (WSIB) der kanadischen Provinz Ontario, die bedeutende Anreize bietet beziehungsweise Strafen verhängt, wenn Arbeitgebende und Arbeitnehmende sich nicht an einer frühen und sicheren Rückkehr an die Arbeit beteiligen. Diese Gesetzgebung änderte das Verhalten entschieden, wobei die Anspruchsdauer von 17,8 im Jahr 1993 auf 14,3 Tagen im Jahr 2002 gesunken ist (WSIB 2002). Dies allein garantiert nicht, dass das *Return-to-Work*-Verfahren angemessen ist; es bedeutet ganz einfach, dass der verletzte Beschäftigte an die Arbeit zurückgekehrt ist, sodass zusätzliche Messwerte des Erfolges der Rückkehr an eine reguläre Arbeit das Ergebnis des Programms zeigen können.

Bisherige Daten schaffen eine solide Grundlage, auf die das Programm aufgebaut werden kann.

Es ist äusserst wichtig, die Ausgangswerte regelmässig zu überprüfen, um Bedürfnisse für zusätzliche Programme festzulegen, sicherzustellen, dass erstellte Programme sich nach den Bedürfnissen richten, und Ergebnisse zu kommunizieren.

Gestaltung eines Disability-Management-Programms

Die Gestaltung eines Disability-Management-Programms kann sich auf eine Bedarfsanalyse und das gegenwärtige Verständnis wesentlicher Komponenten von DM-Programmen stützen. Spezifische Ziele müssen mit Blick auf die Bedürfnisse des Arbeitsplatzes gesetzt werden. Wichtig ist, dass DM-Initiativen im Einklang sind mit den Gesamtzielen und dem Auftrag des Unternehmens. Die Komponenten eines Programms umfassen alle wichtigen Massnahmen bezüglich Prävention, Anspruchserhebung, Anspruchs- und Case Management, RTW sowie Anpassungsmassnahmen. Zusätzliche Informationen über Methoden und Massnahmen sowie Aufgaben- und Verantwortungsverteilung werden in Kapitel 6 gegeben.

Prävention

Unsere Gesellschaft weiss, wie wichtig ein gesunder Lebensstil und Prävention ist. Gute Ernährung, ausreichend Bewegung, das Unterlassen von Rauchen, gemässigter Alkoholkonsum und das Behandeln auftretender Probleme leisten einen wichtigen Beitrag, um das Auftreten von Erkrankungen zu verhindern. Sicherheitsmassnahmen am Arbeitsplatz, Ergonomie, Schulung von Arbeitskräften und die Verminderung von Risiken am Arbeitsplatz tragen zur Prävention von unnötigen Zwischenfällen bei (Wilson & McCutcheon 2003).

Präventionsprogramme am Arbeitsplatz können sehr effizient sein, da der Arbeitsplatz einer der wenigen Orte ist, wo eine aufmerksame Hörschaft sowie eine einheitliche Interessengruppe vorhanden sind, die Entscheidungen im Hinblick auf einen positiven Lebensstil unterstützen können. Elswick (2002) legt dar, dass der Energiekonzern Chevron Corporation eine Abnahme des Rauchens von 28 Prozent auf 18 Prozent erzielt hat, die Genesungsrate bei Genussmittelmisbrauch auf zwei Jahre hinaus gesehen bei 70 Prozent beibehalten konnte Arbeitszwischenfälle generell um 50 Prozent und solche mit Fehlzeiten um 60 Prozent reduziert hat. Regelmässige Besucher des Fitnesscenters hatten 71 Prozent weniger Krankenhausbesuche und 26 Prozent weniger Ausgaben für Medikamente als Personen, die nicht ins Fitnesscenter gehen. Die voraussichtliche Rendite der Präventionsmassnahmen beträgt 6,9 Millionen US-Dollar pro Jahr. Die Ergebnisse von gesundheitsfördernden Programmen haben langfristig positive Auswirkungen.

Präventionsprogramme umfassen alles, von interner Gesundheitsförderung über gezielte Gesundheits- und Sicherheitsinitiativen bis hin zu externen Unterstützungsprogrammen für Arbeitnehmende. Präventionsprogramme werden am besten mit Blick auf die Bedürfnisse der Arbeitnehmenden, Arbeitsunfähigkeitsdaten, Daten bezüglich Medikamentenverwendung und gegenwärtige Trends festgelegt. Danach können Programme entworfen werden, die die dringendsten Bedürfnisse ansprechen.

Früherkennung

Äusserst wichtig ist es, ein System für die Meldung aller Absenzen ab dem ersten Tag einzurichten. Der Arbeitgebende sollte von Anfang an der Erwartung einer Rückkehr an die Arbeit Ausdruck geben. Cole et al. (2002) zeigen klar auf, dass die Erwartung einer Rückkehr an die Arbeit die Dauer der Absenz deutlich verkürzen kann. Selbstverständlich genügt es nicht, nur Bericht zu erstatten und die Absenzen zu überwachen: Es braucht ein Anspruchsmanagement.

Die Früherkennung von Arbeitnehmenden, die Unterstützung brauchen, ist von grosser Bedeutung. Dies kann der Arbeitsunfähigkeit vor ihrem Erscheinen vorbeugen. Es wird eine Möglichkeit zur Intervention geschaffen, die sicherstellt, dass die Arbeitnehmenden vor dem Auftreten der Krise die richtige Behandlung bekom-

men. Stellen Sie sich einen Beschäftigten vor, der beim täglichen Arbeiten vor dem Bildschirm gelegentlich Schmerzen im oberen Nacken verspürt. Ignoriert er den Schmerz nun Tag für Tag und versucht nicht, ergonomische Anpassungen an seinem Arbeitsplatz vorzunehmen oder ärztliche Behandlung aufzusuchen, wird der Schmerz immer stärker werden und letztlich zu Arbeitsunfähigkeit führen. Je länger der Schmerz ohne Intervention anhält, desto schwieriger werden die Behandlung und die Genesung sein. Früherkennung hilft auch dabei, das Gefühl zu vermitteln, dass sich das Unternehmen um die Gesundheit ihrer Angestellten kümmert. Diese Etappe ist ganz klar eine der wichtigsten im Disability-Management-Prozess. Disability-Management-Fachpersonen können den Ausgang eines Anspruches durch frühes Eingreifen beträchtlich verbessern.

Eine Studie von Gatchet et al. (2003) weist klar grössere Kosteneinsparungen nach, die auf Früherkennung zurückzuführen sind. Anhand der Ergebnisse konnte weiter festgestellt werden, dass «Personen mit hohem Krankheitsrisiko, die eine frühzeitige Behandlung erhielten, in einem breit gefächerten Spektrum von Berufen, medizinischer Versorgung, Verwendung von Medikamenten und Schmerzempfinden der Betroffenen statistisch bedeutend weniger Fälle von Arbeitsunfähigkeit aufgrund von chronischen Schmerzen entwickelten».

Ein weiteres überzeugendes Beispiel für positives Eingreifen am Arbeitsplatz ist das Erkennen von Faktoren im Arbeitsumfeld, die psychosoziale Unstimmigkeiten hervorrufen könnten. Eine Änderung der Management-Philosophie kann zu Unsicherheit der Arbeitnehmenden führen. So muss einer positiven Einführung von Änderungen Aufmerksamkeit geschenkt werden. Der Änderungsprozess des Managements sollte Kommunikation nicht vernachlässigen. Wie Kotter (1996) erörtert, ist Kommunikation einer der Grundpfeiler für das Vornehmen erfolgreicher Änderungen: «Grössere Änderungen vorzunehmen ist im Allgemeinen unmöglich, wenn nicht die Mehrheit der Arbeitnehmenden bereit ist, diese Änderungen zu unterstützen, ja oft sogar kurzfristig Opfer zu bringen.» Schlecht eingeführte Änderungen führen zu Unzufriedenheit und Unsicherheit der Arbeitnehmenden. Ein gut geführtes Unternehmen mit guten Kommunikationsstrategien wird gesündere Arbeitnehmende haben.

Anspruchs- und Case Management

Ein DM-Programm braucht ein starkes Anspruchs- und Case Management. Es geht dabei um Massnahmen zur Vergewisserung, dass ein/e krankgeschriebene/r Mitarbeiter/in die optimale ärztliche Betreuung erhält und sich auf die Gesundung konzentriert. In dieser Etappe kommt auch die Koordination von Dienstleistungen zum Zuge. Anspruchsmanagement ist nicht gleich Case Management. Die Aufgabe des Anspruchsmanagements kann zusammengefasst werden in der Frage nach

dem erforderlichen Nachweis zur Verwaltung des Anspruchs. Erhält das Arzteugnis genug Informationen, um die Absenz zu rechtfertigen? Rechtfertigen die regelmässig erbrachten Informationen über den Verlauf der Genesung die Absenz? Wurde ein RTW-Datum festgelegt? Sind die Fähigkeiten und Einschränkungen des/der arbeitsunfähigen Arbeitnehmenden zur Erleichterung einer frühen und sicheren Rückkehr an die Arbeit erfasst worden?

Das Case Management legt den Schwerpunkt auf Aktivitäten, die in der Absenzeit des Arbeitnehmenden anfallen. Dies kann miteinschliessen, den/die Arbeitnehmende/n darin zu unterstützen, die richtige Behandlung zu erhalten. Es soll festgestellt werden, ob er/sie angemessen behandelt wird, mit der Behandlung zufrieden ist und diese Behandlung zur Genesung führt. Wie Jane Vos (2004), Vizepräsidentin des kanadischen Unternehmens *Organizational Solutions*, erklärt, «brauchen Arbeitnehmende oft Unterstützung dabei, den Weg durch das Labyrinth des Gesundheitswesens zu finden. Wir helfen ihnen dabei und tragen so einer beschleunigten Genesung bei, was schlussendlich eine frühere Rückkehr an die Arbeit erleichtert». Es ist äusserst wichtig, einzugreifen, bevor der Arbeitnehmende anfängt, sich immer mehr mit dem Gedanken der Arbeitsunfähigkeit abzufinden. Die Intervention hört nicht bei einer angemessenen Behandlung auf, da die Absenzeit die Wahrnehmung der Erkrankung von Seiten des Arbeitnehmenden und -gebenden beeinflusst. Stellen Sie sich einen Beschäftigten vor, der sich eine ernsthafte Verletzung – zum Beispiel eine Armverletzung bei einem Autounfall – zugezogen hat, die eine längere Rekonvaleszenzzeit benötigt und sehr wahrscheinlich permanente Beeinträchtigungen zur Folge haben wird. Je länger der Arbeitnehmende der Arbeit fern bleibt, desto stärker wird das Gefühl der Nichtdazugehörigkeit. Es ist von grosser Bedeutung, dass der Arbeitsplatz weiterhin Unterstützung anbietet und die Behandlung zum Ziel hat, die optimale Funktionsfähigkeit des Arbeitnehmenden wiederherzustellen.

In Studien, die auf den Beginn des Disability Management zurückgehen, wurde festgestellt, dass sogar gelegentlicher Kontakt mit dem Arbeitnehmenden die Absenz um 30 Prozent verringert (Bigos et al. 1991). Selbstverständlich hat sich DM seither weiterentwickelt, das Grundprinzip der Aufrechterhaltung des Kontakts ist jedoch das gleiche geblieben.

Beides, Anspruchsmanagement und Case Management, kann vom Arbeitgebenden intern durchgeführt werden, falls angemessen ausgebildete Gesundheitsfachkräfte zur Verfügung stehen, oder von einem externen Unternehmen gehandhabt werden. Case Management kann (intern oder extern) effizient durchgeführt werden, solange das Vorgehen festgelegt ist und angemessen durchgeführt wird. Grossunternehmen können betriebseigene Case Manager/innen angestellt haben. Vorteil eines internen Case Management sind die Vertrautheit mit dem Arbeitsplatz und die Möglichkeit, mit Vorgesetzten und der Unternehmensleitung in Kontakt zu tre-

ten, um eine rasche Antwort auf einen Strategiewechsel zu haben. Ein Nachteil ist, dass Entscheidungen über Leistungen intern bleiben und durch Angelegenheiten, die nicht direkt mit der Arbeitsunfähigkeit in Beziehung stehen, beeinflusst werden könnten. Auch vertrauliche Behandlung kann schwieriger umzusetzen sein, wenn Case Management intern betrieben wird. Für eine externe Firma spricht die Tatsache, dass Disability Management ihre Hauptaktivität ist. Sie ist auf diesem Gebiet spezialisiert, das Personal hat darin Erfahrung und Zugang zu Disability-Management-Hilfsmitteln, die betriebsinternem Personal nicht zur Verfügung stehen. Ein erfahrenes Unternehmen hat Erkenntnisse aus seiner bisherigen Praxis und kann bestmögliche Unterstützung anbieten. Es kann auch von Vorteil sein, die Verantwortung, gestützt auf ausreichende Arztzeugnisse und Behandlungspläne, über die Annahme oder Verweigerung von Leistungsanfragen zu entscheiden, an ein Drittunternehmen zu delegieren, das klare Annahmekriterien besitzt. Ein weiterer Vorteil ist der Schutz vertraulicher Informationen aus Arztzeugnissen, da vermieden wird, dass die Information durch die Verwaltung eines Unternehmens fließt. Es ist wichtig, zu betonen, dass sowohl bei intern als auch bei extern betriebem Case Management die Geheimhaltungspflicht obligatorisch ist. Heikle Informationen aus Arztzeugnissen sollten nicht auf unangemessene Weise weiter erzählt werden; das Einverständnis der gut informierten Betroffenen ist von grosser Bedeutung und in einem guten DM-Programm zwingend erforderlich. Einschränkungen und Arbeitsfähigkeiten sind notwendige Informationen, die dem Arbeitgebenden mitgeteilt werden können, um den Rückkehrprozess zu unterstützen.

Green-McKenzie et al. (1998) stellten eine Reduzierung der Entschädigungsleistungen um 41–59 Prozent fest und eine Verminderung der Fälle mit Ausfallzeiten um 46–67 Prozent, nachdem die Gesundheitsmanagement-Initiative vollständig umgesetzt worden war. Auch wurde festgestellt, dass die Massnahmen zur Kostenüberwachung ohne umfassendes Case Management die Kosten nicht bedeutend gesenkt haben. Die Massnahmen des Gesundheitsmanagement-Programms umfassten die Einführung eines Programms zur frühen und sicheren Rückkehr an die Arbeit, Unterstützung beim Festlegen eines Termins mit einer Fachärztin, die Koordination des Informationsflusses zwischen Leistungserbringern (Arbeitsunfallversicherungen, Krankenkassen) und Vorgesetzten, die Einführung eines Betreuungssystems und die Einrichtung einer betriebsinternen Verwaltung aller Rechtsfälle.

Von grösster Bedeutung ist die Erkenntnis, dass jede Person und jeder Arbeitsplatz anders ist und dass ein komplexes Zusammenspiel von Einflüssen des Arbeitsplatzes, der Familie, früheren Vorfällen, äusseren Einflüssen wie Systemen der sozialen Sicherung, Vorhandensein angemessener Behandlung und anderen Einflussfaktoren, wie in Kapitel 3 erörtert wird, die Reaktion auf Arbeitsunfähigkeit beeinflusst.

Wichtig ist ausserdem die Erkenntnis, dass kranke Mitarbeitende, die sich im Gesundheitswesen zurechtfinden müssen, besonders überfordert und verletzlich sein können. In der von Gates (2000) geführten Studie gaben die Beteiligten an, dass die Unterstützung des Case-Managers einer der wichtigsten Gründe für die Rückkehr an die Arbeit war.

Die Rolle der Disability-Management-Fachperson ist oft die Rolle einer Verbindungsperson im System. Die wichtigste Aufgabe einer DM-Fachperson ist es, die Arbeitnehmenden darin zu unterstützen, Blockaden, die die Genesung und die Rückkehr an die Arbeit behindern, aus dem Weg zu räumen. Disability Management kann Tätigkeiten wie die Koordination von Dienstleistungen mit verschiedenen Akteuren ausserhalb des Arbeitsplatzes und die Organisation der Arbeit mit Vorgesetzten, Mitarbeitenden und Gewerkschaftsvertretern am Arbeitsplatz umfassen.

Die DM-Fachperson sollte im Anschluss an eine Absenz so schnell wie möglich mit der/dem Arbeitnehmenden Kontakt aufnehmen, um sie/ihn über das DM-Programm und die Unterstützung, die ihm während der Absenzeit zur Verfügung steht, in Kenntnis zu setzen.

Die nächstwichtigste Aufgabe im DM-Prozess ist die Überwachung der körperlichen Genesung bzw. des Behandlungsprozesses. Sofortige und angemessene Behandlung wurde als einer der Hauptfaktoren der Gesundung nachgewiesen (Adams & Williams 2003, Baril et al. 2003, Shaw et al. 2002). Die DM-Fachperson wird sich vergewissern, dass die körperliche Behandlung Fortschritte macht. Das bedeutet nicht, dass DM-Fachpersonen den Platz von Ärzten/Ärztinnen einnehmen – es geht um eine einfache Vergewisserung, dass es im Gesundheitssystem keine Verzögerungen gibt, die eine rechtzeitige und angemessene Behandlung verhindern. Disability-Management-Programme bringen es oft mit sich, dass Ressourcen des Arbeitsplatzes und des Gemeinwesens zusammengebracht werden müssen, um den Arbeitnehmenden zurück an die Arbeit zu bringen. Diese Aufgabe muss von einer Fachperson mit spezifischen Qualifikationen ausgeführt werden, wie es in Kapitel 6 erörtert wird.

Ein Ziel ist es, die Arbeitsfähigkeit so schnell wie möglich wiederzuerlangen und den Schwerpunkt auf angemessene und frühe Rückkehr an die Arbeit zu legen. Dazu kann ein unabhängiges ärztliches Gutachten oder eine Beurteilung der Leistungsfähigkeit notwendig sein, falls Bedarf dafür besteht, die Arbeitsfähigkeit über das Urteilsvermögen der behandelnden Ärztin hinaus zu messen. Mögliche Hilfsmittel im DM-Prozess sind also ein unabhängiges ärztliches Gutachten oder die Beurteilung der Leistungsfähigkeit. Dies können wichtige Werkzeuge sein, wenn sie so gestaltet wurden, dass spezifische Fragen beantwortet werden und sie sich auf ein positives Ergebnis konzentrieren. Sie reichen jedoch nicht aus, festzustellen, was mit dem Arbeitnehmenden nicht stimmt; äusserst wichtig ist auch die Vergewisserung, dass ein Teil der Beurteilung potenzielle Lösungsmetho-

den betrachten wird. Komplexe Fälle verlangen andere Kenntnisse und mehr Fachleute zur Gestaltung eines geeigneten Handlungsplans, als es Arbeitnehmende mit weniger ernsten Verletzungen oder Erkrankungen benötigen.

Return to Work (RTW)

Return to Work ist das Hauptziel jedes DM-Programms. Für eine effiziente Rückkehr des/der Arbeitnehmenden an die Arbeit müssen die wesentlichen Arbeitsplatzanforderungen bekannt sein. Unter Umständen muss ein Arbeitsanforderungsprofil erstellt werden, um die Arbeitsanforderungen vollständig verstehen zu können. Gespräche mit Arbeitnehmenden, den Vorgesetzten und (gegebenenfalls) mit Gewerkschaftsleuten erleichtern es, ein angemessenes Bild der Arbeit zu bekommen. Sobald ein/e Arbeitnehmende/r abwesend ist, sollten Gespräche über die Rückkehr an die Arbeit beginnen. Es ist wichtig, dass die Erwartungen einer Rückkehr an die Arbeit von Anfang an genannt werden. Wie in Shaw et al. (2002) erläutert wird, ist die persönliche Einstellung des /der Betroffenen in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit und die Rückkehr an die Arbeit ausschlaggebend. So ist es von grosser Bedeutung, dass die Erwartungen des/der Betroffenen auf eine Rückkehr an die Arbeit ausgerichtet werden. Ziel ist es, wenn immer möglich die Rückkehr an die angestammte Arbeit zu betonen.

Steht die Rückkehr an die Arbeit dann bevor, muss abgeklärt werden, ob vorübergehende Schonarbeit, Anpassungen des Arbeitsplatzes, eine alternative Arbeit oder Umschulung erforderlich sei. Es ist notwendig, die kognitiven und körperlichen Fähigkeiten des/der Betroffenen in Bezug auf die Arbeitsanforderungen vollumfänglich abzuklären. Dabei ist Vorsicht geboten, vor allem wenn es um Bedingungen geht, die schon vor dem Arbeitsausfall existiert haben und bei der Einstellung nicht in Betracht gezogen worden sind, aber den RTW-Prozess negativ beeinflussen könnten, wenn Fähigkeiten überprüft werden, die keinen direkten Bezug zum Unfall oder zur Erkrankung haben.

Wenn dann die Fähigkeiten abgeklärt worden sind, kann ein Treffen des/der Arbeitgebenden mit dem/der Arbeitnehmenden stattfinden. Wenn der/die Arbeitnehmende einfach an die angestammte Arbeit zurückkehrt, ist ein solches Treffen nicht unbedingt notwendig. Ist die Arbeit bei der Rückkehr jedoch von vorübergehender Natur, sollten bei einem Treffen alle Aspekte des RTW-Prozesses durchgesehen werden, um sicherzustellen, dass alle Betroffenen ihre Rolle kennen, und die Betreuungsarbeit zur erfolgreichen Wiedereingliederung an den Arbeitsplatz einzuleiten. Der RTW-Plan sollte einen Überblick über die Fähigkeiten und einen genauen Zeitplan zur Rückkehr an die angestammte Arbeit enthalten.

Wichtig ist, dass der Gesundheit und der Sicherheit bei der Wiedereingliederung des Arbeitnehmenden Beachtung geschenkt wird. Erklären Sie die Sicherheitsbestimmungen des Jobs und machen Sie klar, wer bei Fragen Hilfe leisten kann. Auch

die Sicherheit anderer sollte beachtet werden, wenn ein/e Arbeitnehmende/r an die Arbeit zurückkehrt – der/die Betroffene sollte die Arbeit so verrichten können, dass andere Beschäftigte nicht gefährdet werden.

Viele Menschen sind bei der Rückkehr an die Arbeit sehr unsicher. Diese Ängste können reduziert werden, wenn die Erwartungen festgelegt sind und ein RTW-Plan ausgearbeitet wird. Der Fortschritt des RTW-Prozesses muss überwacht werden, damit eine angemessene Rückkehr an den Arbeitsplatz gewährleistet werden kann. Zur Identifizierung von RTW-Elementen, die bei falschen Lösungsansätzen zu Problemen führen könnten, kann bei der RTW die Intervention von Spezialistinnen und Spezialisten wie Arbeitstherapeut, Physiotherapeutin, Ergonome, Arbeitsmedizinerin oder einer anderen Fachperson erforderlich sein. Die Übereinstimmung der Fähigkeiten des Beschäftigten und der Arbeitsanforderungen sind eine wesentliche Komponente des Return to Work. Die DM-Fachpersonen sollte sowohl mit dem/der Arbeitnehmenden als auch mit dem/der direkten Vorgesetzten regelmäßig Kontakt aufnehmen, solange, bis der/die Beschäftigte wieder eine Arbeitsposition auf Dauer einnimmt. Bei Problemen sollte sofort eingegriffen werden, um Schwierigkeiten aus dem Weg zu räumen und den RTW-Plan einhalten zu können. Zudem ist es wichtig, ein formelles Abschlussgespräch zu haben, um den Erfolg des Übergangs zu einem Aufgabenbereich auf Dauer zu feiern und den RTW-Plan zu Ende zu bringen.

Sichere und schnelle RTW-Programme sind eine Realität, die bedeutende Personal- und Finanzerfolge aufzeigen. Curtis und Scott (2004) belegen die positive Auswirkung des RTW. So muss die Arbeitsstelle darauf vorbereitet sein, Schonarbeit für rückkehrende Beschäftigte anzubieten, deren Fähigkeiten vorübergehend eingeschränkt sein könnten. Wenn früh erkannt wird, dass der/die Arbeitnehmende aufgrund der Ernsthaftigkeit des Zustandes nicht an eine geregelte Arbeit zurückkehren kann, sollte Rehabilitation in Betracht gezogen werden und es sollten in einem frühen Stadium Interventionen erwogen werden, bevor die Arbeitsunfähigkeit im Bewusstsein des Betroffenen verankert ist.

Programmentwicklung und Bewertung

Der letzte, aber entscheidende Punkt eines erfolgreichen DM-Programms besteht darin, seinen Erfolg festzuhalten und zu bewerten. Bei der Gestaltung eines erfolgreichen DM-Programms werden Ziele festgelegt, die die Grundlage für die Erfolgsbeurteilung darstellen. Die Bewertung des Programms ist wichtig, um Bereiche mit kontinuierlichem Fortschritt, die Teil des sozialen Gefüges des Betriebes geworden sind, festzustellen. DM-Programme sollten Prävention am Arbeitsplatz in die Unternehmensstrategie und den Projektplanungsprozess einbauen.

Schlussfolgerungen

Disability-Management-Programme, die unter Beachtung der hier genannten Schlüsselerwägungen umgesetzt werden, reduzieren die menschlichen Einbußen und finanziellen Kosten von Arbeitsunfähigkeit. Die wichtigsten Bereiche umfassen Datenanalyse, solide Programmgestaltung, Prävention, Anspruchserhebung, Anspruchs- und Case Management, RTW sowie kontinuierlichen Fortschritt. Alle Programme benötigen die Unterstützung des Senior-Managements und sollten bewertet werden, um die Effizienz und Rentabilität zu veranschaulichen.

Literatur

- Adams J H, Williams A 2003 What affects return to work for graduates of a pain management programme with chronic upper limb pain. *Journal of Occupational Rehabilitation* 13(2):91-106
- Baril R, Berthelette D, Massicotte P 2003 Early return to work of injured workers: multidimensional patterns of individual and organizational factors. *Safety Science* 41:277-300
- Bigos S J, Battie M C, Spengler D M et al 1991 A prospective study of work perceptions and psychosocial factors affecting the report of back injury. *Spine* 16(1):1-6
- Cole D C, Mondloch M V, Hogg-Johnson S for the Early Claimant Cohort Prognostic Modelling Group 2002 Listening to injured workers: how recovery expectations predict outcomes – a prospective study. *Canadian Medical Association Journal* 166(6):749-754
- Curtis J, Scott L 2004 Integrating disability management into strategic plans. *American Association of Occupational Health Nurses Journal* 52(7):298-301
<http://www.aaohn.org/practice/journal/index.cfm>
- Elswick J 2002 Employers cite success with disability programs. *Employee Benefit News*, December
<http://www.benefitnews.com/detail.cfm?id=3842&terms=lelswickl>
- Gatchett R J, Polatin P B, Noe C et al 2003 Treatment and costeffectiveness of early intervention for acute low back pain patients: a one-year prospective study. *Journal of Occupational Rehabilitation* 13(1):1-9
- Gates L B 2000 Workplace accommodation as a social process. *Journal of Occupational Rehabilitation* 10(1):85-98
- Green-McKenzie J, Parkerson S, Bernacki E 1998 Comparison of workers' compensation costs for two cohorts of injured workers before and after the introduction of managed care. *Journal of Occupational Medicine* 40(6):568-572
- Kotter J P 1996 *Leading Change*. Harvard Business School Press, Boston, MA
- Shaw L, Segal R, Polatjkos H et al 2002 Understanding return to work behaviors: promoting the importance of individual perceptions in the study of return to work. *Disability and Rehabilitation* 44(4):185-195
- Vos J 2004 Personal communication. *Organizational Solutions*, Burlington, Ontario
- Washington Business Group on Health 2004 www.wbgh.org
- Wilson L, McCutcheon D 2003 *Industrial Safety and Risk Management*. The University of Alberta Press, Edmonton, Alberta
- Workplace Safety and Insurance Board of Ontario 2002 http://www.wsib.on.ca/ar2002_home_e.htm



3. Ein Begriffsmodell für Disability Management

Lernziele

- Die Grundlage eines Begriffsmodells im Bereich des Disability Management verstehen
- Die Vielfalt der Einflussfaktoren auf die Ergebnisse des DM beschreiben können.
- Erkennen, dass sich DM an die Einzelperson als Teil des umfassenderen Sozialsystems richtet.

Einleitung

Disability Management ist eine neu aufkommende Disziplin, deren Beitrag an ein Unternehmen und seine Beschäftigten zur Senkung der finanziellen Kosten und menschlichen Einbußen von Bedeutung ist. Wie bei jedem sich entwickelnden Beruf müssen die Ordnung und das Auftreten, die Prinzipien, Praktiken und Tatsachen, von denen er bestimmt wird und die sein Eingreifen erfolgreich und leicht reproduzierbar machen, kritisch überdacht werden. Die Wissensgrundlage eines Berufes entwickelt sich und ein komplexes Zusammenspiel von Einflüssen formt mit der Zeit seine Tätigkeiten. Das Disability-Management hat den Auftrag, ein Grundbedürfnis der Gesellschaft zu decken, und hat Anerkennung gefunden durch seine Fähigkeit, den umfassenden Status eines sozialen Problems zu beeinflussen, und seinen Beitrag an den Endgewinn eines Unternehmens.

Die meisten Menschen haben eine bestimmte Sicht von der Welt, von ihrer Arbeit und vom Fachgebiet ihrer Arbeit, in unserem Fall vom Disability Management. Diese Vorstellungen sind richtungsweisend für die Menschen, die in diesem Beruf arbeiten. Sie bilden die «Theorie» ihres Lebens. In diesem Kapitel führen wir ein theoretisches Modell ein, das auf der Basis von DM-Philosophien und Haltungen des Konzeptes «Arbeit», die gegenwärtigem Fachwissen und wissenschaftlichen sowie betrieblichen Auffassungen entnommen worden sind, entstanden ist.

«Eine Theorie kann als ein wissenschaftlich akzeptiertes, allgemeines Prinzip definiert werden, das die Praxis bestimmt oder vorgeschlagen wird, um beobachtete Tatsachen zu erklären. Eine Theorie wird auch definiert als eine Vielzahl logischer, miteinander verbundener Annahmen, die dazu gebraucht werden, einen Teil der empirischen Welt zu beschreiben, zu erklären und vorauszusagen» (Riehl & Roy 1980: 3). Theorien sind Behauptungen, die eine vernünftige Erklärung für eine

Begebenheit geben. Es sind Ideen darüber, wie und wieso etwas auf die Art geschieht, wie es geschieht. Ein Modell kann als «logische, symbolische Darstellung einer idealisierten, relativ einfachen Situation, die die Struktur des Originalsystems aufzeigt» (Hazzard & Kergin 1971, in: Riehl und Roy 1980: 6), definiert werden. Ein Modell ist eine konzeptionelle Repräsentation der Wirklichkeit. Es handelt sich nicht um die Wirklichkeit an sich, sondern um eine allgemeine Grundlage, die richtungweisend ist für eine Vielzahl an informellen Regeln, die als Wegweiser für den Beruf aufgestellt werden. Ein Beispiel dafür wäre das Miniaturmodell eines neuen Gebäudes, das oft während der Gestaltungs- und Bauphase eines Projektes in der Eingangshalle unter einem Glaskasten steht. Es handelt sich dabei nicht um die Sache selbst, sondern um ein Modell, das gebraucht wird, um die Struktur nachzubilden und aufzuzeigen, wie das fertige Produkt aussehen wird.

Ein Modell ist systematisch erstellt, wissenschaftlich begründet und steht in Verbindung mit einer Reihe von Konzepten, die die logischen und wesentlichen Komponenten des Disability Management identifizieren. Die Komponenten werden durch einen systematischen, in sich geschlossenen Ansatz in Verbindung miteinander gesetzt.

Die Grundlage für dieses Disability-Management-Modell bildet die Systemtheorie der Sozialwissenschaften. Die Allgemeine Systemtheorie, die ursprünglich von Ludwig von Bertalanffy, einem Biologen aus den 1940er-Jahren, stammt, entstand aus den Bemühungen, ein theoretisches Modell zu erstellen, das alle lebenden Systeme umfasst und für alle Verhaltenswissenschaften massgeblich ist. Der wichtigste Beitrag Bertalanffys war es, einen Rahmen zu schaffen, um bei der Betrachtung von scheinbar nicht in Beziehung zueinander stehenden Phänomenen zu erkennen, wie diese zusammen voneinander abhängende Komponenten eines grösseren Systems repräsentieren. Ein System ist eine komplexe Anordnung von Komponenten, die in gegenseitiger Wechselwirkung zueinander stehen. «Niemand und nichts existiert in vollkommener Isolation; die Welt wird aus Systemen innerhalb von Systemen gebildet. Offene, lebendige Systeme existieren aufgrund ihrer Interaktion mit der Umwelt. Sie sind ständigen Änderungen ausgesetzt» (Goldenberg & Goldenberg 1980).

Unser Begriffsmodell gibt einen systematischen Überblick über den Bereich des Disability Management. Es beschreibt die wichtigsten Begriffe und Beziehungen zwischen Konzepten, Zielsetzungen und Interventionen. Das Modell umfasst drei Grundkomponenten: Ansichten und Werte, Zielsetzungen der Praxis sowie erforderliches Fachwissen und Kompetenzen zur Zielerreichung.

PRAXIS = ANSICHTEN + ZIELSETZUNGEN + FACHWISSEN

Ansichten und Werte

Arbeitsplatz und Einzelpersonen bilden sich eine Meinung über das Verhalten von Menschen in einer gegebenen Situation. Menschen leben nicht isoliert, sondern interagieren mit vielen anderen Personen und Dingen in unserer Gesellschaft. So muss jeder Beruf, der mit Menschen zu tun hat, eine Ahnung davon haben, wie Empfänger/innen ihrer Dienstleistungen funktionieren und mit der Welt um sie herum in Beziehung stehen.

Werte spielen eine grosse Rolle bei der Entwicklung einer allgemeinen Auffassung des Berufes. Disability Management ist noch ziemlich am Anfang seiner Entwicklung, und die Wissensbasis lässt noch ausreichend Raum für Ungewissheiten rund um die Parameter der Praxis. Das Nichtvorhandensein einer 100 Prozent festgelegten Wissensgrundlage bedeutet, dass Werte wichtige Wegweiser für die Praxis sind. Beim Ausbauen dieser Wissensbasis werden Werte einen entscheidenden Einfluss auf die einzuschlagende Richtung haben und die Praxis stark beeinflussen.

Tief verankert in der Praxis des DM ist die Auffassung, dass die Individualität und Menschlichkeit jeder Person von grösster Bedeutung ist und wertvoll ist, ungeachtet gesundheitlicher Beeinträchtigung. Dies wird durch das grosse Anliegen des Berufes betont, sich auf die Fähigkeiten und Vorzüge des Einzelnen zu konzentrieren. Es wird anerkannt, dass jede Person eine Reihe von Erfahrungen und Wünschen hat, die hinter der Formulierung jeder Entscheidung und Handlung stehen. Zu den Werten des DM gehört die Anerkennung, dass gesundheitliche Beeinträchtigung individuell verschieden ist und jede Erfahrung für den Betroffenen einzigartig ist. Keine potenzielle oder verbleibende Fähigkeit ist zu klein oder unbedeutend. Zu der Arbeit einer DM-Fachperson gehört es, darauf zu achten, dass die Fähigkeit erkannt und während des Gesundungsprozesses eingesetzt wird.

Es ist äusserst wichtig angesichts ungünstiger Verhältnisse und sich verschlechternder Situationen, die Hoffnung nicht aufzugeben. Es kann auch darauf hingewiesen werden, dass ein Verständnis existiert, wonach die Entschlossenheit und die Verpflichtung der Betroffenen, eine aktive Rolle im Gesundungsprozess zu übernehmen, für den Erfolg der DM-Strategien entscheidend sein kann. Dieses Konzept steht in direktem Gegensatz zu dem Ansatz eines passiven «Patienten», der im medizinischen Modell vermehrt zu finden ist.

Disability-Manager/innen müssen erkennen, dass die Vielfalt an individuellen Unterschieden in Betracht gezogen werden muss, wenn zur Behandlung oder Intervention ein Modell oder eine Theorie angewandt wird.

Zielsetzungen

Die Berufsgruppe der Disability-Manager/innen muss sich über den allgemeinen Zweck ihrer Intervention einig sein. Ausserdem ist es wichtig, dass den Betroffenen (d.h. den erkrankten oder verletzten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern) die Rolle der Disability-Management-Fachperson klar ist.

Das herkömmliche Ziel des Disability Management ist die Rückkehr der arbeitsunfähigen Einzelperson an die Arbeit/in den Tätigkeitsbereich. Diese Definition wird weiter ausgebaut, um die Vergewisserung einer angemessenen Intervention während des Arbeitsausfalles miteinzuschliessen. Bei «umfassendem Disability Management» verlagert sich der Schwerpunkt dann darauf, den oder die Betroffene/n darin zu unterstützen, angemessene Betreuung zu bekommen sowie die optimale Leistungsfähigkeit wiederzuerlangen und schlussendlich an die Arbeit zurückzukehren (*Return to Work*). Disability Management betont die Wichtigkeit dessen und erkennt die Einflüsse auf den/die Arbeitnehmende/n, die direkte Auswirkungen auf den Erfolg des Programms haben. Zudem konzentriert sich DM auf das Bedürfnis, die im Umgang mit der Erkrankung oder Verletzung des/der Beschäftigten gesammelten Informationen an einer zentralen Kontaktstelle zu bündeln. Um aus Erfahrungen zu lernen und dem Auftreten von Verletzungen und Erkrankungen vorzubeugen, müssen Kenntnisse über erfolgreiche Interventionen angeeignet und diese dann zur Erzielung kontinuierlichen Fortschrittes im Tätigkeitsbereich verwendet werden. DM-Fachpersonen müssen bei der Ausübung ihrer gesamten Rolle innerhalb der gesetzlichen Richtlinien handeln.

Innerhalb der Ziele des DM-Modells herrscht die grundlegende Einsicht, dass der zentrale Stellenwert der Arbeit ein wesentlicher Bestandteil des menschlichen Wohlergehens ist (Frese & Mohr 1987 et al 1991).

Fachwissen

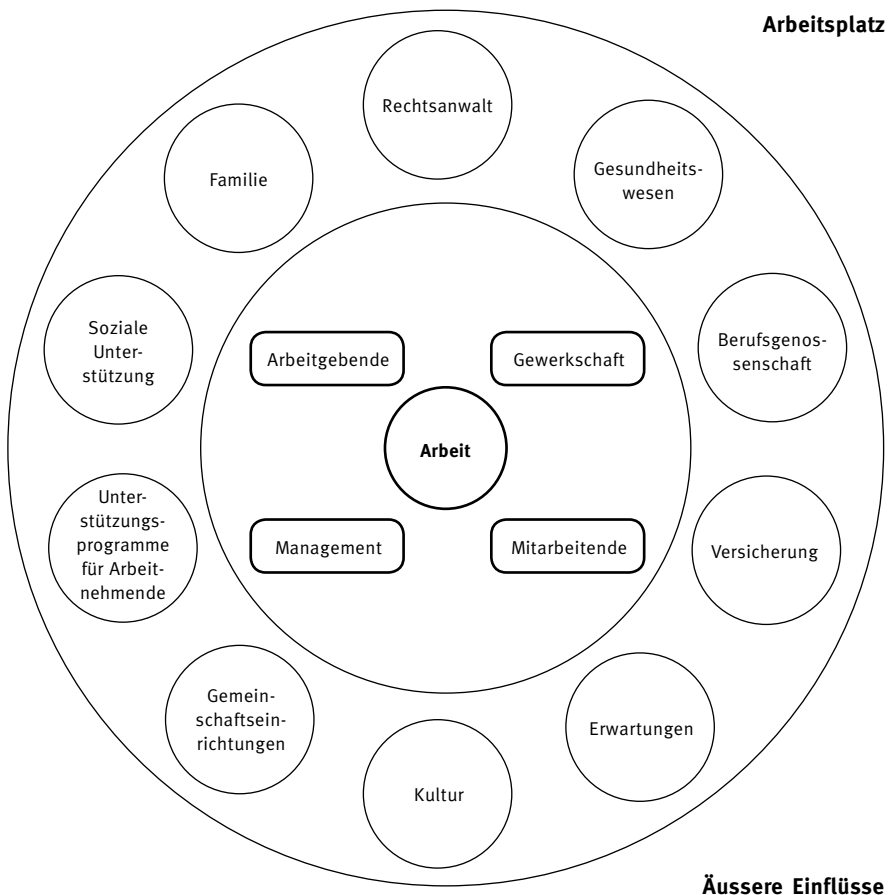
Nachdem das Ausmass des Fachwissens hier rund um das Gebiet der Arbeitsunfähigkeit und des Disability Management von einer Berufsgruppe festgestellt worden ist, wird es möglich, festzulegen, welches Wissen für die Ausübung des Berufes notwendig ist. Zur Aneignung von Fachwissen, das für die effiziente Tätigkeit als Disability-Manager/in notwendig ist, gehört die Auffassung, dass Menschen biologische Geschöpfe sind, die durch Verletzungen oder Erkrankungen beeinträchtigt werden können. Das Ziel der Intervention, das die Unterstützung des/der Betroffenen beinhaltet, besteht in der Wiedererlangung optimaler Leistungsfunktion und im Return to Work nach einem Arbeitsausfall.

Das Modell

Das Modell konzeptualisiert den Arbeitsplatz aus Sicht des/der Arbeitnehmenden. Es umfasst drei grössere Bereiche: die Arbeit, das Arbeitsumfeld und das nicht arbeitsbezogene Umfeld. Diese Bereiche stehen nicht isoliert da; es wird anerkannt, dass sie mit zahlreichen Elementen vernetzt sind. Das System tendiert dazu, in einem stabilen Zustand oder Gleichgewicht zu sein. Wird das Gleichgewicht verändert, gehen Elemente weg und andere kommen hinzu.

Jedes Begriffsmodell sollte die Schlüsselbegriffe und Beziehungen zwischen den Konzepten, Zielsetzungen und Interventionen beschreiben. Das Modell ist eine systematische Skizze, die zur Verdeutlichung der Interaktionen des Modells die Bestandteile jeder Hauptkomponente und jedes Einflussfaktors klar beschreibt. Es wird anerkannt, dass sich Elemente überschneiden.

Abbildung 3.1: Das Disability-Management-Modell



Philosophie

Ungeachtet des Alters, Geschlechts, der Volkszugehörigkeit und Kultur sowie des gesundheitlichen Zustandes des/der Arbeitnehmenden erleichtert der/die Disability-Manager/in im Rahmen eines umfassenden Disability-Management-Prozesses frühes und sicheres RTW und strebt die Senkung der menschlichen Einbussen sowie der finanziellen Kosten an. Die Disability-Management-Fachperson erreicht dies durch Fachkenntnis und praktische Erfahrung, gekoppelt mit Zusammenarbeit, Schulung und der Stärkung des Gemeinschaftsgefühls der Belegschaft.

In einem umfassenden Disability-Management-Programm geht die DM-Fachperson auf die Arbeit, Arbeitsparteien und äusseren Einflüsse ein. Die Notwendigkeit, die grosse Bedeutung dieser Interaktionen und deren Einfluss auf den Arbeitnehmenden und den Arbeitsplatz zu verstehen, führte zur Entwicklung dieses Modells.

Beschreibung des Modells

Der vielschichtige Zweck des DM wird anhand der Elemente im inneren und äusseren Kreis des Modells veranschaulicht. Der Arbeitsplatz entspricht dem/der Arbeitnehmenden, dem Management, den Mitarbeitenden und, falls anwesend, der Gewerkschaft. Das Arbeitsumfeld wird beeinflusst durch die individuelle und kollektive Haltung des/der Arbeitnehmenden, der Mitarbeitenden, der Gewerkschaft und des Managements. Die Komponenten des Arbeitsumfeldes stehen in gegenseitiger Wechselbeziehung zueinander. Die Bedürfnisse dieser verschiedenartigen und komplexen Beziehungen verstehen zu können, führt zu erfolgreichem umfassendem Disability Management. Ein Arbeitsplatz ist ganz einfach eine Einrichtung, ein Areal, das zur Ausübung der Arbeit bestimmt ist; er muss gesetzeskonform sein und bestimmte Normen erfüllen. Zudem wird der Arbeitsplatz seine Richtlinien, Arbeitsabläufe und seine Philosophie haben, die die Geschäftstätigkeit regeln. Einige Arbeitsplätze entwickeln besondere körperliche und geistige Stresssituationen. Diese Gegebenheiten müssen erkannt und angegangen werden. Werden sie vernachlässigt, kann dies leicht dazu führen, dass die DM-Praktiken des Unternehmens verarmen.

Der innere Kreis des Arbeitsplatzes wird nur durch eine gepunktete Linie vom äusseren Kreis getrennt, was auf eine anhaltende Interaktion zwischen dem inneren und äusseren Bereich hinweist (Abb. 3.1). Der äussere Kreis listet Elemente auf, die auf die Arbeitsplatzelemente im inneren Kreis Einfluss haben können oder nicht. Beim Arbeitsumfeld handelt es sich nicht um ein eigenständiges Umfeld, das den Arbeitnehmenden 24 Stunden im Tag gefangen hält. Deshalb müssen auch gegenseitige Wechselbeziehungen mit Leistungsträgern, Leistungserbringern, Kunden, der Familie und der Gesellschaft beachtet werden.

So repräsentiert der äussere Kreis Elemente, die einen Einfluss auf den Arbeitneh-

menden haben könnten. Sie sind zahlreich und schliessen Anbieter/innen von Medizindienstleistungen, Berufsverbände, Versicherer, externe Firmen, Erwartungen, Kultur, Gemeinschaftsagenturen, Unterstützungsprogramme für Arbeitnehmende, soziale Unterstützung, Rechtsanwälte, die Familie, Rechtsberater und das Gesundheitswesen selbst mit ein. Diese äusseren Elemente sind wichtig, und der Einfluss auf diese Beziehungen muss in einem umfassenden Disability-Management-Prozess beachtet werden. Ein Nichtbeachten der Einflüsse des äusseren Kreises wird das Ergebnis der DM-Bemühungen erheblich verringern. Der Arbeitsplatz kann diese Elemente und die gegenseitigen Wechselbeziehungen durch die Wahl und den Einsatz von angemessenen, bevorzugten Leistungsträgern zur Behandlung und Bewältigung der Arbeitsunfähigkeit und anderen Einflussfaktoren auf Arbeitsunfähigkeit beeinflussen. Es sollte eine Vertrauensbasis zu den Mitarbeitenden aufgebaut werden, sodass diese es nicht für notwendig erachten, eine externe Rechtsvertretung einzuschalten. Dies kann beispielsweise durch Kommunikation geschehen.

Ein interessantes Beispiel ist ein Unternehmen, dessen Arbeitnehmende nach einem Zwischenfall an der Arbeit stark dazu neigten, Rechtsberatung in Anspruch zu nehmen. Das Management und die Arbeitnehmerververtretung arbeiteten ein kurzes, leicht verständliches Mitteilungsblatt aus, das am Informationsbrett für Arbeitnehmende angeschlagen wurde. Es zeigte den Finanzwert eines Anspruches mit und ohne Rechtsvertretung auf. Das Unternehmen war in einem Bundesstaat ansässig, der eine Höchstgrenze für Beiträge an dauernde Arbeitsunfähigkeit festgesetzt hatte, sodass die Intervention eines Rechtsberaters in der Tat zur Kürzung der Beitragsgelder führte, die der Arbeitnehmende schlussendlich erhielt. War dies den Arbeitnehmenden einmal bewusst, neigten sie weniger dazu, nach arbeitsbezogenen Zwischenfällen eine Rechtsvertretung einzuschalten.

Das DM-Modell zeigt, wie wichtig es ist, dass die Arbeit das zentrale Element im Prozess ist. Die gegenseitigen Wechselbeziehungen im Modell weisen auf eine partizipative Rolle und Verantwortung für aktives Disability Management des Arbeitsplatzes hin. Die äusseren Elemente sind wichtig und die Einflüsse dieser Beziehungen müssen im DM-Prozess beachtet werden. In einigen Situationen kann der Arbeitsplatz durch die Wahl und den Einsatz von angemessenen, bevorzugten Partnern zur Behandlung und Bewältigung der Arbeitsunfähigkeit Einfluss nehmen auf diese Wechselbeziehungen, denen für ein optimales Ergebnis der Vorzug gegeben werden sollte.

Schlüsselbegriffe

Arbeit

Das arbeitsinterne Umfeld beschreibt die unterschiedlichen Komponenten, die eine Arbeitssituation umfasst. Auch die Beziehungen innerhalb des Arbeitsumfeldes beeinflussen sich gegenseitig. Die Ergebnisse dieser Wechselbeziehungen beschreiben schlussendlich den Arbeitsplatz und das Arbeitserlebnis des Arbeitnehmenden. Das interne Umfeld wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst, insbesondere durch den Unternehmensauftrag.

Eine wichtige Aufgabe der Disability-Management-Fachperson im Arbeitsumfeld ist es, zu erleichtern, dass die Arbeitnehmenden ihren körperlichen, geistigen und emotionalen Fähigkeiten gemäss platziert werden. Ziel ist es, Arbeitnehmenden die Möglichkeit zu geben, die Arbeit mit einem optimalen Grad an Effizienz und ohne Gefährdung der eigenen Gesundheit und Sicherheit oder jener anderer verrichten zu können. Teamwork ist für den Erfolg dieses Modells von grösster Bedeutung. Ein erfolgreiches DM-Programm am Arbeitsplatz baut eine Teamverpflichtung auf, die Mitarbeitende zu aktiver Teilnahme zu ermutigen, Gesundheit, Genesung und RTW anzustreben. Kein/e Arbeitnehmende/r ist in einem Unternehmen allein zuständig für DM und die sichere Rückkehr von Betroffenen an die Arbeit. Unternehmen mit erfolgreich verwirklichtem Disability Management haben festgelegte Aufgaben und Verantwortungsbereiche für alle Teammitglieder (Tate et al. 1999).

Die Arbeit steht im Zentrum des Modells, da es auf der Annahme basiert, dass Arbeit in unserem Leben von zentraler Bedeutung ist. Arbeit ist tatsächlich ein Aspekt jedes Gemeinschaftslebens. Die Gesellschaft funktioniert durch Arbeitsteilung und das Einbauen verschiedener Formen von Arbeit und wird dadurch erst möglich gemacht. Wir alle hängen von der Produktivität anderer ab. Kielhoner (1992) stellt fest, dass «die Beteiligung an einer Arbeit einen Einfluss auf die körperliche und psychische Gesundheit des Einzelnen hat. Arbeit ist wesentlich für das Wohlbefinden des Menschen». Es wird viel belegt, dass Menschen ein psychisches Bedürfnis nach Beschäftigung haben (Feather & Bond 1983, Jones & Davis 1991, Pearlin & Liberman 1979). Die Motivation, zu arbeiten, kommt von dem biologischen und kulturellen Verlangen, sich an einer Tätigkeit zu beteiligen, um etwas zu entdecken, zu schaffen und ein bestimmtes Ausmass an Können in die Praxis umzusetzen (Heider 1958, Kelley 1967, Pearlin & Liberman 1979). Durch Arbeit entdecken wir Menschen neue Informationen und Handlungspotenzial, machen Erfahrungen mit Leitungsfunktionen, entwickeln Vertrauen und bestätigen unser Selbstwertgefühl. Es wird anerkannt, dass die Arbeit beim Entwickeln, Bestätigen und Erleben des Sinns des Lebens eine Rolle spielt (Dooley & Catalano 1988, Winegardner et al. 1984). Es gibt viele Beispiele, wo das Fehlen von Arbeit die soziale Partizipation und Integration immer mehr verschlechtert hat und schwerwiegende psychologische Folgen für den Betroffenen hatte.

Um effizient zu sein, muss der/die Disability-Manager/in der menschlichen Komponente und den zahlreichen Einflüssen des Arbeitsumfeldes Anerkennung schenken. Es ist von grosser Bedeutung, als aktives Teammitglied zu arbeiten, das sich dazu verpflichtet, potenzielle Hindernisse am Arbeitsplatz für erfolgreiches RTW aus dem Weg zu räumen. Es wird anerkannt, dass die «Welten» der Arbeit und des restlichen Lebens stark miteinander in Verbindung stehen. Auch kann bestätigt und erkannt werden, dass die Folgen der steigenden Anforderungen der modernen Gesellschaft an Arbeitnehmende angesprochen werden müssen. Wird dies gemacht, haben DM-Fachpersonen eine bessere Möglichkeit, Programme zu entwickeln, die nützlich und effizient sind. Die Autorin und der Autor sind optimistisch, dass trotz der Komplexität eines optimalen RTW eine Situation zum beiderseitigen Vorteil von Arbeitnehmenden und -gebenden möglich ist.

Unternehmen

Ein Unternehmen ist eine soziale Einrichtung, die aus Einzelpersonen besteht, die auf die Erfüllung des Unternehmensziels hinarbeiten; eine Arbeitsstätte ist eine Einrichtung, ein Grundstück, das zur Ausübung der Arbeit bestimmt ist. Es kann sich dabei um ein internes oder externes Umfeld handeln, das Unternehmen kann ein strukturiertes betriebliches Rapportsystem haben oder ein informelles Berichterstattungswesen. Richtlinien am Arbeitsplatz, Arbeitsabläufe und Unternehmensphilosophie regeln die Tätigkeit des Betriebes. Bisherigen Vorfällen muss bei jeglicher DM-Tätigkeit Beachtung geschenkt werden. Jedem Arbeitsplatz sind spezifische körperliche und geistige Stresssituationen inhärent. Den grössten Erfolg haben schlussendlich Unternehmen mit einer Philosophie, die Beiträge von Arbeitnehmenden unterstützen und anerkennen, wie es in der Zeitschrift «Fortune» erörtert wird. Deren Auflistung der hundert Unternehmen, für die es sich weltweit am meisten zu arbeiten lohnt, zeigt einen klaren Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und der Produktivität (Robbin & Langton 2001).

Es ist bekannt, dass eine gesunde Unternehmenskultur einen Einfluss hat auf den Wunsch des Arbeitnehmers, die Arbeit zu behalten oder nach einer Erkrankung oder Verletzung an die Arbeit zurückzukehren. Yardley (2003) unterstreicht die Notwendigkeit einer gesunden Unternehmenskultur, um Ergebnisse und das Wohlbefinden der Arbeitnehmenden zu erzielen und zu bewahren. Fehlt es an einer gesunden Unternehmensphilosophie, einem gesunden Arbeitsplatzverhältnis, kann dies dazu führen, dass das Unternehmen und/oder Einzelpersonen anfällig auf schädliche Zwischenfälle werden. Das Modell erkennt und spricht die Tatsache an, dass Faktoren, die über den Job hinausgehen, einen bedeutenden Einfluss auf DM-Ergebnisse haben.

Ganz klar spielt die Unternehmensphilosophie beim Erzielen von DM-Ergebnissen eine Rolle. Die körperliche Belastung soll hier jedoch nicht heruntergespielt werden. Es ist von grosser Bedeutung, dass angemessener Behandlung und Arbeitseignung im Modell Beachtung geschenkt wird. Treffende und aktuelle Stellenbeschreibungen – die die Arbeit und die erforderlichen Kompetenzen und Fähigkeiten, das notwendige Wissen sowie potenzielle Risiken und deren Beherrschung widerspiegeln – tragen zu einer passenden Arbeitszuweisung bei. Es handelt sich dabei um wertvolle Informationen für den/die Disability-Manager/in und Personen, die an der Behandlung und Betreuung des Betroffenen beteiligt sind. Der/die Disability-Manager/in muss die körperlichen und psychischen Risikofaktoren des Jobs kennen und diese umfassend angehen.

Arbeitsbeschreibungen und die volle Unterstützung des Unternehmens sind für den DM-Prozess von äusserster Wichtigkeit.

Im Modell werden eine Reihe Vermutungen angestellt, unter anderem:

- Das Unternehmen ist kein abgeschlossenes System: Es wird beeinflusst durch Leistungserbringer, Leistungsträger und Kunden.
- Die Arbeitsstelle stellt körperliche Ansprüche und weist körperliche Risiken auf.
- Das Unternehmen steht in gegenseitiger Beziehung zu der Familie, der Gesellschaft und dem Umfeld.
- Arbeitsplatzverhältnisse können einen Einfluss auf die Ergebnisse von DM haben.

Arbeitnehmende

Arbeitnehmende sind von zentraler Bedeutung für das Modell und haben körperliche und psychische Bedürfnisse. Die Art der Verletzung oder der Erkrankung und die Reaktion des Beschäftigten darauf nehmen Einfluss auf DM-Ergebnisse. Der/die verunfallte oder erkrankte Arbeitnehmende ist eine Person eines Unternehmens, das aus vielen Personen besteht.

Die Verfassung und die Motivation der Arbeitnehmenden können sehr unterschiedlich sein. Die körperlichen und psychischen Fähigkeiten, die Persönlichkeit, der Tauglichkeitsgrad, die Einschätzung des Wohlbefindens, das Alter, schon vorhandene Gesundheitsprobleme und allgemeine Auffassungen und Werte variieren je nach Arbeitnehmendem. Die Reaktion eines Arbeitnehmenden auf Arbeitsunfähigkeit wird von vielen einzelnen Variablen des inneren und äusseren Kreises des Modells beeinflusst. Sie kann auch abhängen von der psychischen Verfassung des Betroffenen, seiner Kontrollüberzeugung oder dem Grad der ihm innewohnenden Ablehnung und des Misstrauens.

Die Zusammenstellung persönlicher Angaben und Eigenschaften der Arbeitnehmenden nimmt Einfluss auf die Gestaltung und Umsetzung eines bestimmten DM-Programms. Der Schwerpunkt wird auf den Arbeitnehmenden am Arbeitsplatz

gelegt, kann aber ausgebaut werden, um das umfassende Konzept der Arbeitsplatzgemeinschaft und die Beziehung zur Aussenwelt zu umfassen. Diesem Begriff liegen im DM-Modell einige Annahmen zugrunde, unter anderem, dass Arbeitnehmende

- ein Leben ausserhalb der Arbeit haben, das ihr Verhalten prägt,
- auf Verletzung und Erkrankung sehr unterschiedlich reagieren und
- Menschen mit Vernunft sind, die für ihre eigenen Handlungen verantwortlich sein können.

Management

Das Management legt die Philosophie und die Ziele eines Unternehmens fest. Diese widerspiegeln sich im Unternehmensauftrag sowie im Strategieplan und wirken auch auf Betriebsebene. Richtlinien, Arbeitsabläufe und Prozesse entwickeln sich aus den Unternehmenszielen, die die Geschäftstätigkeit lenken. Bei Grossunternehmen muss beachtet werden, dass lokale Unternehmenseinheiten die vom Unternehmen bekannt gemachten Richtlinien und Arbeitsabläufe je nachdem übernehmen, sie jedoch auf eine ihnen eigene Art umsetzen werden. Eine Antriebskraft für Unternehmen ist das Ziel, Gewinn zu machen. Die Beziehung unter den Mitarbeitenden ist dazu da, Zeit, Fachwissen und Arbeitsaufwand zur Ausführung bestimmter Aufgaben zu teilen. Oft konkurrieren die Bedürfnisse von Arbeitnehmenden, die die Leistungsfähigkeit steigern wollen, und jenen, die nur so viel Leistung erbringen, wie sie für angebracht und notwendig halten, um ihren Lohn zu erhalten. Diese angespannte Beziehung sollte bei der Gestaltung des DM-Programmes beachtet werden.

Unternehmenskultur ist ein interessanter Einflussfaktor und bringt dem Betriebsumfeld des Unternehmens Stabilität. Die Unternehmenskultur macht den Arbeitnehmenden klar, «wie die Sachen hier erledigt werden», sie gibt den Ton an dafür, wie das Unternehmen funktioniert und wie Einzelne innerhalb des Unternehmens miteinander umgehen.

Die Beziehung zwischen Arbeitnehmenden und Management nimmt oft Einfluss auf den Umgang mit Arbeitsausfällen. Das Zusammenpassen des Arbeitnehmenden mit der Unternehmenskultur ist ein Aspekt des DM-Prozesses.

Stellen Sie sich vor, dass der Sekretär des Direktors aufgrund von gesundheitlicher Beeinträchtigung der Arbeit fern bleibt. Gerade davor gab es Reibungen zwischen dem Direktor und dem Administrator in Bezug auf die Realisierungsdauer von Projekten, Telefonmanieren und Beschwerden des Managers, was das Verhalten des Sekretär betrifft. Während der Ausfallzeit wird der Sekretär durch einen sehr effizienten, positiv gesinnten Arbeitnehmenden ersetzt, der intuitiver auf die Bedürfnisse des Direktors eingeht. Diese Situation wird den Wunsch des Direktors, eine frühe Rückkehr des Sekretär an die Arbeit zu ermutigen, negativ beeinflussen

und eine komplexe Situation schaffen, mit der sich DM befassen muss.

Personalmanagement und Richtlinien legen die endgültige Handlungsweise der Unternehmensführung fest. Wechselnder Unternehmensleitung, unbeständigen Managementstrategien, widersprüchlichen Aufträgen, kurzfristigen Schwerpunkten und stetigen Verbesserungsinitiativen sollte Beachtung geschenkt werden. Es ist klar belegt, dass Arbeitnehmende das Unternehmen viel eher aufgrund eines schlechten Managements verlassen als wegen der eigentlichen Arbeit (Duxbury et al. 2003). Aus diesem Grund muss für erfolgreiche DM-Bemühungen die Einstellung der Unternehmensleitung gegenüber Arbeitsunfähigkeit verstanden und durch die Unterstützung des Unternehmens gelenkt werden.

Das Modell macht eine Anzahl Annahmen in Bezug auf das Management: das Verlangen der Unternehmen, ihre Manager/innen anzuweisen, die Kosten und Folgen von Arbeitsunfähigkeit zu verringern; die Tatsache, dass Unternehmen ihren strategischen Fokus klar bestimmt haben.

Mitarbeitende

Wechselseitige Beeinflussungen am Arbeitsplatz bringen eine interessante Dimension in DM-Programme. Mitarbeitende können ein solcher Einflussfaktor sein. Sie können Unterstützung anbieten oder je nach Verhalten, das am Arbeitsplatz akzeptiert wird, dem Betroffenen Schwierigkeiten bereiten. In einer Situation, in der die Mitarbeitenden unnötigen Druck auf zurückkehrende Arbeitnehmende ausüben, «ihren Beitrag zu leisten» oder über ihre eingeschränkten Kräfte hinaus zu arbeiten, kann dies negative Auswirkungen haben. Im Gegensatz dazu können Mitarbeitende, die dem zurückkehrenden Arbeitnehmenden eine Unterstützung sind, ein grosses Plus für das DM-Programm sein. Mitarbeitende können je nachdem auch auf frühere Erlebnisse zurückgreifen, um ihre Reaktion auf die Situation auf die Arbeitsunfähigkeit des Mitarbeitenden zu projizieren.

Gewerkschaft

Gewerkschaften existieren seit mehr als 200 Jahren und haben in vielen Unternehmen einen Platz gefunden. Sie sind die kollektive Stimme der Arbeitnehmenden. Betriebe, in denen Gewerkschaften vertreten sind, müssen deren Rolle und Anliegen für ihre Mitglieder beachten, die Arbeitsausfällen infolge von Berufs- oder Nichtberufserkrankungen oder -unfällen ausgesetzt sein könnten. Gewerkschaften, so wie andere Arten von Organisationen, sind daran interessiert, arbeitsunfähigen Menschen zu helfen, und erkennen, dass sie einzigartige Mittel zur Verfügung haben, die ihren speziellen Beitrag für die Arbeitskräfte möglich machen.

Bei der Zusammenarbeit mit Gewerkschaften müssen einige Dimensionen beachtet werden: die Einstellung gegenüber einer Beteiligung am DM; bestehende Vorurteile gegenüber Vorschlägen oder Programmen der Unternehmensleitung; persön-

liche Erreichbarkeit (Verhandlungsnähe); wechselnde Führungskräfte; Niveau der Grundkenntnisse und lokale sowie nationale Perspektiven. Je nach Dimension, Beziehung, Art des Berufes und Standort kann ein/e Arbeitnehmende/r ein Komitee der Verbandsleitung haben oder nicht, das in das DM-Programm involviert ist. Ein Plus von Gewerkschaften ist, dass sie die Interessen ihrer Mitglieder vertreten.

Äussere Einflussfaktoren

Die äusseren Einflussfaktoren auf den DM-Prozess und das Ergebnis des Disability Management sind zahlreich. Im DM-Modell werden die nicht direkt auf die Arbeit bezogenen Einflussfaktoren als Einflüsse der Umgebung, in der die/der Arbeitnehmende ausserhalb der Arbeit als Mitglied der Gesellschaft lebt und funktioniert, verstanden. Es handelt sich dabei um die Welt ausserhalb der Arbeitswelt, die dennoch in unterschiedlichem Ausmass Einfluss nimmt auf die Erfahrung am Arbeitsplatz und die Reaktion des Arbeitnehmenden.

Viele Faktoren beeinflussen die Stimmung im äusseren Umfeld. Dazu gehören die Politik und die Gesetzesvorschriften, die das Leben und die Arbeit der Leute regeln. Ein aussagekräftiges Beispiel aus der Gegenwart dafür sind die RTW-Bemühungen des *Workplace Safety and Insurance Board (WSIB)* der kanadischen Provinz Ontario, die zu tiefgreifenden Veränderungen in Bezug auf die Wahrscheinlichkeit, dass Arbeitgebende nach Berufsunfällen die Betroffenen wieder einstellen, geführt haben. Durch die gegenwärtigen RTW-Bestimmungen wurde als positives Beispiel die Erwartung einer Wiedereinstellung des Arbeitnehmenden mit Berufsverletzungen geschaffen. Die Bestimmungen fördern auch die Beteiligung der Arbeitnehmenden an RTW-Bemühungen. Zusammen mit anderen Initiativen haben diese Bestimmungen über die letzten zehn Jahre hinweg zu einer Verkürzung der Absenzdauer um 20 Prozent geführt (WSIB 2002).

Ein soziales Klima besteht aus unzähligen formellen und informellen menschlichen Beziehungen und Umständen um und innerhalb der alltäglichen Tätigkeit eines Menschen. Einstellungen, Überzeugungen, Werte, frühere Erlebnisse und eine proaktive Förderung der Gesundheit haben Auswirkungen auf die Reaktionen und das Zusammenspiel der Einflussfaktoren. Zu den wichtigsten äusseren Einflussfaktoren zählen die Familie, Rechtsbeistand, soziale Unterstützung, Unterstützungsprogramme für Arbeitnehmende, Gemeinschaftseinrichtungen, die Kultur, Erwartungen, Versicherungen, das Gesundheitswesen und Rechtsanwältinnen/Rechtsanwälte.

Familie

Die Familie und die Rolle der Einzelperson in der Familie kann Einfluss auf den Fortschritt und das Ergebnis der Genesung ausüben. Wenn die betroffene Person der hauptsächliche «Geldverdiener» ist, könnte das Verlangen grösser sein, schnell an die angestammte Arbeit zurückzukehren, um Einkommensverluste zu

vermeiden. Es ist belegt, dass alleinerziehende Mütter schneller an die Arbeit zurückkehren als andere in derselben Situation. Dies scheint aufgrund der finanziellen Notwendigkeit und des Beitrags, den die Arbeit an das Leben der Familie leistet, wahrscheinlich. Im Gegensatz dazu wird das Bedürfnis, an die Arbeit zurückzukehren, weniger stark sein, wenn der Lohn des Betroffenen das zweite Einkommen der Familie darstellt.

Soziale Unterstützung

Das soziale Umfeld kann eine antreibende oder bremsende Wirkung auf die Genesung haben. Ein gutes soziales Umfeld ist wichtig, um eine positive, einfühlsame und ausgeglichene Unterstützung zur Genesung anzubieten. Das soziale Umfeld kann die Genesung auch negativ beeinflussen, wenn es einen sekundären Gewinn anbietet, aus dem die arbeitsunfähige Person ihren Nutzen zieht, wie das folgende Beispiel zeigt. Eine Frau zieht sich beispielsweise eine Verletzung am Handgelenk zu und muss sich nicht länger um die Wäsche und die Küche kümmern. Ihre Kinder helfen tatkräftig mit und zeigen Besorgnis um ihren Gesundheitszustand. Sie wird fest verwöhnt und dadurch wird der Genesungsprozess unbewusst in die Länge gezogen. Der sekundäre Gewinn dieses Beispiels unterstützt unbewusst das Verlangen, arbeitsunfähig zu bleiben. Ein weiterer Aspekt des sozialen Gefüges kann das Konkurrenzverhalten sein, das an manchen Arbeitsplätzen existieren mag. Ein Beispiel dazu wäre die Situation in einem Betrieb, in dem jeder Arbeitnehmende 500 Stück pro Tag produziert. Es herrscht ein unausgesprochener Produktivitätswettbewerb und so arbeiten die Beschäftigten über ihre körperlichen Kapazitäten hinaus, um höhere Produktionszahlen zu erreichen. Auch wenn ihre Handgelenke und Schultern schmerzen oder andere Körperteile fast nicht mehr können, sagen sie nichts, da dies in einem solchen Produktionsumfeld als Schwäche angesehen würde.

Unterstützungsprogramme für Arbeitnehmende

Oft stehen Unterstützungsprogramme für Arbeitnehmende zur Verfügung, die eine vertrauliche Unterstützung für die Bewältigung psychischer Probleme wünschen. Diese Programme können kurzfristig einen positiven Einfluss auf nichtkomplexe Situationen haben. Sie müssen bei ihrer Gestaltung mit einem kritischen Auge begutachtet werden. Es sollte gewährleistet werden, dass die Intervention bei Bedarf ausgebaut werden kann. Es kann nicht vorausgesetzt werden, dass Unterstützungsprogramme für Arbeitnehmende Probleme behandeln, die zu Arbeitsunfähigkeit führen könnten. Es muss sichergestellt werden, dass Unterstützungsprogramme für Arbeitnehmende von Personen mit der notwendigen Sachkenntnis zur Behandlung komplexer psychischer Probleme durchgeführt werden. Andernfalls könnte es dazu kommen, dass die Probleme nicht so angegangen werden, dass der Ursprung einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit behandelt wird.

Gemeinschaftseinrichtungen

Anbieter von gemeinschaftlichen und gemeinnützigen Dienstleistungen könnten im Disability-Management-Prozess eine Rolle spielen und wertvolle Dienste anbieten, die sich nach dem Grad der gesundheitlichen Beeinträchtigung richten. Dienstleistungen wie Behindertentransporte oder Selbsthilfegruppen sind zugänglich, sofern es die Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung rechtfertigt. Solche Dienstleistungen werden meist übersehen, stehen jedoch zur Verfügung und könnten eine Wirkung haben auf die Einstellung des Arbeitnehmenden seinem Gesundheitszustand gegenüber.

Kultur

Kulturelle Vielfalt wird hoch geschätzt und trägt positiv zum Betriebsergebnis bei. Bei einem Arbeitsausfall infolge Erkrankung oder Unfall ist es wichtig, die Auswirkungen, die kulturell verschiedene Einstellungen zu Krankheit oder Verletzungen haben können, zu identifizieren. Es ist von grosser Bedeutung, diese kulturellen Unterschiede anzuerkennen. Es gibt Kulturen, die die Äusserung von Schmerz gegen aussen hin ermutigen, andere wiederum bestärken die Betroffenen darin, ihr Leid schweigsam zu ertragen. Durch einen positiven Umgang mit solchen unterschiedlichen Haltungen wie durch Zeigen von Verständnis und Akzeptanz können Einstellungen und Werte den Ausgang der Gesundheitsbeeinträchtigung verbessern.

Erwartungen

Verschiedene Elemente wie Gerüchte, frühere Erlebnisse oder Erlebnisse von Bekannten, Kommunikation von DM-Prozessen und akzeptierte Verhaltensarten des Unternehmens tragen zur Bildung der Erwartungen eines Arbeitnehmenden bei. Im Disability-Management-Prozess geht es darum, zu erkennen, dass solche Erwartungen existieren und sich damit zu befassen, die Probleme und schlussendlich die Erkrankung oder Verletzung zu bewältigen. Ein Beispiel dafür ist die Situation unter dem alten Sozialversicherungssystem von Ontario, wo es häufig vorkam, dass für eine relativ kleine Rückenverletzung eine Invalidenrente bezogen werden konnte. Dies bedeutete, dass der Arbeitnehmende mit einer Lohnerhöhung von 10 Prozent an die Arbeit zurückkehrte. Sein Kollege, der die gleiche Arbeit zu verrichten hatte, verglich die beiden Löhne und Positionen für die gleiche Arbeit, die die gleiche körperliche Anstrengung erforderte. Wenn sich nun dieser Mitarbeitende verletzte, erwartete er gleich wie der andere Arbeitnehmende, eine Lohnerhöhung von 10 Prozent zu bekommen. Dieses System gibt es nicht mehr, es hatte aber seinerzeit ernsthafte Auswirkungen auf die Erwartungen des Betroffenen.

Sicherheitsagenturen

Viele Sicherheitsagenturen haben eine Präventions- und Kontrollfunktion. Meist umfasst dies nur Berufsunfälle oder -krankheiten; der persönlichen Gesundheit wird wenig oder keine Aufmerksamkeit geschenkt. Interventionen von Sicherheitsagenturen können abhängig davon, wie stark sie ins Unternehmen eingebunden sind, Auswirkungen auf Arbeitsplatzverhältnisse haben. Sicherheitsagenturen können einen Einfluss ausüben auf die Interaktionen des Arbeitsplatzes. Besonders wenn der Zwischenfall «kritisch» gewesen ist, wird der Arbeitgebende die Auflage bekommen, die in Verbindung mit dem Vorfall stehenden «Sicherheitsmassnahmen» zu korrigieren. Ein solches Eingreifen könnte die Rückkehr des Betroffenen an die Arbeit positiv beeinflussen, wenn die Änderungen für das Arbeitsumfeld positiv gewesen sind und so zu einer sichereren Ausführung der Arbeit geführt haben.³

Versicherungen und externe Unternehmen

Die Möglichkeiten von Versicherungen und externen Unternehmen sind gross. Wenn die Beurteilung von und der Umgang mit kürzerer Abwesenheit organisiert ist, führt das Unternehmen den Prozess entweder intern durch oder beauftragt eine externe Firma oder eine Versicherung. Der Prozess wird verbessert durch die Beurteilung und das Verwalten von Ansprüchen für Nichtberufskrankheiten oder -unfälle. Beurteilung und Verwaltung von Ansprüchen durch ein Drittunternehmen können das Ergebnis beeinflussen. Wenn ein/e Arbeitnehmende/r ausfällt und Leistungen verweigert werden, gibt es zwei mögliche Szenarien:

1. Der/die Arbeitnehmende könnte an die Arbeit zurückkehren.
2. Der/die Arbeitnehmende könnte argumentieren, dass die Entscheidung nicht korrekt ist, und damit beginnen, mehr Beweise für seine Arbeitsunfähigkeit zu sammeln. Dies kann negative Auswirkungen haben, da der Arbeitnehmende sich darauf konzentrieren wird, seinen Anspruch zu beweisen, anstatt wieder gesund zu werden. Beim Zusammentragen von mehr Beweisen für seine vollständige Arbeitsunfähigkeit wird sich der Betroffene schlussendlich kranker oder verletzter fühlen, als ursprünglich diagnostiziert worden ist.

3 In der Schweiz übernehmen die Arbeitsinspektorate diese Aufsichtspflicht. In Deutschland gilt das Arbeitsschutzgesetz, für dessen Kontrolle Landesbehörden zuständig sind. Das sind nicht in jedem Bundesland dieselben. In Baden-Württemberg sind es die Gewerbeaufsichtsämter. Die Landesämter wirken außerdem mit den Unfallversicherungsträgern, die für die Arbeitsunfallprävention im Rahmen der Unfallversicherung zuständig sind, zusammen (geregelt in § 20 SGB VII). In Österreich sind Arbeitsinspektorate und AUVA zuständig für die Kontrolle der Gesundheitsvorsorge und Unfallverhütung am Arbeitsplatz nach Arbeitnehmerschutzgesetz (ASchG).

Es ist Arbeitgebende wichtig, Leistungsträger zu wählen, die mit der Verweigerung von Ansprüchen auf eine positive Art umgehen, die auf RTW ausgerichtet ist, und die Tätigkeit von externen Leistungsträgern so zu lenken, dass sie ihre internen DM-Strategien sowie frühes und sicheres RTW unterstützen.

Medizinische Versorgung

Die Erreichbarkeit und Angemessenheit von medizinischer Versorgung kann einen bedeutenden Einfluss auf den Ausgang der Erkrankung bzw. der Verletzung haben. Die Beeinflussung der medizinischen Versorgung ist im umfassenden Disability-Management-Modell eine der wichtigsten Variablen. In einigen Krankheitsfällen kann das medizinische Versorgungssystem Hindernisse für eine Rückkehr an die Arbeit und eine bestimmte Funktion erzeugen. Ist die Diagnose nicht korrekt, die Behandlung langsam oder nicht angemessen oder wenn kein Zugang zu den Dienstleistungen besteht, kann dies tiefgreifende negative Folgen mit sich bringen. Minderwertige medizinische Versorgung kann langfristige Folgen für die Arbeitnehmenden haben.

Der Romanow-Report (2002) zeigt viele Mängel des kanadischen Gesundheitssystems auf und stellt insbesondere einen mangelnden Zugang zu medizinischer Versorgung für manchmal sehr hilfsbedürftige Personen fest. Dadurch entstehen negative Folgen für den Disability-Management-Prozess und möglicherweise sogar die unverzügliche Genesung.

Medizinische Versorger sind nicht nur Ärztinnen und Ärzte; alle, die in die Behandlung des Betroffenen involviert sind, gehören dazu. Körperverletzungen können Physiotherapie oder Arbeitstherapien erfordern. Die Philosophie des Leistungserbringers kann den Erfolg der Behandlung und die Rückkehr an die Arbeit beeinflussen.

Rechtsanwältinnen/Rechtsanwälte

Wenn eine Rechtsanwältin oder ein Rechtsanwalt hinzugezogen wird, kann dies Auswirkungen auf die RTW und die DM-Bemühungen haben. Es kann dazu kommen, dass Arbeitnehmende für Leistungen oder eine höhere, permanente Invalidenrente kämpfen und Beweise für ihre Arbeitsunfähigkeit sammeln. Es gibt keine umfassende Studie über den Vorteil (oder Nachteil) der Einschaltung von Rechtsanwältinnen/Rechtsanwälten; dieser Komponente und der Entstehung von Kosten sollte aber beim Anspruchsmanagement Beachtung geschenkt werden.

Schlussfolgerungen

DM-Fachpersonen sollten ein Praxismodell ausarbeiten, das für die gesundheitlichen Bedürfnisse des Betriebes, das Unternehmensziel und die Unternehmenskultur angebracht ist. Sie können das Begriffsmodell verwenden, um potenzielle Einflussfaktoren verstehen und komplexe Wechselbeziehungen am Arbeitsplatz identifizieren zu können. Bei einem Arbeitsausfall geht es nicht nur um die Erkrankung oder Verletzung, sondern auch um den Einfluss der Arbeit, des Arbeitsplatzes und äusserer Faktoren.

Literatur

- Dooley D, Catalano R 1988 Recent research on the psychological effects of unemployment. *Journal of Social Issues* 44:1–12
- Duxbury L, Higgins C, Coghill D 2003 *Voices of Canadians: Seeking worklife balance*. Conference Board of Canada Press, Ottawa
- Feather N T, Bond M J 1983 Time structure and purposeful activity among employed and unemployed university graduates. *Journal of Occupational Psychology* 56:241–254
- Frese M, Mohr G 1987 Prolonged unemployment and depression in older workers: a longitudinal study of intervening variables. *Social Science Medicine* 25:173–178
- Goldenberg I, Goldenberg H 1980 *Family Therapy: An overview*. Brooks/Cole Publishing Company, Monterey, California, p 82
- Heider F 1958 *The Psychology of Interpersonal Relations*. Wiley, New York
- Jones E E, Davis K E 1991 Unemployment: the effects on social networks depression and reemployment opportunities. *Journal of Social Science Research* 15:1–22
- Kelley H H 1967 Attributional theory in society psychology. In: Levine D (ed) *Nebraska Symposium on Motivation*. University of Nebraska Press, Lincoln, NE
- Kielhoner G 1992 *Conceptual Foundations of Occupational Therapy*. F A Davis, Philadelphia, p 53
- Pearlin L, Liberman M 1979 The social sources of emotional distress. *Research in Community Mental Health* 1:217–242
- Riehl J P, Roy C 1980 *Conceptual Models for Nursing Practice*. Appleton Century Crofts, New York
- Robbin S P, Langton N 2001 *Organizational Behaviour: Concepts controversies applications*. Pearson Education, Toronto, p 110
- Romano Report (November 2002)
www.hc.sc.gc.ca/english/pdf/romanow/pdfs/HCC_Final_Report.pdf
- Tate R B, Yassi A, Cooper J 1999 Predictors of time loss after back injury in nurses. *Spine* 24(18):1930–1936
- Winefield A H, Tiggemann M, Winefield H R 1991 The psychological impact of unemployment and unsatisfactory employment in young men and women: longitudinal and crosssectional data. *British Journal of Psychology* 82:473–486
- Winegardner D, Simmonetti J L, Nykodym N 1984 Unemployment: the living death? *Journal of Employment Counseling* 21:149–155
- Workplace Safety and Insurance Board, Ontario 2002 *Annual Report and Statistical Summary*. www.wsib.org
- Yardley J 2003 Three Critical Components for the Creation of Healthy Workplaces. *Human Resources Professionals' Association of Ontario*, p 43



4. Disability Management im Unternehmen

Lernziele

- Die grundlegenden Arbeitsabläufe in einem Unternehmen verstehen.
- Erkennen können, wie Unternehmen planen.
- Entscheiden können, wie die Unterstützung des Unternehmens gewonnen werden kann.
- Die Entstehung von Unternehmenszielen nachvollziehen können.
- Den Vorteil einer Kosten-Nutzen-Analyse verstehen.

Einleitung

Dieses Kapitel soll die Fragen beantworten, wie Unternehmen funktionieren und wie sie intern beeinflusst werden können sowie einen Überblick geben über mögliche Unternehmensstrukturen, die Grundlagen der strategischen Planung und der Planung einer Kosten-Nutzen-Analyse. Grundkenntnisse über die Funktionsweise eines Unternehmens zu haben, ist wichtig, um die Unterstützung für das gesamte Disability-Management-Programm und *Return-to-Work*-Programme zu bekommen und zu behalten. Die Verpflichtung der obersten Führungsebene zu DM-Programmen ist für den Erfolg der Initiative von Bedeutung.

Fast alle Menschen gehören zu irgendeinem grösseren oder kleineren Zusammenschluss von Menschen. Ein solcher Zusammenschluss kann ein Betrieb sein, eine Non-Profit-Organisation, eine Selbsthilfegruppe oder jegliche andere zweckgerichtete Gruppe. Wir werden uns auf Unternehmen mit einem Beschäftigungsverhältnis konzentrieren. Die Mehrheit der Menschen im erwerbsfähigen Alter gehört zu einem Unternehmen dieser Art. Unternehmen sind soziale Einheiten, sie haben eine Struktur, sind dazu bestimmt, Ziele zu erreichen, haben eine eindeutige Mitgliederzahl, sind relativ beständig, verwenden Technologie, stehen in Verbindung mit ihrem Umfeld und haben eine strukturelle Grösse (Das 1998).

Viele dieser wesentlichen Eigenschaften eines Unternehmens verdienen eine nähere Untersuchung bei der Erwägung, ein Disability Management in einen Betrieb zu integrieren. Es ist offensichtlich, dass Unternehmen nicht ohne Menschen auskommen, um ihr Produkt zu produzieren oder ihre Dienstleistung anzubieten und zu entscheiden, wer was wie macht, um die Zielerreichung zu gewährleisten. Unternehmen können ohne Personal zur Verfolgung der Unternehmensziele nicht existieren. Angesichts dieser Tatsache haben Unternehmen meist spezifische

Strukturen, um die Arbeitskraft bewusst so zu organisieren, dass die Erfüllung der Ziele gewährleistet werden kann. Dies wird durch das Einrichten eines Systems zur Führung, Leitung und Kontrolle der wichtigsten Geschäftstätigkeiten erreicht.

Grundlagen der Unternehmensstruktur

Unternehmen weisen Strukturen auf, die im Hinblick auf die Hierarchie, Handlungsvollmacht und Aufgabenverteilung verstanden werden müssen. Jedes Unternehmen hat eine Struktur, innerhalb deren es funktioniert. Diese hierarchische Struktur legt fest, wer wem worüber Rapport erstattet, wer die wichtigsten Entscheidungsträger/innen sind, und bildet einen Rahmen für das Treffen von Entscheidungen. Es ist nachgewiesen worden (Druker 2002), dass eine der wichtigsten Komponenten für das Gelingen von Programmen das Engagement der obersten Führungsebene ist.

Es gibt verschiedenste Unternehmensstrukturen. Bei den drei häufigsten handelt es sich um die «hierarchische Organisationsstruktur», die «Matrixstruktur» und die «flache Hierarchie» (Schermerhorn et al. 1995):

- *Die hierarchische Organisationsstruktur.* Es handelt sich dabei um die traditionelle Struktur mit einer klar bestimmten Führungskraft, die als *Chief Executive Officer (CEO)*, Geschäftsführer/in oder Direktor/in bezeichnet wird. Der/die Direktor/in hat Schlüsselpersonen unter sich, die ihm/ihr direkt Rapport erstatten und in der Regel Vizedirektoren genannt werden. Diese haben wiederum direkte Berichterstatter/innen; die Hierarchie ist weiter eingeteilt in Abteilungsleiterin, Bereichsleiter und schliesslich kommt der/die einfache Angestellte (Abb. 4.1).

Abbildung 4.1: Die hierarchische Organisationsstruktur

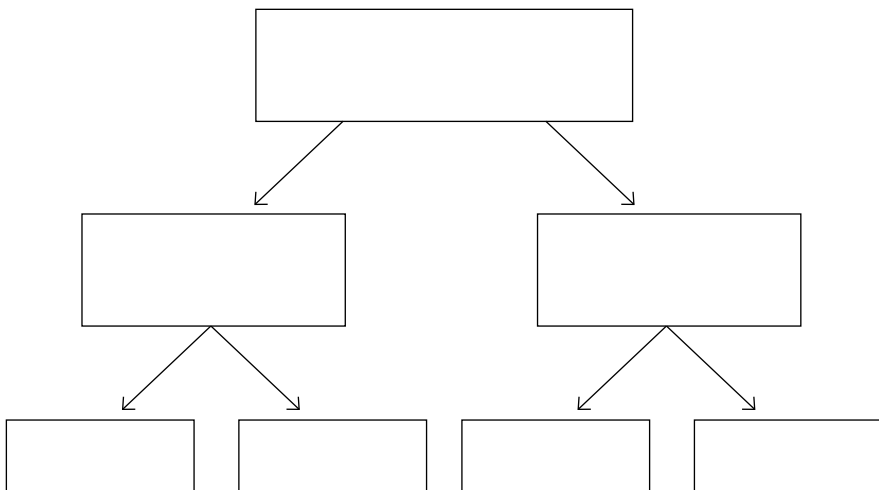
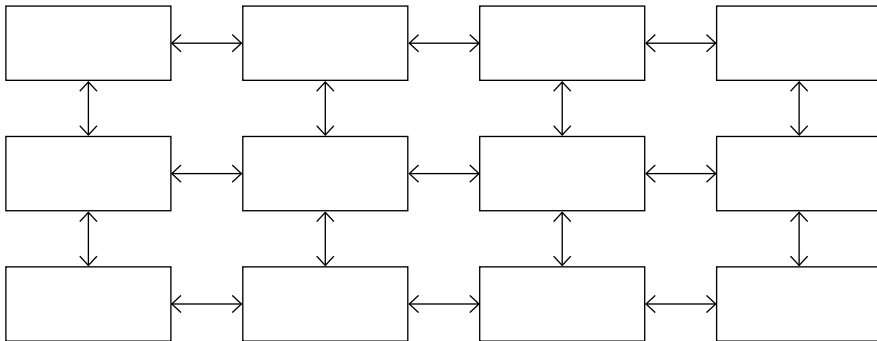


Abbildung 4.2: Die Matrixstruktur**Abbildung 4.2:** Die flache Hierarchie

- *Die Matrixstruktur.* In einer solchen Struktur interagieren die verschiedenen Abteilungen sehr eng miteinander. Es gibt zwar weiterhin Abteilungsleiter/innen, diese müssen jedoch beim Treffen ihrer Entscheidungen ständig Absprache mit den anderen Abteilungen nehmen (Abb. 4.2).
- *Die flache Hierarchie.* Diese Organisationsstruktur weist wenig oder gar keine Hierarchie auf. (Abb. 4.3).

Es ist wichtig, zu verstehen, welche Struktur das Unternehmen hat, damit sichergestellt werden kann, dass über die richtigen Kanäle versucht wird, Unterstützung für DM-Initiativen zu erhalten. Die Struktur des Unternehmens kann durch die Tätigkeit, die es ausübt, und die Meinungen der Geschäftsinhaber/innen beeinflusst werden. Ein Fabrikationsbetrieb könnte eine hierarchische Struktur erfordern, um die Produktionsanforderungen effizient durchsetzen zu können. Es müssen Aufgaben verteilt und Arbeiten zugewiesen werden. Im Gegensatz dazu braucht ein Informatik- oder Vertriebsunternehmen nicht unbedingt ein strukturiertes Berichtserstattungssystem, da die einzelnen Arbeitnehmenden meist unabhängig arbeiten und persönliche Ziele verfolgen. Auch die Grösse kann Einfluss nehmen auf die Unternehmensstruktur; je kleiner das Unternehmen, desto weniger besteht das Bedürfnis nach einer formalen Struktur. Wichtig ist auch die Erkenntnis, dass zusätzlich zur «formalen» Organisationsstruktur auch informelle Absprachen, Freundschaften und Arbeitnehmerverbände die Geschäftstätigkeit des Unternehmens beeinflussen können.

Effiziente Führung

In Unternehmen ist es wichtig, dass die Beteiligten gemeinsam auf die Zielerreichung hinarbeiten. Es ist eine Kunst, Menschen dazu zu inspirieren, die zur Zielerreichung notwendigen Aufgaben zu erfüllen.

Dubrin und Harper (1997) definieren Führerschaft als «die grösste Antriebskraft für die Zielerreichung eines Unternehmens». Die Grundlagen einer effizienten Führung liegen bei der Art wie ein/e Manager/in oder jegliche andere Person ihren Einfluss ausübt, um ein bestimmtes Verhalten anderer Personen zu erzielen. Es geht um die Fähigkeit, Dinge geschehen zu lassen. Studien im Bereich des Unternehmensverhaltens diskutieren die Ausübung von Macht zur Beeinflussung von Tätigkeiten. Gute Führungskräfte gebrauchen Macht positiv, um Einfluss auf die Bereitschaft anderer zu nehmen, auf die Bewältigung von Aufgaben hinzuwirken. Es gibt verschiedene Arten der Machtausübung:

- positionsbedingt: Einfluss durch Belohnung oder Zwangsausübung, legitime Macht,
- persönlich: Einfluss durch fachliche Kompetenz, Vorbildcharakter.

Positionsbedingt

Positionsbedingte Machtausübung schliesst Manager/in und Vorgesetzte mit ein und kommt durch den offiziellen Status, die offizielle Position in der Hierarchie eines Unternehmens zustande. Positionsbedingte Machtausübung kann in drei Kategorien unterteilt und zusammengefasst werden: als Einflussnahme durch Belohnung, Zwangsausübung oder legitime Macht.

- Macht durch Belohnung ist die Fähigkeit, durch Belohnung Einfluss auf andere zu nehmen. Etwas Wertvolles, ein positives Ergebnis wird als Mittel zur Einflussnahme auf das Verhalten anderer angeboten. Dazu könnten Lohnerhöhungen, Beförderungen, besondere Beauftragungen und verbal oder schriftlich kommunizierte Komplimente gehören.
- Macht durch Zwangsausübung ist die Fähigkeit, durch Bestrafung Einfluss auszuüben. Bestrafung oder das Verwehren von Belohnungen wird als Mittel zur Einflussnahme auf andere eingesetzt. Ein/e Manager/in könnte den Versuch unternehmen, jemandem mit einem verbalen Verweis, Strafen oder Kündigung zu drohen.
- Bei legitimer Macht handelt es sich um die Einflussnahme durch formale Autorität, um die Fähigkeit, aufgrund seines Vorgesetzten- und Befehlsrechts oder seiner Führungsverantwortung das Verhalten anderer zu beeinflussen.

Persönlich

Eine weitere Art der Machtausübung ist die persönliche Macht, die einer Einzelperson eine besondere Stellung gibt. Sie gründet in den persönlichen Qualitäten der Führungskraft. Es gibt zwei wesentliche Arten persönlicher Macht:

- Einfluss durch fachliche Kompetenz besteht in der Fähigkeit, das Verhalten anderer durch besondere Fachkenntnisse oder Intelligenz zu beeinflussen. Fachkompetenz besteht aus fachspezifischen Fähigkeiten, Kenntnissen oder Informationen, die für die vorliegende Problemstellung relevant sind und die niemand anders besitzt. Diese Art persönlicher Macht wird durch Aneignung relevanter Fähigkeiten und Kompetenzen entwickelt.
- Bei der Macht durch Vorbildcharakter handelt es sich um die Fähigkeit, sich persönlich und positiv mit den Mitarbeitenden zu identifizieren und so auf ihr Verhalten Einfluss zu nehmen. Es handelt sich dabei um Macht, die durch Charisma und zwischenmenschliche Beziehungen, die die Bewunderung und den Respekt der Mitarbeitenden fördern, gewonnen wird.

Führungskompetenzen sind wichtige Eigenschaften von DM-Fachpersonen in ihrer Funktion innerhalb eines Unternehmens. Sie könnten in Situationen geraten, in denen sie, ohne eine Machtstellung innerhalb der formalen Hierarchie zu haben, Einfluss ausüben müssen. Dies macht Führungskompetenzen und das Verstehen von Führungsrollen innerhalb des Unternehmens zu wichtigen Anforderungen des Jobs.

Managementfunktionen

Erfolgreiche Unternehmen sind sich bewusst, welchen Wert ein Managementprozess hat, der ermöglicht, zu planen, Probleme und Chancen zu erkennen, gute Entscheidungen zu treffen und geeignete Massnahmen zu ergreifen. Die Funktionen der Unternehmensführung können in vier grundlegende Funktionen oder Verantwortungsbereiche unterteilt werden: Planung, Organisation, Führung und Kontrolle (Schermerhorn et al. 1995; Abb. 4.4). Diese Funktionen werden wie folgt definiert:

Planung: Ziele setzen und entscheiden, wie diese erreicht werden können.

Organisation: Aufgaben, Personal und andere Ressourcen koordinieren, damit die notwendige Arbeit erledigt wird.

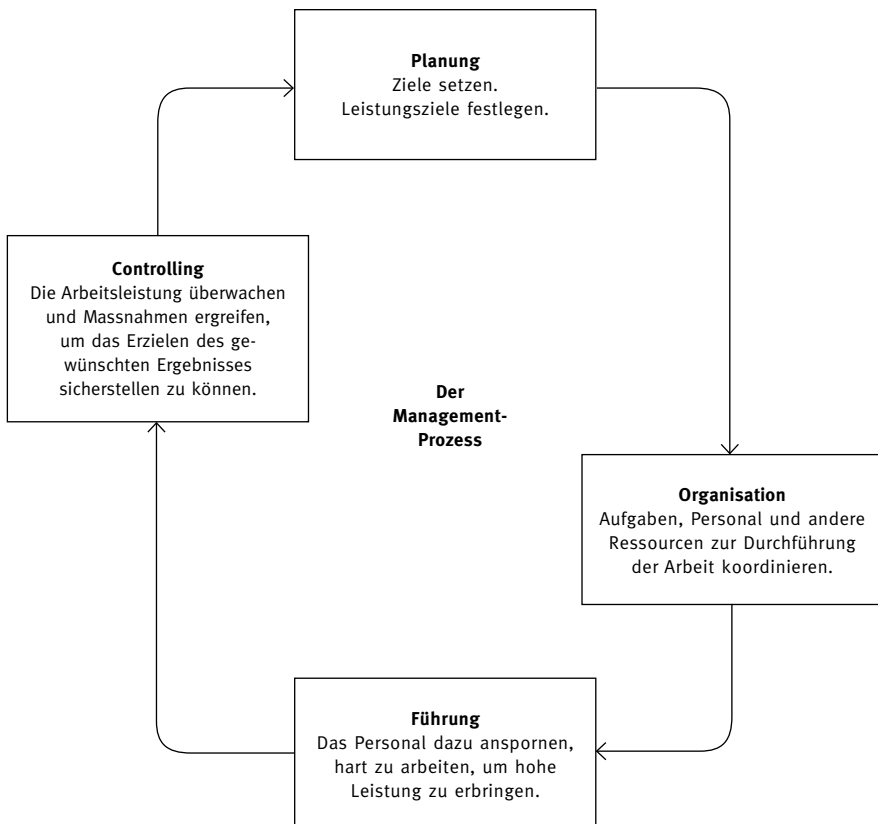
Führung: Das Personal anspornen, hart zu arbeiten, um die Arbeitsleistung gemäss Plan zu verrichten.

Controlling: Die Arbeitsleistung überwachen und korrigierend eingreifen.

Planung

Um die einzuschlagende Richtung und die Ziele für das kommende Jahr festlegen zu können, gehen Unternehmen durch einen Prozess strategischer Planung. Sie konzentrieren sich auf Schlüsselziele, die zur Lieferung des Produktes oder der Dienstleistung und zur Erhaltung der Rentabilität des Unternehmens beitragen. Dieser Prozess bestimmt die wesentlichen Schwerpunktbereiche, an deren Zielerreichung schlussendlich alle Mitarbeitenden beteiligt sind.

Abbildung 4.4: Der Management-Prozess



Strategische Planung garantiert eine vernünftige Strategie und entwickelt geeignete Unterstützungsstrukturen, um die Bedürfnisse der Kunden zu decken. Ausgehend vom Strategieplan entwickelt sich ein Prozess der Zielfestlegung und der Entscheidung, wie diese Ziele erreicht werden können. Unternehmen möchten sicherstellen, dass sie einen Plan haben, der zeigt, wie sie die gewünschten Ergebnisse erreichen werden. So kann Planung formal als Prozess der Zielfindung und

der Entscheidung, wie diese Ziele erreicht werden können, definiert werden. Ziele sind breitgefasste Angaben, die die erwarteten Leistungen und Ergebnisse quantifizieren. Neben den spezifischen Ergebnissen werden Ziele formuliert, die das Unternehmen erreichen möchte.

Der Planungsprozess umfasst:

- die Festlegung/Bestätigung der Gesamtstruktur des Unternehmens und der Unternehmensziele,
- die Ermittlung des gegenwärtigen Zustandes,
- das Entwickeln eines besseren Verständnisses der Faktoren, die die zukünftige Position des Unternehmens beeinflussen, einschliesslich einer Analyse der Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken (SWOT-Analyse),
- das Bestimmen von geeigneten Zielen, die die Geschäftstätigkeit vorantreiben werden,
- das Implementieren des Handlungsplans und Evaluieren der Ergebnisse.

Die Bedeutung der Unternehmensplanung kann nicht unterschätzt werden, da sie die Aufmerksamkeit auf strategische Schwerpunktbereiche und Schlüsselergebnisse zieht.

Die beste Art strategischer Planung stellt das Arbeitsvermögen eines Unternehmens in den Mittelpunkt und greift auf allen Abteilungen, die strategische Methoden und Ziele herausarbeiten müssen, um ihre Rolle in der Durchführung des Unternehmensplans erfüllen zu können. Wie in Simmons (2002) erörtert wird, führt die Tatsache, dass ein/Arbeitnehmende/r Widersprüchlichkeit zwischen den Worten und Taten seiner Vorgesetzten entdeckt, zu einer Reihe negativer Auswirkungen. Das Vertrauen des/der Arbeitnehmenden, sein/ihr Engagement und seine/ihre Bereitschaft, einen Schritt weiterzugehen als verlangt, werden erschüttert. Dies wiederum führt zu einer Abnahme der Kundenzufriedenheit und zu einer steigenden Fluktuation der Angestellten und schadet so der Produktivität. Wenn Manager/innen am Planungsprozess und an der Entwicklung der Unternehmensziele beteiligt sind, kann eher mit ihrer Unterstützung gerechnet werden und ist es wahrscheinlicher, dass sie in der Umsetzung und Kommunikation der Unternehmensziele konsistent sind.

Die Planung und Festlegung von Zielen gibt den Abteilungen die Möglichkeit, ihre Ergebnisse daran zu messen, und ermöglicht korrigierendes Eingreifen, wenn die Ergebnisse auf dem halben Weg durchs Jahr nicht erreicht worden sind.

Die Gesamtziele sollten vier Eigenschaften aufweisen:

Messbar: Es muss einen Weg geben, Fortschritte aufzeigen zu können. «Was gemessen werden kann, wird getan.» Stellen Sie sicher, dass Zielsetzungen quantifizierbar sind.

Bedeutungsvoll: Das Ziel muss bedeutungsvoll sein. Es muss für den Erfolg einer Reduzierung von Arbeitsunfähigkeit und die Verbesserung der Gesundheit der Angestellten von Bedeutung sein. Es muss offensichtlich sein, welchen Nutzen das Ziel bringt. Es sollte klar sein, dass die Erreichung des Ziels die Chancen erhöht, dass die Arbeitnehmenden in ihre Funktion zurückkehren und der Arbeitgebende wertvolle Arbeitskräfte zurückbekommt.

Erreichbar: Ein unrealistisches, aggressives Ziel zu setzen, dient niemandem. Ob bewusst oder unbewusst, werden die Beteiligten entmutigt und geben auf. Das Ziel muss unter den gegebenen Umständen und mit den vorhandenen Mitteln in einer realistischen Zeitspanne zu erreichen sein.

Herausfordernd: Stecken Sie Ziele, die das Potenzial des Programms und den persönlichen Einsatz des/der abwesenden Arbeitnehmenden voll ausschöpfen. Das Ziel muss für alle, die schlussendlich beteiligt sind, realistisch sein. Die Tatsache, dass Ziele auch verwirklicht werden können, wertet das Programm auf.

Denken Sie daran, vorsichtig zu sein mit der Formulierung absoluter Ziele wie «keine Ausfallzeiten» oder «keine Anspruchserhebung für längerfristige Invalidenrenten». Dies sind zwar grossartige Ambitionen und die wenigsten würden das Verlangen nach einer Welt frei von Erkrankungen und Unfällen bestreiten, sie malen aber ein unrealistisches Zukunftsbild. Setzen Sie bedeutungsvolle, aber erreichbare Ziele.

Behalten Sie die Arbeitnehmenden im Kopf. Vergewissern Sie sich, dass Sie umfassende Kenntnis davon haben, was aus der Sicht der Angestellten «Wert» hat, auch wenn sich dies als weniger offensichtlich erweist, als Sie gedacht haben. Stellen Sie sicher, dass das Erreichen der Ziele zu einer besseren Unterstützung der Arbeitnehmenden führt.

Das Ausarbeiten von Leistungsbeurteilungen und Zielen verlangt grosse Sorgfalt. Es erfordert Kenntnis der Geschäftsvision und der Frage, wie das Unternehmen seine Angestellten sieht.

Organisation

Bei der Organisation handelt es sich um den Prozess der Mittelzuweisung und der Bestimmung der Aufgaben Einzelner sowie von Gruppen bei der Umsetzung des Planes. Organisation setzt durch das Festlegen von Aufgaben, das Zuweisen von Personal sowie dessen Unterstützung durch Technologie und andere materielle Hilfsmittel Pläne in die Tat um.

Führung

Bei der Führung geht es darum, die Begeisterung der Beteiligten zu wecken, die Unternehmensziele zu unterstützen und hart zu arbeiten, um zur Verwirklichung wichtiger Pläne beizutragen. Führen bedeutet auch, Einsatzbereitschaft zu fördern, Bemühungen zu ermutigen, die das Erreichen des Zieles unterstützen, und Einfluss

auf andere zu nehmen, damit sie ihr Bestes für das Unternehmen geben. George und Brief (1992) halten fest, dass «es wahrscheinlich ist, dass Führungskräfte, die selbst eifrig, begeistert und energisch sind, ihren Angestellten gleichermaßen Antrieb geben werden; Führungskräfte, die bekümmert und ablehnend wirken, auf ihre Angestellten jedoch negativen Einfluss nehmen.»

Controlling

Beim Controlling geht es darum, die Arbeitsleistung zu überwachen, die Ergebnisse mit den Zielsetzungen zu vergleichen und die erforderlichen korrigierenden Massnahmen zu ergreifen. Diese Verantwortung erfordert von den Managern/Managerinnen, dass sie den Arbeitsfortschritt aufmerksam verfolgen, im Verlauf der Arbeit den direkten und aktiven Kontakt zu den Mitarbeitenden aufrechterhalten und den betroffenen Mitarbeitenden regelmässig aufgabenbezogene Anliegen kommunizieren.

Betriebswirtschaftliche Vorteile des Disability Management

Eine Reduzierung der menschlichen Einbussen und finanziellen Kosten wird häufig als ein überzeugendes Argument für DM-Initiativen vorgebracht (Bernacki & Tsai 2003, Kingery et al. 2004, Loisel et al. 2002).

Aussagekräftige Argumente für DM müssen auf dessen positiven Auswirkungen auf das Endergebnis eines Unternehmens und die Verbesserung der Gesundheit der Angestellten basieren. Green-McKenzie et al. (2002) bespricht die Einführung eines Case Management, das die Einstellung eines speziell ausgebildeten Arbeitsmediziners als Case-Manager, verbesserte Kommunikation mit Leistungserbringern und Mitarbeitenden sowie die Möglichkeit von Schonarbeit umfasste. In einem Zeitraum von vier Jahren konnte eine Reduzierung der Ansprüche um 20 Prozent, eine Abnahme der Ansprüche wegen Fehlzeit um 46 Prozent und eine Reduzierung der Entschädigungszahlungen um 41 Prozent nachgewiesen werden.

Abwesenheit genau wie Fluktuation kann zu beträchtlichen Kosten für ein Unternehmen führen. Wie in Brown (2000) erörtert wird, schätzt ein Finanzdienstleistungsunternehmen von der Liste der 500 umsatzstärksten Unternehmen («Fortune Global 500») die Abwesenheitskosten für 440 seiner Arbeiter und Büroangestellten auf 100 000 US-Dollar.

Andere Studien haben die Arbeitsplatzwahrnehmung von Arbeitnehmenden in Beziehung mit der Produktivität eines Unternehmens gebracht. Das Auftreten von psychischer Arbeitsunfähigkeit reflektiert die Gesundheit des gesamten Unternehmens. Gemäss Perez und Wilkerson (1998) ist die schlechte Gesundheit eines Unternehmens ein echtes Problem für die Gesundheit der Angestellten, die nega-

tiv beeinflusst wird durch «exzessive Büropolitik, mangelnde Anerkennung guter Leistungen, unklare Arbeitsaufträge, nicht eindeutige Richtungsbestimmungen des Senior-Management, häufige Prioritätenwechsel und aufdringliche Störungen [...] fehlendes Vertrauen [und] schlechte Kommunikation». Arbeitgebende müssen sich fragen, welche Art Arbeit sie versprechen und welche sie dann ihren Arbeitnehmenden tatsächlich anbieten.

Eisenberger et al. (1990) konnten eine positive Beziehung zwischen dem Empfinden der Arbeitnehmenden, vom Unternehmen geschätzt und wichtig genommen zu werden, und ihrer Anwesenheit, ihrem Einsatz sowie ihrer Arbeitsleistung feststellen. Angestellte müssen sich ihrer Stellung sicher sein, um vollen Einsatz bei der Arbeit zeigen zu können. Dies ist ein besonderes Anliegen von Angestellten mit niedrigem Status, die sich nicht voll und ganz für ihre Arbeit einsetzen können, wenn die Unternehmenswerte nicht mit ihren eigenen übereinstimmen.

Fluktuation ist ein bedeutendes und kostspieliges Problem für viele Unternehmen. Die Einstellungs-, Besetzungs- und Schulungskosten werden pro Person auf 5000 bis 10 000 US-Dollar für einen Stundenlohnarbeiter und 75 000 bis 211 000 US-Dollar für eine Führungskraft mit einem Lohn von ungefähr 100 000 US-Dollar geschätzt. Auster (1998) schätzt, dass eine Neubesetzung insgesamt 93 Prozent des Jahresgehaltes eines scheidenden Arbeitnehmenden kostet. Zusätzlich bedeutet eine solche «Drehtür-Situation», dass Arbeitnehmende ständig im Lernprozess sind, statt ihr volles Potenzial auszuschöpfen.

Arbeitgebende müssen über die traditionellen, direkten Kosten von Arbeitsausfällen hinausblicken. Der Mitarbeiterereinsatz, der von vielen Faktoren einschliesslich DM-Praktiken beeinflusst wird, wirkt sich auf das Unternehmensergebnis aus. Der grössere Zusammenhang dieses Einflusses muss erkannt und thematisiert werden. Gleichzeitig müssen Arbeitgebende verstehen, welchen Einfluss die Arbeitsplatzkultur auf den Einsatz der Mitarbeitenden oder in einigen Fällen auf das Auftreten von Erkrankungen oder Unfällen ausübt (Curtis & Scott 2003).

Wie in Amick et al. (2000) erörtert wird, «entstehen Berufskrankheiten oder Unfälle am Arbeitsplatz aus einem komplexen Zusammenspiel von Arbeitsumfeld und Einzelperson innerhalb dieses Umfeldes». Und wie es Curtis und Scott (2003) festhalten, «hängt das Aufrechterhalten eines Wettbewerbsvorsprungs von der Optimierung eines wertvollen Personals ab». Unternehmen, die erkrankte oder verunfallte Arbeitnehmende besser einstellen, fördern und behalten können, werden einen Vorteil haben. Talentierte Leute werden auf Unternehmen ansprechen, die die Fähigkeiten jedes Angestellten schätzen, und sich stärker einsetzen, wenn sie sich fair behandelt fühlen.

Wie Curtis und Scott (2004) festhalten:

Heutige Arbeitgebende tun alles Erdenkliche, um Talente auf sich aufmerksam zu machen. Sie versprechen eine Arbeitsstelle und ein Arbeitsumfeld, die attraktiv und

befriedigend sind, was üblicherweise Zusagen zu Weiterbildungsmöglichkeiten, einer attraktiven, leistungsorientierten Vergütung, Engagement für das Wohlbefinden der Arbeitnehmenden, Entscheidungsbefugnis und effiziente Führung beinhaltet. Wenn sich diese Versprechen in Luft auflösen, beginnen Arbeitnehmende Verhaltensweisen und Symptome aufzuweisen, die Arbeitgebende jedes Jahr durch Fluktuation, verlorene Produktivität und Krankheit/Unfall Milliarden von Dollars kosten. Einige Arbeitnehmende verlassen das Unternehmen, andere bleiben, reduzieren aber ihre Leistung, und wieder andere driften unerwünscht in Richtung Arbeitsunfähigkeit ab.

Es kommt von selbst, dass sich Arbeitgebende ausführlich damit befassen müssen, welchen Beitrag integriertes DM genau wie Schulung und Weiterbildung, effiziente Führung und attraktive Vergütung an der Entwicklung einer überzeugenden und umfassenden strategischen Initiative leistet.

Ein Verfahren⁴ für Disability Management entwickeln

Arbeitsunfähigkeit bringt erhebliche Kosten mit sich, und so kann Disability Management in einem grösseren Zusammenhang einen Beitrag an die langfristige Finanz- und Ertragslage und die kurzfristige Kapitallage des Unternehmens leisten. Das Verfahren für Disability Management, das zu grösstem Erfolg führt, konzentriert sich jedoch darauf, einen Beitrag an den strategischen Plan eines Unternehmens zu leisten und die Verwirklichung der Geschäftsziele zu unterstützen.

Wie das Verfahren in den Strategie- und Betriebsplan passt

Es ist wichtig, Disability Management in den Strategieplanungsprozess des Unternehmens einzubeziehen. Das heisst, dass DM als Teil der Strategien des Unternehmens integriert wird und sich Führungskräfte DM ganz verpflichten. Ist dies der Fall, betont das Unternehmen die Bedeutung eines effizienten Personalmanagements, bestätigt seine Versprechen an Arbeitnehmende und bestimmt genauer, welche Personalprozesse gebraucht werden, um einen positiven Einfluss auf das Geschäftsergebnis zu erzielen.

Bei einer effizienten Entwicklung und Umsetzung befasst sich das DM mit dem wirtschaftlichen und menschlichen Verlangen beider Hauptakteure (Unternehmen und Arbeitnehmende) nach einem gesunden Unternehmen. Erfolgreiche Unternehmen sind in der Verfolgung der Hauptfaktoren, die ein gesundes Unternehmen ausmachen, extrem rigoros. Dies beinhaltet auch das Festlegen und Kommuni-

⁴ Im englischen Original: «Business Case»

zieren eines Leistungsbewertungssystems im Voraus, um den Erfolg des DM bestimmen zu können. Die Zielvorhaben und Bewertungssysteme eines Disability-Management-Programms müssen klar kommuniziert werden, um sicherzustellen, dass Arbeitnehmenden vom Programm Beachtung geschenkt wird und sie im Gesundungsprozess unterstützt werden. Dazu kann eine Untersuchung der Ursachen, die den Einsatz von Mitarbeitenden beeinträchtigen und sie an einer Rückkehr an die Arbeit hindern könnten, benötigt werden (Curtis & Scott 2003).

Ein Verfahren für Disability Management zu erstellen, beinhaltet fünf Schritte:

1. Die Übereinstimmung mit dem Strategieplan, den Unternehmenszielen und -bedürfnissen bestimmen.
2. Durchführen einer Lückenanalyse zwischen der existierenden Situation und dem in Zukunft erwünschten Zustand.
3. Handlungsmaßnahmen für jedes Ziel, jeden Bedarf festlegen.
4. Durchführen einer Kosten-Nutzen-Analyse.
5. Beurteilungsmechanismen entwickeln, um den Fortschritt und die Auswirkungen auf die Finanzkosten bemessen zu können.

Das Bestimmen der Übereinstimmung mit dem Strategieplan und den Unternehmenszielen beginnt mit einer Berücksichtigung der Gesamtunternehmensstrategie und identifiziert die grössten Einflussmöglichkeiten des Unternehmens und das Bedürfnis für DM-Interventionen.

Beim zweiten Schritt handelt es sich um eine Analyse zur Identifizierung der Lücken, die zwischen der aktuellen Situation des Unternehmens und der in Zukunft erwünschten oder erforderlichen Situation bestehen. Der Lösungsansatz zur Schließung der Lücken wird Teil der Ziele des DM-Programms.

In einem dritten Schritt geht es darum, festzustellen, was zur Erreichung der Ziele oder Bedürfnisse gebraucht wird und ob die Initiative einen spezifischen oder umfassenden Lösungsansatz im Blick hat. Ein spezifischer Lösungsansatz hat bestimmte Ziele, die ein kurzfristiges Payback von Investitionen anstreben; eine umfassende Strategie hat verschiedene Ziele.

In einem vierten Schritt geht es darum, die Kosten der Umsetzung der DM-Initiative dem zu erwartenden Erlös/Gewinn gegenüberzustellen. Rentabilität ist eine wichtige Komponente jeder Unternehmensstrategie.

Der fünfte und letzte Schritt verlangt, dass ein Unternehmen im Voraus und während des ganzen Prozesses alle Leistungen identifiziert, die mess- und bewertbar sind. Die meisten Unternehmen bewerten ihre Unternehmensleistung durch das Einbauen solcher Beurteilungsmechanismen. Es wird auch die Notwendigkeit betont, Bewertungs- und Überwachungsprozesse in den strategischen Geschäftsplan einzubauen, die dafür sorgen, dass Fortschritt regelmässig belohnt und anerkannt wird.

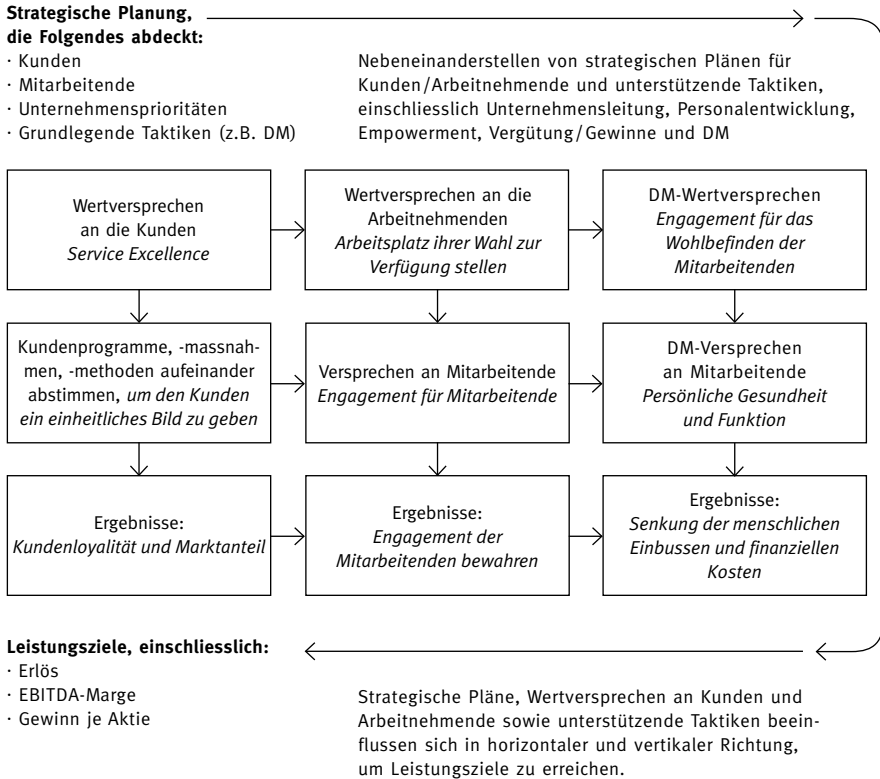
Obwohl die meisten Unternehmen anerkennen, wie wichtig es ist, DM zu einem Anliegen der Organisation zu machen, hat das DM meist nicht die höchste Priorität. Andere Unternehmensinitiativen, deren positive Auswirkung auf die Rentabilität des Unternehmens aussagekräftiger (d.h. besser messbar) sind, setzen sich gegen Disability Management durch, dessen Ertrag weniger gut vorzusehen oder messbar zu sein scheint. Folglich greifen viele DM-Fachpersonen auf das Argument zurück, dass Disability Management einfach wichtig sei, und vertrauen darauf, dass das Management ihre Vorschläge zur Förderung einer DM-Philosophie unterstützen wird. Gross ist ihre Verwunderung dann darüber, wieso nichts passiert oder wieso gut gemeinte Initiativen fehlschlagen. Das Präsentieren eines soliden Verfahrens vergrössert die Wahrscheinlichkeit, die Unterstützung der Unternehmensleitung und die notwendigen Ressourcen zur erfolgreichen Implementierung von DM-Initiativen zu bekommen.

DM wird am besten in den Strategieplanungsprozess des Unternehmens integriert, indem es zu einem Teil der Personalstrategien des Unternehmens gemacht wird, denen die Unternehmensleitung fest verpflichtet ist. Diese Strategien werden dann als Unternehmensprioritäten, -ziele und -richtlinien weitergeleitet, die bei der Planung von Aktivitäten zu taktischen Programmen und Prozessen werden. Dadurch betont das Unternehmen deutlich die Bedeutung eines effizienten Humankapital- oder Personalmanagements, bestätigt seine Versprechen gegenüber den Arbeitnehmenden und spezifiziert, welche Personalprozesse es braucht, um den Einsatz der Mitarbeitenden und das Geschäftsergebnis positiv zu beeinflussen.

Abbildung 4.5 stellt dar, wie sich DM in die Gesamtstrategieplanung des Unternehmens integriert. Zu Illustrationszwecken wird hier ein Beispiel eines Unternehmens verwendet, das entschieden hat, sich auf *Service Excellence* als Wertversprechen an die Kunden zu konzentrieren. Das abgebildete Modell der strategischen Planung gilt auch für Unternehmen mit einem anderen Wertversprechen an die Kunden, wie Produktinnovation oder Optimierung der Geschäftsprozesse.

Abbildung 4-5: Integration von DM in die Strategieplanung

Strategiepläne bezüglich Kunden/Personal und unterstützende Taktiken wie Führung, Personalentwicklung, Empowerment, Vergütung/Gewinne und Disability Management nebeneinanderstellen. Strategische Pläne, Wertversprechen für Kunden, Arbeitnehmende und unterstützende Taktiken beeinflussen sich zur Erreichung der Leistungsziele sowohl in horizontaler als auch in vertikaler Richtung. EBITDA: Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation or Amortization. (Curtis & Scott 2004)



Unternehmen, die sich durch die Integration von DM in die strategische Planung den Herausforderungen stellen, die eine Verpflichtung zu einem gesunden Unternehmen und gesunden Mitarbeitenden mit sich bringt, haben gute Chancen, ihre Unternehmensergebnisse zu verbessern. Rucci et al. (1998) verweisen darauf, dass eines der bemerkenswertesten Beispiele zur Illustrierung dieser Zusammenhänge von *Sears, Roebuck and Company* kommt. Durch die «Employee-Customer-Profit-Chain» stellte Sears fest, wie «die Haltung der Mitarbeitenden den Kundenservice, die Fluktuation von Mitarbeitenden und schlussendlich den Unternehmensgewinn beeinflussten». Dies zeigt, wie die Vision eines «guten Arbeitsplatzes» durch eine Reihe von Massnahmen zur Gewinnerzielung mit strategischen Zielen wie Kun-

denservice und Rentabilität in Verbindung steht. Schlussendlich stellte das Sears-Modell einen direkten Zusammenhang zwischen Mitarbeiterereinsatz und -zufriedenheit, Kundenloyalität und dem Endfinanzergebnis fest.

Das Vermögen von Mitarbeitenden, das Wertversprechen des Unternehmens an die Kunden einzulösen, wird durch verschiedene Arbeitsplatzfaktoren, einschliesslich DM-Anstrengungen, beeinflusst. Die Absenz von Arbeitsunfähigkeit hängt von vielen Variablen ab, unter anderem davon, welche Meinung die Arbeitnehmenden über ihren Gesundheitszustand und ihre Arbeitsfähigkeit haben (Cole et al. 2002). Arbeitsunfähigkeit als ein das gesamte Unternehmen betreffendes Phänomen nicht nur als einen Gesundheitszustand zu verstehen, führt zu einer breiter gefassten Berücksichtigung und einem umfassenderen Management der Faktoren, die den Beschluss von Arbeitnehmenden an der Arbeit zu erscheinen und/oder am Arbeitsplatz zum Erfolg des Unternehmens beizutragen, direkt oder indirekt beeinflussen. Ein Verfahren für Disability Management zu entwickeln, ist schwieriger als für andere Geschäftsanliegen, da die Auswirkungen des DM auf das Endergebnis nicht systematisch gemessen und zur einfachen Auffindung und Weiterverwendung dokumentiert worden sind. Die DM-Fachperson, die ein solches Verfahren zu bilden versucht, wird mit einer Unmenge an Informationen und Ratschlägen überschüttet und findet wenig Rat, wie diese Daten gebündelt werden können, um ein aussagekräftiges und fundiertes Verfahren zu präsentieren, das Zugang gibt zu unternehmerischem Scharfsinn.

Genauso wie die Marketingleitung dem Top-Management ein überzeugendes, fundiertes Verfahren präsentieren muss, um die notwendige Unterstützung und die erforderlichen Mittel vom Unternehmen zu bekommen, um die Werbung zur Einführung eines Produktes weiterzuverfolgen, genauso muss eine DM-Fachperson ein Verfahren zur Integrierung des DM entwickeln, das sich auf den durch die Optimierung der Personalressourcen («Humankapital») des Unternehmens gewonnenen Wettbewerbsvorsprung stützt.

Dem Senior-Management die Wichtigkeit von DM-Programmen kommunizieren

Aus Sicht eines Unternehmens haben DM-Massnahmen und -Programme den Zweck zur Erreichung von Unternehmenszielen wie Förderung der Mitarbeitermotivation, Senkung der menschlichen Einbussen und der Kosten von Krankheit oder Unfall und die Verwirklichung der Gesamtunternehmensziele, die Gesundheit der Mitarbeitenden und des Unternehmens zu fördern. Aus diesem Grund muss DM als eine Priorität des Unternehmens angesehen werden, die in die strategischen Wert- und Planungsprozesse des Unternehmens integriert ist.

Zielsetzung

Die Zielsetzung ist ein wesentlicher Teil einer umfassenden Planung, die Folgendes miteinschliesst:

- Erkennen von Werten, Aufgaben und Problemen
- Auswahl der Ziele
- Wahl der Strategien
- Entscheiden über Vorgehensweisen und Taktiken
- Kontrollieren
- Beurteilung und Überarbeitung von Strategien und Zielen

Ziele sind besser zu erreichen, wenn sie in Teilziele aufgeteilt werden. Die Ziele nehmen so das Ausmass einer Aufgabenstellung an und machen sie überschaubarer; den Zielvorhaben eine Struktur zu geben, wie sie erreicht werden können, gibt eher den Eindruck, sie wirklich bewältigen zu können. Ein effizientes Vorgehen sollte festgehalten werden:

- Langfristige Ziele
- Kurzfristige Ziele
- Für jedes kurzfristige Ziel verschiedene Teilziele
- Monatsziele, die mit den Teilzielen übereinstimmen können oder aus einer weiteren Aufteilung zustande kommen
- Wochenziele, die aus den Monatszielen hervorgehen

Ein Jahresziel könnte beispielsweise sein, Aspekte zu erkennen, die zu Zufriedenheit mit einem RTW-Programm, und solche, die zu Unzufriedenheit führen, um danach Strategien zur Verbesserung des positiven Resultats auszuarbeiten. Ein Monatsziel könnte zum Beispiel die Erstellung eines Beurteilungsformulars sein, das an Mitarbeitende geht, die an die Arbeit zurückkehren, um Feedback angemessen festzuhalten.

Monatsteilziele und Wochenziele sollten messbare Leistung und nicht Ergebnisse als Grundlage haben. Der Grund dafür ist die Tatsache, dass wir oft nicht über alles Kontrolle haben. Ein Monatsziel könnte beispielsweise sein, «ein Treffen des DM-Komitees zur Besprechung des Strategieplanentwurfs einzuberufen». Im Gegensatz dazu kann der/die Disability-Manager/in das Erreichen des Ziels «Zustimmung für den Entwurf des Strategieplan erlangen» nicht gewährleisten, da es das Entgegenkommen anderer erfordert. «DM-Strategien entwickeln und Mitarbeitende darüber und über DM-Programme informieren» wiederum könnte ein angebrachtes Jahresziel sein.

- Ziele sollten präzise sowie messbar sein und eine Frist haben. Vage Ziele sind schwierig in Teilziele zu zergliedern und in die Planung einzubeziehen, und sie sind oft nicht sehr motivierend, weil es keinen klaren Abschlusspunkt gibt, der erkannt und gefeiert werden kann.
- Ziele sollten realistisch sein. Sie sollten nicht zu schwierig zu erreichen sein,

aber dennoch hoch genug gesteckt sein, um Verbesserungen zu erzielen. Regelmässige Änderungen auf kurze Sicht können auf lange Sicht enorme Verbesserungen mit sich bringen.

- Ziele sollten immer positiv formuliert werden, das heisst, was getan werden wird, und nicht, was nicht getan werden wird.
- Durch Strukturieren der Ziele und das Ausarbeiten eines Plans, wie diese erreicht werden können, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer Verwirklichung der Ziele und schliesslich eines gesamten Erfolgs des Programmes.

Kosten-Nutzen-Analyse von RTW

Es ist wichtig, den Erfolg der DM- und RTW-Initiativen zu messen, um die Unterstützung des Unternehmens für das Programm zu garantieren. Eine Informationsgrundlage ist ein guter Ausgangspunkt für eine umfassende Kosten-Nutzen-Analyse. Das Formulieren des Verfahrens unter Verwendung einer soliden Kosten-Nutzen-Analyse ist nützlich, um die Unterstützung des Unternehmens zu gewinnen und zu sichern.

Ausgangsdaten

Daten können in einem Unternehmen an vielen Stellen gesammelt werden. Eine Vielzahl von Abteilungen, einschliesslich der Personal-, Finanz- und Lohnabteilung, könnte bei der Zusammenstellung der erforderlichen Informationen behilflich sein. Externe Organisationen wie Versicherungsgesellschaften private DM-Anbieter könnten auch gute Informationsquellen sein.

Wesentliche Ausgangsdaten könnten sein:

- Die gesamten Kosten der Arbeitsunfallversicherung, Informationen über Krankheitsausfälle, kurzzeitige und langzeitige Arbeitsunfähigkeit sowie andere Absenzen.
- Jede Arbeitsunfallversicherung besitzt Arbeitgeberdaten zu Kosten, Anspruchserhebung und Trends. Denken Sie beim Analysieren von Arbeitsunfallversicherungskosten daran, die Grundprämie plus jeglichen Prämienzuschlag, der erfahrungsgemäss bezahlt werden muss, in Betracht zu ziehen.
- Krankheitsausfall/ kurzzeitige Arbeitsunfähigkeit: Arbeitgebende sollten diese Daten systematisch erheben. Obwohl Kosten dafür direkt vom Unternehmen oder vom Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden gemeinsam durch Lohnsummensteuern oder Abzüge finanziert werden, sollten sie als Verlust von Produktivität angesehen werden.
- Langzeitarbeitsunfähigkeit: Die Absenkkosten von Langzeitarbeitsunfähigkeit sind wichtige Werte für die Ausgangsdaten.
- Andere Absenzen: In einem Unternehmen kann es auch andere Arten von Absenzen oder Unterstützungen für Arbeitnehmende, wie Elternzeit, geben. Es lohnt sich, zu bestimmen, wie viele Ausfalltage pro Jahr solchen Absenzen

zuzuschreiben sind. Obwohl Arbeitgebende wahrscheinlich keinen Einfluss auf solche Ausfalltage nehmen können, vervollständigen sie das Absenzenbild eines Unternehmens.

- Andere Informationen: Andere Daten, die von Interesse sein könnten, sind Daten zu Unterstützungsprogrammen für Arbeitnehmende und erweiterten Gesundheitsleistungen wie psychologischen Dienstleistungen. Solche Daten sind bei Drittdienstleistern oder Versicherungen erhältlich.

Interne Ausgangsdaten

Interne Ausgangsdaten sollten entweder in der DM-Abteilung oder der Personal-, Lohn- oder Finanzabteilung erhältlich sein. Die wichtigsten Kategorien sollten zumindest Folgendes enthalten:

- Anzahl Ausfalltage pro Leistungskategorie
- Kosten der Ausfalltage pro Leistungskategorie

Diese Daten können für folgende Kategorien erhoben werden:

- Abwesenheitsgrund oder Art der Beeinträchtigung
- Abteilung
- Job-Kategorie
- Vorgesetzte
- Alter
- Geschlecht
- Dienstjahre

Es kommt vor, dass Arbeitgebende keine Daten zu Absenzen haben, bis Fälle von Arbeitsunfähigkeit auftreten. Dennoch sind einige Absenzendaten meist in ihren Lohnsystemen zu finden. Um Informationen betreffend die Absenzen ihrer Arbeitnehmenden ausfindig zu machen, müssen Arbeitgebende gemäss Experten ausgehend von schon vorhandenen Informationen gezielte Bemühungen anstellen.

Es gibt auch viele indirekte Kosten. Viele Lohnsysteme erfassen Informationen betreffend Überstunden. Häufig sind Überstunden oder Vertretungen notwendig, um die Arbeit einer krankgeschriebenen oder arbeitsunfähigen Person zu kompensieren. Anhand dieser Informationen können Schätzungen gemacht werden. Einige Arbeitgebende werden auch Einsicht in die Arbeits- und Anwesenheitspläne des Informationssystems ihrer Personalabteilung haben, andere werden Systeme zur Arbeitszeiterfassung verwenden, um Absenzen in Verbindung mit Versicherungskosten, Krankheitsausfällen oder unbezahltem Urlaub zu erfassen.

Es kann sehr schwierig sein, alle Daten zusammenzukriegen, wenn diese nicht erfasst werden oder nicht auf Papier vorliegen oder wenn sie in Systemen gespeichert sind, die nicht miteinander kommunizieren können. Dennoch können Arbeitgebende von diesen Werten ausgehen: Beginnen Sie mit den vorhandenen Informationen und erstellen Sie eine Ausgangsdatengrundlage, um gegenwärtige

Kosten zu verstehen und Massnahmen zur Datenerfassung und Berichterstattungsmechanismen festzulegen.

Einige Arbeitgebende möchten vielleicht ein externes Benchmarking durchführen. Der Bedarf an externem Benchmarking hängt von den Unternehmenszielen ab. Wenn eine Anforderung ihres Unternehmens den gleichen Kostenfaktor wie die Konkurrenz haben soll, dann sollten Sie ein Benchmarking machen. Unternehmen hingegen, die einfach ihre Kosten so gut wie möglich kontrollieren möchten, müssen nicht unbedingt Benchmarking machen.

Budgetieren

Eine der wichtigsten Komponenten beim Erstellen einer Unternehmensstrategie ist das Bestimmen des Budgets. Die zur Festlegung geeigneter Ziele verwendeten Informationen werden für das Festlegen eines angemessenen Budgets nützlich sein.

Für das Erstellen des Disability-Management- und RTW-Budgets müssen Schätzungen gemacht werden, wie viel Zeit benötigt wird, welche Dienstleistungen, welches Material und welche Schulung erforderlich ist. Ist das Budget einmal festgelegt, muss es kontrolliert werden, da diese Informationen zur Evaluierung der Effizienz des DM-Programms erforderlich sind.

Unternehmen werden beim Aufstellen der Kosten unterschiedlich vorgehen. Einige werden Kosten, die sie als Teil der Geschäftstätigkeit betrachten, nicht miteinbeziehen, andere werden alle Kosten festhalten. Folgende Kosten können unter anderem im DM-Budget mit inbegriffen sein:

- Kosten von Krankheitsausfällen und kurzzeitiger Arbeitsunfähigkeit
- Prämien für die Erwerbsunfähigkeitsversicherung
- Prämien für die Berufsgenossenschaft
- Löhne und Vergütungen
- Dienstleistungen von Drittunternehmen: Evaluierungen der Funktionsfähigkeit, unabhängiges Arztgutachten, Physiotherapie und andere Beurteilungen
- Hilfsmittel/Technologien
- Hardware und Software
- Anderes Material und Artikel
- Kommunikationskosten (z.B. Telefon- und E-Mail-Kosten)
- Informationskosten zu Schulungszwecken (z.B. Schulungsinformationen für Vorgesetzte, Mitarbeitende und Dienstleister)
- Weiterbildung von Fachleuten (z.B. Fachzeitschriften, Konferenzen und Aktualisierung)
- Infrastrukturkosten (z.B. Kosten in Bezug auf die Raumbeschaffung, das Rapporterstatten an das Top-Management und Überwachung und Rechtsbeistand etc.)

- Änderungen oder Renovationen am Arbeitsumfeld oder am Arbeitsplatz
- Rehabilitation: innerbetriebliche Weiterbildung oder Umschulung
- Zeit der Vorgesetzten und anderer Teammitglieder
- Weitere Kosten

Gewinne

Es ist sehr wichtig, Einsparungen oder Gewinne festzuhalten, die dank des DM-Programms erzielt worden sind. Dazu können folgende Einsparungen zählen:

- Abnahme von Prämien
- Verkürzung der Absenzendauer
- Reduzierung von Überstunden
- Senkung von Vertretungskosten
- Kleinere Einflüsse auf Arbeitnehmende

Erfolgsmessungen können sowohl quantitativ als auch qualitativ sein. Quantitative Erfolgsmessungen zeigen die Senkung von Finanzkosten und die Verwirklichung von Zielen auf. Qualitative Ergebnisse erhält man durch die Bewertung von Prozessen. Dies geschieht durch das Einbeziehen von Angestellten in Fokusgruppen, Umfragen, Interviews, verschiedene Prüfungen oder Bedarfsanalysen. Prozessbewertungen geben dem Top-Management Hinweise zum Fortschritt, auch wenn dieser in den Unternehmensergebnissen noch nicht sichtbar ist.

Ergebnismessungen geben der Unterstützung von und Investierung in Disability Management Gültigkeit und definitive Rechtfertigung. Darin eingeschlossen sind Bewertungen, die von Initiativen zur Verwirklichung spezifischer Unternehmensziele aufgestellt worden sind: die Summe der Ausfallzeiten, deren Prozentsatz und Kosten, die Anzahl Schonarbeitstage, die durchschnittlichen Kosten pro Anspruch, die Gesamtkosten, der Prozentsatz der erfolgreich an die Arbeit zurückgekehrten Arbeitnehmenden, die Anzahl der Langzeitarbeitsunfähigkeit und erfolgreiche Rehabilitation.

Es ist wichtig, die gegenwärtigen Kosten regelmässig dem Gewinn des Programms gegenüberzustellen. Falls vorläufige Anpassungen erforderlich sind, kann eine Kosten-Nutzen-Analyse hilfreich sein.

Beim Präsentieren der Resultate des Verfahrens für einen umfassenden DM-Ansatz sollten Prozessbewertungen kommuniziert werden. Fortschritte der DM-Interventionen und Bewertungen von Ergebnissen, die den Einfluss des Disability Management auf die Geschäftsergebnisse bestimmen, müssen bestimmt und daraufhin regelmässig kommuniziert werden.

Kommunizieren von Gesamtergebnissen

Kommunikation ist im Disability-Management-Prozess von grosser Bedeutung. «Kommunikation ist ein zwischenmenschlicher Prozess des Sendens und Empfangens

von Symbolen, denen Mitteilungen anhaften. Dieser Prozess ist die Grundlage jeder zwischenmenschlichen Beziehung. Durch Kommunikation tauschen Menschen Informationen miteinander aus; durch Kommunikation nehmen Menschen Einfluss auf Einstellungen und Verhaltensweisen anderer» (Schermerhorn et al. 1995).

Kommunikation wird dazu gebraucht, zu informieren, zu beeinflussen, zu kontrollieren, zu inspirieren und Unterstützung zu gewinnen. Kommunikation wird durch den gesamten DM- und RTW-Prozess hindurch gebraucht. Ein wichtiger Bestandteil der Kommunikation ist das Bekanntmachen von Ergebnissen von DM- und RTW-Initiativen. Einsicht in die Funktionsweise des Unternehmens kann bei der Gestaltung von Kommunikationsmaterial nützlich sein. Ist das Unternehmen hierarchisch aufgebaut, könnte das beste Kommunikationsmittel ein formeller Bericht, eine formelle Präsentation sein. Ist die Organisation des Unternehmens eher informell, mag eine Kurzmitteilung das optimale Kommunikationsmittel sein. Das Wichtigste ist, dass die Ergebnisse allen wichtigen Parteien kommuniziert werden.

Schlussfolgerungen

Die Konzentration auf das Endergebnis der heutigen Geschäftswelt verlangt, dass DM-Initiativen wie jede andere Unternehmensstrategie angegangen werden. So müssen DM-Fachpersonen ein klares, überzeugendes Verfahren erstellen, das in Verbindung mit den strategischen Geschäftszielen des Unternehmens steht. Wenn das Top-Management besser informiert wird über die zu erwartenden Gewinne, können DM-Fachpersonen sich erfolgreicher um die knappen Mittel des Unternehmens bewerben, was zu besser finanzierten und unterstützten DM-Initiativen führt.

Literatur

- Amick B C, Habeck R V, Hunt A et al 2000 Measuring the impact of organizational behaviours on work disability prevention and management. *Journal of Occupational Rehabilitation* 10(1):21–38
- Auster E R 1998 Behind closed doors: sex bias at professional and managerial levels. *Employee Responsibilities and Rights Journal* 1:129–144
- Bernacki E J, Tsai S P 2003 Ten years' experience using an integrated workers' compensation management system to control workers' compensation costs. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 45(5):508–516
- Brown J 2000 Employee turnover costs billions annually. *Computing Canada*, December, p 25
- Cole D, Mondloch M, Hogg-Johnson S for the Early Claimant Cohort Prognostic Modelling Group 2002 Listening to injured workers: how recovery expectations predict outcomes – a prospective study. *Canadian Medical Association Journal* 166(6):749–754
- Curtis J, Scott L 2003 Making the connection. *Benefits Canada*, April:75–79
- Curtis J, Scott L 2004 Integrating disability management into strategic plans: creating healthy organizations. *American Association of Occupational Health Nurses Journal* 52(7):298–301

- Das H 1998 *Strategic Organizational Design*. Prentice Hall, Scarborough, Ontario
- Druker P 2002 *Managing in the Next Society*. St Martin's Press, New York
- Dubrin A J, Harper A 1997 *Essentials of Management*, 4th edn. ITP Nelson, Toronto
- Eisenberger R, Fasolo P, Davis-LaMastro V 1990 Perceived organizational support and employee diligence, commitment, and innovation. *Journal of Applied Psychology* 75(1):51–59
- George J M, Brief A P 1992 Feeling good – doing good: a conceptual analysis of the mood at work–organizational spontaneity relationship. *Psychological Bulletin* 112(2):310–329
- Green-McKenzie J, Rainer S, Behrman A et al 2002 The effect of health care management initiatives on reducing Workers' Compensation costs. *The Journal of Occupational and Environmental Medicine* 44(12):1100–1105
- Kingery P M, Ellsworth C G, Corbett B S et al 2004 High cost analysis: a closer look at the case for worksite health promotion. *Journal of Occupational Medicine* 36:1341–1347
- Loisel P, Lemaire J, Poitras S et al 2002 Costbenefit and costeffectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management : a six-year follow-up study. *Occupational and Environmental Medicine* 59:807–815
- Perez E, Wilkerson B 1998 *Mindsets. Mental Health – The ultimate productivity weapon*. Homewood Centre for Organizational Health, Guelph, Ontario
- Rucci A J, Kirn S P, Quinn R T 1998 The employee–customer–profit chain at Sears. *Harvard Business Review on Point*, Jan–Feb:83–97
- Schermerhorn J R, Cattaneo R, Templer A 1995 *Management: The competitive advantage*, 2nd edn. John Wiley, Toronto
- Simmons T 2002 The high cost of lost trust. *Harvard Business Review*, September:18–20

5. Disability Management und Prävention

Lernziele

- Den Wert einer positiven Unternehmenskultur erkennen.
- Die wesentlichen Bestandteile der Prävention von Arbeitsunfähigkeit kennen.
- Die Bedeutung von Gesundheit und Sicherheit sowie Gesundheitsförderung erfassen.
- Den Einfluss der Arbeitsplatzeinstellung verstehen.

Einleitung

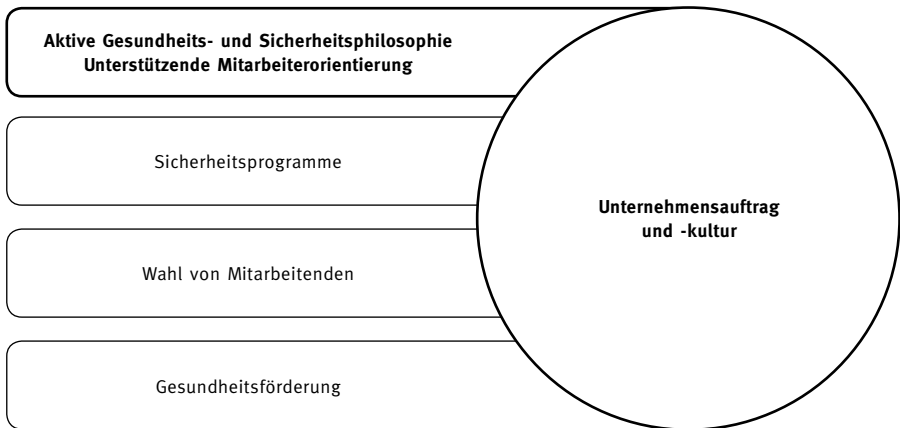
Prävention von Arbeitsunfähigkeit ist ein riesiges Gebiet, das von der Unternehmenskultur über die Gesundheit und Sicherheit, die Ergonomie, die Konstruktion und Entwicklung, Unfall- und Ursachenanalysen sowie die Wahl der Mitarbeitenden bis hin zur Entwicklung von Programmen zur Gesundheitsförderung alles einschliesst. Bei der Ausarbeitung eines Disability-Management-Programms sollte die Einzigartigkeit eines jeden Arbeitsplatzes beachtet werden; es sollte untersucht werden, ob ein Risiko besteht und wie vorgegangen werden kann, um das Auftreten von gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu verringern. Da eine umfassende Besprechung jedes einzelnen Themenbereiches an dieser Stelle nicht möglich ist, wurde eine Aufteilung in die übergeordneten Themen Unternehmenskultur, Gesundheit und Sicherheit sowie Gesundheitsförderung vorgenommen, womit eine Zusammenfassung jener Massnahmen gegeben werden kann, die Arbeitsunfähigkeit in bedeutendem Mass vorbeugen können.

Arbeitsunfähigkeit kommt durch eine komplexe Verknüpfung entscheidender Faktoren zustande. «Kürzlich konnte aufgezeigt werden, dass Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Skelettmuskelkrankheiten ein vielseitiges Problem ist, das infolge der ursächlichen Störung, der Verfassung des Arbeitnehmenden (körperlich und geistig) und des Arbeitsumfeldes wie des Arbeitsplatzes, des Gesundheits- und Vergütungssystems sowie der Interaktion zwischen allen beteiligten Akteuren auftritt. Diese Tatsache deutet darauf hin, dass das typische Modell, das den Schwerpunkt auf die Behandlung der Krankheit legt, durch ein Präventionsmodell ersetzt werden sollte, um langfristige Krankheit zu verhindern» (Durand et al. 2002).

Die Eigenschaften eines Unternehmens und seiner Arbeitnehmenden sind ein wichtiger Aspekt bei der Planung einer Disability-Management-Strategie zur Prävention

von Arbeitsunfähigkeit. Abbildung 5.1 zeigt, wie sehr die Prävention von Arbeitsunfähigkeit mit der Gesamtstrategie des Unternehmens verflochten ist.

Abbildung 5.1: Die Verflechtung der Prävention von Arbeitsunfähigkeit mit der Gesamtstrategie



Unternehmenskultur

Die Unternehmensführung trifft bewusst die Entscheidung, welche Verhaltensweisen und Strategien im Zusammenhang mit der Geschäftstätigkeit und den Mitarbeiterbeziehungen akzeptiert werden. Unternehmen existieren zu einem bestimmten Zweck; sie stellen Personen ein, die ihnen helfen, diesen Zweck zu verfolgen, und würdigen jene, die dazu beitragen, ihre Ziele zu erreichen. Die Kultur eines Unternehmens zeigt sich in seinen Geschäfts- und Strategieplänen sowie in der Bedeutung der Mitarbeiterbeziehungen bei der Ausführung der Pläne. Mitarbeiterbeziehungen sind jedoch ein komplexes Gebilde aus Fähigkeiten, Begabungen, Kenntnissen und Emotionen. Jede Person ist verschieden und wird je nach den ihr eigenen intellektuellen, körperlichen und emotionalen Fähigkeiten anders auf eine Situation reagieren.

Sogar mit der richtigen Gesamtunternehmensstruktur können im Einzelfall Abweichungen auftreten. So kann zum Beispiel eine Person in einer Situation ein leistungsstarkes Mitglied eines Teams sein, nach dem Wechseln in eine andere Situation aber und infolge von Gruppendynamik, schlechter Unterstützung durch die Unternehmensführung, anderer Unternehmenskultur und weiterer Faktoren als schwache/r Angestellte angesehen werden. McCall (1998) legt dar, wie Mitarbeitende Opfer eines schlechten Managementverhaltens oder einer zerstörten Karriere werden können. In einem Fall wechselt ein/e Mitarbeitende/r in eine

Situation mit Herausforderungen, für die er/sie sich besser eignet, in einem anderen Fall führt der Wechsel letzten Endes zu Arbeitsunfähigkeit. Stellen wir uns einen Arbeitnehmenden vor, der als leistungsstarker Vorgesetzter hervorragende Ergebnisse erzielt, sodass das Unternehmen ihn zum Manager an einem anderen Standort befördert. Das Produkt bleibt dasselbe, das Arbeitsumfeld ähnlich und so kann er die Produktionsleistung erfolgreich verbessern, indem er Standards und Prozesse einführt, die am Arbeitsplatz existierten, an dem er seine Erfahrungen und Kenntnisse erworben hatte. Stellen wir uns nun vor, dass derselbe Arbeitnehmende in ein Arbeitsumfeld mit anderen Gegebenheiten befördert wird. Er wird beispielsweise in die gleiche Position befördert und bedient sich der gleichen Strategie wie zuvor. Einer der Vorgesetzten jedoch, der ihm nun Rapport erstattet, hat die gleiche Beförderung angestrebt, erhielt sie aber wegen mangelnder Fähigkeiten oder Ergebnisse nicht. Leider veranlasst ihn Bitterkeit dazu, jede Initiative des neuen Managers zu untergraben und andere Teammitglieder dazu zu bringen, die neuen Initiativen nicht zu unterstützen. Setzen wir voraus, dass der Direktor, der die Beförderung erleichtert hatte, in einen anderen Verantwortungsbereich gewechselt hat und somit jeder Ausgleich zur negativen Intervention des verärgerten Vorgesetzten ausbleibt. Nehmen wir weiter an, dass dieser Direktor durch eine schwache, unerfahrene Arbeitskraft ersetzt worden ist, die von früher her eine enge Beziehung zu dem Vorgesetzten hat, der nicht befördert wurde. Plötzlich hat ein sehr erfolgreicher Manager mit bewährten Kenntnissen und Fähigkeiten keine Bedeutung mehr und wird vom Unternehmen durch Personaleinflüsse, die ausserhalb seiner Kontrolle liegen, bestraft. Eine solche Situation führt zwangsläufig zu einem völlig anderen Ergebnis. Eine mögliche Folge könnte die Arbeitsunfähigkeit des Managers sein, die dem anhaltenden psychologischen Missbrauch des Direktors und den direkten Berichten des Vorgesetzten zuzuschreiben ist. Obwohl ein solches Szenario nicht die ganze Kultur des Unternehmens widerspiegelt, entsteht doch ein Widerspruch, der von den Mitarbeitenden bemerkt wird, wenn das Unternehmen solche Verhaltensweisen toleriert. Beziehungen und Interaktionen sind nicht einfach. Unternehmen müssen erkennen, dass Arbeitsunfähigkeit viele Ursachen haben kann. Konsequente Umsetzung der Unternehmenskultur ist von äusserster Wichtigkeit. Wie Kirsh (1996) zeigt, ist eines der wichtigsten Elemente für solide Arbeitsbeziehungen Vertrauen. Arbeitnehmende brauchen die Sicherheit, die Reaktion eines Unternehmens in einer gegebenen Situation zu kennen, und die Konsequenz der Entscheidungen und Antworten eines Vorgesetzten.

Die Prävention von Arbeitsunfähigkeit besteht aus einem komplexen Netz von Interaktionen. Es ist von grosser Bedeutung, Überprüfungsmethoden in das System einzubauen, um garantieren zu können, dass Mitteilungen wahrheitsgetreu überbracht werden und Probleme wie im genannten Fall gelöst werden können, bevor es zur Arbeitsunfähigkeit des Betroffenen kommt.

Wie die Unternehmenskultur Einfluss auf den Ausgang einer Situation nehmen kann, zeigt sich beispielsweise bei Fusionen und Firmenübernahmen. In solchen Situationen gibt es viele unbekannte Faktoren. Ein Unternehmen, zu dessen Kultur es gehört, die Arbeitnehmenden auf dem Laufenden zu halten, wird die Angst und Unsicherheit reduzieren, die solche aufreibenden Wechsel mit sich bringen. Wenn Arbeitnehmende nicht wissen, wie es um ihre Zukunft im Unternehmen steht, werden sie Wege suchen, die Höhe ihres Einkommens abzusichern, und zwar auch durch Erwerbsunfähigkeitsrenten. Die Fakten zeigen einen deutlichen Anstieg der Anzahl Anspruchserhebungen vor Entlassungen oder direkt nach Fusionen und Übernahmen aufgrund einer möglichen Bedrohung der Arbeitsstelle. Wenn sich Unternehmen genug Zeit nehmen würden, ihre Arbeitnehmenden über die Unternehmensführung und die zukünftige Lage zu informieren, könnten Fälle der Arbeitsunfähigkeit reduziert werden.

Wie in der Michigan Disability Prevention Study erörtert wird, kommt eine positive Unternehmenskultur in positiven Arbeitsbeziehungen mit den Arbeitnehmenden, positiver Arbeitsmoral, Interesse an Kontaktfähigkeit, aufrichtiger Kommunikation, regelmässigem und bedeutsamem Einbezug der Arbeitnehmenden in Unternehmenstätigkeiten und den Entscheidungsfindungsprozess und im Austauschen und Suchen von Informationen zum Ausdruck. Wichtig ist, dass Unternehmen ihre Unternehmenskultur nicht nur definieren, sondern sich auch ihren Definitionen gemäss verhalten.

Gesundheit und Sicherheit

Sicherheitsmethoden, -vorschriften und -massnahmen, die direkt in die gewöhnlichen Arbeitsabläufe integriert sind, zu Sicherheitserwartungen und -zielen gehören und deren Beachtung vom Vorgesetzten gewürdigt wird, weisen ein hohes Potenzial für Erfolg im Bereich Sicherheit auf.

Die Entwicklung von positiven Gesundheits- und Sicherheitsprogrammen umfasst:

- die Unternehmenskultur,
- die Unterstützung des Senior-Managements,
- (gegebenenfalls) die Unterstützung der Gewerkschaften,
- Verantwortlichkeit auf allen Ebenen des Unternehmens,
- die Identifikation von Risiken am Arbeitsplatz und den Behebungsprozess,
- Präventionsprogramme einschliesslich angemessener Konstruktionsentwicklung, ergonomischer Überlegungen, vorbeugender Instandhaltung, Sauberkeit und Ordnung, standardisierter, sicherer Arbeitsmethoden und Schulung,
- korrigierende Massnahmen,
- Unfalluntersuchung und Ursachenanalyse,
- Betonung von Sicherheit und sicherem Verhalten,
- die Berücksichtigung der persönlichen Hintergründe der Mitarbeitenden.

Sicherheit muss ein zentraler Punkt der Arbeitsabläufe sein; sicheres Verhalten muss als normal angesehen und erwartet werden.

Unternehmenskultur

Ein Bereich, auf den die Unternehmenskultur Einfluss nehmen kann, ist die Tolerierung von risikoreichem Verhalten. Das Arbeitsumfeld sollte nicht die geringste Toleranz für unsicheres Verhalten zeigen. Dennoch können die meisten von uns mindestens ein Beispiel für eine Situation nennen, in der eine Person Sicherheitsbestimmungen vernachlässigt und dies daraufhin zu einem akzeptierten Verhalten geworden ist. Das Baugewerbe ist einer der Bereiche, die zu solchen Vernachlässigungen neigen, da es Zeit einspart, zum Beispiel einen Gegenstand nicht zu sichern oder eine Baugrube nicht zu stützen. Wenn die Vorgesetzten keine Sicherheitsphilosophie verfolgen und nicht betonen, dass es ein risikoreiches, nicht akzeptables Verhalten ist, eine Baugrube nicht zu stützen, kann dies ernsthafte Folgen für die Arbeitenden haben. Sicheres Verhalten muss gefestigt und manchmal erzwungen werden, um wirklich eingehalten zu werden. Tolerieren von unsicherem Verhalten ist ganz klar etwas, das in die Unternehmenskultur einfließt.

Obwohl Gesundheit und Sicherheit in erster Linie in Verbindung gebracht werden mit Berufsunfällen und -krankheiten, färben viele Lektionen auch auf das Privatleben der Arbeitnehmenden ab. Qualitativ hochstehende Gesundheits- und Sicherheitsprogramme haben ganz klar eine Abnahme der Ansprüche auf Entschädigungsleistungen von Versicherungen zur Folge. Gesundheits- und Sicherheitsprogramme erfordern detaillierte Richtlinien für die Bedienung von Maschinen, für Produktionsprozesse und die gesamte Einrichtung. Eine positive Stimmung in Bezug auf Sicherheit am Arbeitsplatz ist notwendig, wo es den Arbeitnehmenden bewusst ist, dass erwartet wird, dass die Arbeit sicher ausgeführt wird.

Identifikation von Risiken am Arbeitsplatz

Im Bereich der Sicherheit muss vieles berücksichtigt werden, wie die Art der Arbeit, die Eigenschaften der Arbeitskräfte und die Verfügbarkeit von Experten. Aus Sicht der Prävention von Arbeitsunfähigkeit ist die Art der auszuführenden Arbeit von grosser Bedeutung; einfach ausgedrückt, haben Bankangestellte nicht die gleichen Bedürfnisse wie Arbeiter eines Walzwerkes. Somit sind die ersten und wichtigsten Schritte das Erkennen von Arbeitsplatzrisiken und die Gestaltung von Präventionsprogrammen, die auf diese Risiken abgestimmt sind. Oft ist Sicherheit gesunder Menschenverstand, der in die Tat umgesetzt wird. Ein Taxi im Zentrum einer Grossstadt könnte je nachdem mit Sicherheitsglas zwischen Fahrer/in und Passagier/in, einem Meldesystem für Notfälle, einem System zur Kontrolle von Kleingeld und anderen scheinbar offensichtlichen Sicherheitsvorkehrungen ausgerüstet werden. Ein Taxi jedoch, das in einer kleinen Bauerngemeinde eingesetzt wird, wird nicht so ausgefeilte Sicherheitseinrichtungen benötigen.

Präventionsprogramme

Die Einführung in Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz und fortlaufende Schulungen in diesem Bereich sind für jeden Arbeitsplatz wichtig; Präventionsprogramme können zu einem grossen Teil aufgrund der Eigenschaften der Arbeitskräfte bestimmt werden. Es ist ein grosser Unterschied, ob ein Arbeitsplatz vorwiegend aus hochgebildeten Arbeitskräften oder aus angelernten Fabrikarbeitern besteht. Wichtige Eigenschaften der Arbeitskräfte, die bei der Gestaltung von Präventionsprogrammen beachtet werden sollten, sind Alter, Geschlecht, Zivilstand, Bildungsgrad, Arbeitshintergrund und Berufsbezeichnungen, frühere Unfälle und kultureller/sprachlicher Hintergrund. Die Arbeitssituation und die gegenwärtige Unfallverteilung werden beim Planen von Interventionen hilfreich sein. Die Kombination von Daten und Arbeitnehmerinformationen kann dabei helfen, Interventionen und potenzielle Programme festzulegen.

Wichtig ist es, auf dem Gebiet der Sicherheit genug auf die Bauweise von Maschinen und Bereiche des Produktionsprozesses zu sprechen zu kommen. In der Lehre der Arbeitssicherheit und der Ergonomie sind neue Erkenntnisse gewonnen worden. Diese sind jedoch nur langsam in den Lehrplan von Ingenieurausbildungen und das Studium aufgenommen worden. Man denke beispielsweise an die Entdeckung einer Blasformpresse an einem Arbeitsplatz, die vom Arbeitnehmenden verlangte, zwanzigmal pro Stunde nach oben zu greifen, um einen Knopf zu bedienen. Es gab keinen ersichtlichen Grund, warum der Knopf bei der Produktion nicht auf Hüfthöhe hätte angebracht werden können. Das ist ein Beispiel schlechter Konstruktion, die letzten Endes zu Verletzungen führen wird. Ein weiteres verbreitetes Produktionsproblem ist die Höhe von Fließbändern. Obwohl die durchschnittliche Körpergrösse zugenommen hat, werden Förderbänder immer noch für Personen mit einer Grösse von 1,7 m hergestellt. Damit sind die Bänder für die Mehrheit der Arbeitskräfte in Nordamerika zu niedrig, was auch hier Gesundheits- und Sicherheitsrisiken birgt, die zu Unfällen und Verletzungen führen können. Es ist möglich, viele der Risikofaktoren, die in einem Arbeitsumfeld existieren, zu eliminieren.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil von Präventionsprogrammen ist vorbeugende Instandhaltung. Maschinen benötigen prophylaktische Pflege, damit weiterhin garantiert werden kann, dass sie den Produktions- und Sicherheitsstandards entsprechen. Viele für die Instandhaltung zuständige Abteilungen stellen Zeitpläne für die Geräteinstandhaltung auf, die sich auf die Gebrauchsanweisungen des Herstellers stützen. Es ist wichtig, sicherzustellen, dass diese befolgt werden und alle allfälligen Reparaturen sofort gemacht werden. Hochstehende Qualität der Gerätepflege und vorbeugender Instandhaltung ist von grosser Bedeutung.

Jede/r Arbeitnehmende sollte bei seiner Einweisung in Fragen der Sicherheit geschult werden, und Vorgesetzte sollten als einen wichtigen Bestandteil der Arbeit regelmässig Sicherheitsschulungen durchführen. Das Einhalten von Sicherheitsre-

geln und -vorschriften ist bei der Prävention von Zwischenfällen am Arbeitsplatz von grösster Wichtigkeit. Kommt es zu einem Unfall, ist es wichtig, dass ihm durch eine unverzügliche Untersuchung des Unfallhergangs und sofortige Massnahmen zur Behebung der Risiken genügend Aufmerksamkeit geschenkt wird. Es reicht nicht, die offensichtlichen Gründe eines Unfalls zu finden – es muss eine Ursachenanalyse durchgeführt werden. Wenn einem Arbeitnehmenden ein chemischer Stoff in die Augen spritzt, ist der offensichtlichste Grund, dass der Betroffene keine persönliche Schutzausrüstung getragen hat. Wenn wir jedoch nach der wirklichen Ursache forschen, könnte sich herausstellen, dass der Behälter der Chemikalie nicht beschriftet gewesen ist, der Arbeitnehmende neu im Betrieb war oder die persönliche Schutzausrüstung nicht zur Verfügung stand. Es versteht sich von selbst, dass es viele Lösungen gibt, um eine Wiederholung des Vorfalles zu vermeiden, wenn die Ursachenanalyse einmal durchgeführt worden ist. Unfällen sollte nicht nur auf der Fabrikebene, sondern auch auf der obersten Führungsebene Aufmerksamkeit geschenkt werden. Unfalldetails und Aktionsplänen zur Verhinderung zukünftiger Zwischenfälle muss an Management-Meetings die gleiche Bedeutung zukommen wie Produktionsplänen und der Nachfrage.

Ein weiterer klarer Einflussfaktor auf das Unfallverhalten und letzten Endes die Prävention ist die Aufmerksamkeit, die Unfällen geschenkt wird, wenn sie sich ereignen. In Unternehmen, die versuchen, den Ursprung zu bestimmen und das Risiko zu beheben, vermindert sich die Zahl der Arbeitszwischenfälle erheblich. Dies kann noch verstärkt werden, wenn nicht nur Ursachenanalysen durchgeführt werden, sondern an Meetings des Top-Managements auch Erfolge im Bereich «Gesundheit und Sicherheit» vorgestellt und Leistungsbeurteilungen gemacht werden. Verantwortungsbewusstsein für Erfolge im Bereich der Sicherheit wird sicheres Verhalten fördern.

Gesundheitliche Einstellungsuntersuchungen

Die Vorgeschichte eines Arbeitnehmenden ist interessant und zu untersuchen, da Situationen entstehen könnten, in denen Personen aufgrund der persönlichen Verfassung, noch bestehender Symptome oder «Schwächen» eine schon vorhandene Neigung zu einer Verletzung oder erneuten Verletzung haben. Zum Einstellungsprozess vieler Arbeitgebenden gehört eine Einstellungsuntersuchung zur Feststellung, ob der/die Kandidat/in die natürlichen Fähigkeiten besitzt, die zur Ausführung der Arbeit notwendig sind. Ziel von Einstellungsuntersuchungen ist es, den Arbeitnehmenden vor Schäden zu bewahren und dem/der Arbeitgebenden unnötige Kosten in Zusammenhang mit diesen Schäden zu ersparen. Die Tatsache, dass die Angestellten objektive Arbeitsstandards erfüllen, führt zu reduziertem Auftreten und verringerter Ernsthaftigkeit von Berufskrankheiten und -verletzungen des Bewegungsapparates (Scott 2003). Eine von Chaffin et al. (1978) durchgeführte Studie

zeigt klar, dass Rückenverletzungen ernsthafter sind, die Rückkehr an die Arbeit verzögert wird und die durchschnittliche Unfallziffer auf ein Verhältnis von 3:1 steigt, wenn die körperlichen Anforderungen der Arbeit grösser sind als die Fähigkeiten des Arbeitnehmenden.

Wie Hogan und Arneson (1999) erörtern, muss der/die Angestellte die körperlichen Fähigkeiten zur Ausübung der Arbeit haben, sonst kann es aufgrund einer einfachen Unfähigkeit zur Verrichtung der Arbeit zu Unfällen kommen. Somit ist einer der besten Wege zur Senkung von Kosten infolge Verletzungen, Personen auszuwählen, die die körperlichen Fähigkeiten zur Verrichtung der Arbeit haben. Nassau (1999) konnte feststellen, dass die Schwere von Rückenverletzungen, die daraus entstehenden medizinischen Kosten und die ausgefallenen Arbeitstage bedeutend niedriger waren nach dem Durchführen von Funktionsuntersuchungen vor Arbeitsaufnahme bei allen neuen Angestellten, die für körperlich anstrengende Arbeiten eingestellt worden sind.

Effiziente Programme für Einstellungsuntersuchungen vergleichen die Fähigkeiten des Arbeitnehmenden mit den wichtigsten Jobanforderungen. Fleishman (1979) unterstützt das Durchführen von gerechten Untersuchungsverfahren zur Auswahl eines angebrachten Jobs. Wichtig ist dabei, dass geeignete Verfahren zur Feststellung der Job-Anforderungen und der relevanten Fähigkeiten der Arbeitnehmenden eingesetzt werden. Gemäss Fleishman «gibt es keine allgemeine körperliche Eignungsprüfung», die eigentlichen Leistungskriterien müssen aufgrund der Job-Anforderungen aufgestellt werden und nicht aufgrund allgemeiner körperlicher Fitness.

Das Argument der Prävention von Arbeitsunfähigkeit für die Einführung von Einstellungsuntersuchungen überzeugt.

Beschreibung von gesundheitlichen Einstellungsuntersuchungen

Gesundheitliche Einstellungsuntersuchungen sind ein gültiges und verlässliches Werkzeug für die Bestimmung der körperlichen Fähigkeiten von Bewerbern unter Berücksichtigung der wichtigsten körperlichen Anforderungen des Jobs, das heisst, das Ergebnis von Einstellungsuntersuchungen soll bestimmen, ob die Funktionsfähigkeiten des/der Bewerbenden mit den körperlichen Anforderungen des Jobs übereinstimmen⁵. Eine umfassende Einstellungsuntersuchung beinhaltet eine Analyse der körperlichen Anforderungen, klare Annahmekriterien, standardisierte, objektive Untersuchungen sowie berufs- und arbeitsspezifische Untersuchungen.

⁵ Auch in den deutschsprachigen Ländern sind Einstellungsuntersuchungen möglich, allerdings nur eine klassische Gesundheitsprüfung, keine Gentests oder ähnliches. Bei Blutuntersuchungen (z.B. auf HIV) besteht in Deutschland Streit, ob das zulässig ist. In Österreich kann man die Einstellungsuntersuchung verweigern, was aber dazu führt, dass man für die Stelle nicht berücksichtigt wird.

Analyse der körperlichen Anforderungen

Eine Analyse der körperlichen Anforderungen umfasst eine detaillierte Untersuchung der betreffenden Arbeitsstelle und der einzelnen Aufgaben dieses Jobs. Eine sorgfältige Analyse der körperlichen Anforderungen enthält so viele Details wie möglich, einschliesslich Informationen über Körperbelastung, Häufigkeit, Dauer aller zu leistenden Arbeiten sowie Bilder davon. Die Analyse der körperlichen Anstrengungen ist die Grundlage eines angemessenen Einstellungsuntersuchungsprogramms, da dieses dazu da ist, die Übereinstimmung der Fähigkeiten des/der Bewerbenden mit einer Reihe von spezifischen Job-Anforderungen festzustellen.

Klare Annahmekriterien

Es ist wichtig, klare Annahmekriterien festzulegen, damit sich der/die Arbeitgebende und die mit der Untersuchung beauftragte Einrichtung klar sind über die Untersuchungsgrössen. Alle potenziellen Kandidatinnen und Kandidaten müssen den Untersuchungsprozess durchlaufen; die Einstellung hängt davon ab, ob die körperlichen Anforderungen des Jobs erfüllt werden. Die Einrichtung, die die Untersuchung durchführt, muss sich über die minimalen Annahmekriterien im Klaren sein, da diese sich auf die wesentlichen körperlichen Anforderungen der Arbeit beziehen. Damit wird garantiert, dass alle Kandidierenden an den gleichen, standardisierten Kriterien gemessen werden. Wenn das Kriterium beispielsweise ist, 4,5 kg vom Boden aufzuheben, so muss die Fähigkeit, diese auf den Job-Anforderungen basierende Tätigkeit zu verrichten, gemessen werden. «Wo Ausschlusskriterien angewandt werden, sollten diese normalerweise so aufgestellt werden, dass sie realistisch sind und den normalen Erwartungen einer zulässigen Eignungsprüfung entsprechen», so Biddle und Nikki (1999). Dieser Teil der Planung sollte gut durchdacht sein, da die Kriterien heftigen Diskussionen und der Herausforderung standhalten sollten, falls ein/e Kandidat/in als unfähig erklärt wird, die Arbeit zu verrichten. Die Bedeutung von Regelungen und Verfahren für Einstellungsuntersuchungen kann nicht genügend betont werden. Regelungen und Verfahren sollten die Komponenten des Programmes genauer festlegen, einschliesslich der Ziele und Abläufe zur Garantierung von Konsistenz und Erfolg (Scott 2003).

Standardisierte, objektive Untersuchungen

Gesundheitsfachleute führen eine Untersuchung des Bewegungsapparates durch, die sich auch mit Fragen in Bezug auf die Gesundheit der Einzelnen und deren gesundheitlicher Vorgeschichte befasst. Die objektive Untersuchung umfasst die Bewegungsfreiheit der Wirbelsäule und der Gliedmassen, Krafttests, neurologische Untersuchungen der Reflexe, Empfindung und Koordination der oberen und unteren Gliedmassen. Spezifische Tests, um die häufigsten Verletzungen im Rahmen des in Aussicht stehenden Jobs ausschliessen zu können, gehören auch dazu.

Die Person, die den objektiven Funktionstest auf Computerbasis durchführt und bewertet, kann eine verlässliche Schlussfolgerung ziehen in Bezug auf die Frage, inwiefern der Bewerber die Job-Anforderungen erfüllt.

Zur Unterstützung für Auswertungen von Einstellungsuntersuchungen stehen Computerprogramme zur Verfügung. Bewerbende führen eine Reihe von objektiven, computergestützten (für die Anforderungen des Jobs relevanten) Tests durch, die eine getreue Messung der vorhandenen Fähigkeiten ermöglichen. «Funktionstests können aufzeigen, bis wohin eine Person eine sichere körperliche Leistung erbringen kann, und dem potenziellen Arbeitnehmenden besser eine Aufgabe zuweisen, für die er/sie geeignet ist», so Randolph (2000).

Die Verwendung eines Computerprogrammes hat verschiedene Vorteile gegenüber der manuellen Durchführung von Funktionstests. Erstens erfassen Computerprogramme automatisch objektive Daten, womit es nicht mehr zu Abweichungen zwischen verschiedenen auswertenden Personen kommt, und ermöglichen es, die Bewegungen und Mechanismen des Bewerbers zu beobachten. Zweitens ermöglicht eine grosse normative Datenbank, die Ergebnisse des/der Bewerbenden mit Industrienormen zu vergleichen. So wird der/die Bewerber/in nicht nur aufgrund seiner Fähigkeiten, sondern auch der spezifischen körperlichen Anstrengungen des Jobs klassifiziert. Drittens ist ein standardisierter, objektiver Test ein verlässliches Werkzeug, das bei einer Anfechtung vor Gericht glaubwürdig ist (Dakos & Scott 2001).

Berufs- und jobspezifische Untersuchungen

Jobspezifische Untersuchungen simulieren Funktionsparameter wie tragen, heben, greifen, gehen, sitzen, stehen, sich beugen, winden, knien, sich bücken, klettern und andere Bewegungen, die zur zukünftigen Arbeit des Bewerbenden gehören; das heisst, beim Testverfahren werden spezifische Job-Anforderungen nachgeahmt. Beim Testen der Fähigkeit, zu heben, ist es zum Beispiel wichtig, zu beachten, ob der/die Arbeiter/in einen Gegenstand an engen Stellen heben muss, ob er mit dem Gegenstand umhergehen muss, und diese jobspezifischen Anforderungen zu testen. Eine Simulation dieser Arbeitsabläufe gibt der auswertenden Stelle Einsicht in die Art und Weise, wie der/die Bewerbende die betreffenden Arbeiten an Ort verrichten würde.

Gemäss Randolph (2000) fungiert «in einigen Rechtssystemen [...] die Evaluierung von Funktionsfähigkeiten durch das Besorgen von objektiven Daten betreffend die Fähigkeit einer Person, Arbeitsaufträge sicher ausführen zu können, als Hauptstütze für eine sichere Arbeitsplatzierung und die Verminderung von Risiken».

Fallstudie

In einer Studie, die von Scott (2003) in einem grossen multinationalen Industrieunternehmen durchgeführt worden ist und die herausfinden wollte, ob Einstellungsuntersuchungen die Zahl der Verletzungen und die Höhe der daraus resultierenden Kosten reduzieren, konnte bewiesen werden, dass Einstellungsuntersuchungen eine wertvolle Präventionsmassnahme darstellen. Die für die Studie benötigten Daten wurden während des Einstellungsprozesses erfasst und vier Jahre lang verfolgt. Die Studie untersuchte, ob Einstellungsuntersuchungen eine kosteneffiziente Massnahme darstellen, deren Einführung im gesamten Unternehmen sich lohnt, und ob diese Untersuchungen die Zahl der Verletzungen und deren Folgen reduzieren. Dabei wurde wie folgt vorgegangen: Von einer Gruppe von 220 Kandidierenden nahmen 110 an Einstellungsuntersuchungen teil, die anderen 110 nicht. Es wurden keine anderen Unterschiede in den Einstellungspraktiken oder der zu leistenden Arbeit festgestellt. Die Gruppe von Arbeitnehmenden ($N = 110$), die bei der Einstellung untersucht worden sind, wurde mit einer Gruppe Arbeitnehmenden ($N = 110$) verglichen, die bei der Einstellung nicht untersucht worden sind. Danach wurden die Arbeitsverletzungen und die daraus resultierenden Kosten festgehalten. Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit und die gesundheitliche Verfassung vor der Einstellung wurden auch bestimmt, und anhand einer Chi-Quadrat-Analyse wurden bei den bedeutungsvollen Variablen beider Gruppen keine Unterschiede festgestellt ($P < 0,05$).

In der untersuchten Gruppe kamen 92 (83 Prozent) durch die Einstellungsuntersuchungen, 18 (16 Prozent) nicht. Nur jene, die erfolgreich durch die Untersuchungen kamen, bekamen den ausgeschriebenen Job. Kandidierende, die die körperlichen Anforderungen nicht erfüllten, konnten sich für einen alternativen Job erneut untersuchen lassen und je nachdem für eine Arbeit eingestellt werden, die mit ihren Funktionsfähigkeiten zu vereinbaren war. Die Kontrollgruppe wurde nicht untersucht und alle Beteiligten wurden an die ausgeschriebene Arbeit platziert.

Es konnte ein beträchtlicher Unterschied zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden, was die Zahl der Verletzungen und die daraus resultierenden Kosten anbelangt (Tabelle 5.1). Die Gruppe, die sich Einstellungsuntersuchungen unterzogen hat und von der somit bekannt war, dass sie die körperlichen Fähigkeiten zur Verrichtung der Arbeit hat, wies während der vier Jahre nur eine Verletzungsrate von 1 Prozent auf. Die Gruppe, bei der keine Einstellungsuntersuchungen vorgenommen worden waren wies während der vier Jahre eine Verletzungsrate

von 23 Prozent auf: in der Tat ein signifikanter Unterschied zwischen den Verletzungsraten der beiden Gruppen. Des Weiteren waren die aus den Verletzungen resultierenden Kosten für die untersuchte Gruppe viel geringer als für die nicht untersuchte Gruppe. In diesem Fall nahmen die Einstellungsuntersuchungen ganz klar positiv Einfluss auf die Zahl der Arbeitsverletzungen und die Höhe der daraus resultierenden Kosten (Scott 2003).

Die Ergebnisse dieser Studie sind für Arbeitgebende, Arbeitnehmende sowie Disability-Manager/innen von Bedeutung. Sie unterstützen ganz klar die Entwicklung von Einstellungsuntersuchungsprogrammen als eine Massnahme zur Prävention von Arbeitsunfähigkeit.

Tabelle 5.1: Verletzungen und Kosten von Gruppe 1 und 2a

	Verletzte Arbeitnehmende	Nicht verletzte Arbeitnehmende	Unfallkosten (US\$)
Gruppe 1 (untersucht)	1	91	6500
Gruppe 2 (nicht untersucht)	23	87	2 073 000

a Gruppe 1: $n = 110-18$ Kandidierende, die nicht durch die Untersuchung kamen; Gruppe 2: $n = 110$

Persönliche Eigenschaften

Beschäftigte können in der Vergangenheit persönliche Erfahrungen mit Arbeitsunfähigkeit, Verletzungen oder Erkrankungen gemacht haben, die sie nicht daran hindern, die Arbeit zu verrichten, ihnen in bestimmten Situationen jedoch die vergangenen Erlebnisse in Erinnerung rufen, sodass sie mit gleichen oder ähnlichen Folgen rechnen. Haben Angestellte schon schlechte Erfahrungen gemacht, könnte dies in der Tat ihre Reaktion auf eine erneute Verletzung negativ beeinflussen. Das Gleiche kann der Fall sein, wenn ein/e enge Bekannte/r oder ein Familienmitglied Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem gemacht hat. Der/die Betroffene wird sich auch auf ihre guten oder schlechten Erfahrungen beziehen, um über den möglichen Ausgang des Vorfalls oder die Reaktionen zu urteilen. Dies bringt uns zurück zu der Frage nach der Fähigkeit, die zugewiesene Arbeit zu verrichten. Gilliam (2004) erörtert, dass die «Arbeitsunfähigkeitsrate infolge einer zunehmenden Verbreitung von Übergewicht im Steigen begriffen ist. Die Menschen sind körperlich weniger fit, was ihre Fähigkeit, körperlich anstrengende Arbeiten zu verrichten, beeinträchtigt. Über 60 Prozent der amerikanischen Arbeitskräfte sind übergewichtig oder fettleibig.»

Gesundheitsförderung

Es gibt viele Programme zur Gesundheitsförderung, die an einem Arbeitsplatz eingeführt werden können. Wie Balch (2002) erörtert, ist es in der Forschung belegt, dass die Hälfte aller Erkrankungen durch Änderungen des Lebensstils und körperliche Aktivitäten verhindert werden könnten. Da Unternehmen guten Zugang zu der Zielgruppen haben, können sie positiv auf das Gesundheitsverhalten ihrer Mitarbeitenden Einfluss nehmen. Es ist jedoch wichtig, die Bedürfnisse der Mitarbeitenden vor dem Einführen eines gesundheitsfördernden Programms abzuklären. Wenn niemand im Betrieb raucht, wird ein Programm zur Abgewöhnung des Rauchens wenig Sinn machen. Personaldaten und Informationen können analysiert werden, um die wichtigsten Bedürfnisse der Arbeitskraft zu bestimmen. Zudem ist es wichtig, Programme zur Gesundheitsförderung nicht nur von Daten abhängig zu machen, sondern auch von den Interessen der Arbeitnehmenden. Vorgefertigte Programme zur Gesundheitsförderung sind von kleinem Nutzen, wenn sie nicht den Bedürfnissen des Arbeitsplatzes entgegenkommen. Das Wichtigste für die Änderung des Lebensstils ist, dass die betroffene Person den Grund zur Änderung versteht und sich ändern will. Es sind verschiedene Hilfsmittel zur Gestaltung von gesundheitsfördernden Programmen, die die Bedürfnisse der Arbeitskraft decken, erhältlich.

Prinzipien der Erwachsenenbildung spielen eine wichtige Rolle bei der Einführung von Programmen zur Gesundheitsförderung – die Art, wie die Mitteilung überbracht wird, ist so wichtig wie die Mitteilung selbst. Ein gut eingeführtes Programm wird höhere Erfolgchancen haben. Ein Lernumfeld ist am effizientesten, wenn das Programm auf die Zielgruppe abgestimmt ist und erkannt wird, dass die Empfänger bereitwilliger lernen, wenn das Programm für sie einen Sinn hat.

Alle diese Aspekte zeigen, wie wichtig es für Unternehmen ist, positive Beziehungen zu den Mitarbeitenden zu haben, ihre Bedürfnisse zu verstehen und die Gesundheit des Personals zu fördern. Disability-Manager/innen müssen verstehen, welchen Einfluss das Unternehmen hat, und erkennen, dass sie nicht abgesondert von der Unternehmenskultur tätig sein können. «In der Vergangenheit hat sich das Gebiet der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz auf die Gesundheit Einzelner konzentriert. Dieser Ansatz war erfolgreich für Arbeitnehmende, die sich dazu entschieden haben, an dem Programm teilzunehmen; letzten Endes kann ein richtiger Erfolg aber nur erzielt werden, wenn ein grösserer Anteil der Arbeitskräfte beteiligt ist und sich ihr Gesundheitsverhalten verbessert. Dies verlangt schlussendlich strategische Bemühungen, Gesundheitsrisiken durch geplante Änderungsmaßnahmen, die gesundes Verhalten einführen und unterstützen, zu reduzieren» (Wilson & Wagner 1997). Dies heisst jedoch auf keinen Fall, dass es so etwas wie die beste Unternehmenskultur gibt, die reproduziert werden sollte; es bedeutet ganz

einfach, dass die Unternehmenskultur, die die Bedürfnisse der Menschen kennt und anspricht, bei der Prävention von Arbeitsunfähigkeit erfolgreicher sein wird. Eine Verkaufsgesellschaft mit hoch motivierten, erstklassigen Angestellten wird eine völlig andere Kultur haben als ein Call-Center oder eine Fabrik. Der Schlüssel zum Erfolg liegt in der Erkenntnis, was wen motiviert und welche Unternehmenskultur verschiedene Arbeitnehmergruppen darin unterstützen wird, optimale Leistung zu erbringen.

Präventionsbedürfnisse erkennen

Bei der Gestaltung von Gesundheits- und Sicherheitsprogrammen sollten auf der Grundlage einer Datenanalyse Prioritäten entwickelt werden. Nützliche Daten umfassen Informationen über kurzzeitige und langzeitige Arbeitsunfähigkeit, Daten der Versicherung, Unterstützungsprogramme für Arbeitnehmende, Medikamentengebrauch und Absenzendaten. Daten der Versicherung werden Ihnen darin behilflich sein, Bereiche mit hohem Risiko, die sofortige Aufmerksamkeit verlangen, zu identifizieren. Die Daten bezüglich kurzer und langer Arbeitsunfähigkeit werden Ihnen einen Einblick in die Gesundheit des Personals geben und Bereiche aufzeigen, wo Gesundheitsförderung von Nutzen sein könnte. Die Daten bezüglich der Verwendung von Medikamenten können dem/der Disability-Manager/in Hinweise geben zu zukünftigen Trends im Bereich der Arbeitsunfähigkeit. Daten aus Unterstützungsprogrammen für Arbeitnehmende werden zusätzliche Informationen über die Sorgen und Stressfaktoren der Arbeitnehmenden liefern können. Alle diese Informationen werden zusammen mit einem guten Verständnis der Unternehmenskultur dem/der Disability-Manager/in dabei helfen, die Programme auf die Bedürfnisse der Arbeitnehmenden abzustimmen.

Prävention von Arbeitsunfähigkeit umfasst viele wichtige und faszinierende Bereiche, unter anderem Unternehmenskultur, Gesundheit und Sicherheit und Gesundheitsförderung. Um optimale Ergebnisse zu erlangen, können DM-Fachpersonen Programme gestalten und einführen, die im Einklang mit der Unternehmensphilosophie und der strategischen Führung stehen. Nach dem Auftreten von Arbeitsunfähigkeit können viele Strategien angewandt werden, um die Rückkehr der betroffenen Person an die Arbeit möglich zu machen, keine ist jedoch so wertvoll wie die Prävention des Vorfalles.

Literatur

- Balch D 2002 Assessing health risk. *Canadian Healthcare Manager*, August:29–32
- Biddle D, Nikki S S 1999 Protective service physical ability tests: establishing pass/fail ranking, and banding procedures. *Public Personnel Management* 28(2):217–225
- Chaffin D B, Herrin G D, Keyserling W M 1978 Preemployment strength testing. *Journal of Occupational Medicine* 20(6):403–408
- Dakos M, Scott L R (2001) Post Offer Employment Testing. Paper presented at the Hanoun Medical Workshop, Toronto, Ontario, Canada, 10 October
- Durand M J, Loisel P, Hong Q N et al 2002 Helping clinicians in work disability prevention: the work disability diagnosis interview. *Journal of Occupational Rehabilitation* 12(3):191–204
- Fleishman E A 1979 Evaluating physical abilities required by jobs. *The Personnel Administrator* 24(6):82–91
- Gilliam T B 2004 Disability on the rise in young industrial workers due to obesity epidemic – what is the cost to industry? *Industrial Physical Capability Services* (unpublished document)
- Hogan J, Arneson S 1991 Physical and psychological assessments to reduce workers' compensation claims. In: Jones J W, Steffy B D, Bray D W (eds) *Applying Psychology in Business*. Lexington Books, Toronto, pp 787–801
- Kirsh B 1996 Influences on the process of work integration: the consumer perspective. *Canadian Journal of Community Mental Health* 5:21–37
- McCall M W 1998 *High Flyers: Developing the next generation of leaders*. Harvard Business School Press, Boston, MA
- Michigan Disability Prevention Study – Research Highlights 1993 <http://www.upjohninst.org/publications/wp/93-18.pdf>
- Nassau D W 1999 The effects of prework functional screening on lowering an employer's injury rate medical costs and lost workdays. *Spine* 24(3):269–274
- Randolph D C 2000 Use of functional employment testing to facilitate safe job placement. *Occupational Medicine* 15(4):813–821
- Scott L 2003 Measuring employee abilities. *American Association of Occupational Health Nurses Journal* 50(12):559–565
- Wilson B, Wagner D A 1997 Developing organizational health at the worksite. *American Journal of Health Studies* 13(2):105–108



6. Programmentwicklung

Lernziele

- Den Nutzen von Programmpolitik und -abläufen verstehen.
- Wissen, wie eine Programmpolitik und -abläufe ausgearbeitet werden können.
- Die Bedeutung von geeigneten Rollen und Verantwortlichkeiten verstehen.
- Die Anforderungen an die Kompetenzen von Disability-Management-Fachpersonen nachvollziehen können.

Einleitung

Ein gut entwickeltes Disability-Management-Programm hat eine festgelegte Politik, Programmabläufe, Rollen und Verantwortlichkeiten, um seine Parameter und seine Tätigkeit zu lenken. Programmpolitik und -abläufe geben Auskunft über die philosophischen Hintergründe des Programms, die nötigen Teilschritte sowie die detaillierten Rollen und Verantwortlichkeiten der beteiligten Parteien.

Programmpolitik und -abläufe legen das Fundament für die Programmumsetzung. Das Management hat die Möglichkeiten, eine Programmpolitik am Arbeitsplatz festzulegen, und sollte diese Möglichkeit auch nutzen. So wird die Frage geklärt, wie ein Problem angegangen werden soll, Parameter rund um das Programm und Richtlinien für Geschäftsleiter/innen und Beteiligte werden festgelegt. Zudem wird Kontinuität garantiert: die Programmpolitik und -abläufe werden auch bei Personalwechsel weitergeführt.

Programmphilosophie (engl.: Policy Statement)

Erklärungen zur Policy informieren den/die Leser/in über die philosophischen Hintergründe des Programms. Die Erklärung sollte kurz und prägnant sein, das vom Unternehmen gewünschte Image vermitteln sowie den Kern des Programms erfassen. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass die Erklärung mit den Überzeugungen des Unternehmens übereinstimmt und sich nach der strategischen Führung des Unternehmens richtet. Andernfalls würde die Gültigkeit des Programms innerhalb des Unternehmens darunter leiden.

Eine gut durchdachte Erklärung wird dem Unternehmen eine Philosophie geben, es zu DM sowie frühem und sicherem *Return to Work* (RTW) verpflichten und an das Verantwortungsbewusstsein der Mitarbeitenden und der Unternehmensführung appellieren. Sie dient als grobe Richtschnur für das allgemeine Verhalten und die Parameter des Programms. Ein gutes DM-Programm anerkennt, dass die Arbeitnehmenden für das Unternehmen wertvoll sind, dass ihre Beteiligung geschätzt wird und der Arbeitsplatz auf die Bedürfnisse der Arbeitnehmenden eingeht und so die Produktionswerte unterstützt.

Programmablauf

Programmabläufe bereiten das Terrain für die schrittweise Präsentation des Programms vor. Disability Management erfordert spezifische Tätigkeiten, um erfolgreich sein zu können:

- Unverzügliche Meldung von Absenzen
- Frühe Kommunikation
- Kontakt mit Leistungserbringern
- Return-to-Work-Philosophie und unverzügliches Angebot von RTW-Lösungen
- Optionen zur Konfliktbewältigung
- Evaluierung und kontinuierliche Weiterentwicklung

Jeder dieser Punkte setzt gute Kenntnisse des Unternehmens und eine effiziente Struktur voraus.

Unverzügliche Meldung von Absenzen

Berufsunfälle und -erkrankungen müssen von Gesetzes wegen unverzüglich gemeldet werden⁶. Das Melden von Nichtberufsunfällen oder -erkrankungen wird je nach Unternehmen unterschiedlich gehandhabt; im Allgemeinen wird eine Meldepflicht für Absenzen festgelegt (beispielsweise ein ausreichendes Arzteugnis bei Absenzen, die länger als drei Tage dauern). Eine solche Bestimmung hilft bei der

6 Dies trifft auch für Deutschland, Österreich und die Schweiz zu. Für Deutschland gilt z.B. § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz: (1) Der Arbeitnehmer ist verpflichtet, dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als drei Kalendertage, hat der Arbeitnehmer eine ärztliche Bescheinigung über das Bestehen der Arbeitsunfähigkeit sowie deren voraussichtliche Dauer spätestens an dem darauffolgenden Arbeitstag vorzulegen. Der Arbeitgeber ist berechtigt, die Vorlage der ärztlichen Bescheinigung früher zu verlangen. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als in der Bescheinigung angegeben, ist der Arbeitnehmer verpflichtet, eine neue ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Ist der Arbeitnehmer Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, muß die ärztliche Bescheinigung einen Vermerk des behandelnden Arztes darüber enthalten, daß der Krankenkasse unverzüglich eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Angaben über den Befund und die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit übersandt wird. "

Abgrenzung von «Abwesenheit» und «Arbeitsunfähigkeit» und sollte beim Ausarbeiten des Programmablaufs festgelegt werden. Es sollte ausserdem bestimmt werden, wen der/die Mitarbeitende über die Arbeitsunfähigkeit benachrichtigen sollte, und wann und wie das zu geschehen hat.

Frühe Kommunikation

Es ist für ein DM-Programm von grosser Bedeutung, früh mit dem/der abwesenden Arbeitnehmenden zu kommunizieren. Der Kontakt sollte aufrichtiges Interesse kommunizieren und von unterstützender Natur sein (Bernacki & Tsai 2003, Krause et al. 1998, Larsson & Gard 2003). Dieser Schritt sollte im Programmablauf angemessen festgehalten werden.

Kontakt mit Gesundheitsdienstleistern

Gesundheitsdienstleister sind keinesfalls die Hüter des DM. Sie können aber wichtige Informationen über den Gesundheitszustand liefern und Genesungsprognosen machen. Zweck des Kontakts ist, Informationen über die Fähigkeiten des/die Arbeitnehmenden zu bekommen und abzuklären, welche Bedürfnisse und Anforderungen zur Beschleunigung des RTW-Prozesses bestehen. Die DM-Fachperson wird sich auf diese Informationen stützen, um in Verbindung mit dem Unternehmen und dem Arbeitnehmenden eine geeignete Arbeitszuweisung vorzunehmen.

Return-to-Work-Philosophie und unverzügliches Angebot von RTW-Lösungen

Die Verfügbarkeit von *Return-to-Work*-Möglichkeiten ist ein zentraler Punkt im DM-Prozess und ein wesentlicher Schritt in der Programmabwicklung. Return to Work ist ein Prozess, der sich nach den Bedürfnissen der betroffenen Person richtet und eine gemeinsame Sitzung zur Ausarbeitung des RTW-Plans umfassen sollte (Adams & Williams 2003, Baril et al. 2003, Blackwell et al. 2003, Friesen et al. 2001). Folgende Aspekte sollten beim Planen des Return to Work beachtet werden:

- Ist RTW Pflicht, wenn modifizierte Arbeit zur Verfügung steht?
- Muss die Arbeit im bisherigen Arbeitsbereich des Arbeitnehmenden liegen, oder ist auch eine Arbeit in einem anderen Bereich denkbar?
- Welches ist die erwartete, welches die maximale Dauer von modifizierter Arbeit? Was geschieht, wenn die maximale Dauer erreicht ist?
- Wie wird der/die Arbeitnehmende entschädigt, während er einer modifizierten Arbeit nachgeht?
- Wann und wie werden Anpassungsmassnahmen aufgrund von permanenter Beeinträchtigung getroffen?

Return to Work ist und bleibt das primäre Anliegen von DM-Programmen und wird mehrere Schritte in der Programmabwicklung benötigen.

Möglichkeiten der Konfliktbewältigung

Ungeachtet des Programms wird es Situationen geben, in denen Konflikte aufkommen werden. Es ist wichtig, die Vorgehensweise und die wichtigsten Verantwortlichkeiten bei der Konfliktbewältigung im Voraus festgelegt zu haben. Gewerkschaftlich organisierte Unternehmen mit Tarifverträgen und Schlichtungsverfahren können solche schon vorhandene Wege zur Behandlung des Konfliktes einschlagen oder ein Streitbelegungsverfahren für RTW- und DM-Angelegenheiten vereinbaren.

Evaluation und kontinuierliche Weiterentwicklung

Die Beurteilung von Ergebnissen und die Entwicklung von Methoden zu kontinuierlicher Weiterentwicklung sind von grosser Bedeutung für jedes DM-Programm. Diese Verfahren helfen bei der Erkenntnis, in welchen Bereichen das Programm sich verfeinern liesse und die Bedürfnisse der beteiligten Parteien besser getroffen werden könnten. Evaluierung und kontinuierliche Weiterentwicklung sollten tief im Programmablauf verwurzelt sein.

Das Programm beginnt mit dem Erscheinen der Erkrankung oder Verletzung und wird Methoden des Case Management, des RTW, der Streitbeilegung/Beschwerdeerhebung, Evaluierungsmassstäbe und Methoden kontinuierlicher Weiterentwicklung diskutieren. Dadurch wird eine konsequente Methode zur Durchführung des DM-Prozesses aufgestellt und es wird sichergestellt, dass sich alle Beteiligten nach einer Standardmethode richten (Amann 2001).

Rollen und Verantwortlichkeiten

Die Rollen und Verantwortlichkeiten der am Programm beteiligten Personen müssen festgelegt werden. Während der Programmablauf einen Überblick gibt über das schrittweise Vorgehen, wird hier umrissen, welche Rollen die Schlüsselpersonen haben, damit das Programm erfolgreich durchgeführt werden kann. Zu den beteiligten Personen gehören mindestens der Arbeitnehmende, die DM-Fachperson und die Vorgesetzten. Des Weiteren können die Personalabteilung, Gewerkschaften, die behandelnden Gesundheitsfachleute, bevorzugte Leistungserbringer, Versicherungsträger oder Berufsunfallversicherungen und die Unternehmensleitung miteinbezogen werden. In die tägliche Verwaltung der DM-Programme am Arbeitsplatz oder die Entwicklung des RTW-Plans mit dem Arbeitnehmenden können viele Personen involviert sein. Die Rollen können je nach Grösse des Unternehmens, der individuellen Verfassung des Arbeitnehmenden und der vorhandenen Infrastruktur variieren und sich entwickeln.

Die Verteilung der am öftesten bestimmten Rollen und Verantwortlichkeiten im DM-Prozess geschieht wie folgt:

- Verletzte/r oder erkrankte/r Arbeitnehmende/r
- Disability-Management-Fachperson
- Gesundheitsdienstleister oder bevorzugte Leistungserbringer
- Unternehmensleitung – Vorgesetzte, Management etc.
- Leistungsträger – Versicherungsgesellschaft
- (gegebenenfalls) Mitarbeitervertretung oder Gewerkschaften

Verletzter oder erkrankter Arbeitnehmende / r

Der/die Arbeitnehmende ist die Hauptperson im Prozess. Es ist jeweils seine Aufgabe, die Verletzung oder Erkrankung zu melden, die erforderliche Schreibearbeit zu erledigen, den Kontakt mit dem/der Arbeitgebenden aufrechtzuerhalten, die erforderlichen Unterlagen zu liefern, an der Behandlung zur Genesung und am RTW-Programm teilzunehmen.

Disability-Management-Fachperson

Die Disability-Management-Fachperson kann aus der Personalabteilung sein, es kann sich um eine Arbeitsmedizinerin, einen RTW-Koordinator oder um eine andere dazu bestimmte betriebsinterne oder -externe Person handeln. Die Hauptverantwortungsbereiche der DM-Fachperson können je nach Unternehmensstruktur verschieden sein. Folgendes könnte jedoch zu den Verantwortlichkeiten der DM-Fachperson gehören:

- Unterstützung der Prävention von Arbeitsunfähigkeit und Programmen zur Gesundheitsförderung
- Informieren des/der Arbeitnehmenden über den DM-Prozess
- Anspruchserhebung im Fall von Krankheit oder Unfall
- Aufrechterhalten von engem Kontakt mit dem abwesenden Arbeitnehmenden
- Problemlösung in schwierigen Situationen
- Kommunizieren mit externen Agenturen wie Berufsunfallversicherungen oder externen Auftragnehmern
- Identifizieren des RTW-Potenzials
- Kommunizieren mit Vorgesetzten, Mitarbeitenden, Gewerkschaftsmitgliedern
- In-den-Weg-Leiten von Assessments, z.B. medizinischen, ergonomischen oder Rehabilitations-Assessments
- Auswahl und Unterstützung von bevorzugten Leistungsträgern
- Leisten von Unterstützung bei der Rückkehr an die Arbeit: an die angestammte, eine modifizierte Arbeit oder eine Übergangsarbeit
- Aufklären der Arbeitskräfte über die Bedeutung von DM-Programmen
- Bewahren der Vertraulichkeit der Arbeitnehmerunterlagen
- Festlegen von Zielen für das DM-Programm

- Sammeln und Auswerten von Informationen, um den Erfolg des Programms zu überwachen
- Kommunizieren der Programmergebnisse
- Für das Kommunizieren von Programmparametern sorgen

Gesundheitsdienste

Gesundheitsdienste haben die Aufgabe, sicherzustellen, dass der/die Arbeitnehmende die richtige, für die Genesung notwendige Behandlung bekommt. Sie haben auch die Pflicht, Informationen über die Funktionsfähigkeit des/der Arbeitnehmenden zu liefern, wenn die Rückkehr an die Arbeit geplant wird.

Unternehmensleitung, Vorgesetzte, Manager etc.

Die Unternehmensleitung hat die Verantwortung, für ein sicheres Arbeitsumfeld zu sorgen. Vorgesetzte spielen eine zentrale Rolle im DM-Prozess. Ihre Unterstützung der Rückkehr an die Arbeit ist für den Erfolg des Programms wesentlich. Sie sollten zudem mit dem/der Arbeitnehmenden in Kontakt bleiben, um die Verbindung mit dem Arbeitsplatz aufrechtzuerhalten. Die Unternehmensleitung sollte eng mit der Disability-Management-Fachperson und dem Arbeitnehmenden zusammenarbeiten, um eine an die Fähigkeiten des/der Arbeitnehmenden angepasste Rückkehr an die Arbeit zu gestalten. Wichtig ist auch, dass der/die Vorgesetzte Acht gibt auf die Reaktionen am Arbeitsplatz wie die Frage, inwiefern der/die zurückkehrende Arbeitnehmende von den Mitarbeitenden unterstützt wird. Nicht zu vernachlässigen ist zudem die Gesundheit und Sicherheit der Mitarbeitenden bei der Erleichterung einer Rückkehr an die Arbeit, für die die Aufgaben des/der Arbeitnehmenden angepasst werden müssen. Andere Arbeitnehmende sollten nicht unnötig belastet werden, damit sie nicht vermehrt Verletzungen ausgesetzt sind. Die Reaktion der Mitarbeitenden ist ein wichtiger Bestandteil einer erfolgreichen Rückkehr an die Arbeit (Wassel 2002). So können Vorgesetzte ihre Mitarbeitenden über die Notwendigkeit modifizierter Arbeit und deren Verfügbarkeit für jede Arbeitskraft in Kenntnis setzen und dafür sorgen, dass die betroffene Person bei ihrem Übergang zu voller Leistung von den Mitarbeitenden unterstützt wird.

Die oberste Führungsebene sollte für das Programm und seine Ziele sichtbare Unterstützung zeigen. Es sollte der Übernahme von Verantwortung auf jeder Unternehmensstufe zustimmen, damit garantiert werden kann, dass das Programm planmässig durchgeführt werden kann.

Leistungsträger – Versicherungsgesellschaften und externe Leistungserbringer

Diese externen Parteien spielen eine bedeutende Rolle bei der Förderung und Unterstützung von frühem und sicherem RTW. Im Allgemeinen bestimmen Verträge oder die Gesetzgebung ihr Verhalten. Verträge sollten überarbeitet werden, um sicherzugehen,

dass sie frühes und sicheres RTW unterstützen. Wenn eine Rückkehr zum bisherigen Arbeitgebenden nicht möglich ist, haben diese Leistungsträger die sehr wichtige Rolle, so schnell wie möglich eine angemessene Rehabilitation zu ermöglichen.

Mitarbeitendenvertretung oder Gewerkschaften

Falls im Unternehmen Mitarbeitendenvertretung oder Gewerkschaften präsent sind, sollte diese Gruppe sichtbare Unterstützung für das Programm zeigen. Disability Management ist ein positives Programm für Arbeitnehmende, und somit haben die Mitglieder von Gewerkschaften bei richtigem Umgang mit dem Programm viele Vorteile. Zu den Aufgaben einer Gewerkschaft gehört es, die DM-Philosophie sowie frühes und sicheres RTW zu unterstützen und mit dem Unternehmen zusammenzuarbeiten, um sicheres RTW möglich zu machen.

Programmmanagement-Handbuch

Es ist wichtig, dass das Programmmanagement-Handbuch nach seiner Ausarbeitung von den Schlüsselpersonen des DM-Prozesses durchgesehen wird. Das gewährleistet, dass das Senior-Management (und gegebenenfalls die Gewerkschaftsvertretung) das Endprodukt kennt und die Möglichkeit hat, einen Beitrag daran zu leisten. Das Handbuch könnte von der DM-Fachperson oder einem dazu bestimmten DM-Komitee ausgearbeitet worden sein; in jedem Fall ist eine Durchsicht des Endproduktes für den Erfolg des Programms wesentlich.

Das Projekt ist jedoch nicht abgeschlossen, wenn das Handbuch ausgearbeitet worden ist. Es handelt sich dabei nicht um ein Dokument, das im Büchergestell verstaut werden kann. Das Handbuch hat den Zweck, das Verhalten am Arbeitsplatz in Bezug auf das DM zu regeln, und sollte regelmässig überprüft werden. Zudem ist es notwendig, die Übereinstimmung mit der Gesetzgebung und nahestehenden Unternehmensrichtlinien von Zeit zu Zeit zu überprüfen.

Das Kommunizieren des Endproduktes ist ausschlaggebend für dessen Erfolg. Sitzungen der Unternehmensleitung, der Vorgesetzten und Arbeitnehmenden sind von grosser Bedeutung in der Durchführungsphase des Programms. Der Ablauf des DM-Programms sollte auch in das Einarbeitungsprogramm für neue Mitarbeitende eingebaut werden.

Umsetzung des Programms

Wenn schon ein Programm vorhanden ist, geht es darum, zu garantieren, dass eine angemessene Dokumentation besteht und das Programm immer wieder kommuniziert wird. Wenn das Disability Management neu ist, sollten Strategien zur Entwicklung und Kommunikation des Programms ausgearbeitet werden.

Einer der ersten wichtigen Schritte ist es, den Beistand der obersten Führungsebene zu bekommen. Die Unterstützung der Führungskräfte wird dem Programm mehr Glaubwürdigkeit schenken und vor allem eine Hilfe sein, wenn Hindernisse auftreten. Eine solche Unterstützung ist unschätzbar und kann bei der Frage, ob ein Programm umgesetzt oder zurückgestellt werden soll, entscheidend sein. Ein Antrag könnte formuliert werden müssen, wobei Ausgangsdaten oder fortlaufende Daten zur Betonung der Notwendigkeit und des Nutzens des Programms verwendet werden können. Ein Verfahren wird dabei helfen, den Wert und die Vorteile des Programms sowie den potenziellen Einfluss auf das Endergebnis des Unternehmens hervorzuheben. Erfolgsbeurteilungen und andere erforderliche Hilfsmittel sollten untersucht und in die Change-Management-Strategie oder den Kommunikationsplan eingebaut werden.

Wurde die Zusage zum Programm erhalten, so sollte die Unternehmensleitung mit dem Programm und dessen Vorteilen vertraut gemacht werden. Die Unternehmensleitung sollte darauf vorbereitet werden, das Programm den Vorgesetzten und Arbeitnehmenden zu kommunizieren.

Vorgesetzte

Die Vorgesetzten werden einen Überblick über das Programm – die Antworten auf die Fragen wie, wann und warum – benötigen. Vor allem müssen sie über ihre Rolle während des Prozesses im Klaren sein. Es ist wichtig, dass einfache Hilfsmittel ausgearbeitet werden, auf die der Vorgesetzte im Fall einer Arbeitsunfähigkeit eines/einer Mitarbeitenden zurückgreifen kann. Schulungen für Vorgesetzte gehören unabdingbar zur Einführung des Programmes. Einzelheiten darüber sollten in das Einweisungsprogramm für neue Mitarbeitende und das jährliche Schulungsprogramm eingebaut werden.

Gewerkschaft

Die Gewerkschaft sollte vor der Umsetzung über das Programm informiert werden, sodass eventuelle Probleme oder Anliegen zu diesem Zeitpunkt angegangen werden können. Die Mitglieder der Gewerkschaft können einen Nutzen aus dem Programm ziehen, und der Arbeits-/Führungsstil des Unternehmens wird, sofern das Programm innerhalb der Funktionsstruktur des Unternehmens eine gute Stellung hat, positiv auffallen. Bestimmte Unternehmen werden sich dazu entschließen, zur Gestaltung des Programms ein gemeinsames Komitee ins Leben zu rufen, falls dies ihrer Arbeits- oder Managementstruktur und ihrem Führungsstil entspricht. Andere Unternehmen werden DM als eine Initiative der Unternehmensleitung sehen und direkt mit der Umsetzung des Programms beginnen.

Arbeitnehmende

Kommunikation mit den Arbeitnehmenden ist von grosser Bedeutung, damit jeder und jede weiss, was im Fall einer Verletzung oder Erkrankung zu tun ist. Disability Management ist für die Arbeitnehmenden von grossem Nutzen: Es macht ihnen klar, dass das Unternehmen sie in Zeiten der Krankheit oder Verletzung nicht im Stich lässt. Es lässt sie wissen, dass sie geschätzt werden. Informiert werden können Arbeitnehmende anhand einer einfachen Broschüre, die der Lohnabrechnung beigelegt wird, eines an der Anschlagtafel angebrachten Posters oder einer umfassenden Arbeitnehmerinformation. Auch dies hängt von dem im Unternehmen üblichen Kommunikationsstil ab und der Frage, ob das Programm neu ist oder nicht. Am wichtigsten ist die Information, wen Arbeitnehmende kontaktieren müssen, wenn sie jemals Einzelheiten zum Programm brauchen. In Unternehmen, in denen die DM-Fachperson mit anderen Teams aus Bereichen wie Gesundheit und Sicherheit, Arbeitsumfeld oder aus dem Personalmanagement zusammenarbeitet, sollten spezifische Diskussionen stattfinden, um Ablauf und Kommunikation aufeinander abzustimmen. Viele Personen aus diesen Bereichen könnten schon in den Entwicklungsprozess des Programms involviert gewesen sein.

Letzten Endes wird der Kommunikationsplan von der Unternehmenskultur bestimmt. Er sollte die Frage nach dem persönlichen Nutzen für jede Gruppe beantworten.

Benchmarking und bewährte Praktiken

Auf dem Gebiet des Disability Management gibt es international bekannte, bewährte Praktiken, die in den Ablauf und die Richtlinien des Programms einbezogen werden sollten.

Es ist wichtig, dass das Programmmanagement-Handbuch nicht vernachlässigt wird, und sofern Bereiche zur kontinuierlichen Weiterentwicklung identifiziert worden sind, sollten sie in den Programmablauf einbezogen werden. Je mehr Fortschritte im Unternehmen gemacht werden und je grösser die Erkenntnis über bewährte Strategien wird, desto mehr sollten sich die Programme weiterentwickeln.

Disability Management – internes und externes Modell

Disability Management kann entweder auf einem internen oder auf einem externen Modell oder auf einer Kombination aus beidem basieren. Jedes Unternehmen muss entscheiden, ob es einen internen Experten einstellen und unterstützen will oder externe Dienste annehmen soll. Beide Modelle haben Vorteile.

Ein Unternehmen mit einem internen Disability Management hat die Fachperson sogleich zur Stelle, um jedes Problem bei dessen Auftreten zu behandeln. Die Unternehmensleitung hat zudem direkte Kontrolle über die Tätigkeiten der Disability-Management-Fachperson und ihre bevorzugte Reaktion auf Notfallsituationen.

Externes Disability Management hat den Vorteil, dass sich eine Expertengruppe damit beschäftigt, die DM zum Kerngeschäft hat. Externe DM-Fachpersonen werden weniger wahrscheinlich in interne Politik oder Zeitpläne verstrickt und werden ihre Entscheidungen auf bewährte Praktiken und die Vorzüge des einzelnen Falls abstützen. Externe DM-Unternehmen besitzen viele Ressourcen zur Vergewisserung, dass sie auf dem letzten Stand der DM-Forschung sind. Die Entscheidung zwischen einem internen oder externen DM-Modell kann von der Grösse des Unternehmens, dessen Standort, dessen Kerngeschäft oder bisherigen Erfahrungen abhängen. Nicht selten existiert eine Kombination beider Modelle, um das Beste aus beiden Ansätzen herauszuholen. Es können interne Mittel verwendet werden, und gleichzeitig kann für Bereiche, die spezifisches Fachwissen erfordern, auf ein externes Modell zurückgegriffen werden.

Wenn ein externes Unternehmen ausgewählt wird, sollte auf Folgendes geachtet werden:

- Übereinstimmung mit der Unternehmensvision und -kultur
- DM-Fachkenntnis
- Qualifikation des Personals
- Methoden der Qualitätssicherung
- Beurteilung der Ergebnisse
- Umgang mit kontinuierlicher Weiterentwicklung
- Tarife

Übereinstimmung mit der Unternehmensvision und -kultur

Das externe Unternehmen muss die Bedürfnisse des Unternehmens verstehen. Jedes Unternehmen und seine wichtigsten Kontakte haben eine Philosophie. Es ist wichtig, dass die Philosophie der beiden Unternehmen zusammenpasst. Diesen Aspekt zu kennen, ist von grosser Bedeutung für eine produktive Zusammenarbeit.

DM-Fachkenntnis

Es ist wichtig, sich zu vergewissern, dass das Unternehmen, das mit dem externen Case Management beauftragt wird, die nötige Fachkenntnis hat, die Ziele des DM-Programms zu verwirklichen. Dazu gehört die Kenntnis von DM-Prinzipien und -Prozessen, die sich bei ihrer Umsetzung als effizient erwiesen haben, da sie auf evidenzbasierter Forschung basieren.

Qualifikation des Personals

Fachkenntnis ist einer der Hauptgründe für externes Disability Management. So ist es wichtig, dass das beauftragte Team die Verpflichtung und die richtigen Qualifikationen hat. Beim Beauftragen eines externen Unternehmens ist Vorsicht

gefragt und man sollte sich vergewissern, dass die internen Einstellungspraktiken des Unternehmens bekannt sind. Die Arbeitnehmenden sollten qualifiziert, erfahren und sachkundig sein sowie in einem Beschäftigungsverhältnis mit dem DM-Unternehmen stehen. Externe Unternehmen, die Subunternehmen oder Einzelpersonen mit wenig Erfahrung beauftragen, werden weniger Potenzial haben, das Programm effizient zu verwalten, womit die gewünschten Ergebnisse nicht erreicht werden können.

Qualitätssicherungsmethoden

Das Unternehmen sollte ein Qualitätssicherungsinstrumentarium haben, um qualitative Interventionen und die Bewahrung von Vertraulichkeit gewährleisten zu können.

Beurteilung der Ergebnisse

Nachverfolgung und Evaluierung des Programms sind gewiss wichtige Massnahmen sowohl für internes als auch externes Disability Management. Zur Umsetzung von DM-Programmen werden Zeit, Anstrengungen und Geld gebraucht. Faktengestützte Forschung bezieht den quantitativen und qualitativen positiven Nutzen von DM-Interventionen mit ein. Interventionen und Ergebnisse müssen bewertet und dem Unternehmen auf angemessene Weise kommuniziert werden.

Umgang mit kontinuierlicher Weiterentwicklung

Die Ergebnisse der Programmevaluierung unterstützen die Entwicklung von Massnahmen zur kontinuierlichen Weiterentwicklung. Kontinuierliche Weiterentwicklung ist eine Schlüsselmassnahme für den Erfolg jedes Unternehmens.

Tarife

Kostengünstige Tarife sind für externe Dienstleistungen immer wichtig. Die Unternehmen sollten sich jedoch vergewissern, dass die Tarife angemessen sind, um die erwarteten Dienstleistungen zu decken, und dass nicht unterboten wird, um den Auftrag zu bekommen, dann das erwünschte Resultat aber nicht erbracht werden kann.

Qualifikationen einer DM-Fachperson

Die DM-Fachperson, ob extern oder intern, muss zum Ausüben ihrer Aufgabe angemessene Kenntnisse, Fähigkeiten und Kompetenzen haben. Im Idealfall hat der Kandidat folgendes Profil:

- einen Universitätsabschluss plus ein zusätzliches Zertifikat in den Bereichen Disability Management oder Arbeitsgesundheit und -sicherheit,
- fünf bis zehn Jahre Erfahrung in den Bereichen Arbeitsgesundheit oder

Disability Management mit sich entwickelnden Kenntnissen, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten,

- Kenntnisse der relevanten Gesetzgebung und bewährter DM-Praktiken,
- ausgezeichnete Kommunikationsfähigkeit,
- Computerkenntnisse,
- Geschäftssinn.

Ausbildung

Es ist wichtig, DM-Fachpersonen einzustellen, die zumindest Grundkenntnisse der Theorie hinter den Disability-Management-Techniken haben. Es gibt viele Schulungsprogramme, die DM-Fachpersonen eine angemessene Ausbildung auf dem Gebiet anbieten.

Erfahrung

Wie in vielen Berufen ist praktische Erfahrung zum Verständnis der Feinheiten des Berufes wesentlich. Jede Situation wird einzigartig sein und unterschiedlich angegangen werden müssen, um die Arbeitsunfähigkeit beheben zu können, insbesondere was die Beziehung mit den Angestellten angeht. Beim Einstellen einer DM-Fachperson ist Erfahrung ein wichtiger Punkt. Dabei sind sich entwickelnde Kompetenzen und Arbeitsverantwortlichkeiten ein gutes Zeichen, dass die Erfahrung zu positiven Ergebnissen geführt hat.

Kenntnisse

DM-Fachpersonen müssen mit der Gesetzgebung und deren Einflüssen auf den DM-Prozess vertraut sein. Es wird erwartet, dass Wissen in den Bereichen der Gesetzgebung, des Fortschrittes des DM-Berufes und faktengestützter Forschung angestrebt wird. Die DM-Fachperson sollte den Wert kontinuierlichen Lernens anerkennen.

Kommunikationsfähigkeit

Kommunikationsfähigkeit ist äusserst wichtig für das Disability Management. Dazu gehören wichtige Aspekte wie die Fähigkeit, Gedanken präzise und sachlich ausdrücken zu können, Prinzipien der Vertraulichkeit zu verstehen, Sinn für Datenerfassung und Analyse, redaktionelle Fähigkeiten, Beherrschen der Präsentationstechniken, Fähigkeit, zuzuhören und Überzeugungskraft.

Computerkenntnisse

Viele Aufgaben der DM-Fachperson werden am Computer ausgeführt, unter anderem das Erfassen und Generieren von Daten und das Verfolgen eines Falls. Elektronische Kommunikation ist zu einem wesentlichen Bestandteil jedes Jobs geworden; eine DM-Fachperson braucht Fähigkeiten in diesem Bereich.

Organisationsbezogene Kompetenzen

Disability Management nimmt direkten Einfluss auf das Unternehmen, und Geschäftssinn für das Planen, Organisieren, Treffen von Entscheidungen, Übernehmen einer Führungsrolle, Sinn für das Finanzwesen, die Beilegung von Konflikten und Change Management gehört zu den Fähigkeiten einer DM-Fachperson. Ein wichtiger Aspekt jedes DM-Programms ist die Fähigkeit, Change Management effizient durchzuführen.

Schlussfolgerungen

Programmpolitik, -abläufe, Rollen und Verantwortlichkeiten sind wichtige Bestandteile eines funktionsfähigen DM-Programms. Das Entwickeln einer Programmpolitik sowie von Programmabläufen erfordert zur Umsetzung des Programms die Unterstützung der Geschäftsleitung und der obersten Führungsebene. Rollen und Verantwortlichkeiten legen den Beitrag jedes Einzelnen an der effizienten Umsetzung des Programms fest, womit garantiert wird, dass kein Schritt weggelassen wird und das Programm eine Grundlage für eine effiziente Ausführung hat.

Literatur

- Adams J H, Williams A 2003 What affects return to work for graduates of a pain-management program with chronic upper limb pain. *Journal of Occupational Rehabilitation* 13(2):91–106
- Amann M 2001 The policy and procedure manual – keeping it current. *American Association of Occupational Health Nurses* 49(2):69–71
- Baril R, Berthelette D, Massicotte P 2003 Early return to work of injured workers: multidimensional patterns of individual and organizational factors. *Safety Science* 41:277–300
- Bernacki E J, Tsai S P 2003 Ten years experience using an integrated Workers' Compensation management system to control workers' compensation costs. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 45(5):508–516
- Blackwell T L, Leierer S J, Haupt S et al 2003 Predictors of vocational rehabilitation return to work outcomes in Workers' Compensation. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 46(2):108–114
- Friesen M N, Yassi A, Cooper J 2001 Return to work: the importance of human interactions and organizational structure. *Work* 17:11–22
- Krause N, Dasinger L K, Neuhauser F 1998 Modified work and return to work: a review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation* 82:113–139
- Larsson A, Gard G 2003 How can rehabilitation planning process at the workplace be improved? A qualitative study from employers' perspective. *Journal of Occupational Rehabilitation* 13(3):169–181
- Wassel M L 2002 Improving return to work outcomes. Formalizing the process. *American Association of Occupational Health Nurses Journal* 50(6):275–285



7. Frühe Intervention

Lernziele

- Die Notwendigkeit von Strategien zur frühen Intervention erkennen.
- Sich Wissen über die ersten Schritte eines Disability-Management-Prozesses aneignen.
- Verstehen, welche psychologischen Konzepte einer erfolgreichen Rückkehr an die Arbeit zugrunde liegen.
- Verschiedene Rehabilitationsmodelle differenzieren und deren Angemessenheit evaluieren können.

Einleitung

Das Konzept der frühen Intervention kann in der allgemeinen Literatur zum Thema «Rehabilitation» bis in die 1950er-Jahre zurückverfolgt werden. Zu dieser Zeit unternahm die Vereinten Nationen den Versuch, die Aufmerksamkeit von der Behandlung in der Klinik erneut auf die Behandlung am Arbeitsplatz zu richten. Die Bemühungen beschränkten sich jedoch auf Einzelpersonen mit chronischen oder permanenten Funktionseinschränkungen. Temporärer Verletzung oder Arbeitsunfähigkeit wurde kein Gedanke gewidmet. Der letztgenannte Gesundheitszustand ist der kostspieligste im heutigen Rehabilitationssystem.

Frühe Intervention spielt eine wichtige Rolle in einer Gesellschaft, in der soziale und psychologische Anliegen oft schwerer wiegen als körperliche, was einer erfolgreichen Rückkehr an die Arbeit (*Return to Work*) oft grosse Hindernisse in den Weg legt. Um effizient arbeiten zu können, müssen Disability-Management-Fachpersonen die Konzepte verstehen, die einer effizienten frühen Intervention zugrunde liegen, und wissen, was zu tun ist, damit frühe Intervention zu einer erfolgreichen Rückkehr an die Arbeit führt.

In einer früheren Publikation bezeichnete einer der Autoren dieses Buchs (Harder 2003) die Zeitspanne nach einer Verletzung als «traumatisch bedingte Arbeitslosigkeit». Es ist wichtig, zu verstehen, dass Personen, die infolge einer Verletzung oder Erkrankung der Arbeit fernbleiben, die gleichen Reaktionen durchmachen und den gleichen Folgen ausgesetzt sind wie Menschen, die zum Beispiel infolge einer Betriebsschliessung arbeitslos sind. Wir wissen aus Ergebnissen vieler Studien, dass Arbeit seinen Teil daran leistet, eine gesunde Identität zu schaffen und zu bewahren, und dass längere Arbeitslosigkeit zu ernsthaften psychologischen Problemen führen kann. Diese Probleme ergeben sich aus dem Verlust von Einkommen,

dem Verlust einer Arbeitsidentität, dem Verlust von sozialer Unterstützung und dem Verlust eines strukturierten Tagesablaufes. Wenn jemand infolge einer Verletzung oder einer Erkrankung der Arbeit fernbleibt, treten viele, wenn nicht alle dieser Faktoren in Erscheinung. Je länger die Person der Arbeit fernbleibt, desto ernsthafter wird die Auswirkung dieser Faktoren.

Herr C ist beispielsweise ein 52-jähriger Büroangestellter, der seit 20 Jahren beim gleichen Arbeitgebenden gearbeitet hat. Herr C ist ledig (er war nie verheiratet) und macht umfassenden Gebrauch der sozialen Aktivitäten des Arbeitgebenden. Er ist Mitglied des Curlingvereins, des Social Club etc. Er isst auch zweimal pro Tag in der Cafeteria des Unternehmens und geht abends auswärts essen. Er hat sehr beschränkten sozialen Kontakt ausserhalb der Arbeit und erklärt, dass sein einziger Sinn im Leben die Arbeit sei.

Nun zieht sich Herr C eine Verletzung zu, weswegen er der Arbeit fernbleiben muss. Anfangs nimmt niemand aus dem Unternehmen mit ihm Kontakt auf und Herr C wird allein zuhause gelassen. Ganz abgesehen von seiner Verletzung verschlechtert sich seine körperliche Gesundheit, da Herr C nie gelernt hat, für sich zu kochen. Wochen verstreichen, und zum Zeitpunkt, da er kontaktiert wird, ist Herr C verbittert und am Rande einer Depression. Als der RTW-Prozess dann beginnt, ist er verärgert und widerspenstig; er stellt sich als schwieriger Fall heraus. Hier ist die Erkenntnis wichtig, dass diese Schwierigkeit nichts mit den körperlichen Auswirkungen seiner Verletzung zu tun hat. Herr C fühlt sich von seinem Unternehmen und seinen Freunden verraten. Er fragt sich, wieso er an die Arbeit in ein Umfeld zurückkehren soll, das ihn nicht wertschätzt. All dies hätte vermieden werden können, wenn er zum angebrachten Zeitpunkt kontaktiert worden wäre, wenn der Arbeitsplatz den Kontakt aufrechterhalten hätte und ihm vielleicht sogar während des Genesungsprozesses ein wenig Unterstützung geleistet hätte. Dies alles gehört zu einer frühen Intervention von DM.

Was geschieht mit Menschen wie Herrn C, wenn sie der Arbeit fernbleiben? Häufig kommt es vor, dass sie in eine Depression fallen. Es ist normal, dass sich Menschen bei der Genesung von einer Verletzung niedergeschlagen fühlen. Dieses Gefühl kann sich jedoch schnell in eine Art Hoffnungslosigkeit umwandeln und dann zu Depression führen. Gemäss dem Diagnostischen und Statistischen Manual

Psychischer Störungen «DSM IV-TR» (Saß et.al. 2003) wird Depression durch folgende Faktoren zum Ausdruck gebracht:

- Niedergeschlagene Stimmung die meiste Zeit des Tages
- Deutlich weniger Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten
- Veränderungen des Appetits, was Gewichtsverlust bzw. -zunahme führen kann
- Schlaflosigkeit oder Schlafsucht
- Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung
- Müdigkeit oder Energielosigkeit
- Gefühl der Wertlosigkeit oder Schuld
- Geringere Denk- oder Entscheidungsfähigkeit
- Gedanken an den Tod und/oder Suizidvorstellungen kommen häufig vor

Eine Person muss mindestens fünf dieser Kriterien erfüllen, um als depressiv diagnostiziert zu werden. Eine solche Person kann nur unter grossen Schwierigkeiten an die Arbeit zurückkehren. Empirische Beweise belegen, dass Menschen, die depressiv, inaktiv und pessimistisch sind, länger arbeitslos bleiben als andere (Frese & Mohr 1987). In diesem Stadium kann eine DM- Fachperson sehr wenig tun, da die betroffene Person eine Behandlung für ihre Depression braucht, bevor der RTW-Prozess beginnen kann. Es ist somit von grosser Bedeutung, dass die DM-Fachperson früh eingreift, bevor sich eine Depression abzeichnet.

Erlernte Hilflosigkeit

Woher kommen Depressionen? Ein Konzept, das zu einem Verständnis von Depression beitragen kann, ist das Konstrukt der erlernten Hilflosigkeit, das erstmals von Seligman (1975) eingeführt worden ist. Erlernte Hilflosigkeit wird durch wiederholtes Erleben von aversiven, nicht kontrollierbaren Situationen verursacht. Eine Person, die in erlernter Hilflosigkeit gefangen ist, zeigt ein passives, resigniertes, unflexibles Verhalten, das mit Depressionsgefühlen verbunden ist und als Ergebnis des wiederholten Auftretens dieser Situationen zustande kommt. Der einzige Ausgang aus diesem Zustand ist, diese Situationen unter Kontrolle zu bringen.

Ein Beispiel wäre Frau E., die Lieferantin ist und während der Arbeit bei einem Autounfall verletzt wird; der andere Fahrer ist nicht an der Arbeit. Frau E. ist im Recht. Ihre Versicherung und jene des anderen Fahrers streiten sich darüber, wer für ihre Rehabilitation und den Einkommensverlust aufkommen soll. In der Zwischenzeit bleibt sie zuhause und wartet. Sie versucht wiederholt, Schadensachbearbeiter von beiden Versicherungen zu kontaktieren und ihre körperlichen sowie finanziellen Bedürfnisse zu erklären. Es wird ihr jedesmal gesagt, dass sie sich keine Sorgen zu machen brauche und dass bald eine Lösung gefunden werde. Sie ist äusserst unzufrieden, braucht dringend Geld und versucht des Öfteren, die

Dinge zu beschleunigen. Nachdem sie jedoch wiederholt abgewiesen worden ist, gibt sie auf, bleibt zu Hause und beginnt tagsüber fernzusehen, den Schlag verdrängend, den das Ausbleiben der Lohnzahlung in ihrer Familie auslösen wird. Sie liegt auf dem Sofa und fühlt sich vollkommen hilflos. Hilflosigkeit und Depression lassen nicht auf sich warten.

Kontrollüberzeugung

Ein weiteres nützliches Konzept zum Verständnis der Ätiologie von Depression ist die Kontrollüberzeugung. Hinter diesem Konzept steht ganz einfach die Frage: «Wer hat die Kontrolle über mein Leben? Ich oder sie?» In frühen Beschreibungen dieses Konzepts wurde ein zweidimensionales Modell verwendet. In diesem Modell wurde allgemein davon ausgegangen, dass die externe Kontrollüberzeugung schlecht und die interne gut sei. Es wurde angenommen, dass Menschen mit einer externen Kontrollüberzeugung dazu neigen, anderen für ihre Erlebnisse die Schuld zuzuschreiben, passives Verhalten zeigen und für ihre eigenen Handlungen keine Verantwortung übernehmen. Personen mit einer internen Kontrollüberzeugung geben mit Blick auf ihre eigenen Handlungen und Gedanken ihren Erlebnissen einen Sinn. Sie tendieren dazu, selbst tätig zu werden und ihre Erlebnisse zu ändern. Dieses zweidimensionale Verständnis scheint zu vereinfacht. Wir schlagen deshalb vor, wie nachfolgend illustriert, mindestens zwei weitere Dimensionen hinzuzufügen, und nehmen an, dass wir Menschen uns von einer in die andere Dimension bewegen. Dies wird in Tabelle 7.1 zusammengefasst.

Angesichts der Schwierigkeit, mit jemandem zu arbeiten, der sich in den beiden negativen Quadranten befindet, ist es unbedingt erforderlich, dass früh genug eingegriffen wird, um eine Verschiebung von den positiven in die negativen Quadrate zu verhindern. Einige werden vor der Verletzung in einem der beiden negativen Quadrate sein. In solchen Fällen mag die Überweisung zu einer geeigneten Fachperson wie einer Psychologin angebracht sein.

Ein Beispiel, das häufig vorkommt, ist die Verschiebung von positiv zu negativ, wenn die Verletzung des/der Betroffenen das Ergebnis schlechter Sicherheitsmaßnahmen ist. Der/die verletzte Arbeitnehmende wird sehr wahrscheinlich das Gefühl haben, dass er nichts machen konnte. Wenn der/die Arbeitgebende nicht schnell dafür sorgt, das Sicherheitsproblem zu beheben, wird sich der/die Arbeitnehmende hilflos fühlen und anderen für seine Situation die Schuld zuschieben. Wenn diese Entwicklung nicht gestoppt wird, wird sich die betroffene Person schnell in der Position einer negativen externen Kontrollüberzeugung befinden.

Tabelle 7.1: Modell der Kontrollüberzeugung

<p>Positive interne Kontrollüberzeugung</p> <ul style="list-style-type: none"> · akzeptiert angemessene Verantwortung · handelt 	<p>Negative interne Kontrollüberzeugung</p> <ul style="list-style-type: none"> · gibt sich selbst die Schuld, indem er/sie zu viel Verantwortung übernimmt · bleibt stecken; könnte handgreiflich werden
<p>Positive externe Kontrollüberzeugung</p> <ul style="list-style-type: none"> · akzeptiert die Existenz eines höheren Wesens · konsultiert andere geschätzte Personen und nimmt ihre Anweisungen an · geht vorwärts, nachdem die Konsultation abgeschlossen ist. 	<p>Negative externe Kontrollüberzeugung</p> <ul style="list-style-type: none"> · gibt anderen die Schuld · übernimmt keine Verantwortung für seine/ihre eigenen Handlungen · wartet darauf, dass andere die Dinge in die Hand nehmen

Persönliches Konstrukt

Ein drittes Konzept, um verstehen zu können, wie eine Person in eine Depression rutscht, ist jenes des persönlichen Konstrukts. Ein persönliches Konstrukt ist ein transparentes Schema, das Einzelpersonen brauchen, um die Wirklichkeiten ihrer Welt zu organisieren. Einzelpersonen erschaffen sich Konstrukte, indem sie sich entscheiden, welches Thema zwei oder mehreren Ereignissen gemeinsam ist. Persönliche Konstrukte werden mit der Zeit infolge von persönlichen Erlebnissen entwickelt und bilden Systeme. Konstrukte sind wie Fenster oder Linsen, durch die Einzelpersonen Ereignisse wahrnehmen und verstehen, und entwickeln einen Mechanismus, um Ereignisse oder Erlebnisse zu antizipieren. Nehmen wir beispielsweise an, dass eine Angestellte bemerkt, dass ihr Vorgesetzter am Ende einer Arbeitswoche reizbarer ist als zu Beginn der Woche. Sie hat also ein Konstrukt, das ihr erlaubt, Reizbarkeit zu erkennen. Sie könnte beim Versuch, ihr Erlebnis mit ihrem Vorgesetzten zu interpretieren und zukünftige Interaktionen vorausszusehen, auch damit verbundene Konstrukte hinzuziehen, wie mehr Erholung am Wochenende und Zeit, an entspannenden Aktivitäten teilzunehmen. Forster (1992) sieht persönliche Konstrukte als die «primäre konzeptuelle Einheit zur Ermittlung, wie eine Person ihre Ziele bildet und artikuliert» (S. 176).

Kelly (1995), der die Theorie der persönlichen Konstrukte entwickelt hat, war der Auffassung, dass berufliche Entwicklung «eines der grundlegendsten Mittel ist, durch das der Rolle unseres Lebens Klarheit und Bedeutung gegeben wird» (S. 751). Konstruktsysteme, die von Einzelnen im Verlaufe ihrer Arbeitserfahrungen entwickelt werden, nennen wir berufliche Konstruktsysteme. Solche Systeme könnten Konstrukte wie Arbeit im Freien, Schreibtischarbeiten, hohe oder niedrige Löhne enthalten. Einzelpersonen brauchen diese Konstrukte, um ihre Arbeitser-

fahrungen zu organisieren und zu systematisieren sowie ihre künftigen Beschäftigungserfahrungen zu antizipieren. Gimenes (1990) schrieb Konstrukte der beruflichen Entwicklung der Interaktion folgender Faktoren zu:

1. den Faktoren, die Einzelpersonen motivieren, berufliche Konstruktsysteme zu bilden,
2. den Elementen, die Einzelpersonen daran hindern, berufliche Konstruktsysteme zu bilden,
3. den Faktoren, die spezifische Arbeitsentscheidungen auslösen.

Da berufliche Entwicklung auf Arbeitserfahrungen und allen bisherigen Arbeitsentscheidungen basiert, kommt Gimenes zum Schluss, dass das Konstrukt ganz klar darauf hinweist, dass die Wahl eines Berufsziels ein komplexer Prozess ist, der Zeit braucht.

Der nachgewiesene Zusammenhang zwischen dem Integrationsgrad persönlicher Konstruktsysteme und dem Treffen von Entscheidungen hat Auswirkungen auf die Gestaltung von Programmen, die sich mit der Erkennung von Fähigkeiten, die auf bisheriger Erfahrung beruhen, und der Auswahl neuer Ziele befassen. Für eine erfolgreiche Rückkehr an die Arbeit nach einer Verletzung könnte ein höherer Integrationsgrad persönlicher Konstruktsysteme erforderlich sein. Alle Betroffenen – aber vor allem jene, die damit konfrontiert worden sind, beträchtliche Anstrengungen machen zu müssen, um an die Arbeit zurückzukehren – müssen ihre persönlichen Konstruktsysteme neu organisieren, um sowohl die Erfahrung der Verletzung und der Genesung als auch die persönlichen Konstrukte, die das Treffen von Entscheidungen während ihrer Behandlung und des RTW-Prozesses leiten, darin einzubeziehen.

Alle Angestellten haben ein persönliches Konstrukt ihrer selbst als Arbeitnehmende. Wenn sie verletzt sind, ändert sich das Konstrukt in jenes eines verletzten Arbeitnehmenden, danach, wenn alles gut geht, in jenes eines genesenden Arbeitnehmenden und schlussendlich in das Konstrukt eines an die Arbeit zurückgekehrten Arbeitnehmenden. Allzu häufig verändert sich das Konstrukt infolge mangelnder Intervention oder langer Verzögerung der Intervention in jenes eines Leistungsempfängers, eines verärgerten Leistungsempfängers, einer verärgerten Einzelperson, deren Leistungen eingestellt worden sind, eines Verfechters von Rechten, und schliesslich besteht keinerlei Arbeitskonstrukt mehr.

Im Folgenden wird ein wahrer Fall dargestellt, der die Folgen fehlender früher und geeigneter Intervention aufzeigt.

Frau M. ist Mutter von drei kleinen Kindern, die alle in die Schule gehen und verschiedene Sportarten oder andere Aktivitäten ausüben. Sie leben auf einer Hobbyfarm und ziehen Pferde auf. Jeden Morgen stehen Frau M. und ihr Mann vor Morgengrauen auf, um die Ställe auszumisten und die Pferde zu striegeln und zu füttern. Danach kommen die Kinder an die Reihe, und ab geht es in die Schule und an die Arbeit. Frau M. hat einen sehr anspruchsvollen Job: Sie behandelt Kundenbeschwerden eines grossen Geschäfts. Aber sie liebt ihren Job, es wird nur Gutes von ihr erzählt und sie hat ein ausgezeichnetes Arbeitszeugnis. Es sind keine bisherigen ernsthaften Erkrankungen oder Verletzungen verzeichnet. Nach der Arbeit fährt ein Elternteil die Kinder an die verschiedenen Aktivitäten, bevor die Hausaufgaben gemacht und die Lichter gelöscht werden. Gewiss hat Frau M. viele aktive Konstrukte. Da ist das Konstrukt als Mutter, als Fahrerin, Arbeitnehmende, Organisatorin, als Pferdebegeisterte etc. Vielleicht das allerwichtigste für sie ist das Arbeitskonstrukt einer gut funktionierenden, gut organisierten, leistungsfähigen Frau.

Eines Tages wird ihr Kleinbus beim Transportieren der Kinder an einer Kreuzung seitwärts angefahren. Frau M. ist im Recht. Die Kinder bleiben unverletzt, aber Frau M. zieht sich auf der linken Seite des Kopfs, wo sie sich an der Frontsäule des Wagens angeschlagen hat, eine sehr unangenehme Beule und eine Prellung zu. Anfangs scheint alles in Ordnung. Dann bekommt sie Seh- und Gleichgewichtsstörungen. An der Arbeit ist sie kurz angebunden und hat immer weniger Geduld mit den anderen. Zuhause ist sie müde, reizbar und vernachlässigt ihre Verantwortlichkeiten. Eine leichte traumatische Hirnverletzung wird diagnostiziert. Bis sie an eine DM-Fachperson überwiesen wird, verstreicht ein Jahr. Es ist viel zu spät für eine frühe Intervention. Zu diesem Zeitpunkt arbeitet sie nicht mehr und ist kaum funktionsfähig. Ihr Mann hat die meisten Verpflichtungen übernommen und ist unzufrieden damit. Sie ist klinisch depressiv und wird an einen Psychologen überwiesen, der sie für eine Weile behandelt, bis sie zu genesen beginnt. Sie ist bereit, an die Arbeit zurückzukehren, als sich die involvierten Versicherungsgesellschaften darauf vorbereiten, vor Gericht zu gehen, und sie zu einer neuropsychologischen Abklärung geschickt wird. Die beiden Parteien im Rechtsstreit wollen unterschiedliche Abklärungen, und das Unvermeidbare geschieht: Die Beurteilungen stimmen nicht überein. Frau M. nimmt nicht alle Abklärungen gut auf und kommt zum Schluss, dass die Versicherungsgesellschaften ihr ganz einfach nicht glauben wollen. Daraus folgert sie, dass

sie sich eine Rückkehr an die Arbeit aus dem Kopf schlagen sollte und sich darauf konzentrieren müsste, für ihre Rechte und das Recht anderer wie sie zu kämpfen.

Lassen Sie uns nun den Fall von Frau M. untersuchen. Wieso kam es nicht zu einer frühen Intervention? Grösstenteils weil der beteiligte Schadensbearbeiter angenommen hatte, dass sie von alleine gesund werden wird. Er wollte nicht Ressourcen verbrauchen, wenn sie ohnehin gesund würde. Es gab jedoch viele Warnzeichen, dass dies kein normaler, einfacher Fall sein würde. Alle diese Hinweise sind ignoriert worden, bis es zu spät war. Dann wollte die Versicherungsgesellschaft Verlust vorbeugen und versuchte, die finanzielle Belastung einzuschränken und die Glaubwürdigkeit von Frau M. anzugreifen. Diese Art, im Kleinen sparsam, aber im Grossen verschwenderisch zu sein, ist nicht selten im Versicherungsgewerbe und ist ein Grund, wieso die Versicherungskosten steigen, wenn die Versicherungsgesellschaften versuchen, vor Gericht Kosten zu senken anstatt im frühen Stadium des Anspruchs, wo kleine Kosten sehr wahrscheinlich grosse Ausgaben verhindern könnten.

Indem nicht früh interveniert worden ist, ist Frau M. sich selbst überlassen worden; sie lernte schnell, dass sie auf sich allein gestellt war. Sie hatte eine extrem frustrierende Beziehung zu ihrem Schadensbearbeiter und driftete schnell in erlernte Hilflosigkeit ab. Es wurde auch offensichtlich, dass sie in das externe negative Quadrat gerutscht ist, aber noch interne positive Eigenschaften übrig hatte, da sie daran glaubte, dass sie sich erholen und ins Leben zurückkehren könnte, das sie liebt. Nicht zuletzt wurden ihre persönlichen und beruflichen Konstrukte zerstört und zuerst durch das Konstrukt «Ich armer Tropf» und danach durch das Konstrukt «Ich trete für meine Rechte ein» ersetzt. Die Erfahrung mit dem Rechtssystem hatte widersprüchliche Auswirkungen auf sie. Während sie ihr internes positives Quadrat stärkte, ein neues persönliches Konstrukt entwickelte und die erlernte Hilflosigkeit hinter sich liess, waren alle diese Veränderungen nicht auf die Arbeit oder persönliche Aktivitäten ausgerichtet, sondern darauf, es dem System heimzuzahlen und zu bekommen, worauf sie Anspruch hat. Dies ist wohl eine Besserung, aber schwerlich das, was wir anstreben möchten.

Das Beispiel von Frau M. mag ein Extremfall sein, aber weniger schwerwiegende Versionen ihrer Erfahrung treten regelmässig auf. Frühe Intervention muss eine Priorität aller Systeme werden und bleiben, die mit verletzten und erkrankten Personen zusammenarbeiten. Verzögerungen haben sehr schwerwiegende und oft

lebensverändernde Folgen. Geeignete frühe Unterstützung würde viel dazu beitragen, dass Menschen wie Frau M. erfolgreich in jenes Leben zurückfinden können, das sie vor der Verletzung oder Erkrankung geführt haben.

Frühe Intervention

Unser Verständnis früher Intervention hat sich über die Jahre hinweg markant geändert. Das Konzept der «frühen Rehabilitation», das der Auffassung war, dass mit körperlicher Rehabilitation begonnen werden kann, bevor der körperliche Genesungsprozess ganz abgeschlossen ist, wurde durch das Konzept der «frühen Intervention» ersetzt, das den Vorschlag brachte, dass Rehabilitationsdienstleistungen in einem viel früheren Stadium des Prozesses anfangen könnten, vielleicht sogar am Arbeitsplatz. Zuletzt steht die DM-Perspektive von früher Intervention, die der Meinung ist, dass alle erforderlichen Unterstützungsmöglichkeiten, ob körperliche, emotionale oder finanzielle, rasch geleistet werden sollten, um der betroffenen Person dabei zu helfen, so schnell wie möglich an die Arbeit zurückzukehren.

Im Fall von psychologischen und nichtphysiologischen Ansprüchen sollte interveniert werden, bevor die Person der Arbeit fernbleibt; frühe Intervention kann dann Massnahmen beinhalten wie Beurteilungen betreffend Ergonomie oder Arbeitsumfeld, die zum Ziel haben, früh genug einzugreifen, um korrigierende oder unterstützende Massnahmen zu ergreifen, die es der Person ermöglichen, an der Arbeit zu bleiben. Die Einzelpersonen an der Arbeit zu behalten, ist das höchste Ziel früher Intervention.

Frühe Intervention eines Case Management umfasst folgende Schritte:

1. Kontaktieren Sie betroffene Personen, um sie wissen zu lassen, dass Sie sie unterstützen:
 - a. Leiten Sie gegebenenfalls den Anspruchsprozess ein, verlangen Sie Formulare etc.
 - b. Vergewissern Sie sich, dass die betroffenen Personen nicht in Vergessenheit geraten.
2. Überwachen Sie den körperlichen Genesungs- und Behandlungsprozess:
 - a. Vergewissern Sie sich, dass die körperliche Behandlung so verläuft, wie sie sollte. Das bedeutet nicht, dass Sie den Platz des Arztes/der Ärztin einnehmen. Sie stellen ganz einfach sicher, dass nicht administrative Verzögerungen die Betroffenen daran hindern, dass sie rechtzeitig eine geeignete Behandlung erhalten.
3. Ebenen Sie den Weg, um in häufigem Kontakt mit den Arbeitnehmenden zu bleiben:
 - a. Vergewissern Sie sich, dass die Betroffenen verstehen, dass Sie da sind, um ihnen dabei zu helfen, an die Arbeit zurückzukehren.

Erster Kontakt

Es ist dringend notwendig, dass so früh wie möglich Kontakt aufgenommen wird unter Beachtung dessen, was sich nach einem Unfall oder Krankheitsausbruch gehört. Nachdem sich der Gesundheitszustand als nicht lebensbedrohend herausgestellt hat, wenden sich die Gedanken des/der Betroffenen und seiner/ihrer Familie im Allgemeinen der Frage nach finanzieller Sicherheit zu. Eine der ersten Fragen ist: Wie werden wir ohne Lohnzahlungen überleben? Die DM-Fachperson sollte dazu bereit sein, zu diskutieren, auf welche Leistungen die betroffene Person das Recht hat und wie sie diese erhält. Alle notwendigen Formulare sollten ausgefüllt und an die korrekte Abteilung der Versicherungsgesellschaft gesandt werden. Viele Fälle schlagen schon in diesem frühen Stadium eine falsche Richtung ein, da Formulare verlegt, falsch adressiert oder nicht korrekt ausgefüllt werden. So bedeutend, wie dies ist, so ist doch das Hauptziel des ersten Kontakts, den verletzten oder erkrankten Personen und deren Familien zu verstehen zu geben, dass das Unternehmen sich um sie kümmert, sie als wertvolle Arbeitnehmende ansieht und ihnen während des Genesungs- und RTW-Prozesses beisteht. Wird dieser Schritt früh im Prozess gemacht, so wird garantiert, dass sich die Person geschätzt fühlt, weiss, dass sie die bestmögliche Behandlung bekommt, zurück an der Arbeit erwartet wird und in diesem Prozess unterstützt wird. Dadurch wird verhindert, dass die Person vernachlässigt wird oder, wie man so sagt, zum alten Eisen geworfen wird und folglich verbittert. Eine solche Verbitterung führt oft zu Widerstand oder direkter Verweigerung der Mitarbeit am RTW-Prozess. Eine umsorgte Person, die von Anfang an weiss, dass nach der Genesung eine Rückkehr an die Arbeit erwartet wird, wird viel wahrscheinlicher schneller und erfolgreich an die Arbeit zurückkehren.

Monitoring

Vieles kann während des Genesungsprozesses einer Person schiefgehen. Verzögerungen im Gesundheitssystem können die Behandlung aufhalten und zu Komplikationen führen. Untersuchungsverfahren wie eine Kernspintomographie können verspätet erfolgen, grosse Verwirrung stiften und Angst hervorrufen. Mediziner/innen und Versicherungssachbearbeiter/innen können sich uneinig sein darüber, welche Art Verfahren oder Behandlung angeboten werden soll. Familiensysteme können sich an die Arbeitsunfähigkeit anpassen und die Motivation, gesund zu werden, beeinträchtigen. Dies sind nur ein paar Beispiele dafür, was schiefgehen könnte und wieso es für die DM-Fachperson enorm wichtig ist, regelmässig und häufig Kontakt mit dem verletzten oder erkrankten Arbeitnehmenden aufzunehmen. Je früher das Problem erkannt wird, desto schneller kann es behoben werden. Es ist die Aufgabe der DM-Fachperson, dafür zu sorgen, dass alle Aspekte der Genesung so reibungslos wie möglich verlaufen.

Herr D. ist zum Beispiel zuhause und wartet auf einen Termin für eine Computertomographie. Es wird ihm gesagt, dass es wegen der langen Warteliste mindestens drei Monate dauern kann, bis er einen Termin für eine Tomographie haben kann. Als dies dem Disability Manager bei seinem wöchentlichen Anruf zu Ohren kommt, ruft er sofort im Krankenhaus an. Wie er aufgrund früherer Erfahrungen vermutet hat, ist fast unmittelbar eine Computertomographie erhältlich, falls die betroffene Person dazu bereit ist, zu ungewohnterer Stunde oder kurzfristig auf eine Absage hin zu kommen. Er ruft den Arbeitnehmenden an und erklärt ihm die Situation. Die Computertomographie wird die darauf folgende Woche durchgeführt. Es scheint lächerlich, dass niemand aus dem Krankenhaus dies dem Arbeitnehmenden erklären konnte. Aus unserer Erfahrung wissen wir jedoch, dass dies ziemlich häufig vorkommt, vor allem bei Leuten, deren Löhne durch Versicherungsleistungen gedeckt sind. Es scheint so, als ob Gesundheitsdienstleistende ganz einfach meinen, dass diese Leute warten können, und nicht verstehen, wie sie dadurch der Person und dem Versicherungssystem Schaden zufügen. Dank ihrer umfassenden Kenntnis des Systems und ihrem Handeln aufgrund dieses Wissens kann die DM-Fachperson oft dafür sorgen, dass die betroffene Person rechtzeitig Zugang zu Dienstleistungen bekommt, wo es andernfalls zu Verzögerungen führen könnte.

Es ist sehr wichtig, dass die DM-Fachperson versteht und akzeptiert, dass sie nicht die Rolle des Arztes/der Ärztin oder eines anderen Gesundheitsfachperson übernimmt. Es ist nicht die Aufgabe der DM-Fachperson, eine zweite ärztliche Meinung abzugeben oder die Richtung, die eine Behandlung einschlagen sollte, zu erraten – ihre Aufgabe ist es, dafür zu sorgen, dass es nicht zu Verzögerungen im System kommt, die die Genesung des Arbeitnehmenden verlangsamen.

Regelmässiger Kontakt

Es ist wichtig, dass die DM-Fachperson in regelmässigem Kontakt bleibt, egal, wie lang die Erholungsphase dauert, und zwar nicht nur aus den oben genannten Gründen, sondern auch, um dafür zu sorgen, dass der soziale Kontakt mit dem Arbeitsplatz aufrechterhalten bleibt und die Erwartung einer schnellst möglichen Rückkehr an die Arbeit bestehen bleibt. Es ist für das emotionale Wohlbefinden des/der Arbeitnehmenden und schlussendlich für eine erfolgreiche Rückkehr an die Arbeit entscheidend, dass der Kontakt mit dem Arbeitsplatz aufrecht erhalten bleibt. Dies wird tatsächlich desto wichtiger, je länger der/die Arbeitnehmende der Arbeit fernbleibt. Viele Leute fühlen sich nach einer Abwesenheit bei der Rückkehr an die Arbeit unwohl, grösstenteils weil sie nicht wissen, was sie an ihrem ersten Tag der Rückkehr erwarten wird. Nun stellen Sie sich die Angst von jemandem vor, der monatelang der Arbeit ferngeblieben ist und keinen Kontakt mit dem Arbeitsplatz gehabt hat. Die DM-Fachperson kann diese Angst mindern, indem sie die betroffene Person informiert, was an der Arbeit läuft, ihr versichert, dass ihr

Job weiterhin erhalten bleibt, und sie vielleicht sogar dazu ermutigt, für einen Kaffee mit ihren Arbeitskolleginnen und -kollegen vorbeizukommen, sobald sie genug fit dazu ist. Dieser regelmässige Kontakt wird die Arbeitnehmenden beruhigen, ihnen dadurch ermöglichen, sich ganz auf ihre Genesung zu konzentrieren, und sie ermutigen, den Blick auf ihre Rückkehr an die Arbeit zu richten.

Schlussfolgerungen

Rechtzeitig und auf angemessene Art einen Akzent auf frühe Intervention zu legen, ist entscheidend bei der Vergewisserung, dass Personen mit erworbener Arbeitsunfähigkeit wieder fähig werden, an die Arbeit zurückzukehren und die normalen Aktivitäten ihres alltäglichen Lebens wieder aufzunehmen. Eine zu lange Verzögerung – wobei es sich nur um Tage, nicht um Wochen handeln muss – kann sehr schlimme, wenn auch unbeabsichtigte Folgen haben. In diesem Kapitel wurde aufgezeigt, dass es eine Anzahl solider psychologischer Konzepte gibt, die erklären, was mit einer Person geschieht, die zu lange allein gelassen wird. Disability-Management-Programme und DM-Fachpersonen müssen sich weiterhin in allen Bereichen – im Gesundheits- und Versicherungswesen, in der Personalabteilung, bei der Arbeiterschaft – dafür einsetzen, dass das Konzept der frühen Intervention umgesetzt wird. Klar gibt es so etwas wie zu frühe Intervention. Es ist wichtig, dass zum rechten Zeitpunkt, aber so früh wie möglich, interveniert wird. Es ist nicht angebracht, einen Interventionszeitplan aufzustellen, der alle Arten von Verzögerungen berücksichtigt, nach dem Motto «Wir intervenieren nach drei Monaten, da es bis dann okay sein sollte». Solche Programmrichtlinien sind unklug. Frühe Intervention erfordert einen individuellen Ansatz, das heisst an die Person, ihr Bedürfnis nach ärztlicher Behandlung und Rehabilitation, ihre Arbeitssituation, ihre Bedürfnisse am Arbeitsplatz und die Bedürfnisse der Versicherer angepasst. Jede Person und jeder Fall ist verschieden. Jeder Fall und jede Person profitiert von früher Intervention.

Literatur

- Forster J R 1992 Eliciting personal constructs and articulating goals. *Journal of Career Development* 18:175–185
- Frese M, Mohr G 1987 Prolonged unemployment and depression in older workers: a longitudinal study of intervening variables. *Social Science Medicine* 25:173–178
- Gimenes M G 1990 Theoretical perspectives. In: Schiro-Geist C (ed) *Vocational Counseling for Special Populations*. Charles C Thomas, Springfield, IL, pp 19–43
- Harder H G 2003 Early intervention in disability management: factors that influence successful return to work. *International Journal of Disability, Community and Rehabilitation* 2(2):1–8
- Kelly G A 1955 *The Psychology of Personal Constructs*, Vol 1, 2. W W Norton, New York, p 751
- Seligman M E P 1975 *Helplessness: On depression, development and death*. Freeman, San Francisco
- Saß H, Wittchen H U, Zaudi, M, Houben, I. 2003 *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen*. Hogrefe, Göttingen



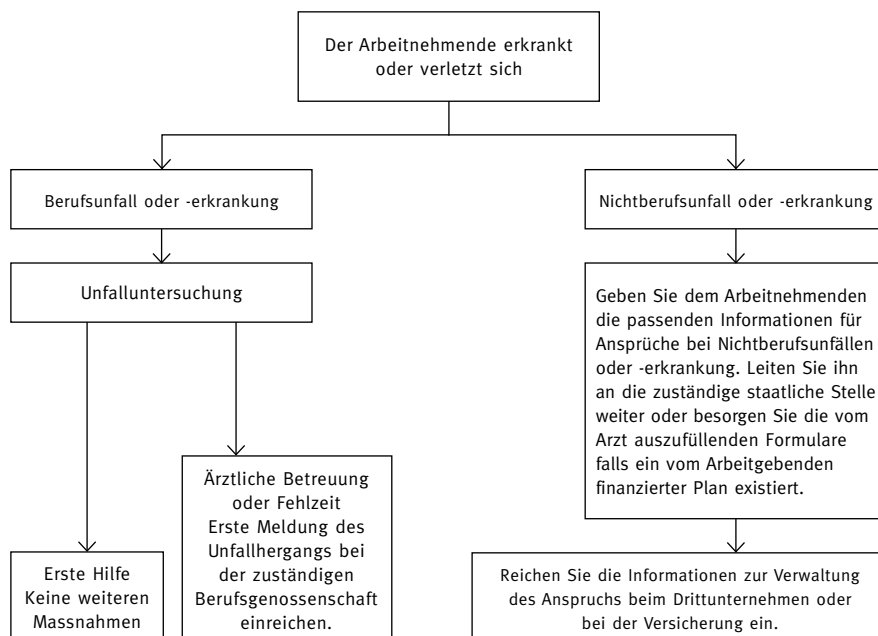
8. Anspruchserhebung

Anmerkung des Fachlektorats

In diesem Kapitel wird in der kanadischen Originalfassung der Prozess der Erhebung und Einreichung eines Anspruchs aufgrund von Berufsunfällen, Berufserkrankungen oder Nichtberufsunfällen erläutert. Der Originaltext geht dabei ausführlich auf kanadische Gesetzgebung, Regelungen und Bestimmungen (Betriebs- und Nichtbetriebsunfall- sowie Krankentaggeld-Versicherung) ein, die für den/die Leser/in im deutschsprachigen Raum geringen Nutzen bringen. Im Einverständnis mit Autorin und Autor werden im Folgenden nur jene Teile des Kapitels wiedergegeben, die internationale Gültigkeit haben dürften.

Bei Berufsunfällen, -erkrankungen oder Nichtberufsunfällen eines Arbeitnehmenden ist die Anspruchserhebung der erste Schritt im Anspruchsprozess. Die Vorgehensweise der Anspruchserhebung wird in Abbildung 8.1 zusammengefasst.

Abbildung 8.1: Anspruchserhebung – Flussdiagramm



Arbeitsunfall

Erste Priorität nach einem Arbeitsunfall hat der Arbeitnehmende. In einem ersten Schritt muss festgestellt werden, ob der Arbeitnehmende Erste Hilfe oder externe ärztliche Behandlung benötigt.

Erste Hilfe

Es gibt spezifische Vorschriften, die dafür sorgen, dass der Arbeitgebende für den Fall eines Unfalls Erste Hilfe leisten kann. Die Notfallstation muss eine geeignete medizinische Versorgung zur Leistung von Erster Hilfe haben. Das Unternehmen muss Personal geschult haben, das gegebenenfalls Erste Hilfe leisten könnte. Jedesmal wenn Erste Hilfe geleistet wird, müssen Einzelheiten des Vorfalls dokumentiert und die geleistete Hilfe erfasst werden.

Externe medizinische Betreuung

Wenn die Arbeitnehmenden über die Erste Hilfe hinaus eine externe medizinische Betreuung benötigen, sollte ihnen ein Formular zur Beurteilung der Funktionsfähigkeit mitgegeben werden, das sofort ausgefüllt und an das Unternehmen retourniert werden sollte. Dieses Formular sollte eigens für das Arbeitsumfeld Ihres Unternehmens gestaltet worden sein, so dass die erfassten Informationen auf Ihren Arbeitsplatz und die Bedürfnisse Ihrer Mitarbeiter abgestimmt sind. Der/die behandelnde Arzt/Ärztin sollte das Formular ausfüllen und durch den/die Arbeitnehmende/n an den Arbeitsplatz zurücksenden. Informationen zum Gesundheitszustand und den Fähigkeiten des/der Arbeitnehmenden sollten erfasst werden, so dass sofort ein RTW-Angebot (an die angestammte oder eine modifizierte Arbeit) gemacht und die erforderliche Meldung an die Berufsgenossenschaft oder die Unfallversicherung vervollständigt werden kann.

Unfalluntersuchung: Berufsunfälle

Sofort nach dem Berufszwischenfall oder -unfall sollte eine Unfalluntersuchung gemacht werden. Es ist wichtig, diese Untersuchung unverzüglich durchzuführen, damit die Tatsachen nicht vergessen werden oder der Ort des Unfalls vor der Untersuchung verändert wird. Bei der Unfalluntersuchung sollten der/die Vorgesetzte, der/die verletzte Arbeitnehmende, Zeuginnen/Zeugen und gegebenenfalls das Gemeinschaftskomitee für Gesundheit und Sicherheit und/oder die Gewerkschaft mit einbezogen werden.

Alle Unfälle, seien sie noch so klein, sollten untersucht werden. Durch die Unfalluntersuchung wird in die Sicherheit investiert, was sich als Beitrag an die Prävention zukünftiger Unfälle direkt auszahlen wird. Wie Wilson und McCutcheon (2003)

festhalten, «kann die Wichtigkeit von Unfalluntersuchungen gar nicht überbetont werden. Die grundlegenden Ursachen müssen festgestellt werden, um zur Prävention von weiteren Unfällen die entscheidenden Lösungen anzubieten».

Zu einer guten Unfalluntersuchung gehören folgende Aspekte:

- eine sofortige Untersuchung des Unfallortes,
- eine unverzügliche wahrheitsgetreue Vervollständigung des Unfallberichts in allen Einzelheiten zur Bestimmung der Unfallursache,
- eine Nachkontrolle zur Vergewisserung, dass korrigierende Massnahmen ergriffen worden sind,
- Unfallberichte, die alle an der monatlichen Sitzung des Gemeinschaftskomitees für Gesundheit und Sicherheit besprochen werden sollten,
- eine Abklärung, ob zur Prävention von weiteren Unfällen Sicherheitsvorschriften verändert oder Arbeitsabläufe auf den neuesten Stand gebracht werden müssen,
- Besprechung der Ergebnisse von Sicherheitsabklärungen und korrigierenden Massnahmen an Sitzungen der Unternehmensleitung.

Die Unfalluntersuchung sollte jeweils sicherstellen, dass die Unfallursache gefunden wird. Eine Ursachenanalyse ermöglicht die Aufdeckung der ursächlichen Faktoren, die den Unfall herbeigeführt haben. Dazu muss der Zwischenfall kritisch analysiert und die Frage nach dem wieso gestellt werden. Bei der Untersuchung sollte man sich nie mit dem offensichtlichsten Grund zufrieden geben; zur Aufdeckung der tatsächlichen Ursache sollte mindestens nach zwei weiteren, tiefer liegenden Gründen geforscht werden. Nehmen wir das Beispiel eines Arbeitnehmers, dem ein chemischer Stoff in die Augen spritzt. Die anfängliche Unfalluntersuchung führt zu korrigierenden Massnahmen wie der Vorschrift «Arbeitnehmende sollten beim Verwenden von Chemikalien Schutzbrillen tragen». Wird der Sache jedoch näher auf den Grund gegangen, stellt sich heraus, dass der Arbeitnehmer neu war, nicht ausreichend geschult geworden ist, die Chemikalie keine Aufschrift hatte mit dem Hinweis, dass das Tragen einer Schutzbrille erforderlich ist, und keine Schutzbrillen in der Nähe des Arbeitsplatzes waren. Dieses Beispiel, obgleich simpel, zeigt wie eine Ursachenanalyse die Notwendigkeit umfassenderer Schulung, besserer Beschriftung am Arbeitsplatz und Verfügbarkeit von persönlicher Schutzausrüstung aufdeckt.

Alle Unfälle sollten in der wöchentlichen Sitzung der Unternehmensleitung besprochen werden. Wenn Unfällen – nicht nur deren Meldung sondern auch der Korrektur der Unfallursache – mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird, wird das Verantwortungsbewusstsein der Vorgesetzten, dafür zu sorgen, dass der Zwischenfall nicht

wieder vorkommt, verstärkt. Eine sichtbare Verpflichtung gegenüber einem sicheren Arbeitsumfeld ist für die Prävention von Unfällen von grösster Bedeutung.

Einreichen eines Antrags

Die während der Unfalluntersuchung erfassten Informationen sollten zur Vervollständigung der anfänglichen Unfallmeldung verwendet werden. Der Arbeitgebende sollte nicht den Versuch unternehmen, bei der Erstmeldung die Verletzung zu diagnostizieren. Vermeiden Sie Bemerkungen wie «er hat seinen Knöchel verstaucht». Arbeitgebende sollten nur die Einzelheiten melden, die sie kennen.

Eine gute Methode ist das Verteilen eines Informationsblatts an die Arbeitnehmenden, das ihnen die verschiedenen Schritte im Versicherungsprozess erklärt. Dieses Dokument sollte über den Prozess informieren und darüber, wer beim jeweiligen Schritt zu kontaktieren ist. Dadurch wird Klarheit über die Rollen und Verantwortlichkeiten geschaffen und die auf einen Unfall folgende Unsicherheit abgebaut.

Die gesetzlichen Bestimmungen über die Unfallversicherung des jeweiligen Landes und letzten Endes der jeweiligen Region informieren den Arbeitgebenden darüber, wie bei der Einreichung der Unfallinformation bei der Unfallversicherung vorgegangen werden soll. Allen voran steht die Pflicht, den Unfall so schnell als möglich zu melden, falls externe Gesundheitsdienste hinzugezogen oder die Arbeit angepasst werden musste.

Viele Gesetzgebungen stellen spezielle Formulare zur Verfügung, die zur Erhebung eines Anspruchs ausgefüllt werden müssen. Mindestens folgende Informationen müssen in der Meldung enthalten sein:

- Ereignis und Art des Unfalls
- Datum und Uhrzeit des Unfalls
- Name und Adresse des Arbeitnehmenden
- Unfallort
- Name und Adresse des/der behandelnden Arztes/Ärztin oder der Gesundheitseinrichtung
- Weitere Einzelheiten, die den Unfall betreffen

Falls ein Unternehmen den Anspruch für fragwürdig hält, kann es dies auf dem Formular vermerken und ein Erklärungsschreiben beilegen. Damit ein Anspruch von der Berufsgenossenschaft oder der Unfallversicherung angenommen wird, muss ein/e Arbeitnehmende/r «eine Verletzung (erlitten) und sich ein Unfall (zugetragen haben), der sich aus der Arbeitstätigkeit ergab und während der Arbeit geschah». Bei der Beurteilung des Anspruchs wird die Unfallversicherung untersucht, ob:

- es sich um einen Unfall handelt,
- eine persönliche Verletzung vorliegt,
- Beweise für einen Unfall vorliegen,
- der Unfall sich aus einer Arbeitstätigkeit ergeben hat und während der Arbeit aufgetreten ist,
- die Arbeitsunfähigkeit mit dem Unfall in Verbindung gebracht werden kann.

Das Unfallversicherungssystem wird bei der Entscheidung, ob ein Anspruch berechtigt ist, folgendes in Betracht ziehen:

Anstrengende Arbeitstätigkeit

Wenn der/die Arbeitnehmende eine sehr anstrengende Arbeitstätigkeit verrichten musste, ist ein Kausalzusammenhang wahrscheinlicher, als wenn es sich um eine sehr unkomplizierte Arbeitstätigkeit gehandelt hat. Anstrengende Arbeitstätigkeit an sich ist jedoch allein noch kein Hinweis auf einen Zusammenhang mit der Arbeitstätigkeit; gewöhnlich führen verursachende Umstände zusammen mit der anstrengenden Arbeitstätigkeit zu dem Unfall/der Verletzung.

Erst vor Kurzem vorgenommene Veränderungen

Erleidet ein/e Arbeitnehmende/r infolge einer vor Kurzem vorgenommenen Änderung der Arbeit oder der Art, wie diese ausgeführt werden sollte, in angemessener Frist eine Arbeitsunfähigkeit, kann angenommen werden, dass ein starker Kausalzusammenhang besteht. «Anstrengende Arbeit» kann beispielsweise die Ursache von Arbeitsunfähigkeit sein, wenn diese für den Arbeitnehmenden neu ist.

Unverzügliche Meldung

Wenn ein/e Arbeitnehmende/r kurz nach einem Aufgabenwechsel seinen/ihren Arbeitgebenden über seine/ihre Arbeitsunfähigkeit informiert, weist dies auf einen Kausalzusammenhang hin.

Unverzügliche ärztliche Behandlung

Unverzügliche ärztliche Behandlung unterstützt den Anspruch. Die Unfallversicherung wird nur Leistungen für Arbeitsunfähigkeit zahlen, die vom Arzt unterstützt wird. Hat sich der/die Arbeitnehmende nicht um eine ärztliche Untersuchung bemüht, wird der Anspruch abgewiesen.

Wiederkehrende Bewegungsabläufe

Wenn die Verrichtung der Arbeit ständiges Heben von Gegenständen, Bücken oder Verrenken erfordert, so kann auch ohne speziellen Zwischenfall ein Kausalzusammenhang in Betracht gezogen werden.

Unangenehme Bewegungsabläufe

Wenn die Verrichtung der Arbeit von dem/der Arbeitnehmenden verlangt, sich auf unangenehme Weise zu bewegen, unterstützt dies die Annahme eines Kausalzusammenhangs.

Schlussfolgerungen

Die Anspruchserhebung ist der erste Schritt im Anspruchsprozess bei Arbeitsunfähigkeit. Die Anforderungen der Anspruchserhebung können, je nach dem ob es sich um Berufsunfälle/ Berufserkrankungen oder Nichtberufsunfälle handelt, unterschiedlich sein. In beiden Fällen sind aber ausreichende medizinische Nachweise der Arbeitsunfähigkeit und der Bedarf an Fehlzeit erforderlich.

Literatur

Wilson L, McCutcheon D 2003 Industrial Safety and Risk Management. The University of Alberta Press, Edmonton, Alberta

9. Anspruchs- und Case Management

Lernziele

- Die Prozesse des Anspruchs- und Case Managements verstehen.
- Wissen, wie ein Fall überwacht und verwaltet wird.
- Über externe Ressourcen und verschiedene spezielle Interventionen informiert sein.
- Die Bedeutung von geeigneten Case-Management-Methoden erkennen.
- Den möglichen Einfluss eines guten Case Management verstehen.

Einleitung

Case Management ist ein wichtiger Bestandteil von Disability-Management-Programmen. Case Management sorgt für die fortbestehende Beziehung zwischen allen Parteien. Dadurch wird das Case Management in der Zeit der Abwesenheit und der Genesung einer Person zu einer Art Kommunikationsverbindung zwischen dem/der arbeitsunfähigen Arbeitnehmenden, dem Arbeitsplatz und den Gesundheitsdiensten. Es sollte häufig Kontakt aufgenommen werden, wobei ehrliches Interesse am Arbeitnehmenden gezeigt und der Erwartung Ausdruck gegeben werden sollte, dass der/die Arbeitnehmende die Unternehmensrichtlinien befolgt und sich an geeigneter Behandlung beteiligt. Es sollte klar gemacht werden, dass sich das Unternehmen dazu verpflichtet, alles zu tun, was in seinen Möglichkeiten steht, damit der/die Arbeitnehmende an die Arbeit zurückkehren kann.

Anspruchsmanagement bezieht sich auf die Verarbeitung der Daten des Anspruchs und der Unterlagen, die zur Entscheidung über die Berechtigung des Anspruchs erforderlich sind. Beim Anspruchsmanagement geht es darum, die Berechtigung zu Leistungen zu erteilen und die medizinische Befunddokumentation mit dem Versicherungsplan oder den Versicherungspolicen zu vergleichen. Der Begriff «Anspruchsmanagement» beschreibt die Rolle von Versicherungsgesellschaften als Verwalter der Versicherungspolicen bezüglich Arbeitsunfähigkeit. Anspruchsmanagement befasst sich auch mit der Etappe eines Anspruchs, in der anhand zusätzlicher medizinischer Befunddokumentation entschieden werden muss, ob die Berechtigung zu Leistungen gemäss den Versicherungspolicen oder dem -plan weiter besteht.

Case Management besteht darin, von Beginn des Anspruchs an bis zur Rückkehr an die reguläre Arbeit den Fortschritt der Behandlung und der Genesung zu überwachen. Case Management kann zusammenfassend definiert werden als «das Koordinieren von Dienstleistungen, die eine Person darin unterstützen, ihre Funktionsfähigkeit wiederzuerlangen und ausgenommen bei hoffnungslosen Fällen schlussendlich an die Arbeit zurückzukehren». Wird Case Management vorsichtig und systematisch betrieben, unterstützt es den/die arbeitsunfähige/n Arbeitnehmende/n darin, eine geeignete hochqualifizierte und kostengünstige Behandlung zu bekommen. Case Management wendet Managed-Care-Theorien an, sodass Arbeitnehmende problemlos von einer Genesungsphase in die nächste gelangen, bis sie ihre maximale Funktionsfähigkeit erreicht haben. Je nach Situation kann das Case Management zahlreiche Mitglieder des DM-Teams betreffen.

Anspruchsmanagement

Zum administrativen Teil des Prozesses gehören einige wichtige Elemente wie der Eingang des Anspruchs, die Entscheidung über die Berechtigung des Anspruchs, die Durchsicht der Vertragsbestimmungen, die Frage, ob die medizinische Befunddokumentation ausreichend ist, und die Möglichkeit, Einspruch zu erheben.

Anspruchseingang

Nachdem die Unterlagen eines Anspruchs eingereicht worden sind, werden sie als erster Schritt des administrativen Teils des Anspruchsverfahrens korrekt registriert.

Berechtigung

Die Entscheidung über die Berechtigung des Anspruchs wird in Übereinstimmung mit dem Unfallversicherungsrecht, der Unternehmenspolitik oder den Vertragsbestimmungen der Versicherungsgesellschaft getroffen. Es ist nicht jede/r Arbeitnehmende in jedem Unternehmen für jede Situation versichert. Bei der Entscheidung über die Berechtigung des Anspruchs werden folgende wesentliche Überlegungen gemacht:

Berechtigung aufgrund eines Arbeitsunfalls/einer Berufskrankheit

Diese Art Berechtigung setzt voraus, dass

- der/die Arbeitnehmende beim Unternehmen eingestellt ist,

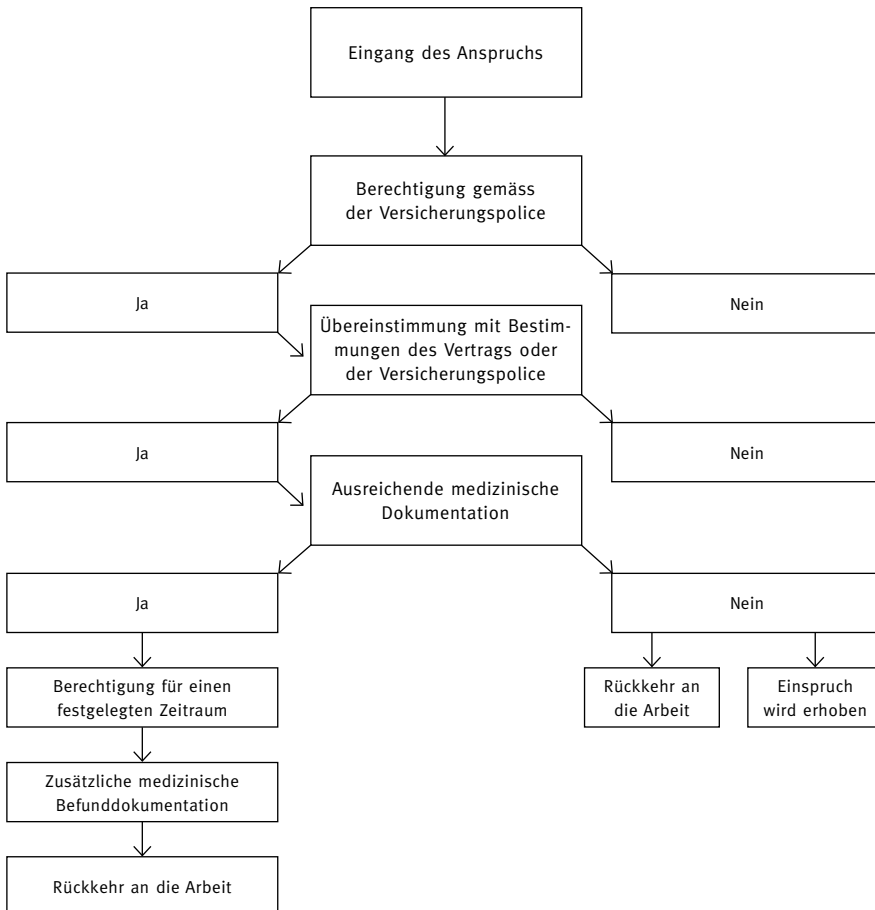
- es sich um eine Arbeitsverletzung oder Berufskrankheit handelt,
- ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden ist und der/die Arbeitnehmende eventuell eine bestimmte Zeit ausfällt.

Berechtigung aufgrund eines Nichtberufsunfalls

Diese Art Berechtigung setzt voraus, dass

- der/die Arbeitnehmende beim Unternehmen eingestellt ist,
- der/die Arbeitnehmende versichert ist, das heisst die Voraussetzungen wie bestimmte Anzahl Wochenarbeitsstunden oder verstrichene Wartezeit erfüllt,
- die Arbeitsunfähigkeit nach dem Inkrafttreten der Versicherungspolice aufgetreten ist.

Abbildung 9.1: Anspruchs-Management-Flussdiagramm



Vertragsbestimmungen oder Versicherungspolicen

Alle Versicherungspläne werden vom Versicherungsrecht, von Versicherungspolicen oder Bestimmungen des Versicherungsplans geregelt. In diesen Dokumenten können bestimmte Ausschlüsse vorgenommen werden. Zum Beispiel wird «Stress» von den meisten Berufsgenossenschaften oder Unfallversicherungen ausdrücklich ausgeschlossen, es sei denn, es handelt sich um posttraumatischen Stress. Ein weiteres Beispiel wäre Schönheitschirurgie, die von vielen Versicherungsplänen für Nichtberufsunfälle oder Krankheit ausgeschlossen wird, wenn sie nicht aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Wenn sich eine Person einer Gesichtsstraffung unterzieht und zur Heilung zwei Wochen abwesend ist, ist sie für diese Zeit nicht für Arbeitsunfähigkeit gedeckt. Häufige Bestimmungen des Vertrags oder der Versicherungspolice umfassen:

- Einschränkungen
- Ausschlüsse, z.B. bei Krieg, Aufständen, Schönheitschirurgie, beim Arbeiten für einen anderen Arbeitgebenden, bei Teilnahme in der Armee oder Inhaftierung
- Verweigerung von Leistungen für schon bestehende Gesundheitsprobleme (bei manchen Policen)
- Zuständigkeit einer anderen Versicherung oder andere Bestimmungen der Versicherungspolice

Ausreichende medizinische Befunddokumentation

Die medizinische Befunddokumentation wird durchgesehen, um entscheiden zu können, ob genügend Information vorhanden ist, um den/die Arbeitnehmende/n aufgrund von Arbeitsunfähigkeit von der Verrichtung seiner/ihrer Arbeit zu befreien; nicht jeder Gesundheitszustand an sich führt zu Arbeitsunfähigkeit. So ist es wichtig, dass die Formulare zur Erstmeldung angemessen und vollständig ausgefüllt werden, um unnötige Verweigerungen von Leistungen zu verhindern. Im Allgemeinen werden Leistungszahlungen für einen bestimmten Zeitraum gewährt; danach wird zur Entscheidung, ob die Berechtigung zu Leistungen fortbesteht, eine zusätzliche medizinische Befunddokumentation benötigt.

Einspruch erheben

Wurde ein Anspruch abgelehnt, kann der/die Arbeitnehmende mit einer zusätzlichen medizinischen Befunddokumentation Einspruch erheben. Diese Informationen müssen zur Begründung der Berechtigung des Anspruchs neu und ungeprüft sein.

Case Management

Wenn der Anspruch angenommen worden ist, kann mit dem Case Management begonnen werden. Case Management sollte nur von Personen durchgeführt werden, die die geeigneten Qualifikationen, Kompetenzen und Kenntnisse haben. Case Management erfordert andere Qualifikationen als die Planung des *Return to Work* (RTW), da mit dem/der Arbeitnehmenden, dem Arbeitsplatz und dem Gesundheitswesen interagiert werden muss, um eine schnelle und angemessene Behandlung garantieren zu können. Disability-Management-Fachpersonen sollten in den Bereichen des Case Management und des Gesundheitswesens geschult sein und Fachkenntnisse darin aufweisen. Zudem sollten sie diese Funktionen in Übereinstimmung mit DM-Prinzipien und -Methoden, ethischen Vorstellungen, Gesetzen und Vorschriften, dem betrieblichen Umfeld und aktuellen bewährten DM-Praktiken ausüben.

Proaktive Interventionen

Das höchste Prinzip des Case Management ist Kommunikation. Durch Kommunikation wird dafür gesorgt, dass der/die Arbeitnehmende gleich zu Beginn der Arbeitsunfähigkeit über die Möglichkeiten, die ihm/ihr zu Verfügung stehen, informiert wird. Wie in McIntyre (2003) erörtert wird, belegen zahlreiche Studien, dass gut informierte und vollständig involvierte Personen besseren Gebrauch der Behandlung machen und bessere Ergebnisse erzielen. Ebenso werden durch Zusammenarbeit im Case-Management-Prozess das Engagement des Arbeitnehmenden und die Kommunikation zwischen Patienten/Patientinnen, Familienangehörigen, Ärzten und dem Arbeitgebenden gefördert. Gut umgesetztes Case Management ist ein fortwährender, proaktiver Prozess, in dem verfügbare Mittel in Betracht gezogen, geplant, eingesetzt, koordiniert, überwacht und bewertet werden, sodass der/die Patient/in die kostengünstige, hochqualifizierte Behandlung erhält, die er/sie braucht, damit das bestmögliche Ergebnis erzielt werden kann.

Das erste und wichtigste Ziel ist es, Fehlzeiten zu verhindern. Nachdem ein Berufsunfall gemeldet, der Unfallbericht verfasst und ärztliche Hilfe, falls notwendig, in

Anspruch genommen worden ist, kann überprüft werden, welche Möglichkeiten zur Verhinderung von Fehlzeiten bestehen. Wenn der/die Arbeitnehmende dazu fähig ist, gewisse Aufgaben zu verrichten, sollte alles daran gesetzt werden, Fehlzeiten zu vermeiden. Wenn der/die Arbeitnehmende in ärztlicher Behandlung steht, sollte ihm/ihr ein Formular zur Beurteilung der Funktionsfähigkeit mitgegeben werden, anhand dessen die anfängliche Arbeitsplatzierung vorgenommen werden kann. Bei Nichtberufsunfällen ist es wichtig, über den gegenwärtigen Gesundheitszustand (physisch oder psychisch) informiert und darauf vorbereitet zu sein, sobald wie möglich die Rückkehr an die Arbeit zu erleichtern.

In Fällen, in denen der/die Arbeitnehmende eine Zeit lang der Arbeit fern zu bleiben braucht, wird je nach Schwere des Gesundheitszustandes und je nach Case-Management-Aktivitäten, die durch die Art des Anspruchs bestimmt werden, ein Zeitplan festgesetzt. Wie Bigos et al. (1989) erörtern, wird es immer unwahrscheinlicher, dass ein/e Arbeitnehmende/r an die Arbeit zurückkehrt, je länger er/sie von der Arbeit abwesend ist. Nur 50 Prozent der Arbeitnehmenden, die für länger als sechs Monate arbeitsunfähig sind, und nur 10–15 Prozent jener, die für länger als ein Jahr von der Arbeit abwesend sind, kehren an die Arbeit zurück.

Bei der Fallbearbeitung kann eine Zuordnung in eine von drei wesentlichen Anspruchsarten, die alle unterschiedliche Interventionsstrategien benötigen, vorgenommen werden.

Bei der ersten Art handelt es sich um eine Abwesenheit von kurzer Dauer aufgrund einer klar definierten, akuten Erkrankung. Betroffene Arbeitnehmende kehren nach der Genesung problemlos an die Arbeit zurück. Ein Beispiel dafür sind Viruserkrankungen wie Grippe; die Genesungszeit dieser Erkrankungen kann klar bestimmt werden und die betroffene Person kehrt gesund und voll leistungsfähig an die Arbeit zurück.

Bei der zweiten Art handelt es sich um Erkrankungen oder Verletzungen, bei denen dem/der Arbeitnehmenden Interventionen zugutekommen. Hier müssen Case-Management-Strategien umgesetzt werden, um dafür zu sorgen, dass die Betroffenen angemessene Behandlung bekommen und an die Arbeit zurückkehren können. Die Betroffenen könnten Unterstützung im Gesundheitssystem benötigen, oder sie brauchen eine Bestätigung, dass Rückkehr an die Arbeit das wichtigste Ziel ist.

Bei der dritten Art handelt es sich um eine Erkrankung, deren Therapie erfolglos war, oder um eine schwächende Erkrankung, die eine Rückkehr an die Arbeit ausschliessen könnte. Das grösste Bedürfnis dieser Gruppe ist es, Unterstützung bei der Suche nach der bestmöglichen Behandlung zu bekommen, einschliesslich sozialer Dienstleistungen.

Bei der Entscheidung, um welche Art Anspruch es sich handelt, durchläuft die DM-Fachperson verschiedene entscheidende Schritte, die im Folgenden erläutert werden.

Erkennung und Einteilung des Anspruchs

Durch den Prozess der Anspruchseinleitung wird erkannt, dass ein/e Arbeitnehmende/r tatsächlich Leistungen infolge Arbeitsunfähigkeit beansprucht. Die Entscheidung über die Berechtigung des Anspruchs erfolgt aufgrund der Bestimmungen zu Arbeitsunfähigkeitsleistungen, seien dies interne Unternehmensrichtlinien, Versicherungspolice oder Bestimmungen des Unfallversicherungsrechts.

Danach sieht die DM-Fachperson die Fälle durch und entscheidet, welche Ansprüche Case-Management-Interventionen benötigen könnten. Dies kann mit einem Triage-Prozess verglichen werden, wo betroffene Personen nach der Schwere ihrer Bedürfnisse in Gruppen eingeteilt werden. Die meisten Ansprüche der ersten Art benötigen über die anfängliche Einschätzung hinaus keine Interventionen.

Erfassen von Informationen

Beim nächsten Schritt geht es um die Erfassung relevanter Informationen zum Fall. Dies umfasst eine Einschätzung der körperlichen und psychischen Verfassung des Arbeitnehmenden, eine Bestimmung des jetzigen Gesundheitszustandes und der Behandlung, die Festlegung, an welchen Mitteln Bedarf besteht, die Erkennung jeglicher Hindernisse zur Behandlung und eine Abschätzung des zeitlichen Ablaufs des RTW. Die DM-Fachperson wird alle Faktoren evaluieren, die den Ausgang des Falls beeinflussen könnten, einschliesslich Arbeitsplatzfaktoren und externer Faktoren. Beim Erfassen von Informationen geht es auch darum, die Jobbeschreibung und die Analyse der Jobanforderungen durchzusehen und jegliche Hindernisse, die früher und sicherer Rückkehr an die Arbeit im Weg stehen, zu erkennen.

Planung

Die DM-Fachperson entscheidet dann, ob ein Case Management angebracht ist. Die DM-Fachperson (oder Case Manager/in) wird:

- den Kontakt mit dem/der verletzten oder erkrankten Arbeitnehmenden, den Arbeitsplatzparteien und den Gesundheitsdiensten aufrechterhalten,
- beurteilen, welche medizinischen, psychologischen und externen Faktoren die Arbeitsunfähigkeit beeinflussen,
- Warnzeichen und Hindernisse erkennen,
- die Behandlung und die Reaktion auf die Behandlung überprüfen,
- die Behandlung und das Einholen von unabhängigen Einschätzungen (falls erforderlich) erleichtern,
- die wichtigsten Aufgaben des Jobs überprüfen und auf die Fähigkeiten des/der Arbeitnehmenden abstimmen,
- die Rückkehr an die Arbeit erleichtern,
- angemessene RTW-Pläne ausarbeiten und auf Erfolg überprüfen,
- arbeitsbezogenes Konditionstraining veranlassen,

- Rehabilitationsalternativen überprüfen, falls eine Rückkehr an die angestammte Arbeit nicht möglich ist,
- Daten erfassen, um die Kosteneffizienz von DM-Interventionen aufzuzeigen.

Kontakt mit verletzten/erkrankten Arbeitnehmenden, Arbeitsplatzparteien und Gesundheitsdienstleistern

Der/die arbeitsunfähige Arbeitnehmende spielt eine aktive Rolle im gesamten Prozess. Er/sie sollte dazu ermutigt werden, aktiv eine angemessene Behandlung zu verfolgen und so schnell wie möglich an die Arbeit zurückzukehren.

Wenn das Unternehmen eine DM-Fachperson eingestellt hat, hat diese die Aufgabe, die Kommunikation mit allen relevanten Parteien zu koordinieren. Dazu gehört die Vergewisserung, dass sich der/die Arbeitnehmende auf seine/ihre Rückkehr an die Arbeit konzentriert. Zudem ist es von grosser Bedeutung, die Gesundheitsdienstleistungen zu koordinieren, damit dafür gesorgt ist, dass der/die Arbeitnehmende zur Unterstützung seiner Genesung die bestmögliche ärztliche Betreuung bekommt. Beim Case Management handelt es sich um einen Interventionsprozess mit klarem Ziel. Informationen werden erfasst und bewertet, um die Bedürfnisse des/der Arbeitnehmenden zu bestimmen. Case Management befasst sich mit allen wesentlichen Faktoren, die einen Einfluss auf die Fehlzeit haben können, sowie mit jeglichen Hindernissen im RTW-Prozess. Die DM-Fachperson erleichtert die Planung der Behandlung und die Wahl der Mittel. Dazu ist es notwendig, einen Plan auszuarbeiten, der die Wiedereinführung des/der Arbeitnehmenden in den Arbeitsplatz zum Ziel hat.

Vertreter der Arbeitnehmenden, wie Gewerkschaften, könnten auch eine Rolle im DM-Programm haben, insbesondere dann, wenn es für den/die Arbeitnehmende/n an der Zeit ist, an die Arbeit zurückzukehren. Es ist von grossem Vorteil, wenn diese Arbeitnehmervertreter/innen die Ziele und den positiven Nutzen des Programms kommunizieren.

Beurteilung der medizinischen, psychologischen und externen Einflussfaktoren auf die Arbeitsunfähigkeit

Lowery (2002) bespricht einige Komponenten des Case Management, der Früherkennung und Prävention von Komplikationen, der Beseitigung von medizinischen und psychologischen Hindernissen des Genesungsprozesses sowie der Unterstützung zu rechtzeitiger Rückkehr an die Arbeit. Durch Interventionen kann in zahlreichen Gebieten Unterstützung gegeben werden. Das könnte bedeuten, einen Untersuchungstermin bei einer Spezialistin oder einem Spezialisten zu ermöglichen, geeignete Mittel einzusetzen, eine Zweitmeinung einzuholen, Behandlungsinterventionen zu erleichtern, Schulung für den/die Arbeitnehmende/n zu veranlassen, gegenwärtige Fähigkeiten zu erkennen und den Arbeitsplatz auf mögliche

modifizierte Arbeit und Anpassungsmöglichkeiten der Arbeit zu untersuchen. Die DM-Fachperson kann den/die abwesenden Arbeitnehmende/n darin unterstützen, sich im Gesundheitswesen zurechtzufinden. Sie hat wahrscheinlich schon vielen arbeitsunfähigen Arbeitnehmenden durch den Irrgarten des Gesundheitswesens geholfen, wohingegen die betroffene Person das erste Mal von Arbeitsunfähigkeit betroffen ist, was diese Hilfe ausserordentlich wertvoll macht.

Der beste Ansatz dabei ist die Konzentration auf die Funktionsfähigkeit der betroffenen Person und nicht die Behandlung. Es ist wichtig, dass der Erwartung einer Rückkehr an die Arbeit klar Ausdruck gegeben wird. Der verständliche DM-Aktionsplan sollte dokumentiert und regelmässig aktualisiert werden. Für ein effizientes Case Management ist Dokumentation von grösster Bedeutung, da dadurch

- ein Überblick über den Status des Anspruchs und die erforderlichen Dienstleistungen gegeben wird,
- ein gutes Hilfsmittel zur Kommunikation zwischen den Parteien bereitgestellt wird und
- eine Grundlage für die Planung der Genesung gelegt wird.

Es ist wichtig zu erwähnen, dass alle Informationen zur Arbeitsunfähigkeit vertraulich behandelt werden sollten.

Erkennen von Warnzeichen und Hindernissen

Folgendes könnte darauf hinweisen, dass sich der Fall gemäss dem Case-Management-Plan in die Länge ziehen oder keinen Fortschritt erzielen könnte:

- Ein vager oder schlecht umrissener Behandlungsplan mit verschiedenen Diagnosen
- Ein Problem mit Fehlzeiten vor der Arbeitsunfähigkeit
- Ein unentschiedener Rechtsstreit
- Wenn die geplante Dauer der Arbeitsunfähigkeit sechs Wochen übersteigt
- Leistungs- und Disziplinierungsprobleme
- Mangelnde klinische Untersuchungen zur Unterstützung des Gesundheitszustandes
- Verzögerung der Rückkehr an die Arbeit
- Ärzteshopping
- Nichtbefolgen des Behandlungsplans

Überprüfung der Behandlung und der Reaktion auf die Behandlung

Im Mittelpunkt eines jeden Case Management steht ein auf proaktive Interventionen ausgerichtetes Care Management. Dies kann extern oder intern durchgeführt werden und beinhaltet folgende Aufgaben:

- Koordinieren und Überwachen von medizinischen Diensten und Rehabilitationsdienstleistungen

- Ausarbeiten des Genesungsplans und der Tätigkeiten zur Koordinierung des Falles zwischen dem Arbeitnehmenden und den Gesundheitsdiensten
 - Erstellen von Plänen für Übergangsarbeit zusammen mit dem Arbeitnehmenden, der Unternehmensleitung, behandelnden Ärzten/Ärztinnen und Vertretungen der Arbeitnehmenden (falls notwendig)
 - Koordinieren von unabhängigen ärztlichen Gutachten und Evaluierung der Funktionsfähigkeit
 - Durchsicht von Informationen der Arbeitsanalyse, um herauszufinden, welche Art Arbeit der/die Arbeitnehmende verrichten kann,
 - Berufseinschätzungen veranlassen, um übertragbare Fähigkeiten zu evaluieren.
- Case Management wird auf einer multidisziplinären Plattform ausgeführt und erfordert die Zusammenarbeit mit allen wesentlichen Parteien, um das bestmögliche Ergebnis garantieren zu können. Der/die Case Manager/in ist die Verbindungsperson im System, um Probleme zu lösen, denen Arbeitnehmende oder Arbeitgebende in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit begegnen. Beim Case Management werden verfügbare Dienstleistungen, die auf die gesundheitlichen Bedürfnisse der betroffenen Person ansprechen und eine frühe und sichere Rückkehr an die Arbeit unterstützen, eingeschätzt, geplant, eingesetzt, koordiniert, überwacht und beurteilt.

Erleichterung der Behandlung und des Einholens einer unabhängigen Einschätzung

Der Einsatz von bevorzugten Leistungserbringern

Bei der Bemühung, dafür zu sorgen, dass Arbeitnehmende eine angemessene Behandlung bekommen, sind Arbeitgebende und Third Party Administrators strategische Bündnisse mit bevorzugten Leistungserbringern eingegangen. Bevorzugte Leistungserbringer kann es in jedem Bereich, von der Physiotherapie bis hin zur psychologischen Beratung, geben. Die Absicht dahinter ist es, bevorzugten Zugang zu Dienstleistungen zu bekommen, die den Erwartungen entsprechen und messbare Ergebnisse hervorbringen.

Bei der Auswahl von bevorzugten Leistungserbringern sollte unbedingt beachtet werden, ob diese das Case Management und die RTW-Philosophie einer frühen und sicheren Rückkehr an die Arbeit unterstützen. Wenn Sie sich mit einer leistungserbringenden Einrichtung zusammenschließen, die diese Philosophie nicht unterstützt, kann dies verheerende Folgen haben. Folgendes Beispiel zeigt, wie solche Beziehungen fehlschlagen können: Eine Physiotherapiepraxis wurde vom Unternehmen inspiziert und ausgewählt. Es wurde vereinbart, dass die Praxis den Arbeitnehmenden des Unternehmens eine unumgängliche Behandlung garantiert. Die Physiotherapiepraxis sah sich im Unternehmen um, arbeitete an einer betriebsinternen Schulung zum Thema «Ergonomie» mit, um alle Arbeitnehmenden

darin zu unterstützen, ihre Arbeit effizienter auszuführen, und wurde mit Möglichkeiten für modifizierte Arbeit vertraut gemacht. Einige Arbeitnehmende wurden danach in die Physiotherapiepraxis zur Behandlung geschickt. Anstatt die Philosophie des Unternehmens einer frühen und sicheren Rückkehr an die Arbeit zu übernehmen, zeigte die Physiotherapeutin allzu viel Verständnis. Sie teilte bei Diskussionen die Ansicht der Arbeitnehmenden, dass die Arbeit zu eintönig und von Natur aus schwierig sei, und erklärte, dass sie einen solchen Job nicht ausüben möchte. Sie ermutigte die Arbeitnehmenden nicht, neue Methoden auszuprobieren, die die Verrichtung der Arbeit einfacher machen würden, unterstützte auch eine frühe Rückkehr an die Arbeit nicht, und so kam es zu verlängerten Fehlzeiten und mangels eines auf die Arbeit abgestimmten Konditionstrainings zu einer Erweiterung der Behandlungsprogramme. Dieses Beispiel zeigt auf, wie wichtig es ist, dass die bevorzugten Leistungserbringer sich nicht nur den Arbeitsplatz anschauen, sondern auch die Philosophie einer frühen und sicheren Rückkehr an die Arbeit verstehen.

Die Rolle von unabhängigen ärztlichen Einschätzungen und Evaluierungen der Funktionsfähigkeit

Falls der Gesundheitszustand komplex ist, die Genesungszeit sich den anfänglichen Prognosen oder den Richtlinien über die Dauer von Arbeitsunfähigkeit nähert oder diese schon übertrifft oder falls eine Zweitmeinung erforderlich ist, sollte die Möglichkeit einer unabhängigen ärztlichen Einschätzung oder einer Evaluierung der Funktionsfähigkeit in Betracht gezogen werden. In Knoblauch und Strasser (2002) wird eine unabhängige ärztliche Einschätzung definiert als eine umfassende Evaluierung des Gesundheitsproblems durch eine medizinische Fachperson, die kein Interesse an einer weiterführenden Behandlung des betroffenen Arbeitnehmenden hat und sich damit einverstanden erklärt, auf eine solche zu verzichten.

Dabei handelt es sich um eine Untersuchung, die von jemand anderem als dem/der Betriebsarzt bzw. -ärztin vorgenommen wird. Wichtig dabei ist, dass der/die unabhängige Arzt/Ärztin auf dem Gebiet der gesundheitlichen «Angelegenheit» qualifiziert ist. Es sollte untersucht werden, ob die Erbringer einer unabhängigen Einschätzung auf dem richtigen Gebiet spezialisiert sind, geeignete Referenzen, Fachkenntnisse und Erfahrung aufweisen können, einen guten Ruf haben, unvoreingenommen und darauf vorbereitet sind, die Einschätzung in einer angemessenen Zeit durchführen zu können. Eine unabhängige Einschätzung kann angebracht sein, wenn:

- der/die Arbeitnehmende keine Fortschritte macht und eine Zweitmeinung nützlich sein könnte,
- die gegenwärtige Arbeitsunfähigkeit verlängert wird und keine offensichtliche Lösung besteht,

- Bedarf besteht, die anfängliche oder längerfristige Fähigkeit, an die Arbeit zurückzukehren, abzuklären,
- ernsthafte Zweifel daran bestehen, dass die anfängliche Verletzung oder die andauernde Arbeitsunfähigkeit mit dem Unfall in Verbindung steht.

Eine Kopie der Jobbeschreibung mit Einzelheiten zu spezifischen körperlichen Anforderungen, falls vorhanden, und Informationen über alternative, modifizierte Arbeit sollten dem/der unabhängigen Arzt/Ärztin vor dem Termin zugesandt werden.

Bei einer Abklärung der Funktionsfähigkeit handelt es sich um eine objektive Methode zur Einschätzung der körperlichen Fähigkeiten und Grenzen. Eine solche Evaluierung wird von medizinischen Fachpersonen, im Allgemeinen von Physiotherapeutinnen, Arbeitstherapeuten oder Bewegungstherapeutinnen, durchgeführt. Diese können die körperliche Belastbarkeit und die körperlichen Fähigkeiten messen und dabei helfen, Behandlungsmöglichkeiten zu erkennen, die zu besseren Ergebnissen führen könnten.

Wenn es sich um Berufsunfall oder -erkrankung handelt, ist der/die Arbeitnehmende (in Kanada, Anm. des Lektorats) von Gesetzes wegen dazu verpflichtet, an einer unabhängigen ärztlichen Einschätzung oder einer Abklärung der Funktionsfähigkeit teilzunehmen. Ist der/die Arbeitnehmende nicht dazu bereit, sollte man ihn/sie kontaktieren, um den Grund der Verweigerung zu erfahren. Ist dieser Grund nicht akzeptabel, sollte Einspruch erhoben werden und dem/der Arbeitnehmenden angekündigt werden, dass er/sie gegen das Gesetz verstößt und somit riskiert, seine/ihre Leistungen zu verlieren. Die Verweigerung und deren Umstände sollten der Berufsunfallversicherung gemeldet werden.

Handelt es sich um einen Nichtberufsunfall, könnte der/die Arbeitnehmende je nach Wortlaut der Versicherungspolice und/oder des Versicherungsvertrags zu einer unabhängigen ärztlichen Einschätzung oder einer Evaluierung der Funktionsfähigkeit verpflichtet sein.

Ziel einer unabhängigen ärztlichen Einschätzung oder einer Evaluierung der Funktionsfähigkeit ist es, die Fragen zu beseitigen und eine glaubwürdige Meinung eines Arztes/einer Ärztin einzuholen, die von der Berufsunfallversicherung, dem Arbeitgebenden und dem Arzt/der Ärztin des/der Arbeitnehmenden akzeptiert wird.

Folgende Informationen sollten dem/der Mediziner/in, der/die die unabhängige Einschätzung macht, zugesandt werden:

- Ein Begleitbrief, der die zu klärenden Fragen zum Gesundheitsproblem angibt
- Informationen über den/die Arbeitnehmende/n
- Ein chronologischer Überblick über die Krankheitsgeschichte
- Unterlagen mit Einzelheiten über den Unfallhergang und die ursprünglichen Verletzungen
- Eine Kopie des Anspruchsformulars der Berufsunfallversicherung (falls erhältlich)

- Andere Informationen, die bekannt gegeben werden können, wie RTW-Verzögerungen
- Eine Beschreibung der angestammten Arbeit und Analysen der körperlichen Anforderungen des Jobs
- Eine Liste der Fragen, die beantwortet werden sollten

Nach einer unabhängigen ärztlichen Einschätzung oder einer Evaluierung der Funktionsfähigkeit besteht die Aufgabe des/der Case Manager/in darin, die Informationen über die Fähigkeiten und Grenzen des Betroffenen durchzusehen und mit den Stellenanforderungen zu vergleichen. Dabei werden die Fähigkeiten des Arbeitnehmenden ganz einfach den Arbeitsanforderungen gegenübergestellt. Wenn die Fähigkeiten nicht mit den Arbeitsplatzanforderungen des Arbeitnehmenden übereinstimmen, kann anhand dieser Informationen abgeklärt werden, ob die Fähigkeiten des/der Arbeitnehmenden mit den Anforderungen einer alternativen Arbeitsstelle im Unternehmen übereinstimmen.

Überprüfung der wichtigsten Aufgaben der Arbeit und Abstimmung auf die Fähigkeiten des Arbeitnehmenden

Ist der/die Arbeitnehmende dazu fähig, an die Arbeit zurückzukehren, können die wesentlichen Aufgaben des Jobs auf seine/ihre Fähigkeiten abgestimmt werden. Dieser Prozess sorgt dafür, dass das Risiko einer erneuten Verletzung an der Arbeit verringert wird.

Erleichterung der Rückkehr an die Arbeit

Die Rückkehr an die Arbeit kann ganz unkompliziert vollzogen werden, wenn ein/e Arbeitnehmende/r nach seiner/ihrer Genesung voll leistungsfähig an seine Arbeit zurückkehrt. Es ist wichtig, dass den Vorgesetzten die RTW-Daten unverzüglich gemeldet werden, damit der Einsatz der Arbeitskraft angemessen geplant werden kann.

Ausarbeiten angemessener RTW-Pläne und Überprüfung auf Erfolg

Wenn ein/e Arbeitnehmende/r eine Übergangsarbeit oder eine modifizierte Arbeit benötigt, sollte ein deutlicher RTW-Plan aufgestellt werden, der auf der Fähigkeit des/der Arbeitnehmenden beruht, die wesentlichen Aufgaben des Jobs verrichten zu können. Der Übergang zu der angestammten Arbeit sollte sowohl von medizinischer Seite als auch vonseiten des Unternehmens überwacht werden.

Veranlassen von arbeitsbezogenem Konditionstraining

Arbeitsunfähig gewordene Arbeitnehmende verlieren oft ihre körperliche Fitness, wenn sie der Arbeit längere Zeit fernbleiben. Die Arbeitstätigkeit wird vielleicht Muskeln beanspruchen, die während der Abwesenheit nicht gebraucht worden

sind. Arbeitsbezogene Konditionstrainings sind meist Erweiterungen der Physiotherapie und tragen dazu bei, die körperliche Belastbarkeit des Arbeitnehmenden im Hinblick auf arbeitsbezogene Tätigkeiten zu verbessern. Arbeitsbezogenes Konditionstraining kann in der Physiotherapiepraxis oder betriebsintern durch einen schrittweisen Aufbau von Tätigkeiten durchgeführt werden. Findet das arbeitsbezogene Konditionstraining in der Praxis statt, so wird empfohlen, mithilfe speziellen Materials die Arbeitstätigkeit zu simulieren oder gar eine Nachbildung des Arbeitsplatzes oder der Fertigungsstrasse zur Verfügung zu haben, um das arbeitsbezogene Konditionstraining so relevant und spezifisch wie möglich zu machen.

Prüfen von Rehabilitationsalternativen, falls eine Rückkehr an die angestammte Arbeit nicht möglich ist

Es wird vorkommen, dass der/die Arbeitnehmende nicht an die angestammte Arbeit oder vielleicht sogar nicht zum gleichen Arbeitgebenden zurückkehren kann. Ist dies der Fall, sollten unbedingt Rehabilitationsalternativen geprüft werden. Diese Einschätzung sollte persönliche Faktoren, übertragbare Kompetenzen, Eignungstests, Interessenabklärungen, Berufs- und Bildungsfaktoren, medizinische, psychosoziale und finanzielle Faktoren einbeziehen.

Erfassen von Daten, um die Kosteneffizienz von DM-Interventionen aufzuzeigen

Die DM-Fachperson wird statistische Gesamtdaten erfassen, um das Programm zu stützen sowie dessen Kosteneffizienz und dessen Vermögen, gesteckte Ziele zu erreichen, nachzuweisen. Auf den einzelnen Fall bezogen ist es hilfreich, die Auswirkungen der DM-Interventionen aufzuzeigen. Dies kann erreicht werden, indem die Anspruchskosten ohne jegliche Intervention abgeschätzt und mit den Anspruchskosten mit Interventionen verglichen werden.

Schlussfolgerungen

Sind die Ziele des Case Management erreicht, kann der Fall abgeschlossen werden. Anspruchs- und Case Management sind wichtige Bestandteile des DM-Programms. Sie sorgen von Beginn der Arbeitsunfähigkeit an bis zum Zeitpunkt, an dem der Arbeitnehmende bereit ist, an die Arbeit zurückzukehren, für die notwendigen Interventionen. Interventionen während dieser Zeit des Anspruchs tragen dazu bei, die Dauer des Anspruchs zu verkürzen.

Literatur

Bigos S J, Spengler D M, Martin N A 1989 Low back pain in industry: a retrospective study.

Spine 11:252–256

Knoblauch D J, Strasser P B 2002 Managing employee health problems – optimal use of independent medical evaluations. American Association of Occupational Health Nurses Journal 50(12):549–552

Lowery S 2002 Case management: you really do get what you pay for. Business and Health Institute, 3 October, 1–6

McIntyre K L A 2003 Managing large claims down to size. Business and Health, 1 August, p 21

Workplace Safety and Insurance Board 2004a Operational Policy. Ontario (<http://www.wsib.on.ca>)

Workplace Safety and Insurance Board 2004b The Workplace Safety and Insurance Act. Ontario

<http://www.wsib.on.ca>



10. Return to Work

Lernziele

- Fälle nach der Komplexität der Rückkehr an die Arbeit unterscheiden können.
- Die Rolle von Schlüsselindikatoren im RTW-Prozess verstehen.
- Erkennen, wie wichtig es ist, die Lücke zwischen der Genesung und der Rückkehr an die Arbeit zu schliessen.

Einleitung

Obwohl Disability Management (DM) viel mehr umfasst als das *Return to Work* (RTW) allein, bleibt diese Tätigkeit die sichtbarste der DM-Programme. Gewiss ist es ein Gebiet, auf dem viele Erfolgsgeschichten geschrieben werden. *Return to Work* ist jedoch kein eindimensionaler Prozess. Es weist in der Tat mehrere Dimensionen auf und reicht vom einfachsten Fall zu den komplexesten Interventionen.

Einfaches Return to Work

In vielen, ja sogar den meisten Fällen wird sehr wenig Unterstützung gebraucht, damit jemand an die Arbeit zurückkehren kann. Die Fälle werden komplexer und schwieriger zu lösen, wenn nicht so schnell wie möglich gehandelt wird. Es ist durchaus möglich, dass die Rückkehr an die Arbeit ohne Unterstützung einer DM-Fachperson arrangiert werden kann. Wenn der/die behandelnde Arzt/Ärztin klare Einschränkungen festlegt und diese von Natur aus geringfügig sind, kann der/die Arbeitnehmende dem Unternehmen diese Informationen weiterleiten und schon kann die Rückkehr an die Arbeit arrangiert werden.

Ein Arbeiter zieht sich beispielsweise eine Knochensplinterung im Daumen seiner schwächeren Hand zu. Er erhält geeignete erste Hilfe und in der Notfallstation dann ein paar Stiche. Er geht am folgenden Tag zu seinem Arzt, der ihm verordnet, zuhause zu bleiben, bis die Wunde geheilt ist. Drei Tage später meint der Arzt, dass er an die Arbeit zurückkehren kann, falls er seine Hand im Trockenen behält und einen Schutzhandschuh trägt. Der Arbeiter informiert seinen Vorgesetzten darüber, der sich mit der Personalabteilung abspricht. Es können ohne Weiteres

Anpassungen vorgenommen werden, sodass der Arbeiter problemlos an die Arbeit zurückkehren kann. Eine solche Lösung setzt eine gute Kommunikation zwischen dem Arbeiter, seinem Arzt und dem Arbeitgebenden voraus. In den meisten Unternehmen ist die Kommunikation auf einem solchen Niveau. Komplizierter wird es jedoch, sobald eine Versicherungsgesellschaft involviert ist.

Wenn der Vorfall einer Berufsunfallversicherung gemeldet werden muss, was in den meisten Ländern der Fall ist, ist es durchaus möglich, dass der gesamte Prozess in die Länge gezogen wird. In einigen Fällen wäre die Schreibearbeit zur Meldung einer solchen Verletzung erst dann abgeschlossen, wenn der Arbeiter aus unserem Beispiel schon längst wieder an die Arbeit zurückgekehrt ist. Auch wenn der Arbeitgebende den Vorfall unverzüglich der Berufsunfallversicherung meldet, ist es durchaus möglich, dass der Leistungsträger Tage, wenn nicht Wochen braucht, um über die Berechtigung des Anspruchs zu entscheiden. Dies kann ein genügend langer Zeitraum für das Aufkommen anderer Probleme sein, wie emotionaler Frustration, was den Anspruch wiederum in die Länge ziehen könnte. Genau deshalb konzentrieren sich DM-Fachpersonen darauf, Lösungen zwischen dem/der Arbeitnehmenden und dem/der Arbeitgebenden zu finden, ohne auf das Handeln der Versicherung zu warten. Es ist nicht unbekannt, dass Versicherungen Wochen brauchen, um eine solche Entscheidung zu fällen, und es besteht kein Grund, wieso der/die Arbeitgebende, der/die Arbeitnehmende und der/die behandelnde Arzt/Ärztin sich nicht darauf einigen könnten, schneller zu handeln. Es gibt immer die Möglichkeit, dass die Versicherung den Anspruch zurückweist. Die Kosten werden jedoch wesentlich geringer ausfallen, wenn dabei die Initiative ergriffen wird und der Verlust an Einkommen auf ein Minimum reduziert wird. In gewerkschaftlich organisierten Unternehmen ist die Gewerkschaft im Idealfall an der Planung der Rückkehr an die Arbeit beteiligt, auch wenn diese so unkompliziert ist wie im genannten Beispiel.

Leicht komplexere Fälle

Im Allgemeinen ist die Genesungsdauer ausschlaggebend dafür, dass unkomplizierte Fälle ein komplexeres Ausmass annehmen. Wenn eine Person infolge einer Verletzung mehrere Wochen von der Arbeit abwesend sein wird, sollten bestimmte Schritte unternommen werden, um das Auftreten von Komplikationen auf ein Minimum zu reduzieren (Kasten 10.1).

Fälle mittlerer Komplexität

Fälle mittlerer Komplexität bedürfen definitionsgemäss einer temporären Anpassung des Arbeitsplatzes oder des Arbeitsplans. Es ist zu bemerken, dass es sich dabei um Änderungen am Arbeitsplatz handelt und nicht um Anpassungen, die

der/die Arbeitnehmende selbst vornehmen muss. Es kommt nämlich oft vor, dass der/die Arbeitnehmende darum gebeten wird, selbst Anpassungen vorzunehmen, obwohl es ganz klar die moralische, vielleicht sogar die vertragliche oder gesetzliche Pflicht des/der Arbeitgebenden ist, dies zu tun (Kasten 10.2).

Komplexe Fälle

Komplexe Fälle unterscheiden sich dadurch von weniger komplexen Fällen, dass das Wesen der Arbeitsunfähigkeit es sehr schwierig macht, Anpassungen vorzunehmen. Dies kann infolge einer sehr unangenehmen Verletzung oder einer Nebenerscheinung wie eines psychischen Traumas der Fall sein (Kasten 10.3).

Langfristige Abwesenheit

Langfristige Abwesenheiten sind eine riesige Herausforderung. Häufig werden arbeitsunfähige Personen kurz vor Ablauf einer Frist von zwei Jahren an eine DM-Fachperson überwiesen, nämlich dann, wenn aus der Arbeitsunfähigkeit eine Erwerbsunfähigkeit wird, das heisst, wenn es nicht mehr um die Unfähigkeit, in der bisherigen Arbeit tätig zu sein, geht, sondern vielmehr um die allgemeine Unfähigkeit, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Dabei handelte es sich meist um Personen, die lange von der Bildfläche verschwunden waren, weil sie anfangs als zu krank oder zu verletzt angesehen worden waren. Bekommt eine Person einmal eine Invalidenrente, hören viele Arbeitgebende damit auf, sie zu unterstützen. Dies wird von der Haltung vieler Gewerkschaften noch verstärkt, die verlangen, dass die Leute, wenn sie einmal eine Invalidenrente beziehen, in Ruhe gelassen werden. Diese Forderung rührt von der falschen Vorstellung her, dass eine Person, die eine Invalidenrente bezieht, wahrscheinlich nie mehr an die Arbeit zurückkehren wird und allein gelassen werden sollte, um ihr Leben so gut sie kann weiterzuleben – dieser Gedankengang ist falsch. Invalidenrenten sind kein hundertprozentiger Einkommensersatz. Der Lebensstil vieler langfristig erwerbsunfähiger Menschen wird allmählich immer armseliger; sie geben jegliche Rehabilitationsbemühungen auf.

Kasten 10.1 Entscheidende Schritte, um das Auftreten von Komplikationen während einer verlängerten Abwesenheit von der Arbeit auf ein Minimum zu reduzieren

1. Verletzte Arbeitnehmende müssen unverzüglich ausgezeichnete medizinische Betreuung erhalten. Es ist von äusserster Wichtigkeit, dass zu diesem Zeitpunkt keine Verzögerungen auftreten. Arbeitnehmende und deren Familien müssen die Gewissheit haben, dass zu diesem Zeitpunkt keine Ausgaben gescheut werden, damit für das Überleben und die Betreuung der verunfallten Person gesorgt ist. Unverzögliche erste Hilfe, Transport ins Kranken-

- haus etc. sind zu diesem Zeitpunkt entscheidend.
2. Sobald der Gesundheitszustand der Arbeitnehmenden stabil ist, müssen sie wissen, dass ihre Bedürfnisse und die Bedürfnisse ihrer Familie gedeckt sind. Zu diesem Zeitpunkt können Informationen über die Berufsunfallversicherung des Unternehmens und den DM-Prozess erbracht werden. Es ist entscheidend, dass dabei taktvoll und mit höchster Diskretion vorgegangen wird. Dennoch ist es wichtig, dass der/die Arbeitnehmende so früh wie möglich im Prozess informiert wird, sodass kein zusätzlicher Stress den Verlauf der Genesung beeinträchtigt.
 3. Die Betreuung des/der Arbeitnehmenden sollte überwacht werden. Jegliche Probleme mit Leistungszahlungen, der Behandlung, der Familie etc. müssen angesprochen und gelöst werden. Es ist von grösster Bedeutung, dass der/die Arbeitgebende in Kontakt mit dem/der Arbeitnehmenden bleibt und so dessen Stellung als Mitarbeiter/in, der/die einen entscheidenden Beitrag an die Geschäftstätigkeit des Unternehmens leistet, erhalten bleibt. Dieser simple und doch oft übersehene Schritt im Prozess ist höchst erfolgversprechend, wenn der/die Arbeitnehmende sich weiterhin als Teil des Unternehmens sieht, anstatt das Gefühl zu haben, ignoriert und beiseitegeschoben zu werden. Dieser Kontakt kann von Mitarbeitenden, Gewerkschaftsmitgliedern sowie anderen Vertretern des Unternehmens, die sich beim Arbeitnehmenden erkundigen, gefördert werden.
 4. Die Planung des *Return to Work* sollte beginnen. Es sollten beim Arzt/bei der Ärztin, beim Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden Informationen über potenzielle Hindernisse einer erfolgreichen Rückkehr an die Arbeit gesammelt werden. Die Bestimmungen von Tarifverträgen und RTW-Vereinbarungen sollten durchgesehen werden. Wenn zu diesem Zeitpunkt viel Arbeit geleistet wird, kann dadurch der Weg zu einer problemlosen Rückkehr an die Arbeit geebnet werden, wenn der/die Arbeitnehmende dann bereit dazu ist.
 5. Vorbereitungen für das *Return to Work* treffen. Bereiten Sie den/die Arbeitnehmende/n, die Mitarbeitenden, Vorgesetzten etc. auf die bevorstehende Rückkehr an die Arbeit vor. Es ist unbedingt erforderlich, dass jeder, der Kontakt mit dem/der zurückkehrenden Arbeitnehmenden haben könnte, sich dessen Einschränkungen bewusst ist. Dabei muss Vertraulichkeit bewahrt werden; Informationen, die jedoch gegeben werden können, tragen dazu bei, dass alle zusammenarbeiten, um für ein erfolgreiches Ergebnis zu sorgen.
 6. Das *Return to Work* sollte so gestaltet werden, dass der Weg zurück an die Arbeit, die der/die Arbeitnehmende vor seiner Verletzung oder Erkrankung verrichtet hat, erleichtert wird. Bei relativ unkomplizierten Fällen ist allenfalls eine schrittweise Rückkehr an die angestammte Arbeit bzw. ein *Graduate Return to Work* (GRTW) erforderlich. Es gibt zwei Fehler, die dabei häufig

gemacht werden. Der erste besteht darin, dass die Dauer der allmählichen Rückkehr an die Arbeit vorherbestimmt wird und zum Beispiel entschieden wird, dass sie sechs Wochen dauern wird. Wir sind der Meinung, dass am Anfang höchstens mit sechs Wochen gerechnet werden soll, in vielen Fällen mag es weniger lang dauern. Wenn ein Zeitraum von sechs Wochen nicht realistisch scheint, sollte der Versuch einer allmählichen Rückkehr an die Arbeit noch nicht unternommen werden. Verständlicherweise sind sehr komplizierte oder lang dauernde Vereinbarungen über eine allmähliche Rückkehr an die Arbeit für den Arbeitgebenden frustrierend. Das Fehlschlagen eines *Graduate Return to Work* ist oft auf eine zu frühe Rückkehr zurückzuführen, bevor der Arbeitnehmende die Funktionsfähigkeit dazu hat. Der zweite Fehler besteht darin, nicht dazu bereit zu sein, auftretende Probleme anzugehen. Es geschieht häufig, dass der Arbeitnehmende während des Prozesses Schwierigkeiten begegnet. Es ist besser, diese bei ihrem Auftreten, wenn möglich am Arbeitsplatz, anzugehen und das GRTW weiterzuführen, als aus dem Prozess auszusteigen und zu einem späteren Zeitpunkt nochmals damit anzufangen. Jede fehlgeschlagene allmähliche Rückkehr an die Arbeit macht es für alle Beteiligten noch viel schwieriger, einen erneuten Versuch zu starten. Hier gilt die englische Redewendung *Failing to plan is planning to fail*. *Graduate Return to Work* ist ein wirksames Werkzeug, das zusammen mit einer guten Planung, Evaluierung und einer Verpflichtung zu Erfolg eingesetzt werden sollte. GRTW wird keineswegs bloss aus Bequemlichkeit oder reinen Nutzenüberlegungen durchgeführt und ist keine «billige» Lösung.

7. *Return to Work* sollte überwacht und evaluiert werden. Nach dessen Abschluss ist es nützlich, die betroffene Person zu fragen, was gut, was weniger gut gelaufen ist. Erkannte Probleme können so zugunsten von Arbeitnehmenden, die in Zukunft Unterstützung benötigen, angegangen werden.

Kasten 10.2 Entscheidende Schritte bei einem RTW-Fall mittlerer Komplexität

- 1., 2., 3. Diese Schritte sind gleich wie in Kasten 10.1.
4. Während der Planungsprozess des Return to Work für Fälle mittlerer Komplexität im Wesentlichen gleich bleibt, unterscheidet es sich im Ziel. Ziel eines einfachen Return to Work ist eine Rückkehr an die Arbeit ohne Anpassungen, allenfalls mit einem Graduate Return to Work. Zu Beginn eines Falls mittlerer Komplexität steht die Erkenntnis oder die Einigung, dass die Art der Verletzung oder Erkrankung Anpassungen vonseiten des Arbeitgebenden erfordern wird. Es wird weiter angenommen, dass es sich dabei um eine temporäre Anpassung handelt, da das Ziel der Intervention eine Rückkehr an die ange-

stammte Arbeit ist. Sehr wichtig ist dabei, dass früh im Prozess Informationen gesammelt werden, um Verzögerungen zu vermeiden. Es gibt keinen Grund, wieso gewartet werden sollte, bis der/die Arbeitnehmende sich vollständig erholt hat. Falls nicht schon vorhanden, sollte der Arbeitgebende eine Arbeitsanforderungsanalyse durchführen, um die Aufgaben, die der/die Betroffene an seiner/ihrer angestammten Arbeit auszuführen hat, zu quantifizieren. Diese wird oft von der Jobbeschreibung abweichen, die veraltet sein oder die zu erfüllenden Aufgaben nicht genau widerspiegeln könnte. Auch wenn die Jobbeschreibung aktuell ist, ist es nicht wahrscheinlich, dass sie die spezifischen Informationen enthält, die eine Arbeitsanforderungsanalyse liefert. Diese detaillierten Informationen müssen dann den behandelnden Ärzten gegeben werden, damit sie die Behandlung darauf zuschneiden können und Empfehlungen in Bezug auf die Arbeitsanforderungen geben können. Die Meinung der Mediziner/innen wird dann der DM-Fachperson oder dem RTW-Komitee am Arbeitsplatz vorgestellt, die spezifische Anpassungen für den Arbeitnehmenden vornehmen.

5. Die Anpassung muss streng überwacht werden, um zu garantieren, dass sie die Bedürfnisse des/der Arbeitnehmenden und des Arbeitsplatzes decken. Beide Parteien sollten mit dem Fortschritt zufrieden sein, und falls Probleme auftauchen, sollten diese sofort angegangen werden. Es ist von äusserster Wichtigkeit, dass regelmässig und häufig Kontakt mit dem/der Arbeitnehmenden und seinem/ihrer direkten Vorgesetzten gesucht wird. Sie sind es, die am genauesten Auskunft geben können. Es könnte ein Tagebuch geführt werden, falls der/die Arbeitnehmende spezifischen Tätigkeiten nachgehen muss.
6. Bei einem Fall mittlerer Komplexität ist die Anpassung temporär. Ziel dabei ist, dass der/die Arbeitnehmende an die angestammte Arbeit zurückkehren kann. Es handelt sich also um eine progressive Intervention und Fortschritt sollte somit auf dieser Basis evaluiert werden.
7. Am Schluss sollten die Ergebnisse evaluiert werden, bevor der Fall abgeschlossen wird.

Kasten 10.3 Entscheidende Schritte bei einem komplexen RTW-Fall

- 1., 2. Diese Schritte sind gleich wie in Kasten 10.1, es sollte jedoch beachtet werden, dass es desto wichtiger wird, in einem frühen Stadium einen «guten Job zu machen», je ernsthafter die Verletzung oder Erkrankung ist. Alles, was zu einem späteren Zeitpunkt des Prozesses geschieht, wird durch das, was zu Beginn geschehen ist, beeinflusst.

3. Obwohl Probleme nicht nur bei schwierigeren Fällen auftreten, ist die Wahrscheinlichkeit, dass es Probleme geben wird, in Anbetracht der langen Genesungsdauer grösser.
4. Man ist sich darüber einig, dass das Return to Work umfangreiche Anpassungen erfordern wird. Es kann in der Tat unklar sein, ob eine temporäre Anpassung ausreicht. Bei komplexen Fällen kann es vernünftig sein, früh im Prozess die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, dass eine permanente Anpassung benötigt werden könnte. Nichtsdestotrotz sollte alles unternommen werden, damit die betroffene Person an die angestammte Arbeit zurückkehren kann.

Fallstudie

Eine Grossfabrik zählte 76 Arbeiter, die langfristig erwerbsunfähig waren. Die Fabrik hatte vor kurzem ein DM-Programm eingeführt, das von der Unternehmensleitung und der Gewerkschaft kräftig unterstützt wurde. Nun wollten die beteiligten DM-Fachpersonen den langfristig erwerbsunfähigen Arbeitern Unterstützung anbieten. Die Gewerkschaft war der Meinung, dass diese Arbeiter krank und zu Invalidenrenten berechtigt seien und somit allein gelassen werden sollten. Nach einigen weiteren Diskussionen wurde beschlossen, dass die Arbeiter selbst entscheiden sollten, ob sie Unterstützung annehmen möchten oder nicht, und den DM-Fachpersonen wurde die Erlaubnis erteilt, die Betroffenen zu kontaktieren. Zum Erstaunen von vielen erklärten die meisten Arbeiter, dass sie an die Arbeit zurückkehren möchten. Eine häufige Antwort war, dass sie die Erwerbsunfähigkeit satt hätten und ihr Leben weiterleben möchten. Es wurde Unterstützung wie GRTW, Anpassungen der Arbeit, Veränderungen des Zeitplans, Beratung etc. angeboten. Von den 76 Arbeitern kehrten 38 innerhalb eines Jahres an die Arbeit zurück und die Fabrik sparte so 1,25 Millionen US-Dollar. Angesichts der Tatsache, dass die Invalidenversicherung gemeinsam von Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden finanziert worden war, sparte die Fabrik 480 000 US-Dollar (Hursh 1997). Die betroffenen Arbeiter bekamen zudem erneut ihr Einkommen und konnten weiterleben wie vor der Erwerbsunfähigkeit.

Schonarbeitsprogramme

Jahrelang wurden Schonarbeitsprogramme bei der Unterstützung der Rückkehr an die Arbeit von verletzten Arbeitnehmenden als Wahlprogramme angesehen. Einige Unternehmen taten alles Erdenkliche, um Schonarbeitsprogramme auszuarbeiten;

in den meisten Fällen wurden solche Programme jedoch nur aufgestellt, wenn sie gebraucht wurden. Aufgrund dieser Einmaligkeit waren die Programme stark abhängig von der Laune der Wirtschaft, der guten Absicht des Vorgesetzten oder von Begünstigung. In der Industrie können zahlreiche Anekdoten von Arbeitnehmenden erzählt werden, denen keine Schonarbeit gegeben worden ist, da ihr Vorgesetzter sie nicht gemocht hat; andere wiederum waren beliebt und so wurde ihnen erlaubt, längere Zeit an Schonarbeitsplätzen zu bleiben. In einigen Fällen wurde die Schonarbeit zum permanenten Arbeitsplatz, der/die Arbeiter/in kehrte nicht mehr an die angestammte Arbeit zurück.

Häufiger kam es dazu, dass Schonarbeit länger dauerte als geplant. Diese Programme wurden häufig als schrittweise Rückkehr an die Arbeit (*Graduate Return to Work*/GRTW) bezeichnet und für einen bestimmten Zeitraum, zum Beispiel für vier bis sechs Wochen, geplant. Wenn eine Person am Ende dieser Zeit noch nicht bereit war, an die angestammte Arbeit zurückzukehren, wurde die Schonarbeitszeit oft verlängert. Es kommt häufig vor, dass *Graduate Return to Work* zwölf Wochen oder länger dauert und die Rückkehr des Betroffenen an die angestammte Arbeit immer noch fehlschlägt. Kein Wunder also, dass Arbeitgebende und Versicherungsgesellschaften nach anderen Lösungen Ausschau halten. Was auf den ersten Blick eine gute Idee scheint – Schonarbeit bis zur vollständigen Genesung –, hat einen Haken: Schonarbeitsplätze haben im Allgemeinen wenig gemeinsam mit der tatsächlichen Arbeitstätigkeit, die der/die Arbeitnehmende verrichten muss, wenn er/sie zurück an seinem/ihrer angestammten Arbeitsplatz ist. Welchen therapeutischen Wert haben denn Schonarbeitsplätze angesichts dieser Tatsache überhaupt? In der Vergangenheit geschah es nicht selten, dass der/die Arbeiter/in an die Arbeit zurückkehrte und er/sie dann angewiesen wurde, den ganzen Tag im Erste-Hilfe-Kämmerchen zu sitzen. Oder aber es wurde ihm/ihr eine einfache Arbeit gegeben wie Bandagen entrollen und wieder aufrollen. Arbeitnehmende und deren Vertreter/innen (in gewerkschaftlich organisierten Unternehmen) protestierten gegen diese Art Vorkehrungen, da die betroffenen Personen dadurch erniedrigt würden, und argumentierten, dass die Arbeit bedeutungsvoll und produktiv sein sollte. Auch Arbeitgebende erhoben Einspruch gegen diese Vorgehensweise, da Schonarbeit nichts zur Rückkehr des/der Betroffenen an die Arbeit oder zur Produktivität des Unternehmens beitrug. Tatsächlich waren gewisse Schonarbeitsprogramme so attraktiv für die Arbeitnehmenden, dass sie, nachdem sie daran gewohnt waren, nicht mehr an die angestammte Arbeit zurückkehren wollten und die Rückkehr so lange wie möglich verzögerten. Je unangenehmer die Arbeit war, desto eher kam es zu solchen Szenarien.

Um die Situation zu verbessern, stellten einige Unternehmen permanentere Schonarbeitsprogramme auf. Typisch ist zum Beispiel, dass das Unternehmen einen Teil der Geschäftstätigkeit definierte, der als «schonend» bezeichnet werden konnte,

und diesen dann für Personen reservierte, die nach einer Verletzung oder Erkrankung an die Arbeit zurückkehrten. Auch diese Vorgehensweise war problematisch, da solche Arbeiten meist ältere Arbeitnehmende erhielten, die kurz vor dem Ruhestand standen. Am besten wird dies mit einem Beispiel illustriert.

Fallstudie

Ein Tagebau mit etwa 300 Arbeitern wollte ein Schonarbeitsprogramm einführen. Es wurde nach einer Möglichkeit Ausschau gehalten und beschlossen, dass die Werkstatt für die Umwicklung von Elektromotoren ideal dafür wäre. Arbeiter, die nach einer Verletzung an die Arbeit zurückkehrten, konnten eine Zeit lang in der Werkstatt arbeiten, bevor sie wieder ihre angestammte Arbeit aufnahmen. Die Arbeit war leicht und die Werkstatt trocken und geheizt. Anfangs waren die Arbeitsstellen in der Werkstatt unabhängig vom Tarifvertrag und somit nicht für ältere Arbeiter verfügbar. Natürlich wollte jeder im Tagebau diese Arbeit, die körperlich wenig anspruchsvoll war, drinnen stattfinden, trocken und im Vergleich zur Arbeit draussen im Tagebau sauber war. Letzten Endes wurden die Arbeiten in der Werkstatt nach Verhandlungen in den Tarifvertrag aufgenommen und für ältere Arbeiter verfügbar gemacht. Im Handumdrehen hatten ältere Arbeiter die Stellen, und das Schonarbeitsprogramm war weg.

Programme für Übergangsarbeit

Die Idee, Programme für Übergangsarbeit aufzustellen, wird von Shrey (1995) erörtert. Der Autor beschreibt einen ganzen Prozess der Ausführung von DM durch Übergangsarbeit. Daher kommt die Vorstellung, dass Arbeitnehmende nach der Abwesenheit infolge Verletzung oder Erkrankung und vor der Rückkehr an die angestammte Arbeit eine Übergangsphase durchlaufen. Anders als bei Schonarbeit oder Schonarbeitsprogrammen handelt es sich bei Programmen für Übergangsarbeit um eine permanente Einrichtung am Arbeitsplatz – die Stelle wird ausgehandelt, definiert und bleibt permanent bestehen. Übergangsarbeit ermöglicht verletzten Arbeitnehmenden, allmählich und sicher ihre Arbeitstätigkeit zu voller Leistung auszubauen. Die Aufgaben des/der Arbeitnehmenden in einem solchen Programm werden Teil seiner/ihrer Rehabilitation und erleichtern den Heilungsprozess. Auch Arbeitgebende profitieren davon. Programme für Übergangsarbeit reduzieren die Fehlzeiten sowie den Bedarf an Vertretungen und geben dem/der Arbeitgebenden die Gelegenheit, dem/der verletzten oder erkrankten Arbeitnehmenden bei seiner/ihrer Rückkehr an die angestammte Arbeit beizustehen.

Eine grosse Werkstatt mit Gewerkschaftspräsenz möchte ein Programm für Übergangsarbeit aufstellen; es wird ein Vertrag mit einem DM-Anbieter abgeschlossen, der die Werkstatt bei der Umsetzung unterstützen soll. Der DM-Anbieter trifft sich mit dem Arbeitgebenden und der Gewerkschaft, sodass schlussendlich eine Vereinbarung unterzeichnet werden kann, die das Programm für Übergangsarbeit skizziert. Dann werden Arbeitstherapeuten mit der Durchführung von Arbeitsanforderungsanalysen sowie der Einschätzung von Aufgaben und körperlichen Anforderungen an jedem Arbeitsplatz in der Maschinenwerkstatt beauftragt. Dabei wird bemerkt, dass während der Metallbearbeitung eine riesige Menge an Metallabfällen entsteht. Diese wird von einer externen Firma eingesammelt und weggebracht. Es wird der Vorschlag gemacht, dass dieser Prozess möglicherweise als Teil des Programms für Übergangsarbeit gebraucht werden könnte. Die Aufgaben des Einsammelns und Wegtransportierens der Metallabfälle werden auch einer Arbeitsanforderungsanalyse unterzogen. Von fegen über Schubkarren schieben bis zur Fahrausrüstung etc. wird alles analysiert und kategorisiert. Falls möglich werden die Jobs in einzelne Komponenten wie Gewicht, Belastung und wiederholtes Vorkommen zerlegt. Die Beschreibungen werden durch Fotos und Filme von Personen, die diese Arbeiten verrichten, ergänzt. Wenn nun ein/e Arbeiter/in als bereit eingeschätzt wird, die Wiedereingliederung in den Beruf zu beginnen, wird dem Arzt/der Ärztin eine Liste mit den Jobs und deren Anforderungen gegeben. Falls möglich, trifft die DM-Fachperson den Arzt/die Ärztin und führt ihm/ihr einen Film des Jobs vor. Der Arzt/die Ärztin kann (auf einem RTW-Formular) die geeigneten Aufgaben ankreuzen. Somit werden dem/der Arbeiter/in dann die spezifischen Aufgaben zugewiesen, die mit den Empfehlungen des Mediziners/der Medizinerin übereinstimmen. So könnte je nach körperlichen Einschränkungen und Bedürfnissen zur Genesung ein Arbeiter beispielsweise angewiesen werden, zu fegen, und ein anderer, zu schaufeln. Jedes RTW wird individuell geplant und betreut. Dadurch werden die Aufgaben Teil der körperlichen Therapie. Die DM-Fachperson überwacht die Fortschritte des Arbeiters/der Arbeiterin und bleibt in regem Kontakt mit ihm/ihr und anderen am Arbeitsplatz beteiligten Personen. Soweit angemessen werden dem/der Arbeiter/in neue Aufgaben zugewiesen. Sollte er/sie Schwierigkeiten begegnen, kommt eine Unterstützungsperson wie ein/e Arbeitstherapeut/in an den Arbeitsplatz. Von den verfügbaren Aufgaben werden dem/der Arbeiter/in so lange neue zugeteilt, bis er/sie zurück an seiner angestammten Arbeit ist. Der Prozess sollte erst dann gestartet werden, wenn der/die behandelnde Mediziner/in zuversichtlich ist, dass der/die Arbeiter/in innerhalb sechs Wochen an die angestammte Arbeit zurückkehren kann. Erinnern wir uns daran, dass die Absicht von Programmen für Übergangsarbeit der Übergang zur angestammten Beschäftigung ist. Sind die Arbeiter/innen nicht dazu bereit, sollte ihnen eine längere Genesungszeit gewährt werden, bevor ein Versuch gestartet

wird. Viele RTW-Programme scheitern aufgrund von fehlgeleiteten, wenn auch gut gemeinten Versuchen, den/die Arbeiter/in so schnell wie möglich an die Arbeit zurückzuführen.

Ein weiterer Vorteil solcher Programme ist, dass der Arbeitgebende Gelegenheitsarbeiter oder Studierende zur Verrichtung der Arbeiten einstellen kann, falls kein/e Arbeiter/in das Programm benötigt. Der Arbeitgebende recycelt die Metallabfälle in seiner eigenen Giesserei; die Ersparnisse werden dem Programmbudget hinzugefügt. Somit wird das Programm für Übergangsarbeit fast vollständig selbst-finanziert, und zwar ohne dass die eingesparten Versicherungskosten in Betracht gezogen werden.

Permanente Anpassungen

Disability Management kümmert sich in den meisten Fällen um Personen mit temporärer Arbeitsunfähigkeit. Wenn nun jemand permanent arbeitsunfähig ist, was ihn daran hindert, seinen Job auszuführen, wird eine permanente Anpassung gebraucht. Dies fällt in das Gebiet der Ergonomie und der Arbeitstherapie. Fachleute auf diesen Gebieten haben die notwendigen Kompetenzen, um arbeitsunfähige Personen, deren Arbeitsplatz sowie die verschiedenen Arbeitstätigkeiten zu beurteilen und Empfehlungen abzugeben, welche Anpassungen geeignet wären. Im Allgemeinen gehört dies nicht zur Ausbildung von DM-Fachpersonen. Diese sollten jedoch mit den geeigneten Einrichtungen ihres Ortes vertraut sein, sodass sie Vereinbarungen treffen können, damit eine solche Beurteilung stattfinden kann.

Es ist entscheidend, dass regelmässig Folgearbeit mit der Person geleistet wird, nachdem eine permanente Anpassung vorgenommen worden ist. Es gibt zahlreiche Beispiele für Menschen, die nach der Anpassung ihrer Arbeit vergessen worden sind. Obwohl die betroffene Person die Verantwortung trägt, für ihre Rechte einzustehen, liegt es auch in der Verantwortung des Arbeitgebenden, dafür zu sorgen, dass die Anpassung der Arbeit weiterhin besteht. Wenn für die Anpassung der Arbeit beispielsweise Computer-Hard- oder -Software benötigt wird, werden regelmässige Updates erforderlich sein. Wenn die Person ein Hörgerät hat, muss es instandgehalten und regelmässig ersetzt werden. Kurz und gut, eine permanente Anpassung ist keine einmalige Angelegenheit. Es ist ein lebenslanger Prozess.

Return-to-work-Hierarchie

Alte Hierarchie:

1. RTW – gleicher Arbeitgebender, gleiche Arbeit
2. RTW – gleicher Arbeitgebender, veränderte Arbeit
3. RTW – gleicher Arbeitgebender, neue Arbeit
4. RTW – neuer Arbeitgebender, neue Arbeit
5. Offizielle Umschulung
6. Selbständigkeit

Neue Hierarchie:

1. RTW – gleicher Arbeitgebender, gleiche Arbeit
2. RTW – gleicher Arbeitgebender, veränderte Arbeit, Arbeitsanpassungen
3. RTW – gleicher Arbeitgebender, neue Arbeit
4. Umschulung und Wiedereinstellung – gleicher Arbeitgebender
5. Umschulung und Jobsuche

Der feine, aber wichtige Unterschied zwischen den beiden Hierarchien liegt darin, dass alle Möglichkeiten einschliesslich körperlicher Anpassungen, Änderungen des Zeitplans, Veränderungen der Arbeitsaufgaben etc. sowie des Erwerbs von neuen Fähigkeiten an einem neuen Arbeitsplatz beim Arbeitgebenden vorgenommen werden, bei dem der/die Arbeitnehmende vor der Verletzung oder Erkrankung eingestellt gewesen ist. In der Vergangenheit haben zu viele Personen infolge von Experimenten des «Social Engineering» unter Langzeitarbeitslosigkeit gelitten. Aufgrund der falschen Auffassung, dass jeder einen besseren Job haben sollte, wurden Arbeitsverträge früh im Prozess gekündigt, was katastrophale Auswirkungen hatte, falls eine Person keinen Erfolg bei der Umschulung hatte oder nach beendeter Schulung keine Anstellung finden konnte. Nicht jeder hat die Kompetenz, Motivation oder den Wunsch, einen höher qualifizierten Job zu haben. Das Arbeitsverhältnis sollte nur aufgelöst werden, wenn alle anderen Möglichkeiten erschöpft sind.

Selbständigkeit

Eine Zeit lang war es ziemlich beliebt, Arbeiter/innen dazu zu ermutigen, ihre Stelle aufzugeben und in eine Art Selbständigkeit überzugehen. Es wurden viele Versuche unternommen, kleine Geschäfte wie Werkstätten, Selbstbedienungsautomaten, Waschsalons etc. zu erwerben oder zu gründen. Leider scheitern sogar total motivierte und erfahrene Unternehmer/innen dabei. Selbständigkeit flösst Respekt ein und sollte nicht auf die leichte Schulter genommen werden. Die Arbeit ist hart, die Arbeitszeiten sind lang und bei der Auffassung, dass «ich meine

Zeit selbst einteilen kann, wenn ich selbständig bin», handelt es sich um eine Illusion. Eine solche Art Anpassung sollte vorsichtig, energisch und durch sorgfältige Prüfung angegangen werden. Es sollte dem/der Arbeitnehmenden klar gemacht werden, dass dies ein schwieriges, risikoreiches Unterfangen und nicht das Wundermittel ist, für das einige Leute die Selbständigkeit halten. Vorsicht, nicht Dringlichkeit ist gefragt, wenn die Selbständigkeit unter die Lupe genommen wird, insbesondere wenn eine Person von einer Arbeitsunfähigkeit genest.

Schrittweiser Überblick über das Return to Work

Geringe Verletzung oder Erkrankung

1. Der/die Arbeiter/in verletzt sich oder erkrankt.
2. Erste-Hilfe-, Behandlungs- und Aktenbericht.
3. Der/die Arbeiter wird ärztlich untersucht.
4. Er braucht keine oder nur eine kurze Rekonvaleszenzzeit.
5. Der/die Arbeiter/in kehrt an die Arbeit zurück – Vollzeit, volle Leistungsfähigkeit.

Ernsthaftere Verletzungen oder Erkrankungen

1. Der/die Arbeiter/in verletzt sich oder erkrankt.
2. Erste-Hilfe-, Behandlungs- und Aktenbericht.
3. Der/die Arbeiter/in wird ins Krankenhaus eingeliefert.
4. Erste Hilfe, die DM-Fachperson oder eine designierte Person begleiten den/die Betroffene ins Krankenhaus.
5. Die DM-Fachperson bleibt der verletzten oder erkrankten Person, bis ihr Gesundheitszustand stabil ist oder andere Unterstützung ankommt.
6. Die DM-Fachperson bespricht sich mit dem/der Arbeiter/in oder dessen Unterstützungsperson, beruhigt, gibt Kontaktinformationen und erklärt, dass bei Bedarf bald wieder Kontakt aufgenommen wird.
7. Die DM-Fachperson sorgt dafür, dass alle notwendigen Formulare ausgefüllt werden und dass die Wahrscheinlichkeit eines Unterbruchs der Leistungen gering bleibt.
8. Der /die Arbeiter/in erhält ausgezeichnete medizinische Behandlung.
9. Die DM-Fachperson bleibt während der Rekonvaleszenzzeit mit dem/der Arbeiter/in und den Unterstützungspersonen in Kontakt.
10. Die DM-Fachperson ist gleichermassen in Kontakt mit dem Arbeitgebenden und der Gewerkschaft, welchen sie allgemeine Informationen über die Genesung und die mögliche Rückkehr an die Arbeit weiterleitet.
11. Die DM-Fachperson ist in Kontakt mit dem Arzt/der Ärztin und sorgt dafür, dass ihr alle verfügbaren Ressourcen zur Unterstützung der genesenden Person bekannt sind.

12. Der/die Arbeiter/in wird für die weitere Behandlung und die Aktivierungstherapie in eine Rehabilitationsklinik eingewiesen.
13. Während der Zeit in der Klinik informiert sich die DM-Fachperson weiterhin über den Fortschritt und das mögliche Datum für die Rückkehr an die Arbeit. Die DM-Fachperson gehört als externe Partei zum Betreuungsteam der Klinik.
14. Nähert sich das Ende der Betreuung in der Klinik, so kümmert sich die DM-Fachperson darum, dass der/die Arbeiter/in zum Programm für Übergangsarbeit zugelassen wird.
15. Der/die Arbeiter/in nimmt am Programm für Übergangsarbeit teil.
16. Die DM-Fachperson vergewissert sich, dass das Programm so abläuft, wie weiter oben beschrieben.
17. Die DM-Fachperson sorgt dafür, dass der/die Arbeiter/in die Sicherheitsaspekte der Übergangsarbeit(en) kennt.
18. Nach erfolgreichem Verlauf des Programms für Übergangsarbeit kehrt der/die Arbeiter/in an seine/ihre angestammte Arbeit zurück.
19. Die DM-Fachperson feiert den Erfolg mit dem/der Arbeiter/in und dem Arbeitgebenden/der Gewerkschaft entsprechend. Es ist äusserst wichtig, dass wir unsere Erfolge feiern und unseren Blick nicht nur auf unsere Misserfolge richten.
20. Die DM-Fachperson sorgt dafür, dass der Fall entsprechend abgeschlossen wird und dass alle Daten für die Evaluierung des Programms erfasst worden sind.

Schlussfolgerungen

Die Rückkehr eines oder einer verletzten oder erkrankten Arbeitnehmenden an die Arbeit ist ein wichtiger und manchmal komplexer Prozess. Es ist von äusserster Wichtigkeit, dass die DM-Fachperson in diesem Prozess in jeder Hinsicht, aber insbesondere im Umgang mit den Erwartungen des Arbeitnehmenden, Arbeitgebenden und der Gewerkschaft Eigeninitiative zeigt. Es sollte hundertprozentig klar gemacht werden, dass das Ziel des Prozesses darin besteht, dass der/die Arbeitnehmende an die angestammte Arbeit zurückkehren kann, wozu er/sie die volle Unterstützung des Arbeitgebenden, der Gewerkschaft und der Mitarbeitenden hat, aber auch seinen/ihren Teil beitragen muss. Es ist von grosser Bedeutung, dass früh, aber nicht zu früh gehandelt wird – das Timing ist entscheidend. Während des gesamten Prozesses ist der Kontakt mit dem Arbeitnehmenden und seinen Unterstützungspersonen massgeblich. Die Arbeitnehmenden müssen wissen, dass sie eine geschätzte Arbeitskraft sind, dass sie vermisst, in der Rückkehr an die Arbeit unterstützt und bei ihrer Rückkehr willkommen geheissen werden. Den psychosozialen Bedürfnissen (der Unterstützung, dem Selbstwertgefühl und der Stimmung)

der Person Aufmerksamkeit zu schenken, ist genauso von Bedeutung wie – vielleicht sogar noch bedeutender als – das Angehen ihrer körperlichen Bedürfnisse. Mit proaktiver Unterstützung, wie sie in diesem Kapitel beschrieben worden ist, können Arbeitgebende RTW-Programme aufstellen, die den Bedürfnissen der betroffenen Personen entsprechen und es ihnen ermöglichen, auf effizientere Art am Arbeitsplatz Anpassungen für Arbeitnehmende mit temporärer oder permanenter Beeinträchtigung vorzunehmen. Dies ist ein wichtiges Unterfangen nicht nur für die Arbeitgebenden, sondern auch für die Gesellschaft als Ganzes. Es ist essenziell, dass die Arbeitnehmenden wissen, dass die Gesellschaft sie als wertvolle Mitarbeiter des Unternehmens anerkennt und sie nicht abgeschoben werden, wenn sie erkranken oder sich verletzen.

Literatur

- Hursh N C 1997 Disability Management Program Graduates: Making a difference in the workplace. National Institute of Disability Management and Research (NIDMAR), Port Alberni, British Columbia
- Shrey D E 1995 Disability management practice at the worksite: developing, implementing and evaluating transitional work programs. In: Shrey D E, Lacerte M (eds) Principles and Practices of Disability Management in Industry. GR Press, Winter Park, Florida



11. Rehabilitation

Lernziele

- Die Entwicklung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation kennen lernen.
- Den Unterschied zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation erkennen.
- Verstehen, wie wichtig es ist, psychosoziale Probleme bei der Rehabilitation zu erkennen und sich damit zu befassen.
- Den Nutzen eines umfassenden Disability Management erkennen.

Einleitung

Ein Verständnis der gegenwärtigen Rehabilitationspraktiken erfordert Kontextualisierung und einen kleinen geschichtlichen Exkurs. Unsere gegenwärtigen Praktiken haben sich aus mehreren entscheidenden Ereignissen der Vergangenheit entwickelt. In einem ersten Schritt wird nun die Entwicklung der medizinischen Rehabilitation untersucht.

Medizinische Rehabilitation

Vor dem Ersten Weltkrieg war das Konzept der Rehabilitation noch unbekannt. Die schlichte Wahrheit ist, dass nur eine kleine Anzahl Menschen ernsthafte Verletzungen, die beispielsweise eine Amputation erforderten, überlebte. Diejenigen, die eine solche Verletzung überlebten, wurden sich selbst überlassen und mussten oft in bitterster Armut so gut wie möglich zu überleben versuchen. Fortschreitende medizinische Erkenntnisse führten dazu, dass mehr Soldaten aus dem Ersten Weltkrieg zurückkehrten und in die Gesellschaft wiedereingegliedert werden mussten als bei früheren Kriegen. Als Folge des Kriegs waren viele dieser Soldaten körperlich und psychisch beeinträchtigt. Folglich wurden die ersten Versuche gestartet, diese Personen in ein «normales» Leben zu rehabilitieren. Der Schwerpunkt wurde auf körperliche Beeinträchtigungen gelegt. Leider wurden psychische Beeinträchtigungen fast gar nicht behandelt und blieben bestehen; ein trauriger Zustand, der sogar heute noch in hohem Masse anzutreffen ist.

Während des Zweiten Weltkriegs und des Koreakriegs gab es riesige Verluste an Menschenleben; mit dem Fortschritt in der Medizin kamen aber auch immer mehr

Überlebende zurück. Der Vietnamkrieg mit seinen lang anhaltenden Auswirkungen brachte die psychische Belastung eines Kriegs vermehrt ins allgemeine Bewusstsein, womit psychische Beeinträchtigungen allgemein bekannt wurden. Leider wurden sie nicht richtig behandelt. Aber die Begriffe «Flashback» und «posttraumatische Belastungsstörung» und alles, was sie implizierten, wurden allgemein bekannt. Eine Vielzahl an Fernsehsendungen und Filmen deckte auf, wie sehr Soldaten und Zivilisten während eines Krieges litten, was Folgen hat, die bei Kriegsende nicht einfach zu Ende sind.

So wichtig, wie die medizinischen Fortschritte für das Überleben der Verletzten waren, hat die Konzentration auf das medizinische Krankheitsmodell uns auf dem Gebiet der Rehabilitation auch Probleme geschaffen. Mit physiologischen Problemen wurde nicht richtig umgegangen, da die Fortschritte auf dem Gebiet der Operationstechniken und des Krankheitsmanagements gemacht worden waren. Im Grunde haben die Chirurgen gelernt, besser Gliedmassen zu amputieren, Fremdkörper zu entfernen, Antibiotika zu verwenden, Wunden zu nähen etc., ohne den Patienten einer Infektion auszusetzen. Im Umgang mit den emotionalen Nachwirkungen, einem solchen Trauma standzuhalten und es zu überleben, wurden keine oder nur beschränkte Fortschritte gemacht. Dieses Problem bleibt bis heute bestehen. Die übermässige Abhängigkeit vom medizinischen Krankheitsmodell, das sich darauf konzentriert, Krankheitserscheinungen zu erkennen und zu beseitigen, reicht für eine effiziente Rehabilitation nicht aus. Während eine ausgezeichnete medizinische Behandlung zum Überleben notwendig ist, sollte der Einfluss der Fachärztinnen und Fachärzte auf die Behandlung reduziert werden, sobald ihre Fachkenntnisse nicht mehr gefragt sind. Stattdessen verlassen wir uns bis spät in den Rehabilitationsprozess hinein immer noch auf die medizinische Meinung, nachdem sie schon lange nicht mehr relevant ist.

Fallstudie

Nehmen wir als Beispiel den Fall von Tom. Tom ist ein 28-jähriger Feinmechaniker. Er ist sehr stolz auf seine Fähigkeit, sehr genaue und anspruchsvolle Arbeit verrichten zu können. Eines Tages zieht er sich eine Quetschverletzung am Bein zu, als er zwischen einem Gabelstapler und dessen Ladung eingeklemmt wird. Tom ist wütend auf seinen Mitarbeiter. Die Verwirrung am Arbeitsplatz ist gross und die Erste Hilfe wird verzögert. Tom hat starke Schmerzen, bis Hilfe kommt. Er hat komplizierte Brüche, Risswunden etc. Die medizinische Behandlung verläuft routinemässig, ausser dass der Gips zu eng angelegt wird und Tom Gangränen entwickelt. Dies wird behandelt, aber sein Bein erholt sich nie und hat nun ernsthaften Muskelschwund.

Tom kann sein eigenes Gewicht für kurze Zeit tragen, aber mit seiner Karriere als Feinmechaniker und jeglicher körperlicher Arbeit ist es vorbei. Die medizinische Meinung lautete, dass er Glück hat, am Leben zu sein, und an die Arbeit zurückkehren sollte. Tom versucht es, die Versicherung zahlt für eine Schulung und er wird zu einem Konditionstraining geschickt, macht aber keine Fortschritte.

Irgendwann wird Tom an einen Psychologen überwiesen, der Folgendes feststellt: Tom ist für körperliche Arbeit geschaffen. Er mag es, Fitnesstraining zu machen, und ist stolz auf seinen Körper. Er ist ein ausgezeichnete Baseball-Spieler gewesen mit der Hoffnung, Berufssportler zu werden. Er hat eine hübsche Freundin, mit der er Hochzeitspläne geschmiedet hat. Sie haben die Hochzeit aufgeschoben und er macht sich Sorgen darüber, dass seine Beziehung wegen seiner körperlichen Entstelltheit in Schwierigkeiten geraten ist. Er ist extrem deprimiert und denkt, dass sein Leben im Alter von 28 Jahren vorbei ist. Der Psychologe kann in Zusammenarbeit mit Toms Rehabilitationsklinik einen umfassenden Behandlungsplan ausarbeiten. Neben Physiotherapie kann der Psychologe die Probleme Toms mit dem Bild, das er sich von seinem Körper macht, seiner Selbstachtung und den Ängsten um seine Beziehung sowie die Verlustprobleme in Bezug auf das Nachlassen seiner körperlichen Leistungsfähigkeit angehen. Alles geht soweit gut, Toms Stimmung verbessert sich und er schaut sich nach Karrierealternativen um. Er befindet sich auf dem Wege der Besserung. Dann versucht die Versicherung aber, das Ganze zu beschleunigen, und Tom wird aufgefordert, für eine medizinische Einschätzung vorbeizukommen. Dort untersucht ihn ein Arzt irgendeines Fachgebietes und kommt zum Schluss, dass er ein bestimmtes medizinisches Niveau erreicht hat und an die eine oder andere Art von Arbeit zurückkehren kann. Die Versicherung entschliesst sich kurz darauf, dass er in Anbetracht seines Lohntarifs Zugang zu einer Art Beschäftigung haben kann und stellt die Leistungszahlungen so schnell wie möglich ein. Diese Entscheidung stützt sich auf die Meinung eines Arztes, der nicht mit dem Fall zu tun gehabt hat und Tom für höchstens eine Stunde gesehen hat. Tom geht nicht zurück an die Arbeit. Sein Zustand verschlechtert sich schnell und er sucht einen Anwalt auf. Ein Jahr später kämpft er immer noch mit der Versicherung. Er ist ein emotionales Wrack, hat mit seiner Freundin Schluss gemacht, und sein Arzt diagnostiziert eine klinische Depression. Dieser Fall zeigt auf, was passieren kann, wenn wir unsere Entscheidungen auch dann noch auf die Meinung eines Arztes stützen, wenn diese nicht mehr relevant ist. Wir verlangen von keinem Klempner,

ein Elektrizitätsproblem zu beheben, aber wir bitten dennoch Ärzte um ihre Meinung zu Fragen, die nicht in ihrem Fachbereich liegen.

Im Fall Toms ignorierte der Arzt alle vom Behandlungsteam gewonnenen Erkenntnisse und gab eine individuelle Meinung ab. Das System traf seine Entscheidungen aufgrund dieser Meinung. Wie ist das möglich? Das System verleiht diesem Arzt höchste Autorität, da wir als Gesellschaft immer noch unser volles Vertrauen in das medizinische Krankheitsmodell setzen. Leider sind das medizinische Krankheitsmodell und die Ärzte/Ärztinnen, die darin geschult sind, nicht dazu bestimmt, andauernde emotionale Probleme zu behandeln. Genau diese Probleme sind es aber, die den Erfolg der Rehabilitation am häufigsten beeinträchtigen.

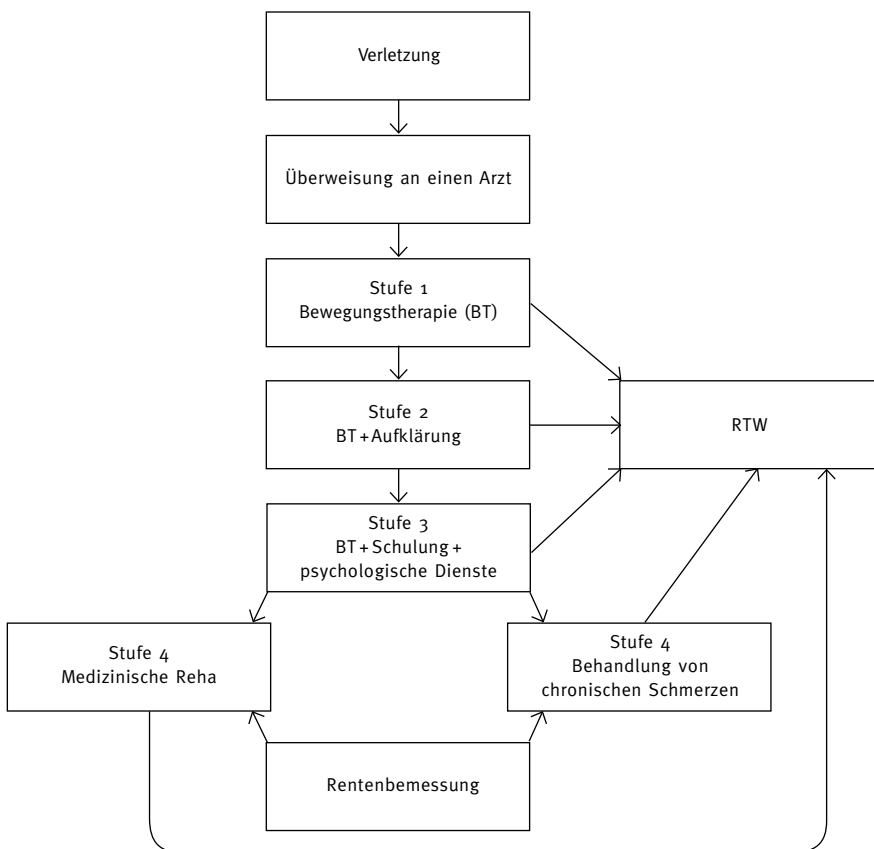
Es wurden viele Versuche unternommen, aufgeklärtere medizinische Krankheitsmodelle zu verwenden. So haben beispielsweise mehrere Berufsunfallversicherungen mit dem sogenannten «Behandlungskontinuum» experimentiert. Die Idee dahinter war, dass verletzte Arbeitnehmende früh im Genesungsprozess in das Kontinuum eintreten und dann durch Intensivierung der Behandlung von einer Stufe in die nächste fortschreiten, bis sie an die Arbeit zurückkehren können oder sich das System dafür entscheidet, dass es genug sei. Arbeitnehmende traten in das Kontinuum ein, sobald klar war, dass sie nicht innert kurzer Zeit an die Arbeit zurückkehren werden. Diese Zeit war je nach Gesetzgebung unterschiedlich lang, wurde jedoch so festgelegt, dass spontane Genesungen ausserhalb des Kontinuums möglich wären. Alle Stufen dauerten höchstens sechs Wochen. Blieb der Fortschritt in einer Stufe aus, so wechselte die betroffene Person in die nächste Stufe, in der die Behandlung intensiviert wurde. Die erste Stufe des Kontinuums wurde meist als «arbeitsbezogenes Konditionstraining» bezeichnet und kam im Wesentlichen einer Bewegungstherapie gleich. Auf dieser Stufe wurde die betroffene Person meist durch Bewegungstherapeutinnen betreut, die die Therapie überwachten und an die Arbeit anpassten, an die der/die Arbeitnehmende zurückkehren würde. Das gewünschte Ergebnis dieser Etappe war ein *Return to Work* (RTW), im Allgemeinen eine allmähliche Rückkehr an die Arbeit innerhalb von sechs Wochen. Wurde dieses Ziel nicht erreicht, bekamen sie intensivere Behandlung unter der Aufsicht eines/einer Physiotherapeuten/Physiotherapeutin. Auch diese Stufe basierte im Wesentlichen auf Bewegungstherapie, und etwas Aufklärung wurde nun auch noch angeboten. Blieb auch dies erfolglos, kamen auf einer nächsten Stufe auch psychologische Dienste dazu. Endete auch diese Stufe ohne Erfolg, konnten die Arbeitnehmenden an ein Behandlungsprogramm für chronische Schmerzen oder, falls erkannt wurde, dass immer noch ungelöste medizinische Probleme bestanden, an ein medizinisches Rehabilitationsprogramm überwiesen werden. Ist die betroffene Person auch dann noch nicht fähig, an die Arbeit zurückzukehren,

wird eine erneute Rentenbemessung veranlasst oder sie wird trotz allem als genug gesund betrachtet, um an irgendeine Art Arbeit zurückzukehren (Abb. 11.1.).

Dieses Modell hat grosses Potenzial, weist aber in einem entscheidenden Punkt Mängel auf. Der Schwerpunkt wurde bis Stufe 3 auf die medizinische Behandlung gelegt und bis zu diesem Zeitpunkt sind Verhaltensweisen und Einstellungen, die nicht auf eine Rückkehr an die Arbeit ausgerichtet sind, tief verwurzelt. Das Modell wird im Grunde durch Misserfolge angetrieben. Wenn die medizinische Behandlung keinen Erfolg hat, wird die Behandlung so lange intensiviert, bis schliesslich klar ist, dass diese Art Behandlung keinen Fortschritt bringt, und dann endlich werden psychosoziale Faktoren angegangen.

Solche Modelle sind ziemlich weit verbreitet, wobei häufig der gleiche Fehler gemacht wird. Fälschlicherweise wird der Versuch unternommen, Behandlungskosten zu sparen, indem im entscheidenden, frühen Stadium weniger Behandlung angeboten wird. Wenn zu einem früheren Zeitpunkt mehr Behandlung, insbesondere nichtmedizinische Behandlung, angeboten würde, käme dies in der Tat teurer. Versicherungsgesellschaften würden jedoch bei langfristigen Leistungen und Renten Kosten sparen. Zudem würde die Gesellschaft davon profitieren, wenn Menschen mit einer (permanenten oder temporären) Beeinträchtigung früher an die Arbeit zurückkehren und an der Arbeit bleiben würden und somit produktive Mitglieder der Gesellschaft bleiben würden. Schon 1980 wurde die Kosteneffizienz von *Return to Work* und psychologischen Diensten aufgezeigt (Wright 1980).

Abbildung 11.1 Stufenmodell: Behandlungskontinuum



Berufliche Rehabilitation

Anmerkung des Fachlektorats

Originaltext wird an dieser Stelle vorerst ausführlich die Geschichte der beruflichen Rehabilitation in den USA mit ihren verschiedenen Gesetzesänderungen und laufenden Verbesserungen für die Betroffenen ausgeführt. In der Annahme, dass die zahlreichen Details dieser Vorgeschichte für das Disability Management in deutschsprachigen Ländern von geringer Bedeutung sind, haben wir diesen Passus im Einvernehmen mit Autorin/Autor sowie dem Verlag weggelassen.

Veränderungen der beruflichen Rehabilitation

Von Anfang an richtete sich berufliche Rehabilitation an Einzelpersonen. Gemäss Maxi (1986) waren für ein Verständnis der Erbringung von Rehabilitationsdienstleistungen fünf Grundkonzepte notwendig:

- Es ist ein Service mit umfassendem Anwendungsbereich.
- Es handelt sich um einen individuellen Prozess.

- Das Erbringen von Rehabilitationsdienstleistungen ist von Natur aus präskriptiv.
- Der Zweck davon ist, zu entwickeln und wiederherzustellen.
- Das Ziel von Rehabilitationsdienstleistungen ist funktionelle Unabhängigkeit.

Anderson (1975) legt dar, dass die Rehabilitationsfachperson:

- Krankheiten zum Verschwinden bringt,
- den Patienten/die Patientin heilt,
- seine/ihre Probleme löst,
- ihm/ihr zusammen mit dem Rehabilitationsteam dabei hilft, Probleme zu lösen.

Diese beiden Aussagen sind Beispiele für einen individualistischen und klinischen Rehabilitationsansatz. Stubbins (1982) stellte eine solche klinische Betrachtungsweise von Rehabilitation in Frage und unterstützte eine sozioökonomische oder soziopolitische Perspektive.

Cottone und Emener (1990) schlugen vor, die Modelle beruflicher Rehabilitation und medizinischer Rehabilitation im psychomedizinischen beruflichen Rehabilitationsmodell zusammenzuführen. Die wesentlichen Grundsätze des Modells sind:

1. Fachpersonen für psychomedizinische berufliche Rehabilitation arbeiten fast ausschliesslich mit gesundheitlich beeinträchtigten Personen. Ungeachtet der Hintergründe des Programms (z.B. in einer Arbeitssituation oder der Familie) beurteilen und behandeln Fachpersonen für psychomedizinische berufliche Rehabilitation die gesundheitlich beeinträchtigte Person individuell. Wenn ein Patient/eine Patientin beispielsweise in einer Arbeitssituation ungewöhnliche Verhaltensweisen an den Tag legt, wird er/sie aus der Arbeitssituation entfernt, in eine Beratungs-Beziehung isoliert und bekommt eine Behandlung für seine/ihre Verhaltensstörung. Dabei wird angenommen, dass das Problem bei der Einzelperson liegt; der Hintergrund des Problems wird nur als normativer Rahmen betrachtet.
2. Fachleute für psychomedizinische berufliche Rehabilitation müssen Fachpersonen der Diagnose von individuellen Beschwerden (z.B. Psychopathologie) sein und berufliche sowie pädagogische Kompetenzen, Interesse und Persönlichkeitseigenschaften aufweisen. Gemäss diesem Modell müssen Rehabilitationsfachpersonen spezifische Kenntnisse der Diagnostik aufweisen oder offiziell mit anderen Personen in Verbindung stehen, die solche Kenntnisse haben. Eine Überweisung sollte dann vorgenommen werden, wenn für eine diagnostizierte Beschwerde eine Einschätzung oder Behandlung notwendig ist, die ausserhalb der Kompetenzen der Case Management-Fachperson liegt.

3. Die Beratung besteht in erster Linie aus:
 - a. medizinischem Management,
 - b. Beratung bezüglich Anpassung an die Gesundheitsbeeinträchtigung,
 - c. Berufsberatung unter Beachtung von diagnostizierten Berufseinschränkungen.
4. Wenn andere Personen, die in einen Fall involviert sind, einbezogen werden, geschieht dies in erster Linie, um aufzuklären. Vorgesetzten einer Werkstatt oder anderen Berufsleuten, zukünftigen Arbeitgebenden und weiteren Personen werden grundlegende Auskunft über den Gesundheitszustand der betroffenen Person gegeben (mit ihrer legaler Erlaubnis) sowie aufklärende Informationen, die ihnen dabei helfen können, die Einschränkungen einer erkrankten oder verunfallten Person zu verstehen. Einschränkungen werden immer in Verbindung mit der Gesundheitsbeeinträchtigung gebracht oder als eine wesentliche Eigenschaft dieser Beeinträchtigung angesehen und nicht als Einschränkungen der Beziehung der betroffenen Personen zu anderen Menschen ihres Umfelds.
5. Den betroffenen Personen, die von Natur aus als verantwortlich für ihre physischen oder psychischen Eigenschaften angesehen werden, obliegt die letzte Verantwortung, eine Beschäftigung zu bekommen oder zu behalten. Fachpersonen für psychomedizinische berufliche Rehabilitation sind nicht verantwortlich für die Platzierung eines Patienten/einer Patientin oder den Erfolg, eine Stelle behalten zu können. Arbeitsvermittlungsdienste sind jedoch (genauso wie jene Fachpersonen, die den Patienten/die Patientin als arbeitsfähig angesehen haben) all jenen Rechenschaft schuldig, die in die Entwicklung der persönlichen und beruflichen Fähigkeiten der betroffenen Person investiert haben. Klienten/Klientinnen können für das Versäumnis, eine Arbeit zu bekommen oder zu behalten, verantwortlich gemacht werden und unter gewissen Umständen nach einer gutgläubigen Bemühung von Parteien, die von Rechts wegen für die persönliche und berufliche Entwicklung zuständig sind, durch den Entzug von Dienstleistungen oder Leistungsgeldern für fehlende Motivation bestraft werden.
13. Personen, die von Natur aus nicht für ihre physischen oder psychischen Eigenschaften verantwortlich gemacht werden können, wird dabei geholfen, eine Arbeit in einer geschützten Einrichtung zu finden oder es wird ihnen durch soziale Programme, die die Absicht haben, für die Existenz gesundheitlich beeinträchtigter Personen zu sorgen und zu verhindern, dass sie in Vergessenheit geraten, finanzielle Unterstützung gewährt.

Cottone und Emener (1990) legen daraufhin dar, dass das erwähnte Modell all jenen bekannt sein sollte, die beim Staat oder einer Versicherung arbeiten. Sie sind der Meinung, dass ihr Modell ein grösseres Verständnis für psychosoziale Faktoren bringen würde, was zu einer effizienteren Rehabilitation von Personen mit Gesundheitsbeeinträchtigungen führen würde. Leider hat sich dies als falsch erwiesen. Das Erbringen auf dieses Modell gestützter beruflicher Rehabilitationsdienstleistungen blieb im Grossen und Ganzen – wenn auch nicht ausschliesslich – stark verwurzelt im medizinischen Krankheitsmodell.

Es sind Versuche unternommen worden, berufliche Rehabilitation von der eingeschränkten Sichtweise zu lösen, die sich nur auf schlimme Beeinträchtigungen konzentrierte (Harder & Potts 2002). Obwohl eine effiziente Behandlung weniger schlimmer Beeinträchtigungen das Potenzial dazu hätte, Leiden sowie stetig steigende Versicherungskosten zu vermeiden, hindert die Dominanz des medizinischen Krankheitsmodells in unserer Gesellschaft einen solchen Ansatz daran, Fuss zu fassen. Die *Insurance Corporation of British Columbia* bietet berufliche Rehabilitation nur jenen an, die eine schlimme Verletzung erlitten haben trotz der Tatsache, dass weniger schlimme Verletzungen die Versicherung und ihre Leistungszahlenden jedes Jahr Millionen von Dollar kosten. Die Versicherung unternahm mehrere Versuche, sich mit dieser Angelegenheit auseinander zu setzen, und führte diesbezüglich ein erfolgreiches Programm mit der Bezeichnung *Injury Recovery Program* ein. Dieses Programm war so innovativ und erfolgreich, dass es weltweit Aufmerksamkeit auf sich zog. Trotz allem entschied sich die Versicherung dazu, das Programm fallen zu lassen, da es ihrer Meinung nach nicht zum Kerngeschäft gehört.

In der ganzen Welt sind die Leistungskosten im Steigen begriffen. Des Öfteren ist von ausser Kontrolle geratenen Kosten die Rede, was implizit aussagt, dass sie in der Vergangenheit unter Kontrolle waren. Es ist offensichtlich, dass die medizinische Behandlung einen solchen Fortschritt gemacht hat, dass die körperliche Genesungszeit ziemlich genau vorhergesagt werden kann. Es gibt in der Tat Protokolle, die die Rekonvaleszenzzeit für alle Arten von Erkrankungen bzw. Verletzungen klar angeben. Die medizinische Behandlung ist nicht länger das Problem. Die Kosten werden durch nichtmedizinische Faktoren stetig in die Höhe getrieben. Kommen wir auf das früher in diesem Kapitel geschilderte Fallbeispiel zurück:

Obwohl Tom Probleme mit der medizinischen Behandlung hatte, was sehr unglückliche Folgen mit sich brachte, waren seine Verletzungen nicht der Grund, warum er nicht an die Arbeit zurückkehrte. Die Verletzungen und Folgebeschwerden hielten ihn, so schlimm sie waren, nicht vom Erwerbsleben ab. Was ihn tatsächlich von einer Rückkehr an die Arbeit abhielt, waren psychische Veränderungen, die Beeinträchtigung seiner Selbstachtung, seine Beziehungsprobleme, der Verlust von Zukunftsaussichten (was zu Depression führte). Diese Probleme mussten angegangen

werden, womit auch begonnen wurde, als die Versicherung ihn im Stich liess. Das medizinische Krankheitsmodell kannte keine Methode ihn zu behandeln. Tom hatte Beschwerden, die nicht herausoperiert, genäht oder mit Medikamenten behandelt werden konnten. Sie erforderten andere Lösungen, da ihre Ursachen nicht in einer Verletzung oder Erkrankung lagen.

Nun werden manche vielleicht fragen, wieso Versicherungen für solche Behandlungen zahlen sollten. Die Antwort darauf ist einfach: Es kommt viel billiger, wenn alle Faktoren berücksichtigt werden und Tom geholfen wird, mit seinen Beschwerden umzugehen und an die Arbeit zurückzukehren, als wenn ihm keine Möglichkeit mehr gegeben wird, zu arbeiten, und er zu einer Last für die Gesellschaft wird. Wenn Versicherungen erlaubt wird, künstliche Grenzen für Gesundheitsbeeinträchtigungen zu bestimmen, die auf einer künstlichen, beschränkten Sicht auf Gesundheitsbeeinträchtigungen basieren, leidet die Gesellschaft als Ganzes, was so lange andauern wird, bis wir unsere Einstellungen ändern und damit beginnen, die ganze Person zu behandeln, nicht nur ihre körperliche Beschwerde.

Disability Management und berufliche Rehabilitation

Disability Management ist bestrebt, ein neues Behandlungsmuster zu verankern, das auf einer Epistemologie beruht, die aus den Disziplinen Medizin, Rehabilitation, Psychologie und Betriebswirtschaft kommt. Die Aussage ist ziemlich einfach. In unserer Gesellschaft genießt Arbeit hohe Wertschätzung. Einzelpersonen sind bestrebt zu arbeiten, damit sie sich in ihrem Leben alles Notwendige und einen gewissen Luxus leisten können. Selbstachtung und Arbeit sind tief miteinander verflochten. Wenn eine Person nicht arbeiten kann, aus welchen Gründen auch immer, gerät ihre Selbstachtung, ihre Identität ins Wanken. Je früher sie in ihr «normales» Leben vor der Verletzung zurückkehren kann, desto besser. Medizinische Rehabilitation ist nur ein kleiner Teil dieses Prozesses. Der Grossteil der Verantwortung liegt bei den einzelnen Personen und ihren Arbeitgebenden. Innerhalb des DM-Modells hat hervorragende, rechtzeitige und geeignete körperliche Behandlung immer noch Vorrang. Dies allein reicht jedoch noch nicht aus, und es ist auch nicht angebracht, nichtphysiologische Beschwerden mit Schulmedizin zu behandeln. Alle anderen Probleme, die zu Hindernissen für die Genesung und das RTW werden könnten, müssen früh im Prozess identifiziert und behandelt werden. Der Arbeitgebende muss die ganze Zeit über involviert sein. Unnötige Verzögerungen des Gesundheitssystems müssen angegangen und beseitigt werden. Es ist von grösster Bedeutung, dass nicht zugelassen wird, dass die betroffene Person auf langen Wartelisten verschmachtet oder sich in anderen bürokratischen Schlingen verfängt. Rechtzeitige Unterstützung ist sowohl für die körperliche und geistige Gesundheit der betroffenen Person als auch für die wirtschaftliche Gesundheit des Arbeitgebenden und der Gesellschaft allgemein entscheidend.

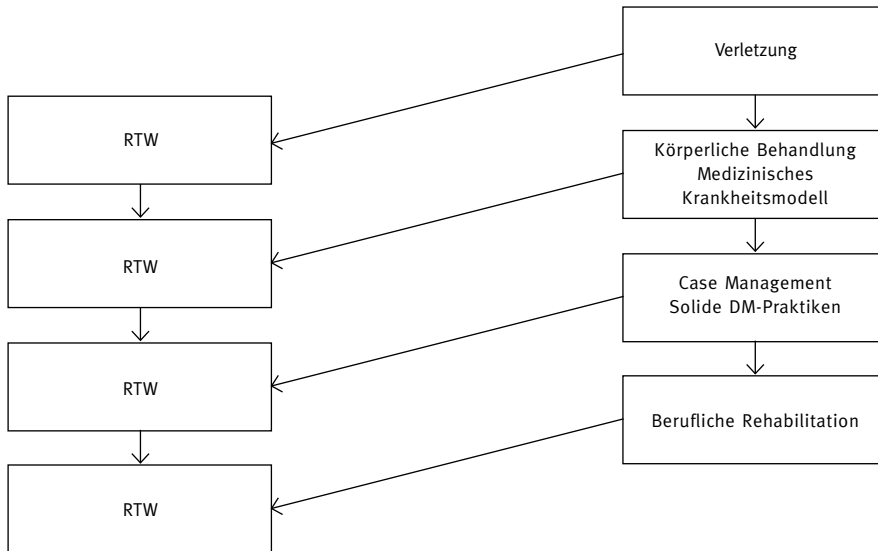
Wenn es zu Rehabilitation kommt, verfolgt DM folgende wichtige Grundsätze:

1. *Frühe, effiziente Behandlung:* DM-Fachpersonen sorgen dafür, dass ihre Klienten und Klientinnen die beste, zeitgerechteste Behandlung erhalten, die zur Verfügung steht. Es wird besonders darauf geachtet, dass die betroffene Person nicht ein Opfer bürokratischer, vom Gesundheitssystem verursachter Verzögerungen wird.
2. *Keine Verzögerung der Leistungszahlungen:* DM-Fachpersonen sorgen dafür, dass die richtigen Berichterstattungsprotokolle erstellt werden, damit die Leistungen, zu denen der Klient/die Klientin berechtigt ist, nicht verzögert werden. Er nimmt auch Kontakt mit dem Leistungserbringer auf, um sicherzustellen, dass alle erforderlichen Informationen zur rechten Zeit und auf angemessene Weise geliefert werden. Dies ist von grosser Bedeutung, da ein Unterbruch oder eine Verzögerung der Leistungen den Klienten dazu bringen kann, sich auf Geldprobleme zu konzentrieren anstatt auf die Genesung und das RTW.
3. *Sofortiger und anhaltender Kontakt mit dem Arbeitgebenden:* Es ist wichtig, dass der Arbeitgebende über die relevanten Informationen auf dem Laufenden gehalten wird, sodass er mit dem/der Arbeitnehmenden in Kontakt treten kann, um den Weg für ein RTW zu ebnen. Unterstützender Kontakt mit dem Arbeitgebenden ist ausschlaggebend dafür, dass der Klient/die Klientin die (gefühlsmässige und tatsächliche) Zugehörigkeit zum Unternehmen nicht verliert.
4. *Berücksichtigung von psychosozialen Angelegenheiten:* Die DM-Fachperson wird die Familie des Klienten/der Klientin und das erweiterte Umfeld in den Genesungsprozess miteinbeziehen. Es ist von Bedeutung, dass alle Aspekte des erweiterten Umfelds der betroffenen Person in unterschiedlichem Ausmass am Genesungsprozess beteiligt sind.
5. *Angemessene Planung des RTW oder des Arbeitsantritts:* Die DM-Fachperson wird dafür sorgen, dass die Arbeit, wenn der Klient/die Klientin dazu bereit ist, zu arbeiten, für seine/ihre Einschränkungen angemessen ist. Falls erforderlich, werden im Voraus Anpassungen vorgenommen, die dann überwacht werden. Falls der Klient/die Klientin im RTW-Prozess Probleme antrifft, wird die DM-Fachperson weitere Hilfsmittel verfügbar oder eine zusätzliche Behandlung möglich machen, damit für einen erfolgreichen Abschluss gesorgt ist.
6. *Anhaltendes Monitoring zur Erfolgssicherung:* Auch wenn der/die Arbeitnehmende seit einer Weile erfolgreich an der Arbeit ist, macht die DM-Fachperson regelmässige Follow-up-Checks, um sich zu vergewissern, dass alles in Ordnung ist.
7. *Wenn kein RTW möglich ist, beginnt die DM-Fachperson damit, sich zuerst beim jetzigen Arbeitgebenden und danach bei einem anderen nach alternativer Arbeit umzusehen.* An dieser Stelle sollte die DM-Fachperson, falls sie nicht die

Kompetenzen oder die Schulung dazu hat, den Fall allenfalls an einen Experten für berufliche Rehabilitation überweisen.

8. *Die DM-Fachperson arbeitet mit den Unternehmen zusammen, um permanente DM-Programme zu erstellen.* Solche Programme dienen den Bedürfnissen aller Arbeitnehmenden eines Unternehmens und sorgen für eine gleichberechtigte Behandlung für alle.

Während medizinische Rehabilitation und berufliche Rehabilitation in den letzten achtzig Jahren grosse Fortschritte erzielt haben, ist es nun an der Zeit, unsere Aufmerksamkeit nichtphysiologischen Auswirkungen von Arbeitsunfähigkeit sowie der Behandlung von nichtphysischen Gesundheitsbeeinträchtigungen zu widmen. Wenn die Behandlung von Depression als Reaktion auf die Arbeitsunfähigkeit, posttraumatischem Stress, klinischer Depression, des chronischen Müdigkeitssyndroms oder von Fibromyalgie Erfolg haben sollte, müssen wir davon wegkommen, das medizinische Krankheitsmodell der Rehabilitation für diese Probleme anzuwenden. Neue Behandlungsmodelle müssen entwickelt werden, in deren Mittelpunkt die Erkenntnis steht, wie wichtig das Erhalten der Arbeit im Leben einer Person ist, und die anerkennen, dass überleben allein nicht genug ist. Die Behandlung muss den Schwerpunkt auf die Stützung der Selbstachtung, den Einfluss des erweiterten Umfelds und das Erhalten eines Arbeitskonstrukts legen, in anderen Worten auf alle psychosozialen Faktoren, deren Bedeutung anerkannt wird, die aber selten bei der Behandlung berücksichtigt werden. Dieser neue Ansatz verlangt, dass das medizinische Krankheitsmodell auf die Behandlung der Person während ihrer körperlichen Rekonvaleszenzzeit eingeschränkt wird. Unser Vorschlag ist es deshalb, dass das gesamte Behandlungsmodell als umfassendes Disability Management bezeichnet wird und das medizinische Krankheitsmodell nur ein Teil dieses Prozesses ist. In Abbildung 11.2 wird dieser Ansatz illustriert.

Abbildung 11.2 Umfassendes Disability Management

Schlussfolgerungen

Daten der Weltgesundheitsorganisation (2004) zeigen klar auf, dass psychische Erkrankungen oder Folgeerkrankungen in besorgniserregender Geschwindigkeit zunehmen. Es ist äusserst wichtig, dass wir den eingeschränkten Ansatz der schulmedizinischen Behandlung hinter uns lassen, um neue Behandlungsmethoden auszuarbeiten, die auf einer erkenntnistheoretischen Entwicklung von umfassenden Behandlungsprotokollen beruhen, die nichtschulmedizinische Lösungen für nichtschulmedizinische Probleme anbieten. Der eingeschränkte Blick auf physiologische Behandlung hat uns in der Vergangenheit (und der Gegenwart) keinen guten Dienst erwiesen und wird dies auch in Zukunft nicht tun. Traditionelle Rehabilitation ist nicht die Lösung für alle Probleme. Gesundheitlich beeinträchtigte Personen brauchen unabhängig von den Ursachen ihrer Erkrankung eine angemessene Behandlung und nicht nur medizinische Rehabilitation. Neue Behandlungen müssen entwickelt und finanziert werden, damit gesundheitlich beeinträchtigte Menschen angemessen behandelt werden können und davon profitieren, vollwertige Mitglieder der Gesellschaft zu werden oder zu bleiben.

Literatur

- Anderson T 1975 An alternative frame of reference for rehabilitation: the helping process versus the medical model. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 56:101–104
- Cottone R, Emener W G 1990 The psychomedical paradigm of vocational rehabilitation and its alternatives. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 34(2):91–103
- Harder H G, Potts L 2002 Disability management: the insurance company of British Columbia experience. In: Murer E, Niederer P, Rumo-Jungo A et al (eds) *Whiplash Associated Disorders: Medical, biomechanical and legal aspects*. Staempfli, Bern, pp 133–150
- Maki D R 1986 Foundations of applied rehabilitation counseling. In: Riggart T F, Maki D R, Wolf A W (eds) *Applied Rehabilitation Counseling*. Springer, New York
- Stubbins J 1982 *The clinical attitude in rehabilitation: a cross-cultural view*. World Rehabilitation Fund, New York
- World Health Organization 2004 *The World Health Report 2004 – Changing history*. WHO, Geneva
<http://www.who.int/whr/en/>
- Wright G N 1980 *Total Rehabilitation*. Little, Brown, New York

12. Die Pflicht Arbeitsanpassungen vorzunehmen

Einleitung

Die Pflicht, Arbeitsanpassungen vorzunehmen, basiert auf einer im Verlauf der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts entwickelten Gesetzgebung. Im Jahr 1948 arbeitete die UNO internationale Abkommen aus (UN 1948), die erklären, dass:

- jeder und jede das Recht auf Arbeit, auf eine freie Wahl der Arbeitsstelle, auf gerechte und zuvorkommende Arbeitsbedingungen und Schutz gegen Arbeitslosigkeit hat und
- dass jeder und jede ohne jegliche Diskriminierung das Recht auf gleichen Lohn für gleiche Arbeit hat.

Im Anschluss an diese Abkommen kam es im Jahr 1975 zur *Deklaration über die Rechte behinderter Menschen* der UNO (*Declaration of the Rights of Disabled Persons/UN 1975*), die unter anderem Folgendes erklärt:

- Gesundheitlich beeinträchtigte Menschen haben Anspruch auf Massnahmen, die es Ihnen ermöglichen, so selbständig wie möglich zu werden.
- Gesundheitlich beeinträchtigte Menschen haben das Recht auf medizinische und psychologische Behandlung einschliesslich Prothesen, medizinische und soziale Rehabilitation, Hilfsmittel, Beratung, Arbeitsvermittlung und andere Dienstleistungen, die es ihnen ermöglichen, ihre Kompetenzen und Fähigkeiten maximal zu entwickeln und den Prozess ihrer sozialen Eingliederung oder Wiedereingliederung zu beschleunigen.
- Gesundheitlich beeinträchtigte Menschen haben das Recht auf wirtschaftliche und soziale Sicherheit sowie einen anständigen Lebensstandard. Sie haben das Recht ihren Fähigkeiten gemäss ihre Anstellung zu behalten oder einer nützlichen, produktiven und bezahlten Arbeit nachzugehen und sich Gewerkschaften anzuschliessen.

- Gesundheitlich beeinträchtigte Menschen haben das Recht darauf, dass ihre besonderen Bedürfnisse auf allen Ebenen der wirtschaftlichen und sozialen Planung berücksichtigt werden.
- Gesundheitlich beeinträchtigte Menschen sollen vor jeglicher Ausbeutung sowie jeglicher Regelung oder Behandlung diskriminierender, beleidigender oder erniedrigender Art geschützt werden.

Gesetzgebung

In Kanada wird die Pflicht, Arbeitsanpassungen vorzunehmen, in der *Canadian Charter of Rights*, dem *Canadian Human Rights Act* und dem *Employment Act* klar definiert. In der *Canadian Charter of Rights and Freedom (Kanadische Charta der Rechte und Freiheiten)* lesen wir:

«Alle Menschen sind vor und unter dem Gesetz gleich und haben das Recht auf gleichen Schutz und gleiche Unterstützung durch das Gesetz ohne Diskriminierung insbesondere aufgrund der Rasse, nationaler oder ethischer Herkunft, der Hautfarbe, der Religion, des Geschlechts, des Alters sowie geistiger oder körperlicher Beeinträchtigung.»

Der *Canadian Human Rights Act*, erklärt:

«Ziel dieses Gesetzes ist es, das kanadische Recht innerhalb des Aufgabenbereichs, der unter der Gesetzeshoheit des Parlaments steht, so zu erweitern, dass dem Grundsatz stattgegeben wird, dass alle Menschen die gleichen Möglichkeiten haben sollen, ihr Leben so zu führen, wie sie es können und wollen, und das Recht haben, dass ihren Bedürfnissen Beachtung geschenkt wird in Übereinstimmung mit ihren Verpflichtungen als Mitglieder der Gesellschaft ohne durch diskriminierende Praktiken aufgrund der Rasse, ihrer nationalen oder ethischen Herkunft, ihrer Hautfarbe, Religion, ihres Alters, Geschlechts, ihrer sexuellen Ausrichtung, ihrem Zivil- bzw. Familienstand, ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung oder einer erlassenen Strafe daran gehindert zu werden.»

(Hinweis des Fachlektorats: Im kanadischen Originalwerk werden an dieser Stelle ausführlich die kanadische Rechtssprechung sowie drei Fallstudien aus diesem Kontext ausgeführt. In der Annahme, dass dieser Teil für die deutschsprachige Leserschaft keine notwendigen Informationen enthält, haben wir diesen Teil in Absprache mit der Autorschaft und dem Verlag weggelassen.)

Im Hinblick auf Anpassungen am Arbeitsplatz sollte erwähnt werden, dass Arbeitgebende nicht dazu verpflichtet sind, im Unternehmen neue Arbeitsstellen zu schaffen.

Dies bedeutet auch, dass es nicht die beste Lösung ist, Arbeitnehmende weiterhin einige Arbeiten ihrer ursprünglichen Stelle verrichten zu lassen und andere Arbeiten hinzuzufügen. Der/Dem betroffenen Arbeitnehmenden sollte eine Stelle angeboten werden, deren wesentliche Anforderungen er alle – je nach Bedarf mit Arbeitsanpassungen - erfüllen kann. Dabei sollte es sich um produktive und bedeutungsvolle Arbeit handeln, die die Unternehmensziele unterstützt. Es besteht ebenso keine Verpflichtung, eine von einer/m anderen Arbeitnehmenden besetzte Arbeitsstelle als Anpassungsmassnahme für eine/n verletzte/n Arbeitnehmende/n frei zu machen.

Wie kann also ein Arbeitgebender oder eine Gewerkschaft die Einhaltung der Pflicht, Arbeitsanpassungen vorzunehmen, gewährleisten? Unter anderem, indem:

- er/sie sich auf dem laufenden Stand der Entwicklungen der einschlägigen Gesetzgebung und der Vorschriften hält;
- er/sie die Stellen in seinem/ihrem Unternehmen sowie deren Anforderungen kennt;
- er/sie dafür sorgt, dass nach Verletzung oder Erkrankung die Fähigkeiten der verletzten/erkrankten Person auf kurze und lange Sicht hinaus angemessen abgeklärt werden;
- er/sie die verschiedenen Anpassungsmöglichkeiten kennt;
- er/sie eine Anpassungspolitik entwickelt;
- er/sie Lösungsansätze zur gemeinsamen Beseitigung von Problemen entwickelt;
- und indem er/sie flexibel ist.

Anwendung

Dieses Unterkapitel untersucht Methoden der Arbeitsanpassung sowohl für körperliche als auch geistige Beeinträchtigungen und gibt Beispiele für solche Anpassungen.

Unter Arbeitsanpassung wird jede Änderung an einem Arbeitsplatz oder von einem Arbeitsablauf verstanden, die es einer Person möglich macht, ihre Arbeit zu verrichten. Im Allgemeinen werden Arbeitsanpassungen für gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitnehmende vorgenommen. Eine kanadische Studie von 2001 zeigt jedoch, dass nur 4% der gesundheitlich beeinträchtigten Arbeitnehmenden Änderungen am Arbeitsplatz benötigten. Mehr als die Hälfte der Anpassungen kosten weniger als Can\$ 500. Zu preisgünstigen Anpassungen zählen beispielsweise (HRDC 2002):

- Bereitstellen eines Telefonheadsets
- Ergonomische Stühle
- Ersetzen der Computermaus durch ein Trackball-System

Umfangreicher sind in der Regel jene Anpassungen, die einen Arbeitsplatz für mobilitätsbehinderte Arbeitnehmende zugänglich machen sollen. Dazu gehören unter anderem:

- Zugängliche Korridore
- Rampen mit angemessener Steigung und Geländer
- Breitere Türen
- Geeignete Parkmöglichkeiten

Häufiger denn je machen sich Unternehmen Gedanken über die Notwendigkeit, Arbeitsanpassungen für Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen vorzunehmen. Diese werden andere Anpassungen benötigen als körperlich beeinträchtigte Menschen; es könnte mehr Kreativität und Flexibilität erforderlich sein. Geistige Beeinträchtigung ist ein heikles Thema. Es sollte somit streng darauf geachtet werden, dass die Situation nicht durch versehentliche Offenlegung von Informationen oder Verstärkung von Vorurteilen verschlimmert wird.

Anpassungen für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung sind beispielsweise (HRDC 2002):

- Flexible Zeitplanung
- Jobsharing
- Häufigere Pausen
- Zurverfügungstellung von privaten Arbeitsräumen damit die Person weniger abgelenkt wird
- Verwendung von Kalendern und elektronischen Terminplanern
- Schriftliches Festhalten von Erwartungen

Sehstörungen treten im Arbeitskontext immer häufiger auf. Beim Vornehmen von Anpassungen für Arbeitnehmende mit Sehstörungen ist Flexibilität erforderlich, da die Sehschärfe sehr unterschiedlich sein kann. Es stehen unter anderem Handlupen, Computer mit Grossbildschirm, Braille-Hilfsmittel, Hörhilfen und Blindenhunde zur Verfügung (HRDC 2002). In den meisten Ländern gibt es Organisationen, die Unterstützung für sehbehinderte Menschen anbieten und für deren Rechte eintreten. Solche Organisationen können beim Bestimmen der erforderlichen Anpassungen eine äusserst wertvolle Hilfe sein.

Auch Hörbeeinträchtigungen treten durch die Alterung der Bevölkerung immer häufiger an der Arbeit auf. Dazu gehören sowohl vollständige Taubheit als auch zahlreiche Stufen geringerer Hörverluste. Auch Menschen mit Hörverlusten benötigen Anpassungen an der Arbeit. Die Art der Arbeitsanpassung hängt jedoch von der Art des Hörverlustes ab und davon, ob sich die Verfassung weiter verschlechtern wird oder nicht. Nützliche Hilfen sind unter anderem Hörhilfen, die Beseitigung von Nebengeräuschen am Arbeitsplatz, E-Mail- oder andere schriftliche Kommu-

nikation, TTY-Telefone (Text-Telefone), Gebärdendolmetscher. Äusserst wichtig ist die Gewährleistung, dass betroffene Personen nicht Gefahren ausgesetzt werden, da sie Sicherheitswarnungen nicht hören können. Folglich sollte dem Warn- und Notfallsystem im Unternehmen besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

In den meisten kanadischen Unternehmen ist das Erbringen von Hilfeleistungen für Personen mit Drogen- oder Genussmittelproblemen klar definiert. Es sei darauf hinzuweisen, dass Sucht als gesundheitliche Beeinträchtigung angesehen wird und somit Arbeitsanpassungen erfordert. Eine Person lediglich an ein Unterstützungsprogramm für Arbeitnehmende zu überweisen, reicht nicht aus. Arbeitgeber müssen auch Anpassungen wie die Genehmigung von Abwesenheiten aufgrund von Behandlungen oder Veränderung der Arbeitszeiten in Betracht ziehen, damit es dem/der Arbeitnehmenden ermöglicht wird, Beratungsdienste in Anspruch zu nehmen oder beispielsweise eine Selbsthilfegruppe zu besuchen.

Da sich Disability Management mit allen gesundheitlich beeinträchtigten Personen befasst (nicht nur mit jenen, die sich ihre Beeinträchtigung an der Arbeit zugezogen haben) wird es notwendig sein, sich mit allen Arten von gesundheitlicher Beeinträchtigung vertraut zu machen einschliesslich Lern- und Entwicklungsbehinderungen.

Menschen mit Lernstörungen haben sehr unterschiedliche Bedürfnisse und benötigen ganz besondere, individuelle Arbeitsanpassungen. So hat zum Beispiel eine Person gelernt, ihre Dyslexie zu kompensieren, und braucht somit nur ein bisschen mehr Zeit, um Anweisungen zu lesen, während eine andere Person eine schwerere Dyslexie hat, die sie nicht so leicht kompensieren kann. Letztere wird umfangreichere Arbeitsanpassungen benötigen.

Beispiele für Entwicklungsbehinderungen sind das Down-Syndrom, zerebrale Lähmung und Autismus. Die Funktionsfähigkeit von Menschen mit Beeinträchtigungen dieser Art kann ganz unterschiedlich sein. Gewisse Schwierigkeiten – wie Schwierigkeiten mit Lesen, Schreiben, Mathematik und dem Lösen von Problemen – treten jedoch häufig auf. Eine erfolgreiche Arbeitsanpassung für diese Menschen ist das Bereitstellen eines Coaches, der ihnen hilft, die wesentlichen Aufgaben der Arbeit zu lernen, sich an Arbeitsroutinen anzupassen und eine Beziehung zu den Vorgesetzten und Mitarbeitern aufzubauen. Je nach dem Ausmass der Beeinträchtigung kommen Betroffene auch ohne Coach zurecht. Andere jedoch müssen regelmässigen oder beständigen Zugang zu einem Coach haben. Traumatische Hirnverletzungen machen der Unterteilung in körperliche und geistige Beeinträchtigungen einen Strich durch die Rechnung, da die Folgen einer Hirnverletzung sowohl körperlicher als auch geistiger Natur sein können. Menschen mit solchen Beeinträchtigungen benötigen sowohl eher traditionelle «körperliche» Anpassungen als auch nicht-traditionelle Anpassungen, die vielleicht mit einer geistigen Beeinträchtigung einhergehen. Durch traumatische Hirnverletzungen werden typischerweise Stirn- und Schläfenlappen des Gehirns beeinträchtigt, was Veränderungen des Denkprozesses, des Verhaltens und

der Persönlichkeit zur Folge haben kann. Zu den bemerkbaren Veränderungen gehören beispielsweise körperliche Einschränkungen, Verhaltensänderungen, Impulskontrollprobleme, Seh- und Gedächtnisstörungen. Als Arbeitsanpassung könnten zum Beispiel Quellen der Ablenkung oder Unterbrechungen reduziert werden, Aufträge in kleinere Aufgaben unterteilt werden oder Gedächtnisstützen wie Kalender und Notebooks verwendet werden. Es kann sein, dass eine Versetzung an eine Stelle, die weniger Kontakte mit anderen erfordert, notwendig ist. Die in der Praxis eingesetzten Arbeitsanpassungen können sehr unterschiedlich sein. Oft sind kreative Lösungen gefragt, die auf die Fachkenntnisse der verletzten/erkrankten Person, der Mitarbeitenden, Vorgesetzten und Gesundheitsfachleuten zurückgreifen.

Literatur

- Canadian Charter of Rights and Freedoms 1982 <http://laws.justice.gc.ca/en/charter/>
- Canadian Human Rights Act 1985 <http://laws.justice.gc.ca/en/H-6/>
- Canadian Human Rights Commission 2003 <http://www.chrc-ccdp.ca/discrimination/occupationalen.asp#top>
- Dyck D 2000 Disability Management: Theory, strategy and industry practice. Butterworth, Markham, Ontario
- Employment Equity Act 1995 <http://laws.justice.gc.ca/en/E-5.401/>
- Human Resources and Development Canada 2002 Advancing the Inclusion of Persons with Disabilities <http://www.hrsdc.gc.ca/asp/gateway.asp?hr=en/hip/odi/documents/advancingInclusion/aipdIndex.shtml&hs=pyp> (later Human Resources and Skills Development Canada)
- Ontario Human Rights Commission 2004 <http://www.ohrc.on.ca/english/publications/disability-policy-fact4.shtml>
- Statistics Canada 2001 Participation and Activity Limitation Survey <http://stcwww.statcan.ca/english/sdds/3251.htm>
- Supreme Court of Canada 1985 http://www.lexum.umontreal.ca/csc-scc/en/pub/1985/vol2/html/1985scr2_0561.html
- Supreme Court of Canada 1992 http://www.lexum.umontreal.ca/csc-scc/en/pub/1992/vol2/html/1992scr2_0970.html
- Supreme Court of Canada 1999a Meiorin Case http://www.lexum.umontreal.ca/csc-scc/en/pub/1999/vol3/html/1999scr3_0003.html
- Supreme Court of Canada 1999b Grismer Case http://www.lexum.umontreal.ca/csc-scc/en/pub/1999/vol3/html/1999scr3_0868.htm
- United Nations 1948 The Universal Declaration of Human Rights. Office of the High Commission on Human Rights <http://www.unhcr.ch/udhr/>
- United Nations 1975 Declaration on the Rights of Disabled Persons <http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/72.htm>

13. Programmevaluation

Lernziele

- Den Evaluationsprozess verstehen.
- Ein Evaluationsprogramm erstellen können.
- Eine Kosten-Nutzen-Analyse durchführen können.
- Erkennen, wie wichtig es ist, die Rentabilität quantitativ zu bestimmen.

Einleitung

Die ersten Disability-Management-Programme haben viel Wohlwollen genossen. Arbeitgebende, Gewerkschaften und andere haben sich zusammengetan, um das zu tun, was als «das Richtige» angesehen worden ist. Anfangs wurde in den meisten Unterlagen für Öffentlichkeitsarbeit das Disability Management lautstark als «Win-win-win-Situation» angepriesen, womit Arbeitnehmende, Arbeitgebende und Gewerkschaften als Gewinner dargestellt wurden. So gut die Absichten dahinter auch waren, ist Wohlwollen allein nie genug, um ein Geschäft oder Programm aufrechtzuerhalten. Früher oder später müssen Beweise geliefert werden, dass die Programme erreichen, was sie versprechen. Es gehört zur Verantwortung eines Unternehmens, zu zeigen, dass es in allem, was es tut, verantwortlich ist; dies betrifft auch die Erbringung von DM-Dienstleistungen. In der Tat wurden viele Unternehmen durch das Versprechen, dass Kosten eingespart werden, überzeugt, ein DM-Programm einzuführen. Wie also sollte ein DM-Programm evaluiert werden?

Methodologie

In Anbetracht des Wunsches, «das Richtige» zu tun, und der Notwendigkeit, es zu tun, planen Unternehmen vor Beginn eines Programms nicht immer, wie es evaluiert werden sollte. Einige sind in der Tat der Meinung, dass Evaluation eine unnötige Tätigkeit ist, die eine Menge langweiliger Daten mit unnützen Schlussfolgerungen hervorbringt. Allzu häufig traf dies in der Vergangenheit dann auch zu. Es kam nicht selten vor, dass die Auswahl von Methoden der Programmevaluation grösstenteils unter dem Kriterium geschah, komplette wissenschaftliche

Präzision, Verlässlichkeit und Gültigkeit zu erreichen. Eine solche Vorgehensweise brachte oft umfangreiche Forschungsdaten hervor, aus denen sehr vorsichtige Schlüsse gezogen wurden; Verallgemeinerungen und Empfehlungen wurden vermieden. Als Ergebnis davon neigten Evaluationsberichte dazu, das Offensichtliche ständig zu wiederholen, und liessen die Programmverwalter enttäuscht und skeptisch über den Nutzen von Evaluationen im Allgemeinen zurück. Zum Glück beginnt sich dies zu ändern und Programmevaluation konzentriert sich nun vermehrt auf die Nützlichkeit, Relevanz und Anwendbarkeit, während wissenschaftliche Glaubwürdigkeit weiterhin bestehen bleibt.

Bei der Programmevaluation geht es nicht um den Erfolg oder Misserfolg eines Programms. Denn dann müsste angenommen werden, dass das Programm von Anfang an perfekt geplant und umgesetzt wird und somit nie eine Rückmeldung zum Vornehmen von Verbesserungen gebraucht wird. Eine Programmevaluation wird als Mittel zur kontinuierlichen Verbesserung aufgestellt. Programme benötigen quantitative Datenergebnisse und qualitative Reaktionen von Beteiligten und Akteuren, um im Verlauf der Zeit Fortschritte zu machen. Richtige Programmevaluation liefert solche Informationen.

Es ist eine allgemein geläufige Auffassung, dass Programmevaluation ein komplexer Prozess ist, der zu einer bestimmten Zeit auf eine bestimmte Art durchgeführt wird und fast immer externe Experten hinzuzieht. Viele Personen glauben, dass sie alle statistischen Techniken und Forschungsmethoden komplett beherrschen müssen, um eine Programmevaluation durchzuführen. Dem ist jedoch nicht so. Denn wie es Van Beek und Kuvaja (2000) erörtern, wird die Erwartung ständig grösser, dass die angebotenen Dienste sich als kosteneffizient erweisen und kontinuierlicher Fortschritt erzielt wird. Unternehmen müssen wissen, was sie wirklich wissen müssen, um entscheiden zu können, ob das Programm funktioniert. Mit anderen Worten: Was macht den Erfolg eines Programms aus? Das bedeutet, sich Zeit zu nehmen, um wirklich zu verstehen, was geschieht und wieso. Programmevaluation beschäftigt sich nicht nur mit Zahlen, sondern auch mit dem Prozess. Die meisten Unternehmen erfassen einen Grossteil der Informationen schon, die für eine solche Analyse notwendig sind, nur nicht in einer Form, die leicht zugänglich oder verständlich ist.

Es gibt drei allgemeine Arten von Programmevaluationen: Bedarfsevaluation, formative Evaluation und summative Evaluation.

Bedarfsevaluation

Die Bedarfsevaluation wird vor der Erstellung des Programms ausgeführt, um den aktuellen Stand der Dinge zu analysieren und herauszufinden, welches die derzeitigen Bedürfnisse sind. Danach wird das Programm so gestaltet, dass es diese Bedürfnisse deckt und die messbaren Zielsetzungen erreicht, die in der Programmpla-

nung umrissen worden sind. Eine solche Evaluation sollte selbstverständlich ganz am Anfang stehen. Viele Unternehmen, einschliesslich jener, die DM-Programme einführen möchten, sind unter Zeitdruck, und so wird dieser Prozess allzu häufig vernachlässigt. Dahinter steht in etwa der Gedanke: Wir kennen die Bedürfnisse, wir wissen (von Einzelfällen), dass das Programm funktioniert, sparen wir also Zeit und Geld und setzen es einfach um. Leider werden dabei leicht entscheidende Bedürfnisse übersehen; eine solche Vorgehensweise ist zudem nicht sehr solide, da sie sich nur auf die Meinung des Senior-Management stützt, welche Bedürfnisse bestehen, und versäumt das Erstellen von Ausgangsdaten, an denen zukünftige Gewinne oder Verluste gemessen werden können.

Bei der Planung eines DM-Programms versucht eine Bedarfsevaluation Fragen zu beantworten wie:

- Welches Profil hat die Gruppe, auf die das DM abzielt?
- Welches ist der aktuelle Stand der Dinge? Wie steht es um die Anspruchskosten, die Prämien, die Art und die Dauer der Ansprüche etc.?
- Welche Bedürfnisse hat die Gruppe im Hinblick auf das DM zurzeit?
- Wodurch wird ein DM-Programm für die Gruppe effizient?
- Wie werden wir erkennen, dass ein DM-Programm tatsächlich effizient ist? Welche Massstäbe werden angelegt?

Formative Evaluation

Eine formative Evaluation wird durchgeführt, wenn ein Programm schon seit einer Weile läuft, um festzustellen, ob es so funktioniert wie beabsichtigt und die Bedürfnisse der Gruppe deckt. Um dies auf einfache Art zu überdenken, kann man sich die Frage stellen, ob das Programm das macht, was die Gruppe dachte, dass es tun wird. Wird diese Frage verneint, macht diese Art von Evaluation Vorschläge, was geändert werden kann, um die beabsichtigten Bedürfnisse zu decken.

Bei einer formativen Evaluation eines DM-Programms werden folgende Arten von Fragen gestellt:

- Werden genug Leute an das Programm überwiesen?
- Kennen die Leute das Programm?
- Sind die Überweisungen so, wie erwartet wurde?
- Wird der Zeitplan für die Überweisung, die Behandlung und das Return to Work (RTW) eingehalten?
- Welche Hindernisse bestehen im System?
- Werden die Kommunikationsvorgaben (z.B. erster Kontakt) eingehalten?
- Ist die Arbeitsbelastung der Mitarbeitenden so gross wie geplant?
- Arbeiten die Mitarbeitenden so, wie sie sollten?
- Haben die Mitarbeitenden die notwendigen Hilfsmittel, Zeit und Kompetenzen, den Job auszuführen?

Summative Evaluation

Eine summative Evaluation wird durchgeführt, um den tatsächlichen Erfolg des Programms zu messen. Dies geschieht dann, wenn im Hinblick auf die Ausgangsdaten, die bei der Bedarfsbewertung erfasst worden sind, Veränderungen gemessen werden. Wurde keine Bedarfsbewertung vorgenommen, so müssen vor der Durchführung einer summativen Evaluation Bestimmungsgrößen für den Erfolg festgelegt werden. Die Ergebnisse können je nach Programm und je nach Person, die gefragt wird, unterschiedlich ausfallen. Die Mitarbeitenden werden wahrscheinlich eine völlig andere Meinung haben als die Vorgesetzten oder die Gewerkschaft. Folglich ist es entscheidend, festzulegen, wessen Erfolgsmaßstäbe verwendet werden. Werden die Evaluationskriterien im Voraus vereinbart, kann in diesem Stadium viel Frustration vermieden werden.

Bei einer summativen Evaluation eines DM-Programms werden Fragen gestellt wie:

- Kehren jetzt mehr Arbeitnehmende an die Arbeit zurück als vor der Einführung des Programms?
- Kehren die Arbeitnehmenden schneller an die Arbeit zurück als vor der Einführung des Programms?
- Nehmen die Versicherungskosten ab?
- Gehen die Beschwerden in Bezug auf den RTW-Prozess zurück?
- Geschieht dies als Ergebnis des Programms?

Kosteneffizienz

Oft gehören Kostenwirksamkeitsanalysen zum Evaluationsprozess. Dabei wird ganz einfach die Frage gestellt: Bekommen wir mit dem Geld, das wir ausgeben, und den Bemühungen, die wir anstellen, das, was wir wollen? Wird die Frage bejaht, stellt sich als Nächstes die Frage: Kann dasselbe auf eine kosteneffizientere Art erreicht werden? Dies ist eine spezifischere Angelegenheit, und so werden bei einer Analyse der Kostenwirksamkeit Fragen gestellt wie:

- Erreicht das Programm seine Ziele zu einem angemessenen Preis?
- Kann ein Vergleich gemacht werden? Das heisst, hat das Programm denselben oder einen ähnlich hohen Erfolg wie ein anderes Programm, das gleich viel oder weniger Geld kostet?

Beides ist schwierig zu messen. Wir werden diesen Punkt im Verlauf des Kapitels eingehend behandeln.

Es gibt auch andere Bezeichnungen für diese Evaluationen. Es könnten Ihnen Begriffe begegnen wie «Zielevaluation», «Prozessevaluation», «Ergebnis-» oder «Erfolgsevaluation», «Bilanzbewertung» oder «Bedarfsbewertung». Alle diese Evaluationen werden von den vorgestellten Modellen der Programmevaluation abgedeckt. Die Komplexität und die Details, die von einer der drei vorgestellten Evaluationen

beachtet werden, hängen ganz davon ab, welche Art Fragen beantwortet werden. Die Reihenfolge der Evaluationen ergibt eine logische Folge für das Durchführen der Bewertungen. Wenn die Bedürfnisse nicht gemessen werden, kann ein Programm unmöglich treffend geplant werden. Ohne ein richtig geplantes, gut umgesetztes Programm werden keine aussagekräftigen Ergebnisse erzielt. Ohne solche Ergebnisse hat es keinen Zweck, zu fragen, ob das Programm seine Ziele erreicht oder kosteneffizient durchgeführt wird (Wholey 1983).

Evaluationsstart

Häufig besteht der Wunsch, alles zu wissen, was es zu wissen gibt. Da die Mittel jedoch beschränkt sind, ist es wichtig, Prioritäten zu setzen, was unbedingt zu wissen ist und was einfach nur gut wäre, zu wissen. Darauf kann entschieden werden, wie die Mittel ausgegeben werden sollten; ist das unbedingt Notwendige abgedeckt, können die Mittel für das eingesetzt werden, was gut wäre, zu wissen. Die Planung der Programmevaluation hängt davon ab, welche Informationen gebraucht werden, um die gestellten Fragen zu beantworten. Hier wird die Entscheidung getroffen, ob eine formative oder eine summative Evaluation durchgeführt werden sollte (angenommen, dass es zu spät für eine Bedarfevaluation ist). Es ist sehr wichtig, dass man sich in diesem Stadium im Klaren ist, was jede der beiden Evaluationen erreicht. Die Erwartungen der Gruppen, die die Evaluation verlangen, müssen erkannt werden und die Evaluationsmethode ist entsprechend zu wählen. Es müssen immer Kompromisse gemacht werden. Es könnte zum Beispiel vorkommen, dass jemand mehr Informationen und ein umfangreicheres Spektrum an Faktoren, jemand anders jedoch ein kleineres Spektrum, dafür aber mehr Einzelheiten haben möchte. Solche Meinungsverschiedenheiten müssen zur Zufriedenheit aller Parteien geklärt werden, bevor mit der Evaluation begonnen wird.

Hier eine Reihe von Fragen, die hilfreich sein können, eine Evaluationsart festzulegen:

- Was ist der Zweck der Evaluation? Das heisst, welche Fragen müssen beantwortet werden?
- Wer wird die Informationen erhalten, und welche Entscheidungen werden aufgrund dieser Informationen getroffen?
- Welche Art von Information wird gebraucht, um diese Entscheidungen zu treffen?
- Aus welcher Quelle sollen diese Informationen stammen? Beispielsweise von den Arbeitnehmenden, Vorgesetzten, Gesundheitsdiensten, Anwenderinnen und Anwendern des Programms etc.

- Welches ist die beste Methode, diese Informationen zu sammeln?
Zum Beispiel Fragebögen, Interviews, Beobachtung oder Fokusgruppen.
- Wie sieht der Zeitplan für die Evaluation aus?
- Welche finanziellen und personellen Mittel stehen zur Durchführung der Evaluation zur Verfügung?

Wenn der Entschluss gefasst worden ist, eine formative Evaluation durchzuführen, könnten die folgenden Fragen nützlich sein:

- Auf welcher Basis wird eine Person an das DM-Programm überwiesen?
- Was wird verlangt, damit die Überweisung stattfindet?
- Geschieht die Überweisung zur rechten Zeit?
- Wird der Zeitplan für die Überweisung, Behandlung und das RTW eingehalten?
- Werden die richtigen Personen an das Programm überwiesen?
- Sind die Mitarbeitenden richtig geschult, um ihre Funktionen ausführen zu können?
- Ist die Programmdokumentation deutlich, leicht verständlich und gut zugänglich?
- Stehen dem Programm genügend Mittel zur Verfügung?
- Wird das Programm sowohl von der Unternehmensleitung als auch von der Gewerkschaft genügend unterstützt?
- Haben alle im Unternehmen Kenntnis vom Programm und dessen Zielen?
- Welches sind die Stärken und Schwächen des Programms gemäss den daran Beteiligten, den Arbeitnehmenden, Arbeitgebenden, der Gewerkschaft, externen Akteuren etc.?
- Welches sind die typischen Beschwerden der Benutzer des Programms?
- Was kann gemacht werden, um das Programm zu verbessern?

Selbstverständlich sind diese Fragen nur Beispiele – die exakten Fragen müssen für jedes Programm einzeln ausgearbeitet werden.

Wenn der Entschluss gefasst worden ist, dass eine summative Evaluation durchgeführt werden sollte, müssen die Gestaltung der Evaluation und die zu erreichenden Ergebnisse klar sein. Eine summative Evaluation kann die schlimmsten Folgen aller Evaluationsarten haben, da aufgrund ihrer Ergebnisse die Mittel des Programms eingestellt oder gekürzt werden könnten oder Personen ihre Stellung oder sogar ihren Job verlieren könnten. Aus positiver Sicht kann eine summative Evaluation den Bedarf an zusätzlichen Mitteln und Investitionen in das Programm aufzeigen. Es ist deswegen von äusserster Wichtigkeit, dass eine solche Evaluation richtig geplant und umgesetzt wird. Folgende Schritte sollten beim Aufstellen einer summativen Evaluation befolgt werden:

1. Legen Sie die wichtigsten Ergebnisse fest, die evaluiert werden müssen. Hier ist es angebracht, zu fragen, was der Auftrag des Programms ist. Falls ein Leitbild existiert, wäre eine Durchsicht dieses Leitbilds angebracht. Wenn es beispielsweise der übergeordnete Auftrag des Programms ist, Menschen mit Gesundheitsbeeinträchtigungen, Folgeverletzungen oder Erkrankungen nach dem RTW zu helfen, stellt sich die Frage, ob dies auch geschieht. Falls dies nicht eindeutig ist oder der Auftrag durcheinander geraten oder verloren gegangen ist, sollten Fragen gestellt werden wie: Was macht das Programm? Listen Sie dann die Aktivitäten auf und fragen Sie sich für jede: Wieso wird dies getan? Die Antwort auf diese Frage erfolgt im Allgemeinen in der Form eines «Wir machen dies, weil ...», was eigentlich ein Ergebnis ist und als solches gezählt werden muss. Ein Beispiel dafür wäre, wenn das Anwesenheitsmanagement im Leitbild mit keinem Wort erwähnt würde, eine Überprüfung aber ergibt, dass eine beträchtliche Anzahl Stunden des Programms dieser Aufgabe zugewiesen worden ist. Auf die Frage nach dem Grund dafür, könnte die Antwort lauten: «Wir führen das Anwesenheitsmanagement durch, weil der stellvertretende Vorsitzende der Personalabteilung der Meinung war, dass wir die Kompetenzen dazu hätten, und sich sonst niemand darum kümmert.» Das mag stimmen; wenn das Anwesenheitsmanagement jedoch nicht als ein Programmauftrag erkannt wird, wird es in der Evaluation nicht berücksichtigt werden. Dieser Programmpunkt könnte nicht bewertet und gestrichen werden, da er nicht Teil des ursprünglichen Leitbilds war, oder bewertet und zum Programmauftrag hinzugefügt werden. Auf alle Fälle muss er als ein Ergebnis des Programms gezählt werden.
2. Wählen Sie die wichtigsten Ergebnisse und stellen Sie eine Prioritätenliste auf. Fassen Sie einen Entschluss, wie viele Bewertungen Ihr vorgesehenes Budget zulässt.
3. Präzisieren Sie für jedes Ergebnis die Faktoren, die zeigen werden, dass das gewünschte Ergebnis erreicht wird. Dabei handelt es sich oft um den wichtigsten und aufschlussreichsten Schritt, gleichzeitig aber auch oft um den anspruchsvollsten, da entschieden werden muss, was wirklich zählt.
4. Bestimmen Sie genauer, wer an der Evaluation teilnehmen soll, z.B. alle, die seit Beginn, im ersten Jahr, in den ersten drei Monaten oder in einem anderen erwünschten Zeitraum am Programm teilgenommen haben. Bei grösseren Programmen wird es nicht möglich sein, die Erfahrung jeder einzelnen Person zu bewerten, dann können Untersuchungsgruppen gebildet werden. Wenn ein Programm beispielsweise an mehreren Standorten durchgeführt wird, könnte der Entschluss gefasst werden, die Evaluation mit einer bestimmten Anzahl betroffener Personen pro Standort zu machen.

5. Es wäre auch eine gute Idee, die Evaluation auf jene Personen auszuweiten, die berechtigt gewesen wären, am Programm teilzunehmen, dies aber nicht getan haben. Wieso haben sie nicht am Programm teilgenommen? Ging es ihnen genauso gut, wie wenn sie am Programm teilgenommen hätten?
6. Legen Sie fest, welche Methode oder Kombination verschiedener Methoden verwendet wird, um die notwendigen Informationen zu sammeln. Berücksichtigen Sie dabei alle Arten von Methoden wie Programmprüfung, Überprüfung der Dokumentation, Beobachtung des laufenden Programms, Fragebogen, Interviews, Fallstudien etc. Bei der Evaluation können eine Methode oder eine Kombination von Methoden angewandt werden.
7. Legen Sie vor Beginn der Evaluation fest, wie die Daten analysiert werden sollen. Eine Vorstudie ist auch immer eine gute Idee, um ganz einfach sicherzustellen, dass das Endergebnis den richtigen Zweck erfüllt.
8. Es ist hilfreich, vor Beginn der Studie zu überlegen, wie die Struktur des Endberichts aussehen wird. Darüber nachzudenken, was festgehalten werden muss, hilft dabei, zu bestimmen, was in die Evaluation gehört.

Die verschiedenen Methoden der Datenerfassung sind in Tabelle 13.1 aufgelistet.

Tabelle 13.1 Methoden der Datenerfassung

Methodologie	Grund der Verwendung	Vorteile	Nachteile
Fragebogen oder Umfragen	Anonyme Antworten; für die meisten weniger beängstigend	<ul style="list-style-type: none"> • Kann ganz anonym sein. • Kann leichter statistisch analysiert werden (Software verfügbar). • Bestehende Fragebogen können verwendet oder adaptiert werden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Kenntnis davon, wer den Fragebogen ausfüllt • Es kann nicht kontrolliert werden, wie die Personen die Fragen interpretieren. • Es könnten nicht genügend Rückmeldungen eingehen, um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten.
Interviews	Wenn der Wunsch besteht, die Erfahrungen einer Person mit dem Programm ganz zu verstehen	<ul style="list-style-type: none"> • Gehaltvolle Informationen • Kann geprüft werden; es können mehr Informationen erfragt werden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitintensiv • Arbeitsaufwändig • Evtl. kostspielig • Risiko einer unbewussten Beeinflussung des Befragers

Dokumentationsprüfung	Um herauszufinden, wie die Aufzeichnungen eines Programms geführt werden, und ob zutrifft, was ausgesagt wird.	<ul style="list-style-type: none"> • Zeigt klar, wie die Aufzeichnungen eines Programms geführt werden. • Unterbricht die Routine der am Programm Beteiligten nicht. • Verwendet bestehende Informationen – geringe Beeinflussung der Informationen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitintensiv • Die Information könnte unvollständig sein. • Ergibt kein umfassendes Bild. • Hängt von bestehenden Daten ab.
Beobachtung	Macht es möglich, treffende Informationen darüber zu sammeln, wie ein Programm wirklich funktioniert, insbesondere die menschlichen Beziehungen, d.h. die Kommunikation.	<ul style="list-style-type: none"> • Der/die Prüfende ist während der Durchführung des Programms präsent. • Erlaubt eine direkte, ungetrübte Beobachtung. 	<ul style="list-style-type: none"> • Erfordert eine/n geschulten Beobachter/in, der/die Interaktionen interpretieren kann. • Zeitintensiv • Kann kostspielig sein. • Komplexe Analyse • Der Prüfer kann das Verhalten der am Programm Beteiligten allein durch seine Gegenwart beeinflussen.
Fokusgruppen	Ermöglicht eine tiefgreifende Untersuchung eines Themas durch Gruppendiskussionen. Hat den Vorteil, dass im Voraus geplante Fragen sowie von den Beteiligten angesprochene Themen untersucht werden können.	<ul style="list-style-type: none"> • Es kann rasch ein allgemeiner Eindruck gewonnen werden. • Es können Informationen über spezifische, gezielte Themen erworben werden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Erfordert einen geschulten Moderator. • Erfordert zweckmäßige Einrichtungen. • Das Finden eines Termins könnte schwierig werden.
Fallstudien	Wird dazu verwendet, um die Erfahrungen einiger weniger Personen eines Programms vollständig zu untersuchen.	<ul style="list-style-type: none"> • Erfasst umfangreiche Informationen. • Erbringt aussagekräftige Informationen über die tatsächliche Erfahrung mit dem Programm. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitintensiv • Erfordert eine/n qualifizierten Forscher/in. • Die Ergebnisse können nicht verallgemeinert werden.

Geschäftsethik

Verschiedene Unternehmen könnten verlangen, dass die Evaluation im Hinblick auf die Geschäftsethik überprüft wird. Auch wenn dies nicht der Fall ist, ist es eine gute Idee, die ethischen Auswirkungen, die das Durchführen einer Evaluation haben kann, zu berücksichtigen (Kapitel 15). Mindestens sollte beim Befragen von Personen darauf geachtet werden, dass sie die Gründe für die Evaluation kennen und bereitwillig daran teilnehmen. Es kann wünschenswert sein, die Beteiligten nach erfolgter Aufklärung eine Einverständniserklärung unterzeichnen zu lassen. Diese Erklärung sollte eindeutig und leicht verständlich sein, sodass die Beteili-

gten rasch in Erfahrung bringen können, was von ihnen verlangt wird, wie es um die Vertraulichkeit der Informationen steht, was mit den erfassten Informationen geschieht und wie die Ergebnisse mitgeteilt werden.

Kosteneffizienz

Eine Programmevaluation wäre nicht vollständig, wenn die Kosten und Kosteneinsparungen nicht berücksichtigt würden. Empfehlungen für die Entwicklung, die Erweiterung und Fortführung des Programms, die nicht von Schätzungen der Kosten und Einsparungen begleitet werden, würden im heutigen Geschäftsumfeld wahrscheinlich nicht ernst genommen. Hinzu kommt, dass es wichtig ist, die Programmergebnisse mit den Kosten in Verbindung bringen zu können, um den Wert von personellen Dienstleistungen aufzeigen zu können. Kostenschätzungen und Programmziele (mögliche Einsparungen) können dabei helfen, die Art und den Umfang des Programms zu bestimmen.

Es gibt beim Durchführen eines Programms viele Kosten zu bestimmen. Da sind einmal die Kosten für den Start eines Programms. Dazu gehören die Kosten der Programmentwicklung wie die Ausarbeitung der Programmpolitik, -methodik und des Programmablaufs. Diese Kosten sind unabhängig von der Anzahl am Programm teilnehmender Personen.

Je nach Unternehmen werden unterschiedliche Kosten erfasst. Einige Unternehmen schliessen Kosten, die sie als Teil der Geschäftstätigkeit betrachten, nicht mit ein; andere werden alle Kosten berücksichtigen. Im Folgenden sind einige Kostenpunkte, die berücksichtigt werden könnten, aufgelistet.

Arbeitsunfähigkeitskosten

- Absenzenkosten
- Invalidenversicherungs-Prämien
- Unfallversicherungsprämien und Anpassungen

Betriebskosten

- Lohn und Leistungen
- Ausrüstung – Einrichtungsgegenstände und Software
- Zubehör
- Kommunikationskosten (Telefon, E-Mail)
- Kosten für die Aufklärung (Entwicklung von Informationen für Vorgesetzte, Mitarbeitende und Leistungserbringer)
- Berufliche Weiterentwicklung und Weiterbildung (Fachliteratur)
- Infrastrukturkosten

Programmkosten

- Dienstleistungen von Drittparteien – Beurteilung der Funktionsfähigkeit, unabhängiges Arztgutachten, Physiotherapie, andere Einschätzungen
- Hilfsmittel und Unterstützungstechnologie
- Veränderung oder Renovierung des Arbeitsumfeldes oder Arbeitsplatzes
- Rehabilitation – betriebliche Einarbeitung oder andere Schulung

Tabelle 13.2 gibt ein Beispiel für das Budget einer DM-Abteilung. Nicht darin enthalten sind Instandhaltungs-, Reinigungs- oder Versicherungskosten, da diese je nach Unternehmen dem Budget der DM-Abteilung angerechnet werden oder nicht.

Tabelle 13.2 Beispiel eines Budgets einer Disability-Management-Abteilung

Kategorie	Budget (US\$)
Arbeitsunfähigkeitskosten Unfallversicherung Absenzenkosten langfristige Erwerbsunfähigkeit	Zahlen fehlen
Löhne der Angestellten Abteilungsleiter Manager Koordinatoren Administratoren Leistungen (30% der Löhne) Berufliche Weiterentwicklung Informationssitzungen (Schulung)	
Büro Computer Software Aktenschränke Kopierkosten Telefonkosten Zubehör Infrastrukturkosten (Raum)	
Externe Dienste Externe Dienstleistungen Unabhängige Evaluationen Rehabilitationsdienstleistungen	
Programmkosten	

Tabelle 13.3 Einfache Kosten-Nutzen-Analyse

	Kosten vor Beginn des Programms (US\$)	Kosten nach Beginn des Programms (US\$)	Einsparungen (US\$)
Unfallversicherung Absenzenkosten Langfristige Erwerbsunfähigkeit	Zahlen fehlen		
Total			

Tabelle 13.4 Programmadministrationskosten vs. Kosteneinsparungen

Programmkosten (US\$)	Programmeinsparungen (US\$)	Kapitalrendite (US\$)
	Zahlen fehlen	

Die Kosten zu bestimmen ist das eine. Komplizierter ist das Schätzen der Einsparungen durch das Programm – Einsparungen ergeben sich, wenn die Ziele erreicht werden. Es ist wichtig, dass die aktuellen Kosten regelmässig den Gewinnen gegenübergestellt werden. Wenn zwischenzeitliche Anpassungen erforderlich sind, kann eine Kosten-Nutzen-Analyse dies ermöglichen. Die Rückkehr eines/einer arbeitsunfähigen Arbeitnehmenden an die Arbeit bringt beträchtlichen Gewinn. Bei der Kosten-Nutzen-Analyse kann entweder nur der direkte Einfluss auf die Kosten berechnet werden, oder es können umfassendere Gewinne wie eine verbesserte Moral der Arbeitskräfte, verbesserte Produktivität, eingesparte Kosten für Vertretungen und Schulungskosten untersucht werden. Eine einfache Analyse wird in Tabelle 13.3 dargestellt. In Tabelle 13.4 werden die Programmadministrationskosten den Programmeinsparungen gegenübergestellt.

Die Ergebnisse der Datenanalyse müssen in einer zur Überprüfung und Interpretation geeigneten Form präsentiert werden. Diesbezüglich sollte eine Absprache mit dem Unternehmen vorliegen.

Zukünftige Kosten und Gewinne

Eine fortgeschrittene Kostenanalyse berücksichtigt die in Zukunft zu erwartenden Gewinne. Unter einer erfolgreichen Rehabilitation versteht man, dass eine Person produktiv wird und in Zukunft keine zusätzlichen Dienstleistungen mehr beansprucht (Rajkumar & French 1997). Verbesserte berufliche Fähigkeiten, psychologische Anpassungen und körperliche Gesundheit können langfristige Gewinne erzielen. Diese sind jedoch schwer abzuschätzen, da nicht alle zukünftigen Variablen vorhergesagt werden können. Wenn der Versuch unternommen wird, potenzielle zukünftige Einsparungen abzuschätzen, sollte der tatsächliche Wert des zukünftigen Gewinns berechnet werden, da 100 US-Dollar heute einen höheren Wert haben als in Zukunft – in zehn Jahren werden die Sparprognosen höher sein. Bei der Planung von zukünftigen Kosten und Gewinnen müssen immer Annahmen gemacht werden. Da solche Annahmen und Annäherungen grosse Handlungsspielräume lassen, ist es äusserst wichtig, dass die Zuständigen der Evaluation diese Annahmen und die Gründe, wieso sie gemacht worden sind, offen darlegen (Posavac & Carey 2003). Dies hilft dabei, die Daten in Zukunft zu reproduzieren und zu verstehen, wieso sich der/die Evaluator/in bei der Durchführung der Kosten-Nutzen-Analyse für spezifische zukünftige Datenindikatoren und nicht für andere entschieden hat.

Korrigierende Massnahmen

Eines der wirklichen Verdienste einer Evaluation ist das Vermögen, das Programm dort anzupassen, wo Lücken auftauchen. Um den endgültigen Erfolg des Programms garantieren zu können, ist es äusserst wichtig, Aktionspläne zu entwickeln, um jegliche Lücken, die während der Evaluationsphase identifiziert werden, zu schliessen.

Evaluation von bevorzugten Anbietern

Wie zuvor erläutert, kann auf bevorzugte Anbieter von externen Dienstleistungen zurückgegriffen werden, um die Behandlung von verletzten oder erkrankten Arbeitnehmenden zu erleichtern. Es ist von grosser Bedeutung, dass die Ergebnisse solcher Interventionen beurteilt werden. Es ist zu empfehlen, dass vor Beginn einer Zusammenarbeit mit bevorzugten Anbietern Leistungsstandards ausgearbeitet werden, die die Erwartungen skizzieren. Leistungsstandards müssen messbar sein und sollten regelmässig ausgewiesen werden.

Kommunikation und Berichterstattung

Die Entwicklung der adäquaten Kommunikation kann einen wesentlichen Bestandteil für den Erfolg des Programms darstellen. Kommunikation ist ein vielschichtiger, interaktiver Prozess, weshalb auch Berichte und die Kommunikation von Ergebnissen vielschichtig und interaktiv sein müssen (Posavac & Carey 2003). Häufig werden Programmergebnisse nicht ausreichend kommuniziert, was Fragen zum Wert der Programme im Unternehmen hervorruft. Die Messung und die Evaluation von Ergebnissen sind für jedes Programm äusserst bedeutungsvoll, insbesondere wenn es so weitreichende Auswirkungen auf die Arbeitsumgebung und die Geschäftstätigkeit haben kann wie ein DM-Programm. Es ist wesentlich, dass die Ergebnisse in ihrer Gesamtheit (ohne Bezug auf Einzelfälle), kommuniziert werden, sodass die Identität der Personen, die an einem DM- oder RTW-Programm teilnehmen, nicht preisgegeben wird.

Eine gute Methode, den Kommunikationsplan und die zu vermittelnden Informationen auszuarbeiten, wird in Tabelle 13.5 aufgezeigt.

Auch empfehlenswert ist es, die Kommunikationsbedürfnisse andauernd zu überprüfen und die Kommunikation auf die Informationsbedürfnisse jeder am Prozess beteiligten Person abzustimmen. Bevor ein Entschluss über die Art oder die Formalität der Kommunikation gefasst wird, empfiehlt es sich, die Frage zu stellen «Was sind die Bedürfnisse?» und «Was soll damit bezweckt werden?». Die Antworten auf diese Fragen werden Klarheit geben über die Art der Berichterstattung, die am besten zu der Situation passt.

Die zwei häufigsten Kommunikationsarten sind schriftliche Berichte und Präsentationen.

Tabelle 13.5 Entwurf eines Kommunikationsplans

Funktion	Was wird mitgeteilt?	Kommunikationsart	Zeitlicher Rahmen
Abteilungsleiter/in	Fortschritt und spezifische Interventionen	Memos, informelles Treffen	einmal im Monat oder je nach Bedarf
Geschäftsführer/in, Direktor/in	Neueste Informationen über den Fortschritt	Bericht	Vierteljährlich und jährlich
Senior-Management	Neueste Informationen über den Fortschritt	Bericht, Präsentation	Jährlich oder je nach Bedarf
Arbeitnehmende	Für jeden Fall individuell	Treffen, Memos, Bekanntmachung der Datenergebnisse	Je nach Bedarf
Direkte Vorgesetzte	Fortschritt des einzelnen Falls, spezifische Interventionen	Treffen, Memos	Je nach Bedarf

Schriftlicher Bericht

Schriftliche Berichte geben eine formale Zusammenfassung der Ergebnisse des Programms und könnten regelmässig erforderlich sein, um wichtige Evaluationsinformationen festzuhalten. Im Allgemeinen sind schriftliche Berichte wie folgt gegliedert: Zusammenfassung, Einleitung, Hauptteil/Ergebnisse und Empfehlungen/Schlussfolgerungen. Der schriftliche Bericht kann an das Publikum angepasst werden. Die Verfasser/innen des Berichts müssen sich die Frage stellen «Wer wird den Bericht lesen?» und «An wen könnte er weitergeleitet werden?». Die im Voraus festgelegte Absicht sollte untersucht und die vorgefasste Meinung, die das Publikum haben könnte, muss auch verstanden werden. Vorsichtshalber sollten in technischen Berichten aller Art fachsprachliche Ausdrücke oder Abkürzungen, die dem/der Lesenden unbekannt sein und Verständnisschwierigkeiten bereiten könnten, vermieden werden. Es sollte nie mit einem bestehenden Grundwissen gerechnet werden. Je nach den Bedürfnissen des Lesers können Abschnitte und Einzelheiten weggelassen oder hinzugefügt werden.

Titelseite

Die Titelseite nennt den Titel des Berichts, den Verfasser, das Datum und Angaben zum Unternehmen.

Zusammenfassung

Die Zusammenfassung ist ein wichtiges Instrument zur Erfassung der entscheidendsten Empfehlungen des Berichts. Es wird erwartet, dass die Zusammenfassung knapp und treffend ist. Oft haben Führungskräfte nicht die Zeit oder die

Geduld, den ganzen Bericht zu lesen. Zusammenfassungen helfen also dabei, sicherzustellen, dass die Hauptergebnisse auf eine Art kommuniziert werden, die den Führungskräften zeigt, welche Schritte unternommen werden müssen. Die potenziellen Ergebnisse des Projekts können verbessert werden, wenn dafür gesorgt wird, dass in der Zusammenfassung Klarheit und Kürze respektiert werden. Im Allgemeinen sind ein bis zwei Seiten Aufzählung akzeptierbar.

Einleitung

Die Einleitung umreißt die Absicht des Berichts und betont die Notwendigkeit einer Untersuchung der behandelten Themen. Die Einleitung könnte die Problemstellung, die Forschungsziele, den Hintergrund und den Grund für die Synthese der Informationen oder den Anlass für den Bericht umreißen. Die Einleitung sollte dem Leser, der Leserin Aufschluss über den Inhalt des Berichts geben und alle wichtigen Themengebiete behandeln. Der Hauptteil sollte nichts enthalten, das nicht von der Einleitung behandelt wird.

Methodologie

Wenn es sich um einen Forschungsbericht handelt, sollte ein Teil den Methoden der Datenanalyse, dem Stichprobenplan, dem Forschungsplan und den Fragen, wie die Daten verarbeitet und welche Daten erfasst worden sind, gewidmet werden. Auf Einschränkungen und irrelevante Variablen sollte an dieser Stelle hingewiesen werden. Werden diese Einschränkungen und Variablen nicht diskutiert, könnten die Ergebnisse in Frage gestellt werden, wenn sich die Leser/innen selbst fragen, wie eine bestimmte Situation gehandhabt worden ist. Dies kann anhand eines Beispiels illustriert werden: Über einen bestimmten Zeitraum wurde die Abnahme der Anzahl Unfälle gemessen. Wenn der Bericht nun nur Rohdaten enthält, aus denen hervorgeht, dass die Unfallzahl dramatisch reduziert worden ist, aber verschwiegen wird, dass die Anzahl Mitarbeitender zur gleichen Zeit infolge eines Transfers an eine neue Einrichtung um 30 Prozent abgenommen haben, werden die Ergebnisse fragwürdig erscheinen.

Hauptteil/Ergebnisse

Dieser Teil des Berichts nimmt im Allgemeinen am meisten Platz in Anspruch. Für eine bessere Lesbarkeit sollte der Hauptteil Untertitel enthalten. Es könnte hilfreich sein, lange und/oder komplizierte Abschnitte auf mehrere Seiten zu verteilen. Es sollte unbedingt genügend Leerraum gelassen werden, um die Leser/innen zu ermutigen, einen voluminösen Bericht durchzuarbeiten. Graphiken können direkt in den Bericht eingefügt und die Daten, die der Grafik zugrunde liegen, in den Anhang gestellt werden.

Empfehlungen / Schlussfolgerungen

Zum Abschluss ist eine kurze Erklärung notwendig, um die Absicht des Berichtes zu unterstreichen. Empfehlungen und Schlussfolgerungen sollten keine neuen Informationen enthalten. Dieser Teil hat zum Ziel, die Empfehlungen und Schlussfolgerungen aus dem Bericht zusammenzufassen.

Anhang

Zusätzliche Daten zur Unterstützung des Berichts können in der gleichen Reihenfolge wie im Hauptteil des Berichts im Anhang aufgeführt werden. Der Anhang kann je nach Publikum und Bedarf nach schnellem Zugriff auf die Beweise zu einem späteren Zeitpunkt unterschiedlich lang und komplex sein.

Bibliografie

Nicht alle Berichte werden eine Bibliografie benötigen. Falls jedoch Forschungsliteratur oder dokumentierte Literatur verwendet wird, um einen Punkt zu beweisen oder ein Thema zu unterstreichen, sollte eine geeignete Zitierform verwendet werden.

Vorgehen

Es ist wichtig, dass zuerst ein Entwurf des Berichts erstellt wird, der auf Richtigkeit, Tonart, Rechtschreibung und Grammatik durchgelesen und bearbeitet wird. Wenn immer möglich sollten Personalpronomen wie «Ich» vermieden werden – ein Bericht übermittelt Fakten, um ein Programm zu unterstützen, oder macht einen Vorschlag zu einem Thema. Es handelt sich dabei nicht um eine persönliche Biographie oder Meinung zu einem Thema. Die Verwendung von «Ich» nimmt den Berichten ihren Geschäftston. Obwohl diese Ratschläge ganz offensichtlich scheinen, werden interessanterweise immer wieder Berichte erstellt und versandt, ohne dass sie auf offensichtliche Fehler durchgelesen worden sind.

Präsentationen

Ein effizientes Kommunikationsmittel in unserer hochtechnisierten, auf Kommunikation ausgerichteten Gesellschaft sind persönliche Präsentationen. Ein/e Manager/in bekommt eine grosse Menge an E-Mails und Memos, weshalb es gut vorkommen kann, dass ein Bericht, der auf diese Art geliefert wird, nicht rechtzeitig gelesen oder berücksichtigt wird. Ein kurzes Präsentationstreffen stellt sicher, dass die Information vermittelt wird, und gibt den Beteiligten die Möglichkeit, Ergebnisse zu diskutieren und ein Brainstorming zu Vorschlägen zur kontinuierlichen Verbesserung zu machen. Persönliche Präsentationen sind effizient, da sie während der tatsächlichen Präsentation aufgrund von Feedback angepasst werden können und beim Beantworten von Fragen bestimmte Bereiche betont und ausführlicher erklärt werden können.

Präsentationen können mit einer kurzen Hintergrundinformation und einer Zusammenfassung der Ergebnisse und Empfehlungen begonnen werden, worauf Einzelheiten über die jeweiligen entscheidenden Programmkomponenten (einschliesslich Pläne für die Zukunft) zur Verbesserung des Programms folgen und der offizielle Appell an das Publikum, Fragen zu stellen.

Bei solchen Präsentationen sollten den allgemeinen Präsentationsregeln gemäss nicht zu viele Informationen auf einer Folie präsentiert werden, und eine Vielfalt an Methoden zur Vermittlung der Informationen wie Kreisdiagramme, Grafiken oder Tabellen sollte verwendet werden.

Es ist interessant, dass sich die meisten Leute an die erste Aussage einer Präsentation erinnern können und sich gestützt darauf dazu entscheiden, weiterhin zuzuhören oder abzuschalten.

Manchmal kann es empfehlenswert sein, die Präsentation und das erwünschte Ergebnis von vornherein mit jemandem aus dem Publikum zu besprechen, damit Ihnen Unterstützung gegeben werden kann, falls die Gruppe abschaltet oder Ihre Empfehlungen ernsthaft in Frage stellt. Positiv ist es auch, jemanden aus dem Publikum für ein Fallbeispiel hinzuzuziehen. Wenn Sie beispielsweise Bericht über das Programm für modifizierte Arbeit erstatten, könnten Sie die positive Erfahrung eines Managers/einer Managerin als kurze Fallstudie verwenden, um Unterstützung für die Umsetzung des Programms im ganzen Unternehmen oder dessen Fortführung im darauf folgenden Jahr zu bekommen. Dazu muss mit dem/der Manager/in (einem/einer Teilnehmer/in an der Präsentation) im Voraus Kontakt aufgenommen werden, damit die Eignung des Falls sowie die Bereitwilligkeit des Managers/der Managerin, das Programm zu unterstützen, diskutiert werden können. Dies sorgt für gute Konversationen während der Präsentation.

Es gibt viele Präsentationstechniken in Bezug auf die Stimme, nichtverbale Verhaltensweisen, Ablenkung und audiovisuelle Hilfestellungen (wie die Folien nicht mit Informationen zu überladen). DM-Fachpersonen sollten sich Präsentationsfähigkeiten aneignen und mit den Präsentationstechniken vertraut sein, bevor sie ein Präsentationstreffen mit dem Senior-Management vereinbaren.

Schlussfolgerungen

Programmevaluation und Kommunikation der Ergebnisse sind ein wichtiger Bestandteil jedes DM-Programms. Disability-Management-Fachpersonen, die diese Fähigkeiten beherrschen, tragen dazu bei, dass die Wichtigkeit dieses Tätigkeitsbereichs innerhalb von Unternehmen gesichert und bewahrt wird.

Literatur

- Cooper D R, Schindler P S 2003 *Business Research Methods*, 8th edn. McGraw-Hill Higher Education, New York, p 660
- Posavac J E, Carey R G 2003 *Program Evaluation: Methods and case studies*, 6th edn. Prentice Hall, New Jersey
- Rajkumar A S, French M T 1997 Drug abuse crime costs and the economic benefits of treatment. *Journal of Quantitative Criminology* 13:291–323
- Van Beek G, Kuvaja K 2000 The role of quality management in the European platform for vocational rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 22(8):379–382
- Wholey J S 1983 *Evaluation and Effective Public Management*. Little, Brown, Boston

14. Kommunikation

Lernziele

- Die Bedeutung effizienter Kommunikation verstehen.
- Die verschiedenen Rehabilitationsmodelle überdenken.
- Die zentrale Bedeutung des Disability Management im Genesungsprozess nochmals durchdenken.

Einleitung

Der vielleicht wichtigste Aspekt des Disability Management (DM) ist effiziente Kommunikation. In diesem Kapitel wird die Bedeutung der Interaktionen zwischen allen Beteiligten im DM-Prozess untersucht und ein Modell für effiziente Kommunikation vorgeschlagen.

Jede/r im Tätigkeitsfeld des DM ist mit Fällen vertraut, die sich über Jahre hingezogen haben und viel früher zu einem Abschluss hätten kommen sollen. Solche Fälle kommen die betroffene Person, ihre Familie, den Arbeitgebenden und die Gesellschaft sehr teuer zu stehen. Typischerweise geraten diese Fälle aufgrund mangelnder Kommunikation ins Abseits. Für ein besseres Verständnis der Geschehnisse wird folgender Fall vorgestellt.

Fallstudie – Bills Geschichte

Bill ist ein 49-jähriger Fabrikarbeiter, der seit 30 Jahren beim selben Arbeitgebenden angestellt ist. Angefangen hat Bill bei seinem Arbeitgebenden ohne spezifische Fähigkeiten. Er hat sich dann den Weg in die Funktion eines Maschinenschlossers gebahnt und ist nun ein sehr kompetenter Arbeitnehmender. So hat er Spezialkenntnisse in Bezug auf die verwendeten Maschinen, aber weil er keinen Berufsabschluss hat, wäre es für ihn schwierig, anderswo eine Anstellung zu finden. In Anbetracht seiner Dienstzeit und seiner Kompetenzen verdient er mit der Verrechnung der Überstunden im Durchschnitt ungefähr 110 000 US-Dollar pro Jahr; in manchen Jahren aufgrund einer höheren Anzahl Überstunden

beträchtlich mehr. Sein Einkommen hat ihm ein Leben voller Schnickschnack in einem Haus auf einem Landgut ermöglicht. Auf dem Haus ist eine Hypothek, die in fünf Jahren abbezahlt sein wird, und Bill macht Zahlungen für einen neuen Lastwagen. Seine Frau ist am örtlichen College als Sekretärin angestellt. Eines ihrer drei erwachsenen Kinder wohnt zuhause, die zwei anderen leben mit ihrer Familie ganz in der Nähe.

Bill hat jedoch seit drei Jahren nicht mehr gearbeitet. Eines Tages war er nämlich daran, einen elektrischen Motor einer Förderanlage zu ersetzen... er beugt sich vor, um den alten Motor zu entfernen, als er einen stechenden Schmerz im unteren Rücken verspürt und zusammenbricht. Der Verantwortliche für Erste Hilfe versorgt ihn und ruft einen Krankenwagen, der ihn zum örtlichen Krankenhaus bringt. Im Krankenhaus hat Bill grosse Schmerzen und ist verwirrt. Er wird zur Notaufnahme gebracht, doch die Behandlung verzögert sich, da das Betreuungspersonal nicht sofort Informationen von Bill bekommen kann. Schliesslich wird er mit Schmerzmitteln und einem muskelerschlaffenden Mittel versorgt und bleibt zur Beobachtung über Nacht im Krankenhaus. Am nächsten Tag wird er der Betreuung seines Arztes anvertraut. Sein Arzt erklärt ihm, dass er seinen unteren Rücken ernsthaft überanstrengt hat, was er nicht-operativ behandeln möchte. Der Arzt – der medizinische Leistungserbringer – verschreibt Bill weiterhin Schmerz- sowie muskelerschlaffende Mittel und weist ihn an, während dreier Wochen der Arbeit fernzubleiben. Nach Ablauf dieser Zeit hat Bill immer noch Schmerzen, und der Arzt verordnet ihm, weitere drei Wochen zuhause zu bleiben. Da Bill auch dann noch Schmerzen verspürt, meldet der Arzt ihn für eine Computertomografie (CT) an und schreibt ihn so lange krank, bis diese durchgeführt werden kann. Es dauert drei Monate, bis Bill die Tomografie machen kann. Während all dieser Zeit wird sein Arbeitgebender nicht kontaktiert und erhält einzig die Papiere von der Versicherung. Die Computertomografie zeigt eine ganz leichte Diskushernie L5-S1. Der Arzt schlägt eine nichtinvasive Behandlung vor, die aus Medikation und der Anordnung, so aktiv wie möglich zu bleiben, besteht. Er empfiehlt Bill jedoch, der Arbeit für weitere sechs Wochen fernzubleiben.

Schliesslich wird Bill aus reiner Langeweile aktiver und verrichtet Arbeiten rund ums Haus. Als er eines Tages Wäsche aufhebt, verspürt er wieder einen starken Schmerz in seinem unteren Rücken, stürzt und kann sich mehrere Stunden lang nicht ausstrecken. Sein Arzt überweist ihn einfach an einen Orthopäden. Bei diesem bekommt er zwei Monate später einen Termin. Der Orthopäde ordnet eine weitere Computertomografie und eine Magnetresonanztomografie (MRT) an. Er lässt

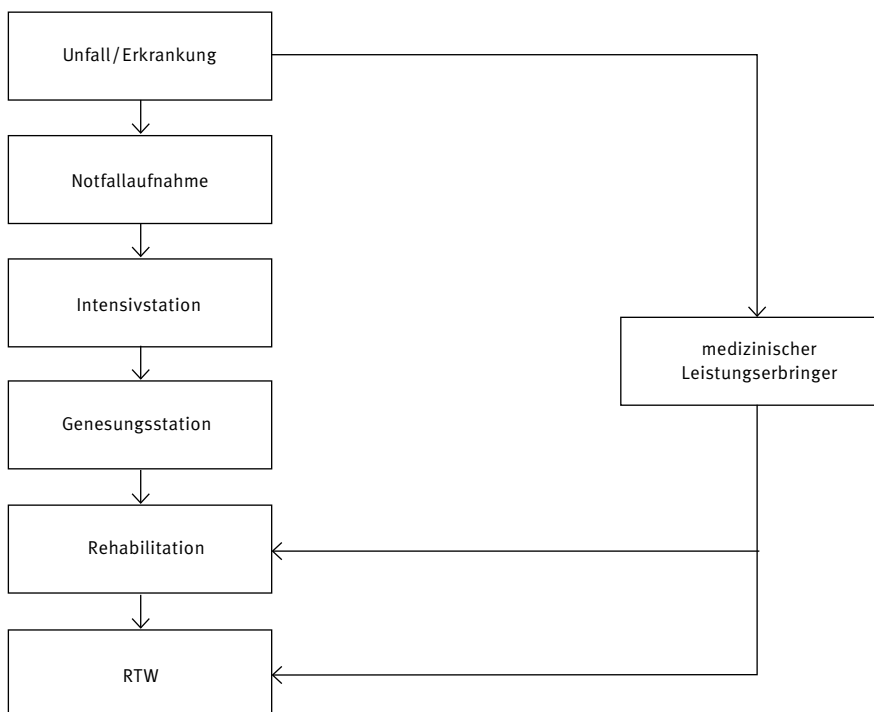
Bill wissen, dass die CT eine Warteliste von zwei Monaten, die MRT eine Warteliste von dreizehn Monaten hat. Nachdem Bill über ein Jahr lang unter grossen Schmerzen gewartet hat, kann er die Magnetresonanztomografie endlich machen lassen. Kurz darauf hat er einen Termin beim Orthopäden. Die MRT bestätigt die Hernie und zeigt auf, dass diese nicht zurückgeht; der Orthopäde empfiehlt, zu operieren. Bill stimmt zu und wird auf die Warteliste gesetzt. Sechs Wochen später wird er operiert. Seine Genesung erweist sich als schwierig – er verspürt zwar unmittelbar darauf eine Schmerzlinderung, klagt aber bald darauf wieder über die gleichen Schmerzen und Beinschwäche. Der Orthopäde lässt ihn wissen, dass die Operation erfolgreich gewesen ist, dass sich aber möglicherweise Narbengewebe bildet, das die andauernden Schmerzen verursacht. Der Orthopäde schlägt vor, eine weitere Operation durchzuführen, falls keine Besserung eintritt. Unnötig, zu erwähnen, dass Bill von dieser Aussicht nicht begeistert ist. Seine Versicherungsgesellschaft schlägt Bill ein Rehabilitationsprogramm in einer örtlichen Klinik vor, und Bill entschliesst sich, dorthin zu gehen.

Seither hat Bill verschiedene Rehabilitationsprogramme gemacht, ist aber nicht an die Arbeit zurückgekehrt. Nach verschiedensten gescheiterten Rehabilitationsprogrammen entscheidet die Versicherung, dass Bill fähig dazu ist, an die Arbeit zurückzukehren, und erwägt, ihre Leistungszahlungen in zwei Wochen einzustellen. Der Arbeitgebende lässt Bill nicht an die Arbeit zurück, da er nicht fähig ist, die Aufgaben zu verrichten, und der Familienarzt weiss nicht mehr weiter. Zum ersten Mal in seinem Leben steht Bill kurz vor der Arbeitslosigkeit.

Was ist schief gelaufen?

Bei nicht arbeitsbedingter Erkrankung oder Freizeitunfällen würde der Genesungsprozess in den meisten Fällen ähnlich verlaufen, wie in Abbildung 14.1 dargestellt.

Abbildung 14.1 Beispiel eines Genesungsprozesses bei nicht arbeitsbedingter Erkrankung oder Freizeitunfällen



Das Problem mit Erwartungen

Der ganze Prozess würde in einem normalen zeitlichen Rahmen ablaufen, und der/die Arbeitnehmende würde so schnell wie möglich an die Arbeit oder seine normalen Aktivitäten zurückkehren. Wenn Versicherungen beteiligt sind, wird dieser normale Prozess, da komplexere Erwartungen entstehen, komplizierter und anfällig auf Verzögerungen. Im normalen Prozess erwarten die Arbeitnehmenden, gemäss der Norm ihres Gesundheitssystems behandelt zu werden, zu genesen und ihr Leben weiterzuleben. Ihre Familien unterstützen sie, und im Grossen und Ganzen ist ihr Ziel die Genesung und das Weiterführen eines normalen Lebens. Bei der Beteiligung von Versicherungen kommen neben all den genannten Erwartungen weitere hinzu, wie die Erwartung:

- bezahlt zu werden,
- besondere Unterstützung wie Betreuung zuhause zu erhalten,
- Jobsicherheit,
- mögliche Umschulung auf eine andere Arbeit,
- eine grosse finanzielle Abfindung zu erhalten.

Es kommt vor, dass die Erwartungen in einigen Fällen negativ sind, wie die Erwartung, schlecht behandelt oder von der Versicherung ausgenutzt zu werden. Wenn der/die Arbeitnehmende Schlechtes gehört hat von anderen Arbeitnehmenden, die infolge einer Verletzung modifizierte Arbeit erhalten haben, kann dies auch zu negativen Erwartungen führen. Solche negativen Erwartungen können bewirken, dass sich ein/e Arbeitnehmende/r nur widerwillig am RTW-Prozess beteiligt.

In den ersten drei Stadien des Prozesses sind die Erwartungen wahrscheinlich überall dieselben. Die betroffene Person erwartet, dass sie eine gute medizinische Behandlung erhält und für ihre Bedürfnisse (sowie die Bedürfnisse ihrer Familie) gesorgt wird. Die Zusicherung dessen ist für den Genesungsprozess entscheidend. Nachdem die erste Gefahr vorüber ist, erwartet die betroffene Person, dass sie:

- vom Gesundheitswesen gut behandelt und informiert wird,
- von der Versicherungsgesellschaft hört,
- vom Arbeitgebenden hört,
- darüber informiert wird, was geschehen wird.

Diese Erwartungen sind durchaus gerechtfertigt. Werden sie erfüllt, tragen sie zur Genesung der betroffenen Person bei. Werden sie aber nicht erfüllt, beginnen sich Zweifel zu bilden. Wenn Arbeitnehmende beispielsweise vom Arzt nicht gut behandelt oder informiert werden, werden sie sich anfangen zu fragen, ob alles in Ordnung ist oder ob sie sich mehr um ihren Gesundheitszustand sorgen sollten. Wenn sie von der Versicherung nichts hören, werden sie sich anfangen zu fragen, wie es um ihre Leistungen steht, wie die Rechnungen bezahlt werden sollen und die Familie ernährt werden kann. Wenn sie keine Neuigkeiten von ihrem Arbeitgebenden erhalten, werden sie sich anfangen zu fragen, wie es um ihren Arbeitsplatz steht und ob sie an die Arbeit zurückgeholt werden oder nicht. Wenn sie kein Lebenszeichen von Freunden und Kollegen erhalten, werden sie sich anfangen zu fragen, ob sie geschätzt werden, und beginnen sich Gedanken darüber zu machen, was alles geschehen könnte. Wenn ihnen nicht erklärt wird, was geschehen wird, werden sie sich das schlimmste Szenario ausdenken und sehr negative Gedanken pflegen zu einem Zeitpunkt, da sie positiv eingestellt sein sollten.

Bill wurde rasch ins Krankenhaus eingeliefert und auch wieder von dort entlassen. Seine Erwartungen, gut behandelt zu werden, wurden aller Wahrscheinlichkeit nach erfüllt, obwohl das Ganze reibungsloser hätte verlaufen können, wenn ihn jemand von der Arbeit ins Krankenhaus be-

gleitet hätte. Diese Person hätte dann die Fragen des Krankenhauspersonals beantworten können, womit die Behandlung früher hätte beginnen können. Bills Arzt war mit der Diagnose des Krankenhauses einverstanden, befolgte aber die vorgeschlagenen Richtlinien für die Behandlung von Kreuzschmerzen, unter anderem sofortige Bewegung, nicht. Er erklärte Bill auch nicht, was mit ihm passiert ist, wie lange die Genesung brauchen wird und wann er voraussichtlich an die Arbeit zurückkehren kann. Folglich bleibt Bill im Ungewissen – er weiss nicht, wann er auf Besserung zählen kann und was er tun soll, um sich selbst zu helfen. Da er nicht informiert ist darüber, zieht er seine eigenen Schlüsse, die – wie könnte es anders sein – negativ sind.

Zu Hause beginnt Bill das Gefühl zu haben, isoliert zu sein. Sein Arbeitgebender hat ihn nicht kontaktiert, ausser ganz zu Beginn, als Bill zur Vergewisserung, dass er alle seine Formulare ausgefüllt hat, einen Telefonanruf erhielt. Der einzige Kontakt mit seiner Versicherung ist ein Brief gewesen, der ihn darüber informierte, dass sein Anspruch akzeptiert worden ist und wie hoch seine Leistungszahlungen sein würden. Zu Beginn kamen Freunde und Mitarbeitende zu Besuch oder riefen an, doch dies nahm langsam ab. Je länger Bill zu Hause ist, desto weniger Kontakt hat er mit dem Unternehmen und der Aussenwelt im Allgemeinen. Schliesslich beginnt er sich zu fragen, ob sich überhaupt jemand um ihn kümmert. In Bezug auf seinen Arbeitsplatz fängt er an, sich zu fragen, ob sein Arbeitgebender sich um ihn sorgt, ihn wertschätzt und ihn zurück an der Arbeit haben möchte. Da er keine direkte Bestätigung erhält, geht er von der Annahme aus, dass sein Arbeitgebender sich nicht um ihn sorgt und ihn nicht zurückhaben möchte.

In diesem Stadium könnte eine einfache Kontaktaufnahme von Seiten der Versicherung oder des Arbeitgebenden viele weitere Probleme vermeiden. Es wäre der richtige Zeitpunkt, sich zu vergewissern, dass sich Bill als Person und Arbeitnehmender geschätzt fühlt. Regelmässiger Kontakt mit seinen Mitarbeitenden und Telefonanrufe seines Vorgesetzten würden beispielsweise dafür sorgen, dass er in Verbindung mit seinem Unternehmen bleibt und sich weiterhin auf die Arbeit ausrichtet, womit sein Selbstvertrauen intakt bliebe.

In Ermangelung jeglicher Information und aus schierer Langeweile wird Bill aktiver. Da er jedoch nicht ausreichend informiert worden ist, beginnt er mit Tätigkeiten, die zu einer Verschlimmerung seiner Verletzung führen können. Wäre er richtig informiert worden oder an ein Rehabilitationsprogramm überwiesen worden, hätte er Übungen, die für seinen Zustand angemessen sind, machen können; die Diskushernie wäre vielleicht gar nie aufgetreten.

Es kam aber zu einer Diskushernie und der Orthopäde gab Bill einige Informationen. Trotzdem war Bill zum Zeitpunkt der Operation nicht sehr gut informiert und kannte das zu häufig auftretende Risiko der Bildung von Narbengewebe nicht. Er wurde die ganze Zeit über, auch während seiner Genesung, allein gelassen. Es wurde zugelassen, dass er seine eigenen Schlüsse zog.

Zu Kommunikation kam es erst, als die Versicherung Bill darüber informierte, dass er zur Behandlung in eine Rehabilitationsklinik geschickt werde. Es wurde ihm erklärt, dass das Ziel der Behandlung seine Rückkehr an die Arbeit sei. Bill war aufgebracht, da sein Ziel war, keine Schmerzen mehr zu haben. Bill ging in die Klinik und traf dort junge und begeisterte Arbeitstherapeuten, Bewegungstherapeuten und Physiotherapeuten. Sie lobten die Wirksamkeit von Gymnastikübungen und erreichten, dass Bill an einem Gymnastikprogramm teilnahm. Niemand sprach die Tatsache an, dass seine Erwartungen (schmerzfrei zu sein) und ihre Erwartungen (Rückkehr an die Arbeit) nicht übereinstimmten. Das führte dazu, dass Bill, nachdem er einige Wochen unter Schmerzen seine Gymnastikübungen gemacht hatte, sich weigerte, damit weiterzufahren, und wegen Nichtbefolgung entlassen wurde. Die Versicherung drohte damit, Bills Leistungen einzustellen, wenn er sich nicht kooperativ zeigen würde, was die Behandlung anbelange. Bills Erwartungen an seine Versicherungsgesellschaft – dass sie zu seiner Unterstützung da ist und seine Genesung finanziert – veränderten sich langsam; er wurde misstrauisch. Die Versicherung verlangte von ihm, erneut zu seinem Arzt zu gehen. Dieser zeigte Verständnis für seine Klage über Schmerzen, wollte aber auch, dass Bill in eine Rehabilitationsklinik zurückkehren würde.

Bill wurde in eine andere Rehabilitationsklinik eingewiesen, die Aufklärung in ihren Behandlungsplan mit einschloss. Bill erfuhr, was mit ihm geschehen war, und konnte zum ersten Mal sein Gefühl der Einsamkeit, seine Ängste in Zusammenhang mit seiner Genesung und der Rückkehr an die Arbeit sowie die erlebten Verluste durch seine Verfassung nach der Operation ansprechen. Er beteiligte sich besser am Programm und war bereit, die Rückkehr an die Arbeit zu wagen.

Zum ersten Mal in fast drei Jahren wurde sein Arbeitgebender in der Bemühung um ein RTW von der Versicherung kontaktiert. Bis zu diesem Zeitpunkt war die ganze Kommunikation nur schriftlich erfolgt und betraf Informationen bezüglich der Kosten. Der Arbeitgebende, der nie damit gerechnet hatte, dass Bill an die Arbeit zurückkehrt, war erstaunt darüber, zu hören, dass er Bill zurücknehmen müsse. Verständlicherweise akzeptierte er dies nur widerwillig und beharrte darauf, dass medizinisch nachgewiesen würde, dass Bill gefahrlos an die Arbeit zurückkehren könne.

Das Unternehmen bestand darauf, dass Bill seine Aufgaben 100 Prozent ausführen können müsse, damit eine Rückkehr an die Arbeit in Betracht komme. Als Bill dies zu Ohren kam, war er äusserst wütend. Er hatte 30 Jahre seines Lebens in den Dienst dieses Unternehmens gestellt und nun schoben sie ihn zur Seite. Sein Gesundheitszustand verschlechterte sich rasch. Besorgt über die Intensivierung der Schmerzen von Bill gab sein Arzt eine schriftliche Erklärung ab, dass Bill mehr Zeit brauche und das RTW weitere sechs Wochen herausgeschoben werden sollte.

Darauf hatte die Versicherung genug und betrachtete die jüngste Erklärung des Arztes als Taktik, sie bei der Stange zu halten. Sie erachtete Bill als fähig, an die Arbeit zurückzukehren. Falls Bill sich weigern würde, werde sie ihre Leistungszahlungen einstellen und Bill stünde ohne Einkommen da.

Alle, die auf dem Gebiet des DM tätig sind, wissen, dass dieser Fall sehr wahrscheinlich nicht zu einem Happyend führt und dass es – so schlimm er ist – noch schlimmer hätte sein können. Es hätte zu mehreren Operationen, Abhängigkeit von Medikamenten, Zersplitterung der Familie und vielem mehr kommen können. Was hätte eine effizientere Kommunikation daran ändern können?

Was hätte geschehen sollen?

Wenn effizient kommuniziert worden wäre, hätte Bill sehr früh im Prozess sowohl von seiner Versicherung als auch von seinem Arbeitgebenden gehört. Die Versicherung hätte Bill erklärt, wie das Leistungsverfahren funktioniert, was von Bill erwartet wird und dass das Ziel der Behandlung sowohl die körperliche Genesung als auch die Rückkehr an die Arbeit ist. Der Arbeitgebende hätte Bill über dessen DM-Programm informiert und darüber, wie er unterstützt würde, sobald er zur Rückkehr an die Arbeit bereit sei. Das Unternehmen hätte auch eine Strategie zur regelmässigen Kommunikation ausgearbeitet und Bill wissen lassen, dass es ihn regelmässig kontaktieren werde, um sich zu erkundigen, wie es ihm gehe und ob es irgendetwas zu seiner Unterstützung tun könne. Dieser Kontakt wäre die ganze Zeit während seiner Abwesenheit aufrechterhalten worden.

Der Arzt hätte Bill über die Natur von Rückenschmerzen, die Symptome, die zu erwartende Genesungsdauer sowie mögliche Schwierigkeiten aufgeklärt und ihn, nachdem seine Genesungszeit länger dauerte, zur Physiotherapie oder in ein Gymnastikprogramm geschickt. Der Orthopäde hätte Bill ausdrücklicher über die Operationsrisiken, insbesondere die Häufigkeit der Schwierigkeiten mit Narbenge-

webe, informiert. Er hätte Bill erklärt, dass eine nichtoperative Behandlung weiterhin möglich wäre.

Das Betreuungspersonal der Rehabilitationsklinik hätte sich Zeit genommen, Bill darin zu unterstützen, sich mit seinen emotionalen Problemen zu befassen, und sich um seine Schmerzbeschwerden gekümmert, wie es dann in der zweiten Klinik gemacht worden ist. So hätte es am Ende des Prozesses keine bösen Überraschungen gegeben. Die Rückenverletzung wäre sehr wahrscheinlich von alleine abgeklungen und Bill hätte an die Arbeit zurückkehren können.

Entscheidend im ganzen Prozess ist die Notwendigkeit, Erwartungen zu erkennen und anzusprechen. Sehr häufig formulieren wir unsere Erwartungen nicht laut, was aber nicht heisst, dass wir keine haben, denn wenn sie nicht erfüllt werden, dann reagieren wir. Infolge mangelnder Aufmerksamkeit wurde Bill nie die Möglichkeit gegeben, seinen Erwartungen Ausdruck zu verleihen; dasselbe gilt auch für seinen Arbeitgebenden und seine Versicherung. Es wurden immer nur Annahmen gemacht; Annahmen können aber sehr gefährlich sein. Mithilfe ausgezeichneter Kommunikationsfähigkeiten, Zeit und Energie können alle Erwartungen offen gelegt werden, sodass keine Annahmen gemacht werden und alle Erwartungen angegangen werden können.

Kommunikationsmodelle

Auf der Basis einer Metaanalyse konnten Pransky et al. (2004) vier Kommunikationsmodelle identifizieren, die auf dem Gebiet des DM auftreten:

1. das Krankheitsmodell,
2. das Modell körperlicher Rehabilitation,
3. das Arbeitseignungsmodell,
4. das *Managed-Care*-Modell.

Obwohl das DM Aspekte aller dieser Modelle in den Prozess einzubeziehen versucht, stellt sich gemäss Pransky et al schliesslich eines als das vorherrschende Modell heraus.

Das Krankheitsmodell

Das Krankheitsmodell stellt die medizinischen Dienste in den Mittelpunkt. Es kann auch als das «traditionelle Modell» bezeichnet werden und ist das bevorzugte Modell von Versicherungsgesellschaften. In diesem Modell behandeln die medizinischen Leistungserbringer nicht nur die betroffene Person, sie äussern auch ihre

Meinung zur Eignung gewisser Arten von Arbeit für die Person. Dies trotz der Tatsache, dass sie wenig oder keine Kenntnis davon haben, was die Arbeit erfordert. In diesem Modell kommt die Kommunikation im Allgemeinen aus einer Richtung, da alle Informationen vom medizinischen Leistungserbringer erbracht werden. Für relativ einfache Fälle wie Zerrungen, Verrenkungen etc. kann dieses Modell ziemlich effizient sein. Wenn jedoch bestimmte Komplikationen wie psychische Störungen auftauchen oder wenn die Beschwerden chronisch werden, beginnt dieses Modell zusammenzubrechen. Die meisten medizinischen Leistungserbringer haben weder die nötige Fachkompetenz, um sich mit solchen Problemen auseinanderzusetzen, noch die Zeit, sich über die Bedingungen der Arbeit zu informieren, auch wenn sie dazu motiviert wären. Das Krankheitsmodell stützt sich ganz auf die Fachkompetenz der medizinischen Leistungserbringer. Die Meinungen und Perspektiven von Patienten/Patientinnen oder Arbeitgebenden werden selten berücksichtigt. Das Modell hat medizinische Leistungserbringer oft gegen Versicherungsgesellschaften und Arbeitgebende ausgespielt. Eine Folge davon ist, dass diese Gruppen medizinische Leistungserbringer oft beargwöhnen und als «Patientenanwälte» bezeichnen bzw. abwerten, was in diesem Kontext die Annahme bedeutet, dass sie die betroffene Person entgegen der objektiven Beweise allein auf die subjektive Meinung des Patienten gestützt von der Arbeit fernhalten. Für die Fälle, mit denen sich das DM typischerweise befasst, hat sich das Krankheitsmodell als sehr ineffizient und problematisch herausgestellt, da es oft zu Konfrontationen führt und selten Lösungen bringt.

Positiv ist, dass:

- das Krankheitsmodell bei unkomplizierten, einfachen Muskel-Skelett-Verletzungen gut funktioniert,
- der Patient den Arzt oft respektiert und seine Behandlungsvorschläge befolgt.

Negativ ist, dass:

- die Kommunikation im Krankheitsmodell einseitig ist,
- die Ärzte sehr wenig über den Arbeitsplatz wissen,
- die Ärzte keine Anreize dazu haben, sich besser zu informieren,
- das Krankheitsmodell bei chronischen Verletzungen schlecht funktioniert,
- es sich nicht mit psychosozialen Problemen auseinandersetzen kann,
- kurze Untersuchungen es erschweren, zu bestimmen, was wirklich vorgeht.

Das Modell körperlicher Rehabilitation

Ähnlich wie das Krankheitsmodell ist auch dieses Modell in vielerlei Hinsicht in erster Linie einseitig ausgerichtet. Im Allgemeinen findet die körperliche Rehabilitation in Rehabilitationseinrichtungen statt, wobei sich Physio-, Arbeits- und Bewegungstherapeutinnen und -therapeuten darauf konzentrieren, die Funktionsleistungen der betroffenen Person so weit wiederherzustellen, dass sie an die Arbeit zurückkehren kann. Auch wenn sich das Programm auch mit psychosozialen Problemen befasst, ist das oberste Ziel, der betroffenen Person genug Bestätigung zu geben, damit sie zumindest den Versuch einer Rückkehr an die Arbeit unternimmt. Des Weiteren wird der Schwerpunkt in erster Linie darauf gelegt, den arbeitsunfähigen Arbeitnehmenden an die Arbeit «anzupassen» anstatt die Arbeit an den arbeitsunfähigen Arbeitnehmenden. Das ist kein erwünschtes Resultat des DM. Für das Modell körperlicher Rehabilitation spricht, dass die involvierten Fachleute oft mehr Glaubwürdigkeit haben als der Arzt, Arbeitgebende oder Versicherer. Häufig arbeiten sie während sechs Wochen oder länger jeden Tag mit der betroffenen Person und haben so die viel grössere Kompetenz, eine Aussage über den Fortschritt und die psychische Verfassung der Person zu machen als der Arzt. Dennoch ist dieses Modell nicht besser als das Krankheitsmodell, um die sehr komplexe Problematik der Arbeitsunfähigkeit anzugehen.

Positiv dabei ist, dass:

- die betroffene Person über einen längeren Zeitraum gesehen wird,
- der Schwerpunkt darauf liegt, die Funktionsfähigkeit wiederzuerlangen,
- das Modell körperlicher Rehabilitation sehr pragmatisch ausgerichtet ist,
- das Arbeitsumfeld besser bekannt ist.

Negativ ist, dass:

- die Kommunikation einseitig ist,
- psychosoziale Probleme oft erkannt, aber nicht behandelt werden,
- Informationen des Arbeitgebenden oft als subjektiv und somit als unbrauchbar abgetan werden,
- sich die Behandlungsprogramme auf nicht erwiesene Annahmen stützen.

Arbeitseignungsmodell

Das Arbeitseignungsmodell bemüht sich darum, für Menschen mit funktionellen Beeinträchtigungen eine Stelle zu finden, die für jemanden mit ihren Beeinträchtigungen geeignet ist. Dabei werden viele unterschiedliche Tests und Untersu-

chungen mit der betroffenen Person und der Arbeit gemacht. Das Modell geht von der Annahme aus, dass sowohl die Einschränkungen des Arbeitnehmenden als auch jene der Stelle leicht und korrekt bestimmbar sind. Dies ist aber keineswegs der Fall. Wie die beiden anderen beschriebenen Modelle beachtet das Arbeitseignungsmodell psychosoziale Faktoren nicht, wenn für den/die Arbeitnehmenden eine geeignete Stelle gesucht wird, womit der Versuch aller Wahrscheinlichkeit nach scheitern wird. Eine weitere Eigenheit des Modells ist, dass jene, die es praktizieren, glauben, dass es sich dabei um eine exakte Wissenschaft handelt. Somit haben ihre Berichte die Tendenz, sich wie Erklärungen zu lesen, die den Versuch unternehmen, gerichtsmedizinische Berichte nachzuahmen, da in der Tat so wichtige Aspekte wie Arbeitsbedingungen, persönliche Interaktionen und «subjektive» Meinungen des Vorgesetzten beispielsweise nicht beachtet oder gering eingeschätzt werden. In Wirklichkeit sind solche «subjektiven» Meinungen entscheidend und oft korrekter als Tests und Untersuchungen, da sie sich auf die Realität des Arbeitsplatzes stützen und nicht auf irgendwelche Modelle, die aus der unbefleckten Umgebung eines Labors oder einer Klinik kommen. Ein positiver Aspekt des Arbeitseignungsmodells ist die Erfassung von Daten bezüglich Jobfunktionen.

Negativ ist, dass:

- die Kommunikation einseitig ist,
- sich das Modell nicht mit psychosozialen Faktoren befasst,
- sich das Modell auf eine fragwürdige Wissenschaft stützt.

Managed-Care-Modell

Das *Managed-Care*-Modell postuliert, dass arbeitsunfähige Personen schneller an die Arbeit zurückkehren, wenn Parameter rund um die Dauer der Arbeitsunfähigkeit festgelegt werden und sowohl die Betroffenen als auch das System energischer verwaltet werden. Die Parameter oder Normen stützen sich auf Daten der Versicherung und von Analytikern der Bevölkerungsgesundheit. Diese Daten werden dazu verwendet, bestimmte «Erwartungsschranken» für die Genesung und das RTW zu bilden. Wenn ein Arbeitnehmender eine solche «Schranke» überschreitet, ist eine intensive Intervention angesagt. Eine grundlegende Annahme dieses Modells ist, dass Verzögerungen in erster Linie durch administrative Engpässe oder mangelnde Motivation des/der Arbeitnehmenden zustande kommen. Gestützt auf diese Vermutung werden Case-Management-Interventionen verwendet, um Verzögerungen zu beseitigen und den Arbeitnehmenden zu motivieren.

Positive Aspekte dieses Modells sind, dass es:

- einen Rahmen bereitstellt, an dem der Fortschritt gemessen wird,
- administrative Verzögerungen identifiziert,
- bei beschränkten Mitteln Prioritäten setzt.

Negative Aspekte des Modells sind, dass:

- nicht früh interveniert wird,
- der Schwerpunkt auf verzögerte Fälle gelegt wird,
- oft der Arbeitnehmende für Verzögerungen verantwortlich gemacht wird.

Zusammenfassung

In allen vorgestellten Modellen ist die Kommunikation einseitig. Sie versuchen alle, die Kommunikation auf die Bedürfnisse des einen oder anderen Systems auszurichten. Pransky et al. (2004: 626–627) erklären, dass «obwohl ein einzelner Prozess zur Behebung von Arbeitsunfähigkeit Aspekte mehrerer Modelle vereinen könnte, die meisten eine vorherrschende Ähnlichkeit mit einem dieser vier Stereotype haben». Falls dies tatsächlich der Fall ist, ist dies sehr zu bedauern. Diese Schlussfolgerung erfordert nämlich, dass das DM zu etwas anderem hinzugefügt wird. Dem ist aber nicht so. Disability Management ist der Prozess. Es kann in keines dieser Modelle eingefügt werden. Es braucht ein eigenes Modell.

Das Modell desumfassenden Disability Management

In diesem Kommunikationsmodell erfolgt die Kommunikation auf verschiedenen Ebenen, wobei die DM-Fachperson im Zentrum des Modells steht. Im Modell des umfassenden Disability Management (*Comprehensive Disability Management /CDM*) wird weder den medizinischen Diensten noch den Arbeits-, Bewegungs- oder Physiotherapeutinnen und -therapeuten die Verantwortung für den Prozess überlassen. Alle sind geschätzte Teammitglieder und alle haben wertvolle Meinungen, die im Prozess gebraucht werden. Die DM-Fachperson sorgt jedoch dafür, dass diese Informationen rechtzeitig und zu einem geeigneten Zeitpunkt des Prozesses gesammelt werden. Meinungen werden eingeholt, wenn sie gebraucht werden, und an die richtige Person im Prozessverlauf weitergeleitet. Ob es sich nun um Versicherungen, Ärztinnen/Ärzte oder Arbeitgebende handelt, DM-Fachpersonen sorgen dafür, dass sie die Informationen, die sie brauchen, erhalten, und zwar zum Zeitpunkt, da sie sie brauchen.

Ein entscheidender Punkt der DM-Fachperson ist, dass alle Erwartungen von allen beteiligten Parteien klar erkannt werden. Versteckte Erwartungen oder nicht genannte Annahmen müssen offen gelegt und deutlich identifiziert werden. Dadurch

wird allen die Möglichkeit gegeben, sowohl zu wissen, was erwartet wird und wann es erwartet wird, als auch, wie der Fortschritt beurteilt werden wird. Ein effizienter Kommunikationsprozess wird dafür sorgen, dass es für niemanden böse Überraschungen gibt.

Am wichtigsten ist, dass sich die DM-Fachperson vergewissert, dass die arbeitsunfähige Person durch den ganzen Prozess hindurch auf dem Laufenden gehalten wird. Der/die verletzte oder erkrankte Arbeitnehmende ist die Hauptperson des Prozesses. Demzufolge ist das ganze System, sind alle Fachleute dazu da, die arbeitsunfähige Person darin zu unterstützen, zu genesen und an die Arbeit oder die alltäglichen Tätigkeiten zurückzukehren. Sie sind nicht dazu da, den Interessen ihres Tätigkeitsbereichs zu dienen, obwohl dies oft vergessen wird. DM-Fachpersonen sorgen dafür, dass die arbeitsunfähige Person zugunsten der beteiligten Bereiche im Mittelpunkt bleibt.

Dazu müssen DM-Fachpersonen mit allen Fachleuten, die am Prozess beteiligt sind, kommunizieren. Folglich müssen sie mit den Kommunikationsmodellen der beteiligten Parteien vertraut sein. Vertrautheit bedeutet jedoch nicht, die Funktionsweise der involvierten Tätigkeitsbereiche zu übernehmen. Wenn beispielsweise Auskunft von einem Arzt gebraucht wird, müssen DM-Fachpersonen wissen, wie sie am besten zur erforderlichen Information kommen, was nicht bedeutet, auf die gleiche Art funktionieren zu müssen. Gleichermassen könnten Informationen von Rehabilitationsfachleuten oder aus der Arbeitsplatzdatenbank erforderlich sein. Auch hier bedeutet dies, dass DM-Fachpersonen wissen müssen, wie sie die Information bekommen können. Sie müssen in das Kommunikationsmodell der beteiligten Parteien treten und besorgen, was gebraucht wird, aber nicht Teil des Modells werden. Das Ziel sollte immer sein, so zu kommunizieren, dass das Beste für die betroffene Person getan wird.

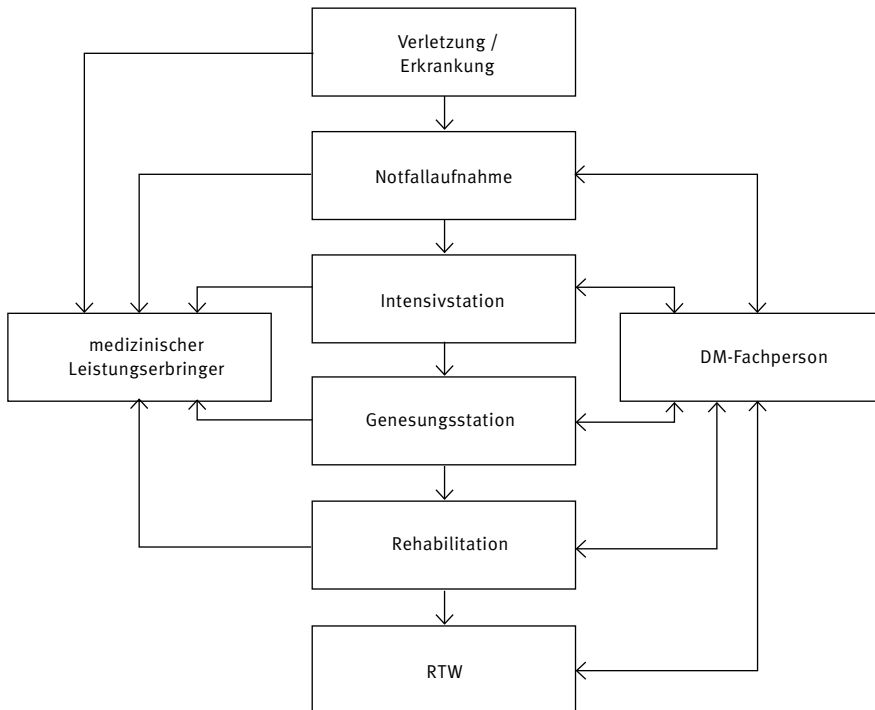
Das mag sich fast so anhören, als übernehmen DM-Fachpersonen die Anwaltschaft für die arbeitsunfähige Person, was sie in gewisser Hinsicht auch tun. Erinnern wir uns daran, dass wir zu Beginn die Annahme aufgestellt haben, dass Arbeit notwendig und ein erwünschter Teil unseres Lebens ist. In Anbetracht dieser Tatsache ist es das Beste für eine Person, vollständig am Erwerbsleben teilnehmen zu können. Dafür stehen DM-Fachpersonen ein, und dies muss den Betroffenen zu Beginn des Prozesses klargemacht werden. So lassen sich die Bedürfnisse der arbeitsunfähigen Person, des Arbeitgebenden und der Gesellschaft in einem erwünschten Ziel zusammenfassen: die Genesung und das RTW der betroffenen Person möglich zu machen.

Das Kommunikationsmodell des umfassenden Disability Management wird in Abbildung 14.2 dargestellt.

Im Modell des umfassenden Disability Management sind DM-Fachpersonen vom Zeitpunkt der Verletzung oder Erkrankung an am Prozess beteiligt. Sie sorgen dafür, dass

alle Erwartungen erkannt werden; sie vergewissern sich auch, dass alle Formulare ausgefüllt werden, damit die Bezahlung der Versicherungsleistungen nicht verzögert wird. DM-Fachpersonen überwachen die Behandlung, die die arbeitsunfähige Person erhält, und sorgen dafür, dass keine administrativen, bürokratischen Verzögerungen auftreten. DM-Fachpersonen vergewissern sich, dass der Arbeitgebende über das Geschehen informiert ist, und liefern dem Arzt, wenn die Zeit dazu gekommen ist, treffende Informationen über den Arbeitsplatz. Wenn Fragen in Bezug auf die Leistungsberechtigung oder die Art der Leistungen auftreten, identifizieren DM-Fachpersonen die Problematik und legen die Antworten fest. DM-Fachpersonen halten den Arbeitgebenden über alle Entwicklungen auf dem Laufenden und stellen ihn darauf ein, den Arbeitnehmenden zurückzunehmen. Falls psychosoziale Probleme identifiziert worden sind, leiten es DM-Fachpersonen in die Wege, dass die betroffene Person bei der Überwindung dieser Probleme von geeigneten Fachleuten unterstützt wird. Kurz und gut: DM-Fachpersonen stehen im Zentrum des Prozesses und kümmern sich darum, dass auf allen Ebenen eine effiziente Kommunikation zustande kommt.

Abbildung 14.2 Das Kommunikationsmodell des umfassenden Disability Management



Schlussfolgerungen

Wie hätte sich Bills Fall entwickelt, wenn eine DM-Fachperson involviert gewesen wäre? In Unternehmen mit einem Programm für umfassendes Disability Management hätte jemand Bill ins Krankenhaus begleitet und dem Pflegepersonal auf der Notfallstation die notwendigen Informationen geliefert. Sobald es angebracht gewesen wäre, hätte die DM-Fachperson Bill und vielleicht sogar seine Familie getroffen, um ihm das Vorgehen zu erklären, die Erwartungen abzuklären und einen Plan für das weitere Vorgehen sowie entscheidende Kommunikationspunkte auszuarbeiten. Dieses Treffen wäre keine Überraschung für Bill gewesen, da er über das Programm für umfassendes DM während Informationssitzungen am Arbeitsplatz informiert worden wäre. Die DM-Fachperson hätte zudem Bills Zustimmung bekommen, die für die Planung des RTW notwendigen Informationen einsehen zu dürfen. Gestützt auf Richtlinien bewährter Praktiken hätte die DM-Fachperson Bills Fortschritte überwacht und sich vergewissert, dass sich alles erwartungsgemäss zuträgt. Sie hätte Bill dazu ermutigt, mit seinem Arbeitgebenden und seinen Arbeitskollegen in Kontakt zu bleiben, damit er den Bezug zur Arbeit behält und sich daran erinnert, eine wichtige Arbeitskraft zu sein.

Wenn die Behandlung nicht gemäss den ärztlichen Prognosen verläuft, kann die DM-Fachperson sich mit dem medizinischen Leistungserbringer treffen, um die Situation klarzustellen und Hilfsmittel zu empfehlen, die durch den Arbeitgebenden erhältlich sind oder die dem medizinischen Leistungserbringer nicht vertraut sein könnten. In Bills Fall hätte dies bedeuten können, dass Bill vor der Diskushernie in eine Rehabilitationsklinik oder an einen Physiotherapeuten überwiesen worden wäre. Dazu ist es aber nicht gekommen. Nach der Diskushernie hätte die DM-Fachperson Bill über das Ergebnis einer Operation informiert oder ihm andere relevante Informationen zu Rückenoperationen gegeben, die dazu beigetragen hätten, dass er die medizinischen Dienstleistungen gut informiert in Anspruch genommen hätte. Die DM-Fachperson hätte den Arbeitgebenden wissen lassen, dass das RTW wegen der Operation verzögert wird, und hätte ihn das voraussichtliche neue RTW-Datum wissen lassen. Äusserst wichtig ist, dass die DM-Fachperson während des Aufenthalts von Bill in den Rehabilitationskliniken effiziente Kommunikation gewährleistet hätte, indem er alle Erwartungen explizit gemacht hätte, womit Missverständnisse und unnötige Frustration vermieden worden wären.

In unserem Szenario kehrt Bill nicht an die Arbeit zurück. Es ist gut vorstellbar, dass es mithilfe effizienter Kommunikation, wie sie oben beschrieben ist, zu einem völlig anderen Ergebnis gekommen wäre und der Schmerz und das Leiden, die zu solchen Situationen gehören, vermieden worden wären.

Effiziente Kommunikation ist der allerwichtigste Aspekt eines umfassenden Disability Management. Wie Amick et al. (2000) aufzeigen, hat eine offenerere und bereitwilligere Kommunikation der Arbeitgebenden zu positiveren RTW-Ergebnissen geführt.

Literatur

Amick B, Habeck R V, Hunt A et al 2000 Measuring the impact of organizational behaviors on work disability prevention and management. *Journal of Occupational Rehabilitation* 10(1):21–38

Pransky G S, Shaw W S, Franche R L et al 2004 Disability prevention and communication among workers, physicians, employers, and insurers – current models and opportunities for improvement. *Disability and Rehabilitation* 26(11):625–634



15. Ethik im Disability Management

Lernziele

- Ethisches Verhalten definieren können.
- Verstehen, wieso Ethik im Disability Management notwendig ist.
- Die Entstehung der Ethik in Erinnerung rufen.

Einleitung

In unserer heutigen Gesellschaft bezieht man sich häufig auf den Begriff «Ethik». So werden Politiker oft unethischen Verhaltens beschuldigt, gibt es Ethikkommissionen und Ethikkodexe unterschiedlichster Art. Was aber verstehen wir unter dem Begriff «Ethik»? Gibt es eine allgemeine Verständigung, die es uns ermöglicht, genau zu erfassen, worum es bei der Diskussion um ethisches Verhalten geht? Dieses Kapitel gibt einen allgemeinen Überblick darüber, was das Studium der Ethik, Ethiktheorien und verschiedene Ethikkodexe umfassen. Weiter wird für jene, die damit konfrontiert werden, eine ethische Entscheidung zu treffen, ein Entscheidungsfindungsprozess vorgestellt.

Was ist Ethik?

Ethik besteht ganz einfach aus den Faktoren, auf die wir unsere Entscheidungen stützen, wie wir unser Leben führen sollten, und den Determinanten, wieso wir die Entscheidungen treffen, die wir treffen. Ethik hilft uns dabei, uns in schwierigen, komplexen Situationen zurechtzufinden, und beeinflusst auch die grundlegendsten Entscheidungen: so zum Beispiel die Frage, ob ich den Schokoladenriegel stehlen soll, wenn niemand schaut, ob ich den Geldbeutel, den ich im Korridor gefunden habe, abgeben oder die lebenserhaltenden Apparate eines todkranken Patienten abstellen soll. Dies alles sind ethische Fragen, wenn auch von unterschiedlicher Komplexität. Wie entscheiden wir, was wir machen? Die allererste Antwort darauf wäre, dass das getan werden soll, was richtig ist. Wie entscheiden wir aber, was richtig, was falsch ist? Eine Person oder Kultur könnte als falsch ansehen, was

eine andere als richtig betrachtet. Wie also bestimmen wir, was richtige oder was falsche Handlungen sind?

Die unethische Ausübung eines Berufs kann ernsthafte Auswirkungen haben bis hin zum Verbot, den Beruf auszuüben. Was einen Berufsverband von anderen unterscheidet, ist das Bestehen und die Durchsetzung eines Ethikkodexes, der manchmal auch als Ehren- oder Verhaltenskodex bezeichnet wird. Mitglieder eines Berufs willigen ein, ihre Tätigkeit in Übereinstimmung mit diesem Kodex auszuüben und bestraft zu werden, wenn sie ihn übertreten. Somit ist Ethik und das daraus resultierende ethische Verhalten ein bestimmender Faktor in der Ausübung des Berufs. Wieso wird aber ein solcher Kodex ausgearbeitet, und wieso wird er gebraucht?

Wieso brauchen wir Ethik?

Wenn wir in einem Dilemma stecken, ermöglicht uns Ethik, das korrekteste Vorgehen zu bestimmen. Berufstätige konsultieren den Ethikkodex ihres Berufs, wenn sie mit einem solchen Dilemma konfrontiert werden, und treffen ihre Entscheidungen aufgrund dieses Kodexes. Sie können im Entscheidungsfindungsprozess auch andere Leute mit demselben Beruf oder Ethikexperten zu Rate ziehen, aber der Ethikkodex bleibt der zentrale und entscheidende Faktor beim Treffen von Entscheidungen. Somit informiert uns Ethik darüber, was zu tun ist.

Ethik gibt uns selbst sowie unseren Klienten einen gewissen Schutz. Meist können Ethikkodexe einer von zwei Kategorien zugeordnet werden: erstrebenswerten oder zwingenden Kodexen. Erstrebenswerte Kodexe haben hohe Ziele, die darlegen, wie sich Menschen verhalten sollten. Solche Kodexe geben ganz einfach an, was wir anstreben, nicht, was getan werden muss und was nicht. Letzteres gehört zum Bereich zwingender Kodexe, die die Möglichkeit geben, jemanden für die Nichteinhaltung des Kodexes zu bestrafen. Eine erstrebenswerte ethische Erklärung wäre beispielsweise, dass alle Berufstätigen ihre Klientschaft mit Würde und Respekt zu behandeln versuchen. Wird eine Person infrage gestellt, kann sie immer noch argumentieren, dass sie an den Grenzen ihrer Fähigkeiten darum bemüht gewesen war, obwohl sich erwiesen hat, dass sie den Ansprüchen nicht genügte. Ein zwingender Kodex würde fordern, dass alle, die in einem bestimmten Beruf tätig sind, ihre Kunden mit Würde und Respekt behandeln müssen, wobei eine Erklärung hinzugefügt würde, die genauer beschreibt, wie Würde und Respekt in der Beziehung «Berufstätige/r – Klient/in» einzuhalten sind. Die Erklärung wird schriftlich festgehalten, sodass ein/e Klient/in bestimmen kann, ob ein Berufstätiger ihrer Meinung nach unethisch gehandelt hat. Sie können dann beim Berufsverband eine Beschwerde gegen ihn einreichen, der Nachforschungen anstellen kann, um

festzustellen, ob der entsprechende Berufstätige tatsächlich gegen den Kodex verstossen und somit unethisch gehandelt hat. Dadurch verfügt die Öffentlichkeit über Schutzmassnahmen gegen unethisches Verhalten von Berufstätigen.

Der vereinbarte Ethikkodex wird dann zum Standardmass, an dem das Verhalten von Berufstätigen gemessen werden kann. Falls in der oben beschriebenen Situation der entsprechende Berufstätige die Klage abzuweisen versucht, schafft der Ehrenkodex eine Grundlage zur Beurteilung seines Verhaltens. Im Wesentlichen wird das Berufsethos so sehr zum grundlegenden Gesetz des Berufs, dass Fälle vor Gericht gebracht werden können, um eine Lösung zu finden. Angesichts der Bedeutung eines solchen Prozesses zum Schutz des Konsumenten/der Konsumentin einer beruflichen Dienstleistung und der schlimmen Folgen, die sich ergeben können, wenn sich herausstellt, dass ein/e Berufstätige/r gegen die ethischen Prinzipien verstösst, scheint es von grösster Wichtigkeit, dass sich alle über diese Prinzipien einig sind und im Wesentlichen darin übereinstimmen, was richtiges und was falsches Verhalten ausmacht.

Wie entscheiden wir, was richtig, was falsch ist?

Über die Jahre haben sich verschiedene ethische Theorien entwickelt. Im Folgenden werden die wichtigsten kurz diskutiert.

Kultureller Relativismus

Der kulturelle Relativismus widersetzt sich der Universalität ethischer Theorien. Der kulturelle Relativismus argumentiert, dass:

- verschiedene Gesellschaften verschiedene Ethiken haben,
- es keine objektiven oder universellen ethischen oder moralischen Wahrheiten gibt
- und somit nur von der eigenen Kultur bestimmt wird, was als moralisch angesehen wird.

Es gibt einige Probleme mit diesen Argumenten. Würden sie stimmen, hätten wir kein Recht, andere Kulturen und sogar unsere eigene zu kritisieren oder infrage zu stellen. Unsere Gesellschaft ermutigt uns, die Auffassungen und Bräuche anderer Länder zu hinterfragen. So werden Nordkorea und China häufig für ihre Verletzungen der Menschenrechte kritisiert. Wären die Argumente des kulturellen Relativismus jedoch korrekt, hätten wir kein Recht, diese Länder dafür zu kritisieren oder zu bestrafen, dass sie ihre Bräuche nicht ändern. Wir müssten einfach akzeptieren, dass ihr ethisches Verständnis anders ist als das unsere.

Der kulturelle Relativismus behauptet, dass es keine universellen ethischen oder

moralischen Wahrheiten gibt. Dennoch scheinen einige universelle ethische Regeln zu bestehen, die über Gesellschaften und Kulturen hinweg akzeptiert werden. Lügen und morden beispielsweise scheinen in keiner Kultur akzeptierte Verhaltensweisen zu sein.

Der kulturelle Relativismus impliziert auch, dass unsere eigene Kultur perfekt und kein moralischer Fortschritt notwendig ist oder gemacht werden kann. Somit ist es uns nicht erlaubt, vergangene Normen im Vergleich zu unserer Zeit zu beurteilen – wir müssen sie mit Blick auf die Zeit, in der sie gegolten haben, beurteilen, da sie in diesem Zeitraum moralisch gerecht waren. Zu sagen, dass sie heute besser sind, wäre ein Urteil, das der kulturelle Relativismus nicht machen kann. Polygamie war beispielsweise früher akzeptiert, heute glaubt aber die Gesellschaft, dass sie ungeachtet religiöser Glaubensvorstellungen völlig inakzeptabel ist. Wird aber dem kulturellen Relativismus Glauben geschenkt, darf ein solches Urteil nicht gefällt werden.

Das letzte und vielleicht problematischste Argument des kulturellen Relativismus ist, dass moralischer Fortschritt oder kulturelle Reform, wie wir es nennen, nicht erbracht werden kann, da die Ideale einer Gesellschaft zu jedem gegebenen Zeitpunkt korrekt sind und somit nicht zu ändern brauchen. In Anbetracht dieser Theorie hätte die Apartheid in Südafrika vom Rest der Welt nicht kritisiert werden sollen, da Südafrika die Apartheid zu dieser Zeit als kulturell angemessen betrachtete. Dies war jedoch nicht der Fall, da die Welt Südafrika für die Apartheid bestraft hat.

Ethischer Subjektivismus

Der ethische Subjektivismus ist eine Theorie, die das Wesen moralischer Urteile erklärt. Es gibt zwei ethische Theorien innerhalb dieser Kategorie: der einfache Subjektivismus und der Emotivismus.

Einfacher Subjektivismus

Der einfache Subjektivismus behauptet, dass die moralische Meinung auf unseren Gefühlen basiert, die, falls sie aufrichtig sind, nicht falsch sein können. Einfach ausgedrückt: Wenn X gut oder richtig ist, dann stimmen Sie X zu, wenn X aber schlecht oder falsch ist, dann sind Sie gegen X.

Ein Argument gegen den einfachen Subjektivismus ist das Argument der Unfehlbarkeit. Dahinter steht folgende Logik: Wenn wir ehrlich oder aufrichtig sind, können wir uns in unseren moralischen Urteilen nicht täuschen. Es kann jedoch sein, dass wir uns in unseren moralischen Urteilen täuschen, obwohl wir aufrichtig reden. Somit kann der einfache Subjektivismus nicht wahr sein. Kommen wir nochmals auf das Beispiel der Apartheid zurück: Wenn jemand ehrlich glaubt, dass die Apartheid richtig ist, dann ist sie gemäss dem einfachen Subjektivismus moralisch richtig.

Apartheid ist jedoch moralisch falsch. Somit kann der einfache Subjektivismus nicht korrekt sein.

Beim einfachen Subjektivismus stellt sich ein weiteres Problem. Gefühle sind weder richtig noch falsch, sie sind ganz einfach. Somit können moralische Urteile, die auf Gefühlen basieren, nicht infrage gestellt werden, da Gefühle nicht falsch sein können.

Emotivismus

Der Emotivismus unterscheidet sich vom einfachen Subjektivismus darin, dass er noch einen Schritt weiter geht. Wir drücken nicht nur ein Gefühl aus, sondern wir versuchen jetzt auch, gestützt auf dieses Gefühl, das Verhalten anderer zu beeinflussen. Die Logik dahinter ist folgende: Wenn Y richtig ist (aufgrund einer emotionalen Reaktion), dann machen Sie Y. Wenn Y falsch ist (aufgrund einer emotionalen Reaktion), dann machen Sie Y nicht. Dies scheint verlockend einfach zu sein. Was ist also falsch an dieser Theorie?

Ein wesentliches Problem dabei ist, dass aufgrund des Emotivismus irgendein Grund oder irgendeine Tatsache ein moralisches Urteil beeinflussen kann. Sie reagieren beispielsweise emotional negativ auf die Person Z und entscheiden, dass Sie Z nicht mögen und somit Z schlecht ist. Ich bin Ihr Freund und Sie möchten mich überzeugen, dass Z schlecht ist. Sie wissen zudem, dass Z liberal ist und dass ich aufgrund früherer emotionaler Reaktionen Liberale hasse. Alles, was Sie zu tun haben würden, wäre dann, mir zu erzählen, dass Z liberal ist, und gemäss dem Emotivismus würde mir das genügen, um zu entscheiden, dass Z schlecht ist. Ich habe mein Urteil über Z gefällt, bevor ich Z begegnet bin oder ihn kennen gelernt habe. Es braucht nur wenig in diesem Beispiel, um zum Schluss zu kommen, dass alle Liberalen schlecht sind und etwas gegen sie unternommen werden sollte. So kann Emotivismus zu einem Werkzeug für den Rassismus und andere von Hass bestimmte Versuche werden, Verhaltensweisen zu bestimmen und die Ethik zu verändern.

Religion

Am häufigsten bekommen wir unsere Auffassung von der Moral durch die Kirche und unsere Sicht von Gott. Mit dieser Aussage plädieren die Autoren nicht für eine christlich-jüdische Sicht der Moral. Wir möchten ganz einfach darauf hinweisen, dass die Auffassung der Moral unserer westlichen Gesellschaft und somit die Ethik unwiderruflich mit der Religion verflochten sind und dass das, was heute als säkulare Sicht angesehen wird, in Wirklichkeit seinen Ursprung in der religiösen Sicht der Vergangenheit hat. Wenn wir den Einfluss der Religion auf die Ethik untersuchen möchten, müssen zwei Theorien hervorgehoben werden: die *Divine Command Theory* und die Naturrechtstheorie.

Die *Divine Command Theory* sagt aus, dass:

- eine Handlung moralisch richtig ist, wenn sie von Gott befohlen wird,
- eine Handlung moralisch falsch ist, wenn sie von Gott verboten wird.

Diese Theorie bringt jedoch vielerlei Probleme mit sich, wie:

- Damit die Theorie gültig sein kann, muss man zuerst an Gott glauben, und wenn man nicht an Gott glaubt, kommt diese Theorie nicht zur Anwendung.
- Die moralischen Befehle sind arbiträr. Gott hätte uns befehlen können, zu lügen, und dann würde das Lügen als gut betrachtet.

Ein positiver Aspekt dieser Theorie ist, dass sie aufzeigt, dass man für seine Handlungen verantwortlich gemacht werden kann. Nehmen wir als Beispiel die Zehn Gebote. Wer diese nicht befolgt, könnte in die Hölle kommen. Die Zehn Gebote sind äusserst objektiv: Es gibt klar Richtig und Falsch. In moderne Worte gefasst, handelt es sich dabei um einen erzwingbaren Kodex.

Die Naturrechtstheorie besagt, dass

- alles in der Natur einen Zweck hat,
- das, was moralisch richtig ist, von der Natur beabsichtigt war. So regnet es, damit das Gras und die Pflanzen bewässert werden. Die Tiere essen dann das Gras und die Pflanzen, um zu wachsen und gesund zu bleiben. Darauf töten und essen wir die Tiere, um zu wachsen und gesund zu bleiben. Somit ist es moralisch akzeptabel, Tiere zu essen.

Auch diese Theorie bringt Probleme mit sich wie:

- Die zu starke Vereinfachung dieser Theorie. Die Dinge existieren nicht für einen einzigen Zweck. Es ist eine künstliche hierarchische Struktur, die den Menschen an die Spitze stellt und sagt, dass alles andere da ist, um uns zu unterstützen. In Wirklichkeit regnet es nicht, damit wir uns ernähren können. Es gibt einen wissenschaftlichen Grund für den Regen, der nichts mit der Bewässerung des Grases zu tun hat.
- Nur weil die Dinge natürlich sind, heisst das nicht, dass sie so sein sollten oder müssen. Die katholische Kirche argumentiert, dass Sex nur der Fortpflanzung dient und alle anderen Formen sexuellen Verhaltens unmoralisch sind. Die Gesellschaft als Ganzes ist nicht gleicher Meinung. Ein weiteres Beispiel ist die Tatsache, dass der Tod eine natürliche Folge des Lebens ist, und trotzdem streben wir danach, unser Leben möglichst zu verlängern.
- Zur Entscheidung, was moralisch ist, müsste man sein Gewissen und die Vernunft befragen. Die moralische Handlung, für die man sich dann entscheidet, wäre jene, die die meisten oder besten Gründe auf ihrer Seite hat. Das Gewis-

sen wäre der entscheidende Faktor beim Treffen von Entscheidungen. Da das Gewissen jedes Einzelnen anders ist, hätten wir aber individuelle Ansichten darüber, was moralisch und was unmoralisch ist. Es gäbe keine Übereinstimmung darüber, was moralisches und ethisches Verhalten ist.

Ethische Entscheidungsfindung

Die zwei populärsten oder bekanntesten Prozesse ethischer Entscheidungsfindung sind die teleologische und die deontologische Entscheidungsfindung (Mattison 2000):

Teleologische Entscheidungsfindung

Die teleologische Entscheidungsfindung – die auch als konsequenzialistisch bezeichnet wird – richtet ihren Blick *nur* auf die *Konsequenzen* einer Handlung zum Zeitpunkt, da die Handlung beurteilt wird. Die ethische Theorie, der durch diese Art Entscheidungsfindung nachgelebt wird, ist der Utilitarismus.

Die Theorie des Utilitarismus hat drei Grundelemente:

1. *Konsequenzialismus*: Gemäss dem Konsequenzialismus sind die richtigen Handlungen jene, die gute Konsequenzen maximieren und schlechte minimieren.
2. *Hedonismus*: Gemäss dem Hedonismus gibt es nur ein höchstes Gut: Genuss oder die Abwesenheit von Schmerz.
3. *Lehre der Unparteilichkeit*: Gemäss der Lehre der Unparteilichkeit sollte niemandes Gut oder Genuss als wichtiger gelten als das Gut oder der Genuss eines anderen. Nehmen wir beispielsweise die Diskussion über das Herabsetzen der Geschwindigkeitsgrenze für Fahrzeuge zur Prävention von Unfällen und Todesfällen. Um zu entscheiden, ob das Herabsetzen der Geschwindigkeitsgrenze eine moralische Handlung ist, müsste man sowohl die positiven als auch die negativen Konsequenzen dieser Handlung betrachten. Man müsste beispielsweise in Erwägung ziehen, wie viele Menschen durch das Herabsetzen der Geschwindigkeitslimite gerettet und wie viele verletzt würden. Wenn die Anzahl Personen, die dadurch gerettet würden, grösser wäre als die Anzahl Personen, die dadurch verletzt wurden, bestünde die moralische Handlung darin, die Geschwindigkeitslimite herabzusetzen. Es wäre dann in der Tat unmoralisch, dies nicht zu tun.

Diese Theorie bringt verschiedene Probleme mit sich. Zum Beispiel:

- Der Utilitarismus berücksichtigt die Bedeutung individueller Rechte nicht. So könnten Sie beispielsweise jemanden fälschlicherweise eines Verbrechens beschuldigen, wenn dadurch eine grosse Anzahl Menschen vor Leid bewahrt wird.

- Der Utilitarismus leidet an einer veralteten Logik. Sie haben beispielsweise einem Freund versprochen, mit ihm einen Kaffee trinken zu gehen, möchten aber nicht wirklich gehen. Sie würden es vorziehen, zuhause zu bleiben und einige Arbeiten zu erledigen, weshalb sie nicht an das Treffen gehen. Gemäss dem Utilitarismus ist es vollkommen gerechtfertigt, das Versprechen zu brechen, da die auszuführenden Arbeiten mehr Menschen nützlich sein werden.
- Der Utilitarismus ist zu anspruchsvoll. Er macht keinen Unterschied zwischen obligatorischen Handlungen, die moralisch zwingend sind, und Handlungen, die über das Geforderte hinausgehen und somit lobenswert, aber nicht moralisch zwingend sind. Der Utilitarismus sagt beispielsweise, dass wir keine neuen Kleider, kein Auto oder keinen Fernseher kaufen sollten, da das Geld dazu gebraucht werden könnte, jenen zu helfen, die in weniger glücklichen Umständen leben als wir.
- Die Gesellschaft ist nicht einverstanden damit, dass Genuss das höchste Gut sei. Nehmen wir das Beispiel von Nozicks Erfahrungsmaschine: Wenn Genuss das einzig Wichtige für uns ist, so argumentiert Nozick (1974), dann wäre es die höchste menschliche Erfahrung für uns, für den Rest unseres Lebens an eine Genussmaschine angeschlossen zu werden. Gemäss dem Utilitarismus und insbesondere dem Hedonismus wäre dies die bestmögliche Wahl. Die meisten wären damit jedoch nicht einverstanden; allein der Gedanke, an eine Genussmaschine angeschlossen zu sein, könnte ihnen zuwider sein. Somit können die Behauptungen des Hedonismus nicht gestützt werden.

Deontologische Entscheidungsfindung

Die deontologische Entscheidungsfindung richtet ihren Blick *nur* auf die *Handlung* selbst, ungeachtet ihrer Konsequenzen. Die ethische Theorie, die durch diese Art Entscheidungsfindung zum Ausdruck gebracht wird, ist Kants Ethik. Kant (1959) glaubte an absolute moralische Regeln, die keine Ausnahmen haben und jederzeit befolgt werden müssen.

Kant hatte zwei Versionen ethischer Entscheidungsfindung: erstens den grundlegenden kategorischen Imperativ; später fügt er infolge der Bemühung, sich mit der Kritik an diesem Modell zu befassen, die Frage hinzu, wie Menschen behandelt werden sollen. In Kants Modell ist das Grundkonzept zur Bestimmung moralischer Handlungen der kategorische Imperativ, der behauptet, dass eine Handlung *nur* dann vollzogen werden sollte, *einzig und allein* dann, wenn man sich wünscht, sie würde zur *allgemeinen Gesetzgebung*. Somit handelt es sich um eine moralische Handlung, wenn Sie sich wünschen können, dass alle so handeln, und um eine unmoralische Handlung, wenn eine Person für sich selbst eine Ausnahme von der Regel macht. Sie handelt dann auf eine Art, wie sie nicht möchte, dass alle andern handeln.

Kant entwickelte zwei Arten von Pflichten:

1. Vollkommene Pflichten: Bei vollkommenen Pflichten handelt es sich um Pflichten, die jederzeit eingehalten werden müssen, da sie dem Test des kategorischen Imperativs nicht standhalten. Lügen und töten sind Beispiele vollkommener Pflichten.
2. Unvollkommene Pflichten: Bei unvollkommenen Pflichten handelt es sich um Pflichten, die nicht ignoriert werden sollten, jedoch nicht eingehalten werden müssen. Wir haben beispielsweise die Wahl, einer Person nicht zu helfen, obwohl wir ihr helfen könnten. Es ist möglich, in einer Welt zu leben, in der niemand anderen hilft; wir möchten jedoch nicht in einer solchen Welt leben, da wir selbst zu einer bestimmten Zeit Hilfe benötigen könnten.

Auch diese Theorie bringt Probleme mit sich, wie:

- Sie gibt alberne Antworten auf nichtmoralische Fragen oder Maximen. Ich möchte beispielsweise ein Produkt wie Schokolade verkaufen, das ich aber selbst nicht kaufe. Eine Welt, in der alle Schokolade verkaufen, aber niemand Schokolade kauft, ist unvorstellbar. Also ist diese Handlung unmoralisch.
- Sie gibt falsche Antworten auf moralische Maximen. Gemäss dem kategorischen Imperativ ist lügen immer schlecht. Viele von uns glauben jedoch, dass lügen moralisch erlaubt, in einigen Fällen sogar erforderlich ist. Ein Beispiel dafür wäre der häufig zitierte Fall, in dem Sie ein Mörder um Auskunft bittet (Kant 1949). Ein Mann nähert sich Ihnen und fragt, ob Ihr Nachbar zuhause ist. Sie wissen, dass Ihr Nachbar in der Tat zuhause ist, und fragen den Mann, wieso er das wissen will. Seine Antwort lautet, dass er Ihren Nachbarn umbringen will. Was machen Sie? Kant glaubt, dass Sie ungeachtet der Konsequenz die Wahrheit sagen müssen, da es Ihre vollkommene Pflicht ist, die Wahrheit zu sagen und nicht das Leben des Nachbarn zu retten, was eine unvollkommene Pflicht ist.
- Der kategorische Imperativ gibt uns keine Anleitung, welche Maxime gewählt werden sollte. Im oben erwähnten Fall gibt es zwei Maximen: erstens «Ich werde nicht lügen» und zweitens «Ich werde Leben retten». Gemäss der Theorie sind beides vollkommene Pflichten. Wie wählt man zwischen den beiden Maximen?

Kant entwickelte schliesslich eine weitere Version des kategorischen Imperativs, um sich mit der letztgenannten Kritik zu befassen. In dieser Theorie macht er die Aussage, dass wir die Menschlichkeit jederzeit als *Zweck*, niemals nur als *Mittel* brauchen sollten. Der *Zweck* ist nach Kant der Mensch als vernünftiges Wesen, das seine eigenen Entscheidungen treffen und Ziele setzen kann. Diese Fähigkeit gibt dem Zweck einen intrinsischen Wert. Als Zweck behandelt zu werden, heisst, mit Würde und Respekt als jemand, der fähig ist, sich eigene Gedanken zu machen,

behandelt zu werden. Ein vernunftloses Wesen wird hingegen als Mittel bezeichnet und ist etwas, das nicht fähig dazu ist, seine eigenen Entscheidungen zu treffen und Ziele zu setzen. Mittel haben nur den Wert, den wir Menschen ihnen geben. Kant selbst erkannte ein Problem dieser Version seiner Theorie, nämlich dass sie nicht länger Experimente mit Menschen erlauben würde. Damit medizinische oder andere Experimente am Menschen durchgeführt werden können, verdeutlichte Kant seinen Unterschied zwischen Zweck und Mittel. Er postulierte, dass es möglich sei, Menschen als Mittel zu brauchen, wenn und nur wenn ihnen die Möglichkeit zur Einwilligung gegeben wird oder ihnen die Wahl gelassen wird, als Mittel gebraucht zu werden. Wenn ihnen die Wahl gelassen wird, werden sie sowohl als Mittel als auch als Zweck behandelt.

Die Probleme, die diese Theorie mit sich bringt, sind nicht schwer zu erkennen. Zum Beispiel:

- Zu verlangen, dass alle Menschen als Zweck behandelt werden, scheint falsch, besonders wenn es klar ist, dass die Person, die als Zweck behandelt wird, andere nur als Mittel behandeln wird.
- Die Unterscheidung zwischen vernünftigen Wesen und Dingen ist zu vereinfacht. Einige nichtvernünftige Wesen verdienen den Schutz der Moral auch. Unsere Gesellschaft hat beispielsweise entschieden, dass Tiere Schutz verdienen.
- Es gibt einige nichtvernünftige Menschen. Kant berücksichtigt sie in seiner Tugendtheorie nicht. Sind sie also geschützt?

Es muss noch eine letzte Theorie kurz erwähnt werden, da es so scheint, als ob die Mehrheit der Berufsstände ihr Berufsethos auf die Tugendtheorie (Botes 2000) abstützt. Die Tugendtheorie ist eine relativ einfache Theorie, obwohl sie viele Probleme mit sich bringt. Ein Tugendtheoretiker fragt sich, welche Charakterzüge eine Person gut machen. Diese Charakterzüge entsprechen dann den Tugenden. Im Folgenden ist eine moralische Person also eine Person, die gemäss diesen Tugenden lebt.

Der Begriff «Tugend» wird definiert als eine besonders wirksame, gute oder wohlthätige Qualität. Beispiele für Tugenden sind Tapferkeit, Grosszügigkeit, Ehrlichkeit, Güte und Geduld. Aber wem werden die Tugenden zugeschrieben? In einigen Kulturen ist der Krieger der tugendhafteste, in anderen der Friedensstifter. Wie entscheiden wir, wem wir nacheifern möchten?

Es kann auch sein, dass Tugenden miteinander in Konflikt geraten. Wenn Sie zum Beispiel ein beliebter Freund fragt, ob er übergewichtig sei, müssen Sie die Frage gemäss der Tugend der Ehrlichkeit bejahen. Wenn Sie aber ehrlich antworten, werden Sie unfreundlich sein.

Die Frage bleibt bestehen: Welche Tugend werden Sie verfolgen? Die Tugendtheorie gibt keine Anleitungen für Situationen wie die oben erwähnte. Man müsste sich auf eine andere ethische Theorie stützen, um zu einer Schlussfolgerung zu kommen.

Berufsethos

Die meisten Berufsstände, darunter alle Gesundheitsberufe, haben ein Berufsethos, das Berufstätige dazu anleitet, wie sie sich im Allgemeinen verhalten und wie sie im Speziellen mit ihrer Klientschaft umgehen sollen. Viele dieser Ethik-kodexe stützen sich auf Tugenden oder Prinzipien, wobei von den Mitgliedern erwartet wird, dass sie diese einhalten. Beim Studium dieser Kodexe können vier Grundprinzipien ausgemacht werden:

1. Autonomie: Einwilligung nach erfolgter Aufklärung
2. Schadensvermeidung: keinen Schaden anrichten
3. Nutzen: Tun, was für den Patienten oder Kunden gut ist
4. Gerechtigkeit: gerechte und faire Verteilung von Gütern und Dienstleistungen, ungeachtet der Rasse, Religion, des Geschlechts etc. (Hermeren 1999, Huycke & All 2000)

Einige Berufsstände fügen ein fünftes Prinzip – Verantwortlichkeit gegenüber der Gesellschaft – hinzu. Dahinter steht die Überlegung, dass es vorkommen kann, dass eine Handlung eines Berufstätigen negative Auswirkungen auf eine grössere Gruppe von Menschen als nur auf den einzelnen Kunden haben kann. Wer mit einem ethischen Dilemma konfrontiert wird, sollte dies in Betracht ziehen. Obwohl die Tugendtheorie viele Einschränkungen aufweist, gibt sie der einzelnen Person die Möglichkeit, beim Treffen einer Entscheidung ihre ethischen Prinzipien anzuwenden. Dies ist der Fall, da die Tugenden weit gefasste Richtlinien sind und keine Anleitungen geben, wie sie angewandt werden sollen. Dies ermöglicht es der einzelnen Person, eine Situation ihrer eigenen ethischen Analyse zu unterziehen.

Wie wird eine Entscheidung gefällt?

Viele Berufsstände legen ihrem Berufsethos ein Modell für ethische Entscheidungsfindung zugrunde, das die Berufstätigen darin unterstützt, bei einem ethischen Dilemma Entscheidungen zu treffen. Die meisten dieser Modelle empfehlen ein schrittweises Vorgehen beim Lösen des Dilemmas. Wer mit einem ethischen Dilemma konfrontiert wird, sollte mindestens folgende Schritte berücksichtigen:

1. Wenn Sie auf ein ethisches Dilemma oder einen potenziellen ethischen Verstoss aufmerksam werden, nehmen Sie keine defensive Haltung ein. Bleiben Sie unvoreingenommen.
2. Untersuchen Sie, welche Konsequenzen das ethische Dilemma für all jene hat, die davon betroffen sind. Beleuchten Sie die Situation aus allen Perspektiven, nicht nur aus Ihrer eigenen.

3. Identifizieren und untersuchen Sie sorgfältig alle ethischen Probleme, die mit der Situation in Zusammenhang stehen. Ziehen Sie Ihr Berufsethos zu Hilfe.
4. Nehmen Sie sich Zeit für eine Selbstreflexion. Machen Sie sich Ihre Voreingenommenheit und Ihre Reaktionen auf die Situation bewusst.
5. Entwickeln Sie mehrere Handlungsoptionen, die das ethische Dilemma beseitigen würden.
6. Analysieren Sie diese Handlungsoptionen. Erwägen Sie die kurz- und langfristigen Konsequenzen jeder Vorgehensweise.
7. Eine sehr gute Idee ist es, andere im Bereich tätige Berufsleute zu konsultieren.
8. Entscheiden Sie sich für eine Vorgehensweise und halten Sie sich daran.
9. Übernehmen Sie die Verantwortung für Ihr Vorgehen und alle seine Konsequenzen. Falls es negative Folgen hat, befassen Sie sich sofort damit.
10. Untersuchen Sie, wie es zu dem ethischen Dilemma gekommen ist, und entscheiden Sie, wie dasselbe Dilemma in Zukunft vermieden werden kann.

Wenn Sie mit ethischen Problemen konfrontiert werden, besteht Ihre Pflicht als Fachperson im Wesentlichen darin, zu evaluieren, wer davon betroffen ist, sich mit Ihren eigenen Vorurteilen oder Ihrer Voreingenommenheit auseinanderzusetzen, etwas zu unternehmen und dann die Verantwortung für Ihr Handeln zu übernehmen. Seien Sie schliesslich fähig dazu, Ihr Vorgehen rational zu verteidigen.

Etappen der ethischen Entscheidungsfindung

1. Identifizieren Sie die Einzelpersonen und Gruppen, die möglicherweise von der Entscheidung betroffen sind.
2. Identifizieren Sie ethische Problembereiche, einschliesslich der Interessen der von der Entscheidung betroffenen Personen und der Umstände, in welchen die Dilemmas aufgetaucht sind.
3. Erwägen Sie, wie Ihre persönlichen Vorurteile, Schwerpunkte oder Selbstinteressen die Entwicklung von Handlungen beeinflussen könnten.
4. Entwickeln Sie alternative Handlungsoptionen. (Falls möglich, beziehen Sie interdisziplinäre Teammitglieder, Klienten/Klientinnen oder andere Personen, die von der Entscheidung betroffen sein könnten, in den Entscheidungsprozess mit ein. Falls die Situation schwierig ist, konsultieren Sie Ihren Berufsverband oder andere vertrauensvolle Fachleute, um objektiv zu bleiben und Ihre Handlungsoptionen zu vergrössern.)
5. Analysieren Sie, welche möglichen Risiken und Vorteile jede Vorgehensweise für die voraussichtlich betroffenen Personen hat.
6. Wählen Sie, je nachdem, was in der Situation angebracht zu sein scheint, alleine oder gemeinsam mit anderen Beteiligten nach gewissenhafter Anwendung von existierenden Prinzipien, Werten und Standards eine Vorgehensweise.

7. Verpflichten Sie sich selbst oder im Team dazu, die Verantwortung für die Konsequenzen der Vorgehensweise zu übernehmen. (Eine Teamverpflichtung, wie sie in einem interdisziplinären Team zustande kommen könnte, verlangt, dass eine Person mit der Nachverfolgung der Sache beauftragt wird.)
8. Erstellen Sie einen Plan, um die Ergebnisse der Handlung, einschliesslich der Korrektur negativer Konsequenzen, falls vorhanden, zu evaluieren.
9. Evaluieren Sie das betriebliche System, in dem das Problem aufgetaucht ist, um Umstände, die unethische Praktiken erleichtern oder belohnen könnten, zu identifizieren und zu beseitigen.

Zwei Beispiele von kanadischen Modellen ethischer Entscheidungsfindung sind auf folgenden Websites zu finden:

- der Homepage der *Canadian Association of Rehabilitation Professionals* – <http://www.carpnational.org>
- der Homepage der *Canadian Psychological Association* – <http://www.cpa.ca>

Zwei nichtpsychologische Modelle ethischer Entscheidungsfindung bieten Mattison (2000) und Jaeger (2001).

Ethikkodexe

Das Disability Management ist noch nicht eine vollständig etablierte Disziplin. Viele DM-Fachpersonen gehören einem anderen Berufsstand an, zum Beispiel einem Pflege-, Psychologie- oder einem anderen Gesundheitsberuf. Demzufolge sind spezifische Ethikkodexe für das DM schwer zu finden. Dennoch sind zurzeit zwei verfügbar. Beim einen handelt es sich um den Ethikkodex der *Canadian Association of Disability Management Coordinators* (CADMC), der auf der Website des Verbandes http://www.cadmc.com/Docs/Code_of_Ethics/Code_of_Ethics.pdf gefunden werden kann. Nehmen Sie bitte zur Kenntnis, dass es sich dabei um einen erstrebenswerten Kodex handelt und dass die CADMC keine Möglichkeit hat, die Einhaltung dieses Kodexes zu erzwingen. Er kann jedoch als guter Ausgangspunkt dienen und könnte den Anstoss für die Entwicklung weiterer Kodexe geben.

Des Weiteren gibt es die *Occupational Standards for Disability Management*, die zuerst vom *National Institute of Disability Management and Research* veröffentlicht und danach von der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) anerkannt worden sind.

Schlussfolgerungen

In diesem Kapitel ist der Versuch unternommen worden, die Geschichte der Ethik zu erklären; wie es dazu gekommen ist, dass wir ein Verständnis dessen, was richtig und was falsch ist, entwickelt haben, und wie sich dieses in den Berufen niedergeschlagen hat. Ethikkodexe und deren Umsetzung sind bestimmende Merkmale für einen jeden Beruf. Das Disability Management hat sich, vielleicht weil seine Praktizierenden aus so vielen verschiedenen Berufen kommen, noch nicht auf einen Berufskodex geeinigt. Es ist Zeit, dies zu ändern.

Literatur

- Botes A 2000 A comparison between the ethics of justice and the ethics of care. *Journal of Advanced Nursing* 32(5):1071–1075
- Hermeren G 1999 Setting priorities versus managing closures: what is ethically the most sound way of handling changes in the health care system? *Acta Oncologica* 38(1):33–40
- Huycke L, All A C 2000 Quality in health care and ethical principles. *Journal of Advanced Nursing* 32(3):562–571
- Jaeger S M 2001 Teaching health care ethics: the importance of moral sensitivity for moral reasoning. *Nursing Philosophy* 2:131–142
- Kant I 1949 On a supposed right to lie from altruistic motives. In: *Kant I, Critique of Practical Reason and Other Writings in Moral Philosophy* (White B L, trans.). University of Chicago Press, Chicago
- Kant I 1959 *Foundations of the Metaphysics of Morals* (White B L, trans.). BobbsMerrill, Indianapolis
- Noziak R 1974 *Anarchy State and Utopia*. Basic Books, New York
- Mattison M 2000 Ethical decisionmaking: the person in the process. *Social Work* 45(3):201–212

16. Disability Management in Deutschland – Die Verankerung im deutschen Rechtssystem

Von Prof. Dr. Peter Baumeister, Heidelberg

Dozent für Öffentliches Recht, Sozialrecht, Europarecht
an der SRH Hochschule Heidelberg,
Fakultät Sozial- und Verhaltenswissenschaften

Deutschland gehört zu den wenigen Staaten, in denen das Disability Management eine direkte Verankerung in der Rechtsordnung erfahren hat. Mit Hilfe einer Rechtsnorm, die im Rahmen der Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen Pflichten für Arbeitgeber schafft, unternimmt der Gesetzgeber den Versuch, die (Re-)Integration kranker Menschen in die berufliche Tätigkeit zu verbessern. Der nachfolgende Beitrag stellt die gesetzliche Regelung und ihre rechtlichen Konsequenzen dar, bevor auf die bislang begrenzte Erfüllung der Pflicht und deren Hintergründe eingegangen und abschließend eine knappe Einschätzung der Perspektiven vorgenommen wird.

I. Die rechtlichen Vorgaben für ein betriebliches Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX

1. Das Gesetz

Seit dem 1. Mai 2004 gilt in Deutschland mit der Neufassung des § 84 Abs. 2 SGB IX (Neuntes Buch des Sozialgesetzbuches⁷) eine gesetzliche Regelung, die Maßnahmen der beruflichen Integration von Seiten des Arbeitgebers unter der Bezeichnung «Betriebliches Eingliederungsmanagement» zum Gegenstand hat. Die Norm hat in ihrer Fassung, die sie durch das «Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen» vom 23.04.2004⁸ erhalten hat, folgenden Wortlaut:

⁷ Das neunte Buch trägt den Titel: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen; § 84 befindet sich in Teil 2 («Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen) des 9. Buches.

⁸ BGBl. I S. 606.

«Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne von § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (betriebliches Eingliederungsmanagement). Soweit erforderlich wird der Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen. Die betroffene Person oder ihr gesetzlicher Vertreter ist zuvor auf Art und Umfang der hierfür erhobenen und verwendeten Daten hinzuweisen. Kommen Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht, werden vom Arbeitgeber die örtlichen gemeinsamen Servicestellen oder bei schwerbehinderten Beschäftigten das Integrationsamt hinzugezogen. Diese wirken darauf hin, dass die erforderlichen Leistungen oder Hilfen unverzüglich beantragt und innerhalb der Frist des § 14 Abs. 2 Satz 2 erbracht werden. Die zuständige Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem die Schwerbehindertenvertretung, können die Klärung verlangen. Sie wachen darüber, dass der Arbeitgeber die ihm nach dieser Vorschrift obliegenden Aufgaben erfüllt.»

2. Die Zielsetzung der Norm

Aus dem Gesetzestext selbst sind bereits erste Aufschlüsse über die Zielsetzung des betrieblichen Eingliederungsmanagements abzuleiten: Es soll ein Mittel zur Überwindung von Arbeitsunfähigkeit sowie zur Prävention erneuter Arbeitsunfähigkeit sein. Weitergehendes Ziel ist der Erhalt des Arbeitsplatzes für den betreffenden Beschäftigten.

Weitergehende Zielsetzungen ergeben sich aus den – nicht immer klaren – Gesetzesmaterialien: «Durch die gemeinsame Anstrengung aller Beteiligten soll ein betriebliches Eingliederungsmanagement geschaffen werden, das durch geeignete Gesundheitsprävention das Arbeitsverhältnis möglichst dauerhaft sichert. Viele Abgänge in die Arbeitslosigkeit erfolgen immer noch aus Krankheitsgründen. Auch werden die Integrationsämter vor Beantragung einer Zustimmung zur Kündigung noch zu wenig eingeschaltet, damit rechtzeitig präventive Maßnahmen ergriffen werden können. Die Regelung verschafft der Gesundheitsprävention am Arbeitsplatz dadurch einen stärkeren Stellenwert, dass die Akteure unter Mitwirkung des Betroffenen zur Klärung der zu treffenden Maßnahmen verpflichtet werden.»⁹ Die

⁹ Amtl. Begründung des Gesetzentwurfs der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN v. 21.10.2003, BT-Drs. 15/1783, S. 16 (zu Nummer 20).

Sicherung des Arbeitsverhältnisses¹⁰ und die Stärkung der Gesundheitsprävention bilden damit nach Wortlaut und Materialien den Kern der mit § 84 Abs. 2 SGB IX verfolgten Ziele.

Entsprechend formuliert auch der «Bericht der Bundesregierung über die Wirkung der Instrumente zur Sicherung von Beschäftigung und zur betrieblichen Prävention» vom 2.7.2007: «Betriebliches Eingliederungsmanagement verfolgt vor dem Hintergrund des Grundsatzes ´Rehabilitation statt Entlassung oder Rente´ (§ 8 SGB IX) das Ziel, im Betrieb mit den dort vorhandenen Akteuren und Strukturen sowie unter Nutzung der dort gegebenen oder herstellbaren spezifischen Potentiale, die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erhalten.»¹¹

II. Überblick über die rechtlichen Konsequenzen des § 84 Abs. 2 SGB IX¹²

1. Adressat der Norm: jeder Arbeitgeber

Nach § 84 Abs. 2 S. 1 SGB IX «klärt der Arbeitgeber» vor allem die Möglichkeiten zur Überwindung der Arbeitsunfähigkeit. Die Norm ist damit (in erster Linie) an den Arbeitgeber adressiert. Aufgrund fehlender Differenzierungen etwa nach Art des Unternehmens, nach Größe oder nach Mitarbeiterzahl sind als Arbeitgeber sämtliche Arbeitgeber angesprochen.

2. Alle Beschäftigten

Spätestens seit dem Urteil des BAG vom 12.7.2007¹³ ist die Frage geklärt, ob die Norm auf alle Beschäftigten oder nur auf solche Anwendung findet, die schwerbehindert, diesen gleichgestellt oder von Behinderung bedroht sind. Nach der Entscheidung des BAG findet die Regelung auf alle Beschäftigten Anwendung.

3. Arbeitsunfähigkeit

Der Beschäftigte muss länger als sechs Wochen arbeitsunfähig sein. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Arbeitsunfähigkeit ununterbrochen besteht oder die Gesamtdauer durch Addition einzelner Arbeitsunfähigkeitszeiträume zustande kommt. Bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit werden nur Zeiten berücksichtigt, die innerhalb eines Jahreszeitraums (also innerhalb der zurückliegenden zwölf Monate und nicht des jeweiligen Kalenderjahres) aufgetreten sind. Die Ursache der (wiederholten)

¹⁰ Dieses ist auch gemeint, wenn der Gesetzestext etwas missverständlich von «Arbeitsplatz» spricht.

¹¹ BT-Drs. 16/6044, S. 25.

¹² Eine vertiefte Behandlung der nachfolgenden Themen findet sich bei Baumeister, in: Hahn/Baumeister (Hrsg.), Betriebliches Eingliederungsmanagement im Unternehmen, 2008, S. 9 ff.

¹³ Az.: 2 AZR 716/06, NZA 2008, 173 = BB 2008, 277 = DB 2008, 189.

Arbeitsunfähigkeit ist nicht relevant. Die Sechs-Wochen-Grenze ist auch dann erreicht, wenn die Arbeitsunfähigkeitszeiten auf unterschiedliche Krankheiten/Ursachen zurückzuführen sind.

4. Zustimmung des Betroffenen

Schließlich setzt § 84 Abs. 2 S. 1 SGB IX die Zustimmung des von der Arbeitsunfähigkeit betroffenen Beschäftigten zum betrieblichen Eingliederungsmanagement voraus. Dadurch macht das Gesetz deutlich, dass es sich nicht um ein Verfahren handeln kann, das über den Kopf des Betroffenen hinweg ablaufen darf. Konsequenter gilt das Zustimmungserfordernis auch in dem Fall, in dem etwa der Betriebs- oder Personalrat das betriebliche Eingliederungsmanagement nach Abs. 2 S. 6 verlangt¹⁴.

5. Rechtspflicht des Arbeitgebers

Als Rechtsfolge bestimmt § 84 Abs. 2 S. 1 SGB IX («klärt der Arbeitgeber») eine Rechtspflicht des Arbeitgebers zur Klärung, also zur Durchführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements. Es handelt sich gerade nicht nur um eine Obliegenheit, die im Fall der Nichterfüllung lediglich mit rechtlichen Nachteilen verknüpft ist, sondern um eine echte Rechtspflicht. Dies folgt zwingend aus § 84 Abs. 2 S. 6 und 7 SGB IX, wonach Betriebs- oder Personalrat und auch gegebenenfalls die Schwerbehindertenvertretung die Klärung verlangen können. Daraus ist das Bestehen eines subjektiven Rechts ableitbar, das gegebenenfalls auch gerichtlich durchgesetzt werden kann. Aus einer Reihe von Gründen muss schließlich davon ausgegangen werden, dass gerade auch der betroffene Beschäftigte ein subjektives Recht auf Durchführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements besitzt.

6. Inhalt der Rechtspflicht

Der Arbeitgeber muss nach Möglichkeiten zur Überwindung der Arbeitsunfähigkeit suchen. Darin enthalten ist etwa auch eine Pflicht zur Klärung der Ursachen der Arbeitsunfähigkeit. Stellt sich dabei ein Zusammenhang mit der Tätigkeit des Beschäftigten in seinem Betrieb heraus, ist nach Mitteln und Wegen zu suchen, wie die Krankheitsursache abgestellt werden kann. Ebenso ist zu klären, auf welche Weise eine Integration des Beschäftigten in den Arbeitsprozess erreicht werden kann. Hier kommt etwa auch eine stufenweise Wiedereingliederung in Betracht, wie sie in §§ 28 SGB IX, 74 SGB V normiert ist. Vom Gesetz nicht gefordert wird die Einführung eines standardisierten Verfahrens oder von Strukturen, die im Bedarfsfall angewendet werden. Das Gesetz

¹⁴ S. auch BT-Drs. 15/1783, S. 16.

ermöglicht durchaus auch ein Einzelfallmanagement. Selbst für kleinere Unternehmen dürfte allerdings auf Dauer die Schaffung von Strukturen zur Durchführung des betrieblichen Eingliederungsmanagements effektiver und damit auch kostengünstiger sein. Gesetzliche Notwendigkeiten bestehen insoweit aber nicht.

7. Mitwirkende

Das Gesetz sieht den Arbeitgeber als regelmäßigen Initiator und Betreiber des betrieblichen Eingliederungsmanagements. Entsprechend ist auch die Mitwirkung eines Arbeitgebervertreters erforderlich. Weiterer notwendiger Mitwirkender ist der von Arbeitsunfähigkeit betroffene Beschäftigte. Schließlich bedarf es der Mitwirkung eines Vertreters der zuständigen Interessenvertretung nach § 93 SGB IX, also des Betriebs- oder Personalrats, sofern ein solcher besteht. Gleichfalls notwendiges Mitglied ist ein Vertreter der Schwerbehindertenvertretung, wenn es sich bei dem Beschäftigten um einen Schwerbehinderten handelt. Darüber hinaus werden je nach Einzelfall der Werks- oder Betriebsarzt, die örtlichen gemeinsamen Servicestellen der Reha-Träger (§ 23 SGB IX) sowie das Integrationsamt hinzugezogen. Die Hinzuziehung weiterer Personen zu einem solchen Verfahren steht dem Arbeitgeber frei.

In der Regel wird die Bildung eines ständigen Integrationsteams sinnvoll sein. Dadurch besteht zugleich die Möglichkeit der gezielten Fortbildung bestimmter Personen (etwa zu Disability Managern), wodurch die Erfolgsquote beim betrieblichen Eingliederungsmanagement sicher erhöht werden kann.

III. Die begrenzte Erfüllung der Pflicht und deren Hintergründe

1. Der Umsetzungsstand

Trotz der Schaffung einer Rechtspflicht spricht einiges dafür, dass der Grad der Umsetzung der Rechtspflichten durch die deutschen Arbeitgeber deutlich hinter den Erwartungen zurückgeblieben ist, die Regierung und Bundestag mit der Schaffung der Pflicht vor nahezu fünf Jahren verknüpft haben dürften. Wie erste Studien zur Umsetzung andeuten, scheint bei einer großen Zahl der Arbeitgeber schon die Existenz der Pflicht zur Durchführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements kaum bekannt sein. Soweit Kenntnis besteht, bereitet die Umsetzung entweder praktische Schwierigkeiten oder sie wird angesichts der Kosten der Einführung eines Verfahrens vermieden.

Diese Einschätzung basiert allerdings weitgehend auf Vermutungen aufgrund von Umfragen, da belastbare Zahlen zu den möglichen Ursachen bis heute nicht vorliegen. Zwar wurde jüngst eine im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales von der Universität Köln unter der Leitung von Mathilde Niehaus durchgeführte

Studie zur Umsetzung in Deutschland veröffentlicht¹⁵. Aufgrund der geringen Zahl der Teilnehmer an zwei Umfragen (630 bzw. 474 Unternehmen deutschlandweit) findet sich in der Studie auch keine Aussage zum Umsetzungsstand. Die geringe Beteiligung dürfte aber eher auf einen sehr geringen Umsetzungsgrad hindeuten. Diese Überlegungen werden gestützt durch den Eindruck, der aus einer eigenen regionalen Studie gewonnen werden konnte. Bei knapp 700 angefragten Unternehmen im Rhein-Neckar-Raum haben sich lediglich 10 Unternehmen an einer Umfrage zum betrieblichen Eingliederungsmanagement durch die SRH Hochschule Heidelberg beteiligt¹⁶. Weiter lässt sich den Angaben der Unternehmen entnehmen, dass gerade bei kleineren und mittleren Unternehmen (KMUs) erhebliche Schwierigkeiten bei der Implementierung von Verfahren zur korrekten Umsetzung des betrieblichen Eingliederungsmanagements bestehen.

Aus alledem kann nur geschlossen werden, dass das betriebliche Eingliederungsmanagement noch lange nicht zum Standard der Fürsorge für den Mitarbeiter in deutschen Unternehmen zählt. Mit zunehmender Größe der Unternehmen steigt allerdings der Kenntnis- und Umsetzungsgrad. Die Beweggründe für die Umsetzung liegen dort aber weniger in der gesetzlichen Verpflichtung als in den angenommenen unmittelbaren und mittelbaren ökonomischen Vorteilen des betrieblichen Eingliederungsmanagements. So werden Reduzierungen von Mitarbeiterfehlzeiten häufig auf das betriebliche Eingliederungsmanagement zurückgeführt. Als mittelbare Vorteile werden vor allem die Verbesserung des Betriebsklimas sowie Image-Gewinne für das Unternehmen gesehen. Kümmert sich der Arbeitgeber verstärkt um Gesundheit und Wohlbefinden seiner Mitarbeiter, so bildet dies auch eine gute Grundlage für eine gesteigerte Mitarbeitermotivation, die sich letztlich auch in den Arbeitsergebnissen widerspiegelt. Darüber hinaus kann ein durchdachtes Gesundheitsmanagement auch einen Vorteil im Wettbewerb um die besten Mitarbeiter erbringen.

2. Gründe für die begrenzte Umsetzung

Die Gründe für die bislang eher verhaltene Umsetzung in der Praxis liegen in verschiedenen Faktoren, die zum Teil auch mit der gesetzlichen Konstruktion des § 84 Abs. 2 SGB IX zusammenhängen.

¹⁵ S. Niehaus/Magin/Marfels/Vater/Werkstetter, Betriebliches Eingliederungsmanagement – Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX, 2008 (als pdf-Datei abrufbar unter: http://www.bmas.de/coremedia/generator/25370/f374__forschungsbericht.html – Stand: 20.9.2008).

¹⁶ Veröffentlicht sind die Ergebnisse der Studie z. T. bei Persch/Weber, Krankheit und Behinderung im Unternehmen – Auswertung eines Fragebogens und weiterführende Hinweise für Unternehmen zur Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements, in: Hahn/Baumeister (Hrsg.), Betriebliches Eingliederungsmanagement im Unternehmen, 2008, S. 133 ff.

a) Begrenzte Sanktionierung der Rechtspflicht

Das Gesetz sieht keine direkte Sanktion für den Arbeitgeber bei Nichtbeachtung seiner Pflicht aus § 84 Abs. 2 SGB IX vor. Auch die Bußgeldvorschrift des § 156 SGB IX enthält keinen Tatbestand, der bei einer Verletzung des § 84 Abs. 2 SGB IX einschlägig wäre.

Andererseits besitzt die Nichterfüllung der Rechtspflicht durchaus mittelbare Rechtsfolgen, die im Arbeitsrecht und hier für den Fall der Kündigung des betroffenen Mitarbeiters zum Tragen kommen. Zwar hat das BAG dem Fehlen eines betrieblichen Eingliederungsmanagements oder der unzureichenden Durchführung eines solchen in seinem Urteil vom 12.7.2007¹⁷ nicht die Bedeutung eines Unwirksamkeitsgrundes für eine krankheitsbedingte Kündigung zuerkannt. Doch stellt das betriebliche Eingliederungsmanagement nach Ansicht des BAG eine gesetzliche Konkretisierung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes dar, was bei fehlendem oder unzureichendem betrieblichen Eingliederungsmanagement zu einer erheblichen Verschlechterung der Rechtsposition des Arbeitgebers im Kündigungsschutzprozess führt. Nach der Rechtsprechung des BAG wird es bei der krankheitsbedingten Kündigung grundsätzlich als ausreichend angesehen, wenn der Arbeitgeber pauschal darlegt, es bestehe keine andere Beschäftigungsmöglichkeit für einen dauerhaft erkrankten Mitarbeiter (einschließlich der fehlenden Möglichkeit einer leidensgerechten Anpassung des Arbeitsverhältnisses bzw. des Arbeitsplatzes). Im Fall des fehlenden (oder unzureichenden) betrieblichen Eingliederungsmanagements muss der Arbeitgeber nach Ansicht des BAG dagegen durch einen umfassenden konkreten Sachvortrag begründen, warum ein weiterer Einsatz des Arbeitnehmers ausgeschlossen ist. Entsprechende konkrete Darlegungen werden häufig nur schwer möglich sein, so dass die entsprechende Kündigung als unverhältnismäßig anzusehen und deshalb aufzuheben ist.

Der praktische Nachteil dieser Rechtsprechung ist – bei aller dogmatischen Überzeugungskraft der Entscheidung – folgender: Im Ergebnis braucht der Arbeitgeber die Pflicht zur Durchführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements nur zu beachten, wenn er den Arbeitnehmer krankheitsbedingt kündigen möchte. Zudem wird mitunter von Arbeitgebern berichtet, die ihre Mitarbeiter dazu bringen, eine Teilnahme an einem betrieblichen Eingliederungsmanagement abzulehnen. In diesem Fall kann sich der Mitarbeiter bei einer Kündigung u. U. nicht mit Erfolg auf das Fehlen eines betrieblichen Eingliederungsmanagements berufen.

¹⁷ Az.: 2 AZR 716/06, NZA 2008, 173 = BB 2008, 277 = DB 2008, 189.

b) Komplexität der Anforderungen

Durch die gesetzlichen Vorgaben fühlen sich viele Unternehmen, insbesondere kleinere, überfordert. Angesichts der bestehenden Unsicherheiten über die rechtlichen Anforderungen sieht das Unternehmen keine einfachen Lösungswege zur Umsetzung, die deshalb zunächst aufgeschoben wird.

c) Mangelnde Transparenz der Unterstützung durch die Reha-Träger und Integrationsämter

Hilfen zur Umsetzung des betrieblichen Eingliederungsmanagements werden den Unternehmen von vielen Seiten angeboten. So gibt es einmal eine Vielzahl von Sozialleistungsträgern (wie die Träger der Unfall-, Renten-, Kranken- und Arbeitslosenversicherung sowie die Integrationsämter), die nebeneinander Unterstützung anbieten. Hier stehen die Arbeitgeber vor dem Problem, an wen sie sich wenden sollen bzw. wie die unterschiedlichen Förderungen miteinander verzahnt werden können. Neben den Sozialleistungsträgern gibt es zunehmend auch Angebote privater Dienstleister, die sich vom betrieblichen Eingliederungsmanagement einen lukrativen Markt erhoffen. So unübersichtlich wie die gesetzlichen Anforderungen erscheinen vielen daher auch die Hilfen bei der Umsetzung.

d) Mangelnde Anreizsysteme

§ 84 Abs. 3 SGB IX sieht die Möglichkeit der Förderung der Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements vor: «Die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter können Arbeitgeber, die ein betriebliches Eingliederungsmanagement einführen, durch Prämien oder einen Bonus fördern.» Spezielle Regelungen für die gesetzliche Kranken- und die gesetzliche Unfallversicherung enthalten die §§ 65a Abs. 3 SGB V, 162 Abs. 2 SGB VII. Da allerdings von diesen Möglichkeiten von Seiten der Leistungsträger nur sehr begrenzt Gebrauch gemacht wird¹⁸, fehlen den Arbeitgebern auch insoweit positive Anreize zur Umsetzung.

e) Unklarheiten über ökonomische Vorteile

Wie in verschiedenen Stellungnahmen in der Literatur zu lesen ist, sind mit der Durchführung des betrieblichen Eingliederungsmanagements eine Reihe ökonomischer Vorteile für die Unternehmen verknüpft. Angesichts der Schwierigkeiten bei der Ermittlung dieser Vorteile im Rahmen einer belastbaren Kosten-Nutzen-Analyse fehlt für viele Personalverantwortliche und Arbeitnehmervertretungen ein handfestes betriebswirtschaftliches Argument gegenüber der eigenen Geschäftsleitung.

18 Zu den Ergebnissen einer Umfrage zur Förderpraxis s. El Gamali/Selig, Förderpraxis des betrieblichen Eingliederungsmanagements – Prämien und Boni durch Reha-Träger und Integrationsämter – Ergebnisse einer Umfrage, in: Hahn/Baumeister (Hrsg.), Betriebliches Eingliederungsmanagement im Unternehmen, 2008, S. 113 ff.

Diese sieht möglicherweise in erster Linie die mit der Einführung eines solchen Verfahrens verbundenen Kosten.

IV. Perspektiven

Die bisherige Erfahrung in Deutschland mit der gesetzlichen Regelung zum betrieblichen Eingliederungsmanagement lässt erkennen, dass bereits in hundert (wenn nicht sogar schon in mehr als tausend) Unternehmen das betriebliche Eingliederungsmanagement mit Erfolg praktiziert wird. Mittlerweile gibt es in Deutschland nach Angaben der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) deutlich mehr als 500 zertifizierte Disability Manager.

Andererseits belegt die Entwicklung der letzten fünf Jahre auch, dass die Mittel des Gesetzgebers auf diesem Gebiet begrenzt sind. Das Ziel einer flächendeckenden Umsetzung von Maßnahmen zur beruflichen Integration von Arbeitnehmern, die aufgrund von Erkrankungen vorübergehend aus dem Arbeitsprozess ausgeschieden sind, ist nur über einen langen Weg mit großer Ausdauer aller Beteiligten erreichbar. Hier können gesetzliche Verpflichtungen eine wichtige Unterstützung bieten; sie sind aber sicher kein Allheilmittel.

Angesichts des vielfach prognostizierten zunehmenden Fachkräftemangels und des vielbeschriebenen demographischen Wandels besteht allerdings eine gewisse Hoffnung, dass viele Arbeitgeber, die über einen hohen Anteil an Fachkräften unter ihren Mitarbeitern verfügen, schon bald mit einem wirksamen betrieblichen Gesundheitsmanagement um die Arbeitskraft ihrer Mitarbeiter werden kämpfen müssen. In jedem Fall werden damit Konzepte für ein Disability Management in Deutschland weiter an Bedeutung gewinnen.



17. Disability Management in Österreich

Horst Geyer, Leiter der Stabstelle Qualitätsentwicklung der Prüfstelle Berufsdagnostik Austria am BBRZ Österreich/ Linz.

Herbert Korvas, Selbständiger Unternehmensberater

Tosca Wendt, Mag.a Dr.in Tosca Wendt, Selbständige Unternehmensberaterin

Auswirkungen des demografischen Wandels in Österreich

Demografische und gesellschaftliche Entwicklungen haben auch in Österreich dazu geführt, dass gesundheitliche Problemstellungen am Arbeitsmarkt von einem individuellen zu einem gesamtgesellschaftlichen Problem geworden sind. So ist einerseits die Geburtenrate in Österreich seit den frühen 1990er-Jahren stetig gefallen und gehört zu den niedrigsten in Europa. Gleichzeitig ist die Lebenserwartung ständig gestiegen. Laut WHO (2003) liegt die durchschnittliche Lebenserwartung bei 79,4 Jahren. Es wird daher ein «Agequake» erwartet. Darunter werden die Auswirkungen der demografischen Prognosen verstanden, die besagen, dass sich – durch den starken anhaltenden Geburtenrückgang und die steigende Lebenserwartung – die Zahl der Erwerbstätigen gegenüber der Zahl der nicht erwerbstätigen Pensionierten umkehren wird.

«Im Jahr 2011 wird die Zahl der über 60-Jährigen auf 2,2 Millionen angestiegen sein, das sind um ca. 500 000 Personen mehr als 2001. Dem werden 4,9 Millionen Erwerbsfähige (2001: 5,0 Millionen) und 1,2 Millionen Kinder und Jugendliche in Ausbildung (2001: 1,4 Millionen) gegenüberstehen. Mitwirkend an dieser Entwicklung ist der starke und anhaltende Geburtenrückgang. Das Durchschnittsalter der Erwerbstätigen wird sich in den nächsten 30 Jahren von 39 auf 43 Jahre erhöhen. Etwaige demografische «Entlastungen» durch europäische Wanderungsbewegungen bleiben ungewiss» (Blumberger et al. 2004: 13).

Dieser «Agequake» lässt erwarten, dass schon in wenigen Jahren ein Mangel an Arbeitskräften bestehen wird. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, sind zumindest zwei gesellschaftliche Herausforderungen in Österreich zu lösen:

1. Die sozialen Sicherungssysteme werden sich der veränderten demografischen Situation anpassen müssen und

2. ältere Erwachsene – insbesondere die, die älter als 60 Jahre sind – werden ihren Fähigkeiten und Bedürfnissen entsprechende Arbeitsplätze benötigen, um erwerbstätig bleiben zu können.

Diese Folgerungen, die sich aus den demografischen Veränderungen in der Arbeitswelt ergeben, werden zunehmend unter dem Aspekt der gesundheitlichen Prävention erörtert, um den Verbleib älterer Arbeitskräfte im Unternehmen zu gewährleisten. Dies verweist auf eine notwendige Sicht, die davon ausgeht, dass ältere Arbeitnehmende dann in der Lage sind, in der Erwerbstätigkeit zu verbleiben, wenn die gesundheitliche Prävention am Arbeitsplatz auch für junge Arbeitnehmende erfolgt.

Neben dieser demografischen Entwicklung sorgt die Anhebung des Pensionsantrittsalters in Österreich für eine gesellschaftliche Debatte. Im österreichischen Pensionssystem besteht eine starke Tendenz zur Frühverrentung, die zu Problemen führt.

In Österreich erstreckt sich der Wechsel in die Pension auf eine Altersbandbreite von 15 Jahren. Österreichische Arbeitnehmer/innen gehen in der Regel zwischen dem 50. und dem 65. Lebensjahr in Pension. Rund 80% der unselbständig Erwerbstätigen erreichen nicht das gesetzliche Pensionsantrittsalter. Gleichzeitig steigt der ohnehin nicht geringe Anteil der Österreicher/innen, die infolge von verminderter Arbeitsfähigkeit frühzeitig das Erwerbssystem verlassen: Jeder zweite Mann und jede dritte Frau scheiden wegen einer Behinderung aus dem Arbeitsmarkt aus (nach Berechnungen der OECD 2005)¹⁹.

Nach der Mikrozensushebung im Jahr 2002 (Statistik Austria) leiden 1,26 Millionen Menschen in Österreich an lang andauernden Gesundheitsproblemen, wobei 75% dieser Personen älter als 45 Jahre sind. Die Ursachen dafür werden in ständiger Arbeitsverdichtung, langen Arbeitszeiten, andauernden und hohen körperlichen wie psychischen Anforderungen sowie im Fehlen von altersgerecht ausgestatteten Arbeitsplätzen gesehen.

Das «Grünbuch» der europäischen Kommission «demografischer Wandel» gibt an, dass als Konsequenz dieser Entwicklungen ab 2030 in der EU 20,8 Millionen Menschen im erwerbsfähigen Alter fehlen könnten. Unternehmen haben jetzt schon Schwierigkeiten, passende Bewerber/innen für offene Stellen zu finden. So gaben in einer Studie von Talos et al. (2007)²⁰ immerhin 53% der 700 befragten Unter-

¹⁹ Naylor I. & Natter E. (2005): Active Ageing. Recherchestudie zu Good Practice im Auftrag des AMS Österreich. ÖSB Consulting. Wien

²⁰ Talos E. et al. (2007). Ageing Society – eine Herausforderung für Unternehmen und Gesellschaft. Zukunftsforum Österreich. Wien

nehmen an, die Besetzung offener Stellen sei schwierig bis sehr schwierig. Gründe dafür sind zu wenig verfügbare Arbeitskräfte mit der benötigten Ausbildung. Keine Rolle spielten Arbeitsbedingungen und Entlohnung. Daraus ergibt sich die Vermutung, dass sich bereits jetzt ein selektiver Mangel an Personen mit bestimmten Qualifikationen zeigt. Neben der Metall- und EDV-Branche kommen zunehmend Bau, Handel, Verkehr und Tourismus unter Druck.

Angesichts knapper werdender Human-Ressourcen werden Themen wie die Pflege des «Human Capital» an Bedeutung gewinnen. Dies stellt eine Chance dar, Strategien wie das betriebliche Eingliederungsmanagement in den Unternehmen zu etablieren.

Viele Begriffe: Disability Management, betriebliches Eingliederungsmanagement und Case Management

Obwohl – oder vielleicht gerade weil – sich noch keine deutliche Implementierung in Österreich abzeichnet, bestehen eine Vielzahl von Begriffen. Im Folgenden werden wir eine Klärung versuchen.

Eine einheitliche Definition des Disability Management gibt es nicht. In der Praxis ist der Begriff bisher weitgehend konturlos. Er umfasst eine Vielzahl von Aktivitäten, denen aktives Handeln und kundenorientierte Dienstleistung gemeinsam ist. Er akzentuiert den Gegensatz zu bürokratischen Strukturen und rechtlichem Denken.

Zentral erfolgt die Koordination bzw. die Vernetzung aller Beteiligten (Arbeitgeber, Arbeitnehmende, Arbeitsmediziner/innen, Sozialversicherungen etc.) über eine/n Case Manager/in.

In Österreich werden Disability Management und betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) meist synonym verwendet.

Versuch einer Abgrenzung

Die grundlegende Idee des Disability Management oder betrieblichen Eingliederungsmanagements fasst präventive und rehabilitative Leistungen zusammen. Drohenden Behinderungen oder chronischen Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen und Massnahmen der Rehabilitation zu organisieren, erscheint auf den ersten Blick einleuchtend. Disability Management beinhaltet demzufolge:

› **Prävention** im Sinn der Früherkennung und der Vermeidung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen als auch

- › **Rehabilitation** im Sinn des Erhalts des Arbeitsplatzes bei bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen bzw. Verbesserung gesundheitlicher Beeinträchtigungen und
- › **Wiedereingliederung** in die Erwerbstätigkeit von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Diese Zielsetzung, die sich an alle Akteurinnen und Akteure des Arbeits- und Gesundheitsschutzes richtet, um interdisziplinär mit den Trägern der Rehabilitation ein umfassendes betriebliches Arbeits- und Gesundheitsmanagement aufzubauen, ist äusserst komplex. Um diese Anforderungen zu erfüllen, braucht es einen geeigneten Koordinations- und Betreuungsansatz.

Dieser kann durch Case Management oder auch Fallmanagement, das sich vor allem mit der Vernetzung verschiedener Akteurinnen und Akteure beschäftigt, erfolgen. Seit den Neunzigerjahren des letzten Jahrhunderts wird das aus dem anglo-amerikanischen Raum importierte Handlungskonzept des Case Management in Österreich diskutiert und in unterschiedlichen Projekten modellhaft etabliert. Case Management ist auch unter dem Begriff «Unterstützungsmanagement» oder «Fallmanagement» bekannt und ist ein ganzheitlicher Betreuungsansatz, der vor allem im Gesundheits- und Sozialwesen angewendet wird. Im Mittelpunkt aller Aktivitäten steht die einzelne Person, die durch einen effizienten Einsatz der Mittel und mit der Nutzung aller Ressourcen im persönlichen, institutionellen sowie im gesellschaftlichen Bereich unterstützt wird. Dabei ist die Zielsetzung, einerseits die Wirksamkeit und Qualität der Betreuung zu steigern und dabei andererseits möglichst ökonomisch zu agieren. Zusätzlich werden Unterstützungsnetzwerke in der Lebenswelt der Betroffenen aktiviert, welche zur Stärkung der Selbsthilfekräfte des Klienten beitragen sollen. Die Aktivierung solcher Netzwerke stellt einen wesentlichen Bestandteil des ganzheitlich-integrativen Handlungskonzeptes im Case Management dar.

Situation in Österreich

Insgesamt kann ein verstärktes betriebliches Interesse an gesunden, motivierten und leistungsfähigen Mitarbeitenden verortet werden. Allerdings kann eher von vielen unterschiedlichen, zum Teil zwar grossen Projekten und Massnahmen gesprochen werden. Eine klare Konzeption und Entwicklung ist noch nicht sichtbar. Nach Schlapper und Ettinger (2007) besteht bei vielen Unternehmen Interesse an betrieblichem Eingliederungsmanagement, wobei der grössere Bedarf im öffentlichen Bereich liegt. Wegen Definitivstellungen der Mitarbeitenden zeigen sich die Folgen demografischer Überalterung bereits früher und erfordern Handlungsbedarf. Die häufigsten Interessen von Unternehmen:

- › Verringerung von Krankenständen
- › Informationen über betriebliche Gründe für Krankenstände und Hinweise für Ansatzmöglichkeiten, um dem zu begegnen
- › Adäquater Arbeitsplatzeinsatz und Umgang bei Mitarbeitenden mit Behinderungen
- › (Finanzielle) Unterstützung beim Wiedereinstieg nach langem Krankenstand
- › Krankenstandsmanagement/Einführung von Rückkehrgesprächen

Aus den bisherigen Erfahrungen können folgende Prinzipien abgeleitet werden:

- › Leitung/Geschäftsführung und Personalvertretung müssen das Vorhaben unterstützen.
- › Klare Zielvereinbarungen sind wichtig.
- › Die Beratung muss individuell auf den Bedarf des Betriebes abgestimmt werden, die Ausprägungen des BEM können daher sehr unterschiedlich sein.
- › Für die Akquisition von Partnerunternehmen für derartige Projekte muss viel Zeit eingeplant werden.
- › Gelingt der Zugang, so können Betriebe/Organisationen auch in kurzer Zeit viel lernen.
- › Die Fokussierung auf Krankenstandszahlen als Erfolgsindikator ist für derartige Projekte ungeeignet. Diesbezüglich können nur langfristig gesehen Erfolge erzielt werden.
- › Veränderungen auf Betriebsebene brauchen Zeit.
- › Die Beratung findet immer im Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen von Arbeitgeber und Arbeitnehmer statt.

Die AUVA (Österreichische Allgemeine Unfallversicherungsanstalt) hat zusammen mit dem Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes (FRK), dem Institut für Berufliche Erwachsenenbildungsforschung (IBE), dem Beruflichen Bildungs- und Rehabilitationszentrum in Wien (BBRZ) und dem Institut für somatische Psychologie im Rahmen des EQUAL-Programms der EU die Entwicklungspartnerschaft AEIOU (= Arbeitsfähigkeit erhalten für Individuen, Organisationen und Unternehmen) gegründet²¹. Ziel von AEIOU ist es, die Menschen länger und gesund im Erwerbsleben zu halten. Dazu wurden folgende Massnahmen entwickelt:

- › Entwicklung eines umfangreichen, ganzheitlichen Programms, um die Arbeitsplatzqualität im Krankenhaus zu verbessern (PFLEGEfit bzw. REHAfit), durch die AUVA.
- › Das FRK setzt zusammen mit der MA 47²² in Wien Aktivitäten um zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der mobil Pflegenden und Betreuenden.

²¹ Vgl. <http://www.equalaeiou.at>

²² Die Magistratsabteilungen 47 (MA 47) war die in Wien zuständige Behörde für Pflege und Betreuung. Sie wurde mit der MA 12 zuständig für Soziales zur MA 15 zusammengelegt. Die meisten Aufgaben werden heute vom Fonds Soziales Wien wahrgenommen.

- › Die AUVA richtet eine Beratungsstelle «Humane Arbeitswelt» ein – eine Servicestelle, die Information und Beratung rund ums Thema «humane und gesundheitsfördernde Arbeitswelt» anbieten wird. Durch eine neue Kommunikationstechnologie («e-attendant») wird die Inanspruchnahme der Leistungen auch anonym möglich sein.
- › Das BBRZ betreut Menschen mit gesundheitlichen Problemen, die infolge hoher Arbeitsplatzbelastungen ihren Arbeitsplatz verlieren. Das Ziel ist die Erhaltung des Arbeitsplatzes bzw. die Verkürzung der Arbeitslosigkeit. Ein/e Case Manager/in wird den Betreuungsprozess planen, begleiten und koordinieren. So können alle Personen/Institutionen, die an der Wiederherstellung bzw. Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit von Menschen beteiligt sind, möglichst effektiv zusammenwirken.
- › Das Institut für Somatische Psychologie betreut psychosomatisch Erkrankte mit einer Kombination von Biofeedback, Coaching und psychologischer Betreuung. Damit soll die Chronifizierung von Leiden verhindert werden.
- › Durchführung der Studie: Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit. Eine Analyse präventiver, begleitender, akuter und nachsorgender Strategien und Interventionen zur Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit von Arbeitnehmenden in Österreich.

Präventive Ansätze zur Erhaltung bzw. Wiederherstellung von Gesundheit

Welche Ansatzmöglichkeiten bestehen, die geeignet sind, die Arbeitsfähigkeit gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitnehmer/innen zu erhalten bzw. zu fördern, wurde in der Studie «Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit» untersucht (siehe Blumberger et al. 2004). Die Ergebnisse zeigen, dass die Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen der befragten Personen hauptsächlich im Laufe des Lebens entstehen. Sowohl angeborene Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen als auch Unfälle spielen eine untergeordnete Rolle. Dies verweist auf die Bedeutung primärer Präventionsmassnahmen:

- › Auf der individuellen Ebene: Durch individuelle Verhaltensänderungen kann Gesundheit gestärkt werden.
- › Auf der strukturellen Ebene der öffentlichen Hand: Deren Aufgabe es ist vor allem, der sozialen Ungerechtigkeit, dass Armut krank macht, entgegenzusteuern,
- › und nicht zuletzt auf der Ebene der Betriebe, deren Aufgabe es ist, Arbeitsbedingungen zur Verfügung zu stellen, die es ermöglichen, gesund zu bleiben.

Die Bedeutung des individuellen Anteils an Gesundheit wird stark überschätzt, die sozialstrukturellen Anteile etwa durch Armut und durch Arbeit werden häufig un-

terschätzt. Die Ergebnisse der Studie von Blomberg et al. (2004) zeigen deutlich, dass es notwendig ist, dies zu korrigieren.

«Betrachtet man den hohen Anteil der Personen, die angeben, die Erkrankung bzw. Beeinträchtigung sei nach eigener Einschätzung eine Folge einer Berufskrankheit (jede/r Vierte ...), gewinnt der Aspekt der *primären Prävention* in den Betrieben an Bedeutung. Von hohen körperlichen und psychischen Belastungen am Arbeitsplatz fühlte sich der Grossteil der befragten Personen betroffen» (Blomberg 2004: 16, Hervorhebung i.O.).

Dadurch gerät die Verantwortlichkeit der Betriebe für die physische und psychische gesundheitliche Belastung der Mitarbeitenden in den Mittelpunkt der Betrachtungen: Betriebliche präventive Massnahmen, die die noch immer vorhandenen Belastungsfaktoren reduzieren und ein gesundheitsförderndes Arbeitsumfeld schaffen, sind erforderlich. Diese Haltung gegenüber betrieblicher Gesundheitsförderung wird zunehmend von Seiten der Arbeitgeberorganisationen als eine moderne Unternehmensstrategie zur Verbesserung der Marktchancen im globalen Wettbewerb und zugleich als eine zukunftsorientierte Strategie, um Facharbeitermangel in der Zukunft zu vermeiden, diskutiert (Blumberger et al. 2004: 16f.).

Auch im Bereich der *sekundären Prävention*, worunter die Vermeidung einer Verschlimmerung bzw. die Erhaltung des bestehenden Gesundheitszustandes verstanden wird, besteht ein erheblicher Bedarf in Unternehmen; in Betrieben werden aber bislang kaum diesbezügliche Massnahmen umgesetzt.²³

«Sekundäre Prävention als ein wichtiges Instrument der Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit einzusetzen wird auch von der Erkenntnis unterstützt, dass jede/r 7. befragte Pensionist/in (13,5%) erklärte, durchaus einer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können, wenn die Arbeitsplätze ihren gesundheitlichen Bedürfnissen entsprechend adaptiert wären» (Blumberger 2004: 18).

Dies umfasst den gesamten Bereich der Rehabilitation. Insbesondere der Ausbau von Rehabilitationsleistung auf ein breiteres Angebotsspektrum – vor allem die berufliche Rehabilitation am Arbeitsplatz – und zielgerichtete Gewährung solcher Leistungen erscheinen von grosser Bedeutung, um die Arbeitsfähigkeit der Zielgruppen zu erhalten bzw. zu fördern.

Gezielte Massnahmen zur Unterstützung bei der Wiedereingliederung wie etwa Umschulungen, Weiterbildungen, Schaffung neuer Arbeitsplätze, welche weniger belastet sind, begleitende Hilfen, entsprechende Gestaltung des Arbeitsplatzes

²³ Gerade kleine und mittlere Unternehmungen sind damit häufig überfordert und benötigen entsprechende Unterstützungen und Vorgaben.

u.v.m. sind notwendig. Viele Personen, die in ihrem alten Beruf nicht mehr arbeiten können, können und wollen an einem Arbeitsplatz arbeiten, der ihnen ermöglicht, gesund zu bleiben, bzw. keine Verschlechterung herbeiführt.

Derzeitige Strategien zur Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit in Österreich

Die im Rahmen der Entwicklungspartnerschaft AEIOU durchgeführte Analyse zu Strategien des Disability Management zeigt auf, dass ein hoher Bedarf an Implementierung von Disability Management in Österreich besteht.

So werden etwa *frühe Hinweise auf leistungseinschränkende gesundheitliche Störungen nicht angenommen oder verdrängt* (Blumberger 2004: 19). Dies bedeutet, dass die Folgen von Erkrankungen, auch die Folgen von Unfällen von den betroffenen Arbeitnehmenden oft nicht wahrgenommen, unterschätzt oder als vorübergehend eingeschätzt werden. Arbeitnehmende verbergen häufig Schmerzen, Bewegungseinschränkungen, psychische Beeinträchtigungen aus Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren, gegenüber Kolleginnen und Kollegen und Vorgesetzten und Arbeitgeber. Leider ist diese Angst häufig begründet, da sie auf Erfahrungen der Arbeitnehmenden innerhalb des Betriebs beruhen. Dennoch verhindert das Verbergen gesundheitlicher Einschränkungen, dass mit der Situation der Betroffenen unterstützend und helfend umgegangen werden kann. Weitere Gründe, warum Arbeitnehmende gesundheitliche Arbeitseinschränkungen verstecken, liegen darin, dass eine Perspektive zur aktuell ausgeübten Berufstätigkeit, eine Wahlmöglichkeit oder auch das Wissen um Berufe fehlt. Aber auch mangelndes Selbstvertrauen, etwas anderes als das bisher Ausgeübte arbeiten zu können, wurde als Begründung angegeben.

Andererseits begründen Arbeitgeber ihre negativen Reaktionen auf gesundheitsbedingte Leistungsminderungen von Mitarbeitenden häufig damit, «dass kein Instrumentarium <zur Hand> ist, in anderer Weise damit umzugehen. Die Folgen sind daher oftmals Kündigungen oder – <sozial verträglicher> – die Motivierung, einen Antrag auf Pensionierung zu stellen» (Blumberger 2004: 20).

Auf Leistungseinschränkungen wird häufig laienhaft – wenn auch gelegentlich empathisch – reagiert, womit nicht verhindert werden kann, dass sich Erkrankungen oder gesundheitliche Störungen verschlechtern bzw. chronifizieren (Blumberger 2004: 20).

Arbeitgeber und/oder Kolleginnen und Kollegen versuchen oft, die Betroffene/den Betroffenen zu entlasten, etwa durch das Übernehmen von Arbeiten oder dadurch, dass (oft ohne spezielles Know-how) technische Hilfsmittel angeschafft werden. Diese Art der Entlastung ist meist nur von kurzer Dauer, zum einen, weil die per-

sonelle Hilfe häufig im Laufe der Zeit zurückgenommen wird, bzw. technische Hilfsmittel werden nach einiger Zeit nicht mehr verwendet, wenn sie nicht sachkundig ausgewählt wurden und deshalb die erwartete Entlastung nicht bringen.

Ein gezieltes und geplantes Vorgehen, um Arbeitsplätze an gesundheitliche Erfordernisse anzupassen, ist für alle Betroffenen notwendig. Um wirkungsvoll intervenieren zu können, sollte geprüft werden, ob ein entsprechendes Beratungsangebot für Unternehmen sinnvoll wäre und auch angenommen werden könnte.

In einzelnen Berufen sind frühzeitige Maßnahmen erforderlich, um gesundheitsbedingte nachhaltige Beeinträchtigungen zu vermeiden (Blumberger 2004: 22).

Von vielen Berufen ist bekannt, dass sie sehr belastend sein können für die Gesundheit. Damit geht einher, dass es eine besondere Herausforderung ist, in solchen Berufen (etwa Pflegeberufen) Arbeitsbedingungen zu schaffen, die eine Erkrankung verhindern, oder für die Betroffenen einen anderen Arbeitsplatz zu finden. Vereinzelt wurden für bestimmte Berufsgruppen Konzepte entwickelt, um Mitarbeitenden in solchen Bereichen eine längerfristige Beschäftigungsperspektive zu bieten, wie etwa im Projekt «PFLEGEfit» bzw. im Projekt «Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung», welche im Rahmen dieser Entwicklungspartnerschaft AEIOU initiiert wurden (Blumberger 2004: 22).

Maßnahmenempfehlungen

- › Beginn eines öffentlichen, medial unterstützten, aufgeklärten und aufklärenden Diskurses über beschäftigungsrelevante Folgen von Erkrankungen und gesundheitliche Beeinträchtigungen und deren Vermeidung bzw. Verringerung (Motto: «Leistungsbeeinträchtigung muss nicht Arbeitslosigkeit oder Pensionierung bedeuten»).
- › Frühe Information und Aufklärung der Beteiligten (Betroffene, Arbeitgeber) über die Möglichkeiten, Arbeitsplätze an besondere Bedürfnisse anzupassen.
- › Systematisches, schlankes (d.h. betriebspraktisches) und zwischen den Sozialversicherungsträgern, den Sozialpartnern und Trägern der beruflichen Rehabilitation koordiniertes Beratungs- und Unterstützungsangebot an Unternehmen, wie und unter welchen Bedingungen bzw. mit welchen Unterstützungen leistungseingeschränkte Mitarbeitende weiterhin beschäftigt werden können (Massnahmen der sekundären Prävention).
- › Institutionalisierung einer «Gatekeeper»-Funktion (eventuell ähnlich der «Arbeitsassistenten»), allerdings als Institution der Sozialpartner, Sozialversicherungsträger und der Sozialverwaltung [Zuständigkeit für das Behinderteneinstellungsgesetz]

und nach dem Case-Management-Modell) mit dem Ziel, so weit wie möglich zu vermeiden, dass aus gesundheitlichen Gründen leistungseingeschränkte Mitarbeitende in Betrieben ihren Arbeitsplatz verlieren) (Blumberger 2004: 20ff.).

Ausblick

Werthaltungen einer Gesellschaft zeigen sich sowohl in ihrem sprachlichen Ausdruck als auch im Budget. Sie werden deutlich in Formulierungen wie Antrag, Begehren, Förderung, Recht, Forderung etc. Deutlich wird hier, dass Disability Management noch nicht als Dienstleistung für Arbeitnehmende und Arbeitgeber verstanden wird.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass infolge der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklungen betriebliches Eingliederungsmanagement sich zu einem wichtigen Instrument zur Sicherung der Arbeitsfähigkeit bis zum regulären Pensionsalter entwickeln könnte. Jedoch steht dieser Ansatz in Österreich noch am Beginn, und es wird sich erst zeigen, ob er eine tragende Rolle einnehmen wird. Die bisher gemachten Erfahrungen sprechen für eine Weiterentwicklung und einen Ausbau. Disability Management könnte dabei umfassende Strategien zur Sicherung der Gesundheit am Arbeitsplatz (primäre und sekundäre Prävention), zur Bewusstseinsbildung von Arbeitnehmenden und Unternehmen entwickeln und sollte in begleitende gesetzliche Regelungen eingebettet sein. Das Zusammenwirken aller relevanten Akteurinnen und Akteure wie Behörden und Institutionen, Unternehmen, Arbeitnehmenden, Sozialpartnern etc. ist unerlässlich.

Literaturverzeichnis

- Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (Hg.): Sozialarbeit im Rehabilitationsteam. Wien 2003.
- Arbeitsmarktservice Österreich (Hg.): Perspektive Beruf. Ein Arbeits- und Serviceheft für arbeitslose Frauen zur Planung des Wiedereinstieges nach der Karenz. Horn 2003.
- BBRZ Österreich: Erfahrungen und Perspektiven des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM)/Mag. Doris Czamay, Mag. Roman Pöschl. Wien 2007
- Deutsche gesetzliche Unfallversicherung: Referat Disabilitymanagement
- Bechter, Barbara et al.: Massnahmen für Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen. Evaluierung, Analyse, Zukunftsperspektiven. In: Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (Hg.). Wien 2003.
- Blumberger, Walter: Wissenschaftliche Grundlagen der beruflichen Rehabilitation. Linz 2003.
- Blumberger, Walter (et al.): Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit. Eine Analyse präventiver, begleitender, akuter und nachsorgender Strategien und Interventionen zur Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit von ArbeitnehmerInnen in Österreich. Studie des Instituts für Berufs- und Erwachsenenbildungsforschung an der Universität Linz im Auftrag des Bundessozialamts, gefördert vom ESF/Equul, Linz, Februar 2004.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hg.): Das Behindertenkonzept der österreichischen Bundesregierung. Wien 1992.
<https://broschuerenservice.bmsg.gv.at/PubAttachments/behindertenkonzept.pdf>
- Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz/BMSG (Hg.): Bundesweites arbeitsmarktpolitisches Behindertenprogramm. Wien 2003/2004.
- Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz/BMSG (Hg.): Bericht über die soziale Lage. Analysen und Ressortaktivitäten 2001–2002. Wien 2003.
- Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz BMSG (Hg.): Bericht der Bundesregierung über die Lage der behinderten Menschen in Österreich. Wien 2005.
- Fasching, Helga: Qualifikationsanforderungen an BeraterInnen im Arbeitsfeld der beruflichen Rehabilitation. In: Kontraste, Presse- und Informationsdienst für Sozialpolitik Nr. 6. Linz 2005.
- Grünbuch «Angesichts des demographischen Wandels – eine neue Solidarität zwischen den Generationen». Kommission der europäischen Gemeinschaft. Brüssel 2005.
- Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (Hg.): Handbuch zu Rehabilitation. Ausgabe 2003/2004. Wien 2004.
- Naylon, I./Natter, E.: Active Ageing. Recherchestudie zu Good Practice im Auftrag des AMS Österreich. ÖSB Consulting. Wien 2005.
- Neihaus, Mathilde et al.: Bildungsbedarfsanalyse für betriebliche Akteure angesichts Human-Resource/Disability-Management-Aufgaben, Innsbruck, Wien, München, Bozen, 2002.
- Adenauer, S.: Projektbericht: Die (Re-)Integration leistungsgewandelter Mitarbeiter in den Arbeitsprozess. downloadbar unter: http://www.iqpr.de/iqpr/download/projekte/AdenauerS_FILM_lfaA.pdf
- Steiner, Karin/Weber, Maria Elisabeth: Individuelle Lebenslagen von RehabilitandInnen: Erfolgsaspekte der sozialen und beruflichen Rehabilitation. Wien 2005.
- Steiner, Karin et al.: Praxishandbuch. Methoden in der beruflichen Rehabilitation; abif – Analyse, Beratung, und interdisziplinäre Forschung, Wien 2006.
- Schlapper G./Ettinger M.: Projektendbericht Roomy Workplace. BBRZ Österreich, Wien, 2007.
- Talos E. et al.: Ageing Society – eine Herausforderung für Unternehmen und Gesellschaft. Zukunftsforum Österreich. Wien 2007.
- Train Consulting: Leadership Study – CEE Länder. Wien 2006.

Internetquellen

www.arbeitundbehinderung.at/assets/images/content/Diplomarbeit.pdf

www.bmsg.gv.at/cms/site/attachments/5/3/2/CH0055/CMS1057914735913/behindertenkonzept.pdf

www.bbrz.at

www.disability-manager.de

www.bundessozialamt.gv.at

www.case-manager.de

www.hametz.de/bestellungen/index.htm

www.ibl.uni-bremen.de/research/projekte/g6.htm

www.imba.de

www.iqpr.de/iqpr/seiten

www.melba.de

www.melba.de/melba/ida.html

www.miro-gmbh.de

www.munda.de

18. Disability Management in der Schweiz – Stand und Entwicklung

Esther Wermuth, Projektleiterin und Dozentin an der
Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

Anders als andere Länder kennt die Schweiz keine gesetzliche Grundlage, die Unternehmen dazu verpflichtet, Mitarbeitende mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen einzugliedern. Dennoch haben verschiedene markante Entwicklungen dazu geführt, dass heute in der Politik, in Unternehmen und in der Gesellschaft Strategien diskutiert werden, die im weiteren Sinne dem Disability Management²⁴ zugeordnet werden können. Hinter den Diskussionen steht die Erkenntnis, dass sich die beteiligten Akteure gemeinsam um die Gesundheit und Erwerbsfähigkeit der Bevölkerung kümmern müssen, wenn für die Einzelnen möglichst weitgehend Partizipation am Arbeitsmarkt gewährleistet und für die gesellschaftlichen Systeme Kosten gesenkt werden sollen.

Die Aktualität des Themas wird durch verschiedene Faktoren verursacht:

- Wachsende Verschuldung der staatlichen Invalidenversicherung IV: Eine wachsende Zahl von erwerbsbeeinträchtigten und erwerbsunfähigen Personen hatte in den vergangenen Jahren Anspruch auf eine Berentung durch die staatliche Invalidenversicherung IV, was zu einer massiven Verschuldung des Sozialwerks geführt hat. Auf der anderen Seite wurde in einer Studie²⁵ festgestellt, dass das Potenzial für die Integration von behinderten Menschen in den Arbeitsmarkt nur zu 10% ausgeschöpft wird. Mit der per 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten 5. IV-Revision wird der Grundsatz «Eingliederung vor Rente» verstärkt umgesetzt.

24 Der Begriff Disability Management ist in der Schweiz noch wenig bekannt und wird unterschiedlich verwendet. Hier wird er gleichgesetzt mit einem umfassenden betrieblichen Gesundheitsmanagement, welches die Säulen Prävention/Gesundheitsförderung, Früherkennung und Rehabilitation/Reintegration umfasst.

25 Baumgartner E., Greiwe S., Schwarb T. (2004). Die berufliche Integration von behinderten Personen in der Schweiz. Untersuchung im Auftrag des BSV, Fachhochschule Solothurn Nordwestschweiz.

- Koordinationsprobleme unter den beteiligten Akteuren: Die starke Zersplitterung des schweizerischen Systems der Sozialen Sicherheit birgt die Gefahr, dass in komplexen Fällen uneinheitlich und unkoordiniert vorgegangen wird. Dies kann zu zeitlichen Verzögerungen bei Rehabilitations- und Reintegrationsprozessen führen und sich negativ auf deren Verlauf auswirken.
- Hohe Kosten für Unternehmen wegen gesundheitlich bedingten Fehlzeiten: Die hohen Kosten infolge von unfall- und krankheitsbedingten Absenzen, Fluktuationen und Produktionseinbussen für Unternehmen führt zunehmend zum Bewusstsein, dass sich präventive Massnahmen zum Erhalt der Gesundheits- und Leistungsfähigkeit von Mitarbeitenden lohnen und zudem vermehrt Anstrengungen unternommen werden müssen, um erkrankte und verunfallte Personen frühzeitig wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern.
- Demografische Alterung: Die demografische Entwicklung wird mit wachsender Aufmerksamkeit betrachtet. Als Folge der Alterung der Gesellschaft wird in absehbarer Zeit eine Verknappung der Arbeitskräfte erwartet. Vor diesem Hintergrund werden in der Politik und in Unternehmen Massnahmen diskutiert, die die Menschen länger im Erwerbsleben halten und sich fördernd auf die Leistungsfähigkeit von älteren Mitarbeitenden auswirken sollen. Gemäss einer aktuellen Umfrage²⁶ sind schweizerische Unternehmen allerdings heute im Vergleich mit sechs anderen europäischen Staaten am schlechtesten auf den demografischen Wandel vorbereitet. Zwar nimmt die Schweiz im Bereich lebenslanges Lernen eine Spitzenposition ein, im Bereich Gesundheitsmanagement bildet sie jedoch das Schlusslicht.

Vor diesem Hintergrund wächst bei den beteiligten Akteuren das Interesse an Disability Management-Konzepten sowie an Erfahrungen aus dem In- und Ausland.

1. Rechtliche Vorgaben für die Einführung von Disability Management in Unternehmen

In der Schweiz besteht keine rechtliche Verpflichtung für Arbeitgebende, ein betriebliches Eingliederungsmanagement oder Frühwarnsysteme im Betrieb zu implementieren. Hingegen existieren eine Reihe von arbeitsrechtlichen Bestimmungen, die den allgemeinen Gesundheitsschutz regeln und die Arbeitgebenden zu präventiven Massnahmen verpflichten. Eine allgemeine Verpflichtung für Arbeitgebende, für den Schutz der Persönlichkeit der Arbeitnehmenden einschliesslich deren Gesundheit angemessen zu sorgen, wird im Artikel 328 des Obligationenrechts festgehalten: «Der Arbeitgeber hat im Arbeitsverhältnis die Persönlichkeit des Arbeitnehmers zu

²⁶ Addecco-Institut (2008). Demographischer Fitness-Index. In NZZ-Online, 12. Juni 2008

achten und zu schützen, auf dessen Gesundheit gebührend Rücksicht zu nehmen und für die Wahrung der Sittlichkeit zu sorgen. [...]

Er hat zum Schutz von Leben, Gesundheit und persönlicher Integrität der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer die Massnahmen zu treffen, die nach der Erfahrung notwendig, nach dem Stand der Technik anwendbar und den Verhältnissen des Betriebes oder Haushaltes angemessen sind, sowie es mit Rücksicht auf das einzelne Arbeitsverhältnis und die Natur der Arbeitsleitung ihm billigerweise zugemutet werden kann.»

Im Weiteren wird der Gesundheitsschutz im Wesentlichen im Arbeitsgesetz und dem Unfallversicherungsgesetz und den dazu gehörigen Verordnungen geregelt. In Artikel 6 des Arbeitsgesetzes werden die Pflichten von Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden geregelt:

«¹Der Arbeitgeber ist verpflichtet, zum Schutz der Gesundheit der Arbeitnehmer alle Massnahmen zu treffen, die nach der Erfahrung notwendig, nach dem Stand der Technik anwendbar und den Verhältnissen des Betriebes angemessen sind. Er hat im Weiteren die erforderlichen Massnahmen zum Schutze der persönlichen Integrität der Arbeitnehmer vorzusehen.

²Der Arbeitgeber hat insbesondere die betrieblichen Einrichtungen und den Arbeitsablauf so zu gestalten, dass Gesundheitsgefährdungen und Überbeanspruchungen der Arbeitnehmer nach Möglichkeit vermieden werden.»

³Für den Gesundheitsschutz hat der Arbeitgeber die Arbeitnehmer zur Mitwirkung heranzuziehen. Diese sind verpflichtet, den Arbeitgeber in der Durchführung der Vorschriften über den Gesundheitsschutz zu unterstützen.»

Absatz 3 weist also auf die Mitwirkungspflicht von Arbeitnehmenden hin.

Das Unfallgesetz weist in Artikel 82 Abs. 1 und 2 ebenfalls auf die beidseitige Verpflichtung hin:

«¹Der Arbeitgeber ist verpflichtet, zur Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten alle Massnahmen zu treffen, die nach der Erfahrung notwendig, nach dem Stand der Technik anwendbar und den gegebenen Verhältnissen angemessen sind.

²Der Arbeitgeber hat die Arbeitnehmer bei der Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten zur Mitwirkung heranzuziehen.»

Der gesetzliche Arbeits- und Gesundheitsschutz wird seit dem in Kraft treten der Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung per 1. Januar 2008 mit Erwartungen an die Arbeitgebenden im Bereich Früherkennung ergänzt.²⁷

27 Siehe dazu Kapitel 2.1

2. Das System der Sozialen Sicherheit

Um zentrale Risiken im Zusammenhang mit dem Ausfall des Erwerbseinkommens in Folge Krankheit und Unfall²⁸ abzufedern, verfügt die Schweiz über ein gut wirksames, jedoch hoch komplexes und zersplittertes, historisch gewachsenes System der Sozialen Sicherheit. Als wichtigste sozialversicherungsrechtliche Regelwerke im Zusammenhang mit Disability Management sind die Invalidenversicherung IV, die Krankenversicherung KV, die Unfallversicherung UV sowie die Berufliche Vorsorge BV zu nennen. Weiter befassen sich auch Privatversicherungen mit Bereichen der sozialen Sicherung; von besonderer Bedeutung im Zusammenhang mit Disability Management ist die Krankentaggeldversicherung KTG, die Lohnausfälle in Folge von Krankheit und Unfall versichert. An der Absicherung gesundheitlicher Risiken ist subsidiär auch die wirtschaftliche Sozialhilfe als letztes Netz der sozialen Sicherheit beteiligt.

Die starke Zersplitterung des Sozialen Sicherungssystems mit unterschiedlichen Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Aufgaben führt teilweise zu erheblichen Koordinationsproblemen. Verschärft wird die Problematik dadurch, dass die Finanzierung der verschiedenen Zweige völlig uneinheitlich ist und die Versicherungsträger versuchen, die eigenen Kosten so tief als möglich zu halten. Gleichzeitig stösst das System vor dem Hintergrund veränderter sozialer Risiken, einer alternenden erwerbstätigen Bevölkerung und der aktuellen Gesundheitsentwicklung an seine Leistungsgrenzen. Um vorab die Zusammenarbeit der Partnerorganisationen aus den Bereichen Arbeitslosenversicherung, Invalidenversicherung, Sozialhilfe, öffentliche Berufsberatung und anderen Institutionen zu verbessern, wurden zahlreiche Projekte zur Interinstitutionellen Zusammenarbeit IIZ unter der Federführung des Staatssekretariates für Wirtschaft (SECO) lanciert. Das Ziel dieser Initiativen ist es, «...durch koordinierte Bemühungen aller Institutionen das bestehende Optimierungs- und Koordinationspotential der Vollzugsstellen zu nutzen. Dies im gemeinsamen Bestreben, den wirtschaftlichen und sozialen Ausschluss einer stetig wachsenden Zahl Menschen durch eine rasche und nachhaltige Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt zu verhindern. Um diese für Gesellschaft und Volkswirtschaft unabdingbare Integrationsaufgabe bewältigen zu können, muss das gegenseitige Verstehen der Interessenlage und Standpunkte, die Kenntnis der Mittel und Möglichkeiten der einzelnen Akteure, gefördert werden. Es geht darum, geeignete Formen der praktischen Zusammenarbeit zu etablieren, sowie mittel- und langfris-

²⁸ Sowie weiterer Risiken, auf welche hier nicht näher eingegangen werden soll.

tig eine gesetzliche und finanzielle Harmonisierung zu erlangen.»²⁹

Wegen der wachsenden Verschuldung war in den vergangenen Jahren insbesondere die Invalidenversicherung in der politischen und gesellschaftlichen Diskussion. Die aktuellen Entwicklungen in diesem Bereich sollen aufgrund ihrer Bedeutung für die Entwicklung des Disability Management in der Schweiz nachfolgend kurz dargestellt werden.

2.1 Entwicklungen und Massnahmen bei der Invalidenversicherung IV

Das Bundesamt für Sozialversicherungen hat mit der 2008 in Kraft getretenen 5. Revision der Invalidenversicherung auf die starke Zunahme von Rentenfällen³⁰ und der damit verbundenen steigenden Verschuldung reagiert. Im Hinblick auf die Frage nach den Auswirkungen für das Disability Management sind insbesondere die Massnahmen von Interesse, die in den Bereichen Früherfassung und Frühintervention getroffen wurden und zur verstärkten Umsetzung des Grundsatzes «Eingliederung vor Rente» führen sollen. Die Früherfassung von gesundheitlich beeinträchtigten Personen soll über ein Melderecht verschiedener Personen und Stellen gefördert werden. Meldeberechtigt sind unter anderem die versicherten Personen selber, Angehörige, Versicherungen, Ärzte und die Arbeitgeber. In der Verordnung über die Invalidenversicherung wird in Art. 1ter festgelegt, dass eine Meldung erfolgen kann wenn eine Person:

- «a. während mindestens 30 Tagen ununterbrochen arbeitsunfähig war; oder
- b. innerhalb eines Jahres wiederholt kürzere Zeit aus gesundheitlichen Gründen der Arbeit fernbleiben musste.»

In der Gesetzesrevision wurde explizit auf eine Meldepflicht seitens der Arbeitgeber verzichtet, hingegen sollen mit einer Reihe von Massnahmen wie Beratung, Einarbeitungszuschüssen, Arbeitsplatzanpassungen usw. Anreize für Arbeitgebende geschaffen werden, verstärkt mit der IV zusammen zu arbeiten und die Weiterbildung von eingeschränkt leistungsfähigen Mitarbeitenden am bestehenden Arbeitsplatz zu unterstützen. Vom Bundesamt für Sozialversicherungen wird weiter folglich die Erwartung formuliert, dass Arbeitgeber «Arbeitsplätze für die Integrations- und die Frühinterventionsmassnahmen bereitstellen.»³¹

²⁹ Konferenz Kantonalen Volkswirtschaftsdirektoren und –direktorinnen (VDK), Konferenz Kantonalen Sozialdirektoren und –direktorinnen (SODK). Empfehlungen der VDK und SODK zur Förderung der interinstitutionellen Zusammenarbeit IIZ. Online unter: <http://www.iiz.ch/portrait.aspx>

³⁰ Zugenommen haben in den letzten Jahren insbesondere die Berentungen aufgrund psychischer Erkrankungen und aufgrund von Erkrankungen im Bereich der «Knochen und Bewegungsorgane».

³¹ Bundesamt für Sozialversicherungen. Die Arbeitgeber und die 5. IV-Revision, Faktenblatt. Online unter: www.bsv.admin.ch/dokumentation/gesetzgebung/00092/01581/index.html?download...pdf&lang=de

3. Disability Management in Unternehmen

Das gut ausgebaute soziale Sicherungssystem sowie die fehlenden gesetzlichen Verpflichtungen für Unternehmen, sich um die Wiedereingliederung von erkrankten und verunfallten Mitarbeitenden zu kümmern, bergen eine gewisse Gefahr, dass leistungsbeeinträchtigte Personen vom Arbeitsmarkt dem System der sozialen Sicherung übergeben werden. In den letzten Jahren lässt sich jedoch ein Trend feststellen, wonach sich die Unternehmen zunehmend – über den gesetzlich vorgeschriebenen Gesundheits- und Arbeitsschutz hinaus – mit Fragen rund um das betriebliche Gesundheitsmanagement befassen.

Die Motive, die zur Einführung von Disability Management in Unternehmen führen, lassen sich gemäss einer im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherungen BSV durchgeführten Studie³² in drei Kategorien zusammenfassen, die letztlich alle als kostenrelevante Faktoren angesehen werden können:

1 betriebswirtschaftliche Motive

Durch die Reduzierung von Absenzen und den damit einhergehenden Produktionseinbussen soll die Effizienz gesteigert werden. Auch mittelfristig zu erwartende Kosten über steigende Sozialversicherungsbeiträge werden in die Überlegungen mit einbezogen.

2 unternehmenskulturelle Motive

Über die Einführung von Disability Management soll die Arbeitgeberverantwortung und Anerkennung gegenüber den Mitarbeitenden ausgedrückt werden und dadurch die Betriebsbindung und Motivation bei der Belegschaft verbessert werden. Sich um die Gesundheit von Mitarbeitenden zu kümmern, begründen einige Befragte auch mit sozialer Verantwortung.

3 externe Anstösse

Das Vorbild anderer Unternehmen, die bessere Positionierung des eigenen Betriebs, der Druck von Gewerkschaften und Entwicklungen im Bereich der Sozialversicherungen³³ regen zur Entwicklung eigener Konzepte an.

³² Geisen T., Lichtenauer A., Roulin Ch., Schielke G. (2008). Disability Management in Unternehmen in der Schweiz. Bundesamt für Sozialversicherungen BSV. Forschungsbereich Nr. 03/08 In der Studie wurden die Prozesse der Einführung und Durchführung, sowie die Beurteilung des Disability Management in acht Unternehmen in der Schweiz untersucht, welche sich hinsichtlich der Beschäftigtenzahl, der Branchenzugehörigkeit und der grafischen Präsenz unterscheiden.

³³ U.a die 5. IV-Revision

3.1 Früherkennung durch Anwesenheitsmanagement

Bei der Implementierung von Massnahmen im Bereich des Gesundheitsmanagements steht zunächst oft die Diskussion um ein wirksames und systematisches Frühwarn-System für sich abzeichnende gesundheitliche Probleme von Mitarbeitenden im Zentrum. In diesem Zusammenhang gewinnen die Sensibilisierung und Schulung von Führungskräften und Vorgesetzten und Konzepte wie das Anwesenheitsmanagement³⁴ an Bedeutung. Letzteres hat das Ziel, die Fehlzeiten von Mitarbeitenden zu reduzieren und dadurch Kosten für den Betrieb zu senken. Über die Analyse der Anwesenheits- beziehungsweise der Absenzendaten soll gewährleistet werden, dass gesundheitliche Fehlentwicklungen bei einzelnen Mitarbeitenden frühzeitig erkannt und Massnahmen im Sinne von Frühintervention getroffen werden können. Zunehmend setzt sich auch die Erkenntnis durch, dass sich durch die Analyse dieser Daten nicht nur individuelle Belastungen aufdecken lassen, vielmehr geben sie oft auch Hinweise auf betriebliche Belastungsfaktoren für die Gesundheit, denen durch gezielte präventive Massnahmen beziehungsweise durch Massnahmen zur Gesundheitsförderung begegnet werden kann.

3.2 Reintegrationsprogramme in Unternehmen

Insbesondere in grösseren Unternehmen werden zudem auch immer öfter spezifische Programme für die Reintegration von leistungsbeeinträchtigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entwickelt. In diesem Zusammenhang gewinnt insbesondere das betriebsinterne oder – externe Case Management zur Unterstützung bei komplexen Reintegrationsverläufen an Bedeutung. *Betriebsintern* wird das Case Management wie folgt positioniert:

Case Management

- integriert in die Sozialberatung
- integriert in die Human Ressource Abteilung
- als Unterabteilung der Human Ressource Abteilung³⁵

Beim *betriebsexternen* Case Management wird oft auf unabhängige Anbieter oder auf die Zusammenarbeit mit den Krankentaggeld- und Unfallversicherungen zurückgegriffen. In diesem Zusammenhang hatte das Verfahren Case Management bei Versicherungen in den letzten Jahren einen regulären Boom zu verzeichnen. Die Dienstleistung wird heute von den Unternehmen zunehmend nachgefragt, ein

³⁴ Die Begriffe Anwesenheits- beziehungsweise Absenzenmanagement werden in der Schweiz häufig synonym verwendet.

³⁵ Geisen et al. (2008)

gut ausgebautes Case Management ist zu einem nicht unbedeutenden Marktvorteil für Versicherungen geworden.

4. Ausbildung und internationale Beziehungen

Mit dem zunehmenden Interesse an Disability Management-Konzepten wächst auch der Bedarf an qualifizierenden Weiterbildungsangeboten. Bereits bieten verschiedene Universitäten, Fachhochschulen und private Institute Weiterbildungen an, die sich zumeist an eine heterogen zusammengesetzte Teilnehmerschaft richtet. Angesprochen werden Personen aus dem (Personal)Management, Führungsverantwortliche, Mediziner, Ergonomen, Versicherungsspezialisten und andere Fachpersonen aus dem gesundheitlichen und dem sozialen Bereich. Durch diese gemischten Kursgruppen soll eine interdisziplinäre und multiperspektivische Sichtweise sowie die Entwicklung breit abgestützter Lösungsansätze für die Problematik gefördert werden. Bei der Konzeption spezifischer Weiterbildungsangebote orientieren sich einige Institute auch an den Erfahrungen aus dem Ausland. So pflegt beispielsweise die Hochschule Luzern eine enge Zusammenarbeit mit den Nachbarländern Deutschland und Österreich und hat einen Unterlizenzvertrag für den vom kanadischen NIDMAR³⁶ entwickelten Ausbildungsgang zum Certified Disability Management Professional CDMP erworben.

5. Herausforderungen und Entwicklungsperspektiven

Dass in der Schweiz die Notwendigkeit arbeitsplatzbezogener Massnahmen erkannt worden ist, lässt sich daran festmachen, dass sich unterschiedliche Akteure mit der Frage nach gelingenden und nachhaltigen Konzepten zur (Re-)Integration gesundheitlich beeinträchtigter Menschen in den Arbeitsmarkt befassen und zahlreiche konkrete Projekte und Initiativen lanciert werden. Sowohl aus der Betrachtung von gesellschaftlichen und ökonomischen Entwicklungen als auch aus der aktuellen sozialpolitischen Diskussion ergeben sich deutliche Hinweise darauf, dass das Thema in Zukunft noch an Aktualität gewinnen wird.

Im Hinblick auf die weitere Entwicklung des Disability Management in der Schweiz werden in Zukunft noch einige offene Fragen zu klären sein:

³⁶ National Institut of Disability Management and Research

- *Koordination der Aktivitäten:* Dass sich heute die wichtigsten Akteure aktiv an der Diskussion beteiligen auf welche Weise gesundheitlich beeinträchtigten Personen im Hinblick sowohl auf die individuelle als auch auf die gesamtgesellschaftlich Belastung durch die Kosten am besten geholfen werden kann, ist grundsätzlich zu begrüßen. In Zukunft wird noch vermehrt nach Wegen gesucht werden müssen, wie die vielfältigen Initiativen koordiniert und aufeinander abgestimmt werden können. Politische Entscheide werden hier von Nöten sein.
- *Gesetzliche Rahmenbedingungen:* Die Frage, inwiefern Arbeitgebende in der Schweiz gesetzlich verpflichtet werden sollen, sich um die Eingliederung leistungsbeeinträchtigter Personen zu kümmern, wird sicher weiterhin Gegenstand kontroverser Diskussionen sein.
- *Umgang mit der demografischen Alterung:* Bis heute gelingt es den Unternehmen weitgehend, qualifizierte Mitarbeitende einzustellen, dies nicht zuletzt aufgrund der hohen Einwanderungsquote aus dem benachbarten Ausland. Mittelfristig können sie sich gemäss den Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung jedoch nicht darauf verlassen, das Defizit an qualifizierten Arbeitskräften auf diese Weise auszugleichen. Unternehmen werden sich zunehmend die Frage stellen (müssen), wie die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit ihrer Mitarbeitenden erhalten und gefördert werden kann, um wertvolles Know How zu erhalten.
- *Eingliederung langjähriger IV-Rentner:* Aktuell werden auf politischer Ebene Massnahmen diskutiert, um die Erwerbsquote von IV-Rentenbezüglern zu steigern. Diese Wiedereingliederungsbemühungen und die damit verbundene finanzielle Entlastung sollen dazu beitragen, das Sozialwerk langfristig zu sichern.³⁷
- *Anreizsysteme:* Bereits heute gibt es finanzielle Anreizsysteme für Arbeitgebende in Form von Prämienreduktionen oder Einarbeitungszuschüssen für Unternehmen, welche leistungsbeeinträchtigte Personen beschäftigen. Weitere Anstrengungen diesbezüglich sind vordringlich, wenn möglichst viele Unternehmen für verstärkte Anstrengungen im Bereich Gesundheitsmanagement gewonnen werden sollen.
- *Qualitätssicherung:* Bis heute besteht kein Prüfungssystem für betriebliches Gesundheitsmanagement oder Disability Management, wie es beispielsweise in Kanada oder Deutschland angewendet wird.³⁸ Es wird folglich noch zu klären sein, wie die Qualität von betriebsinternen Konzepten gemessen werden kann.
- *Ethische Fragen:* Im Zusammenhang mit der Einführung von Disability Management-Konzepten darf die ethische Diskussion nicht vernachlässigt werden. Bei-

³⁷ NZZ Online. Auch langjährige IV-Rentner wieder eingliedern. 10.09.2008

³⁸ In beiden Ländern wird das «Consensus Based Disability Management Audit» (CBCMATM) durchgeführt. Bei Erreichung eines Mindeststandards besteht die Möglichkeit zur Zertifizierung durch das International Disability Management Standards Council (IDMSCTM).

spielsweise muss man sich die Frage stellen, wie Mitarbeitende zur Partizipation an Disability Management-Programmen motiviert werden können und gleichzeitig ein Höchstmass ihrer Selbstbestimmung und Autonomie erhalten werden kann.

Neben ganz konkreten und praktischen Fragen, die zu klären sind, sollte sich jedoch auch ein Wandel in der Gesinnung vollziehen, der bereits teilweise eingesetzt hat:

- *Von der Defizit- zur Ressourcenorientierung:* Das bisherige System der Sozialen Sicherheit in der Schweiz und auch das Gesundheitswesen ist immer noch von einer defizitorientierten Sichtweise geprägt. Allzu oft wird die Aufmerksamkeit auf diejenigen Merkmale der Betroffenen gerichtet, die eingeschränkt sind, während die verbliebene Leistungsfähigkeit zu wenig beachtet und genutzt wird.
- *Vom «Gärtchendenken» zum gemeinschaftlichen Miteinander:* Institutionen und Organisationen argumentieren und handeln noch häufig auf dem Hintergrund ihrer eigenen ökonomischen Interessen und ihres Auftrags. Dabei geraten die Bedürfnisse und Anliegen von direkt betroffenen Personen und das übergeordnete Ziel einer möglichst weitgehenden Teilhabe von leistungsbeeinträchtigten Personen am Arbeitsmarkt oft in den Hintergrund.
- *Von der medizinischen Dominanz zu einer umfassenden Betrachtungsweise:* Bislang wurde der Rehabilitations- beziehungsweise Reintegrationsprozess stark von rein medizinischen Massnahmen und therapeutischen Möglichkeiten geprägt. Sollen Disability Management-Konzepte wirksam umgesetzt werden, sind Betroffene, Mediziner, Versicherer und die Wirtschaft gefordert, gemeinsam angepasste und nachhaltige Lösungen für die berufliche (Re)Integration zu entwickeln.





