

03.19

Lizenziert für Herrn Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Rainer Müller.
Die Inhalte sind urheberrechtlich geschützt.
In Kooperation mit:



70. Jahrgang
März 2019
ISSN 2199-7330
1424

www.SISdigital.de

sicher ist sicher



MaxiCut[®] ULTRA[™]

KOMFORTABLE LEISTUNG

www.atg-glovesolutions.com



*EN 388:2016 - 4542C

Einsatz von Exoskeletten in Arbeitssystemen 109

Technische Arbeitserleichterungen
beteiligungsorientiert gestalten! 116
Betriebliches Eingliederungsmanagement
und Datenschutz 126





© Dream-Emotion - stockadobe.com

RAINER MÜLLER · JOACHIM LARISCH

Sicherung von Erwerbsfähigkeit und Betriebliche Wiedereingliederung nach und bei chronischer Erkrankung in europäischen Staaten* (Teil 1 von 6)

Die EU-Kommission hat 2007 das UN-„Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ ratifiziert. In diesem Übereinkommen ist eine Vielzahl spezieller Regelungen für die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung verankert. Zur Umsetzung hat die Kommission 2010 eine Strategie für Menschen mit Behinderung beschlossen, die sich auch auf die Arbeitswelt bezieht. Der nachfolgende Beitrag, der in den folgenden Ausgaben der sis fortgesetzt wird, befasst sich mit dem Stand der Umsetzung in ausgewählten EU-Staaten (Dänemark, Finnland, Schweden, Frankreich¹). Teil 1 des Beitrags führt in die Themenstellung ein.

1. Rehabilitation und Rückkehr in das Erwerbsleben: Systeme und politische Strategien in Europa

Mit dem „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ vom 13. Dezember 2006 wurden eine Vielzahl spezieller Rege-

lungen für die Lebenssituation behinderter Menschen in einem Menschenrechtsübereinkommen der Vereinten Nationen getroffen [1]. Die Europäische Union hat durch Beschluss des Rates vom 20. März 2007 neben diversen EU-Staaten diesen menschenrechtlichen Vertrag unterzeichnet. Die EU-Kommission hat 2010 eine Strategie für Menschen mit Behinderung beschlossen, in der u.a. Unterstützungsstrukturen am Arbeitsplatz gefordert werden [2]. Die Umsetzung der UN-Konvention in den EU-Staaten weist aller-

* Die Recherchen zu diesem Beitrag wurden im Rahmen des von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Projekts „Neue Allianzen für Gute Arbeit bei bedingter Gesundheit“ an der Humboldt-Universität zu Berlin (Projektleitung: Prof. i. R. Dr. Ernst von Kardorff) durchgeführt.

¹ Vgl. auch Müller, R: Sicherung von Erwerbsfähigkeit und Betriebliche Wiedereingliederung bei chronischer Erkrankung in Österreich, Teil 1 von 2, sis 09/18, 386 und Teil 2 von 2, sis 10/2018, 444; ders.: Betriebliche Wiedereingliederung ausbauen! Die Niederlande als

Vorbild? sis 4/2018, 178.

dings auch im Hinblick auf die Anpassung rechtlicher Vorschriften große Unterschiede auf [3].

Durch die Initiative des Europäischen Parlaments wurde im Jahr 2013 im Rahmen des Projektes „Safer and healthier work at any age“ [4] die Studie zu „Rehabilitation und Rückkehr in das Erwerbsleben: Systeme und politische Strategien in Europa“ [5] angeregt. Anlass dafür ist die Tatsache, dass die Erwerbsbevölkerung in der EU altert. Die Lebenserwartung ist zwischen 2002 und 2013 von 77,7 Jahren auf 80,6 Jahre gestiegen. Der Anteil der 55 bis 64-Jährigen an der erwerbsfähigen Bevölkerung hat zwischen 2000 und 2015 von 16% auf 20% zugenommen.

Mit dem Alterungsprozess geht ein höheres Risiko von chronischen Erkrankungen einher. Arbeitsbedingte gesundheitliche Probleme wie Muskel – Skelett Erkrankungen und psychische Störungen gelten als die Hauptursachen für lange krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit und für Erwerbsunfähigkeit.

	Erwerbstätig	Arbeitslos	Verrentet
EU 28	22,1	29,3	57,9
Deutschland	32,5	61,0	64,9
Dänemark	20,7	56,3	41,9
Finnland	34,7	47,8	73,1
Schweden	28,9	47,2	58,9
Frankreich	28,1	33,6	64,0

Tab. 1: Personen mit langanhaltender Erkrankung bzw. Gesundheitsproblemen nach Selbstangabe in Prozent für 2016, Eurostat [hlth_silc_04], Last update: 23-04-2018 [6]

Die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OSHA) hat 2016 die Ergebnisse der Studie über Rehabilitation und Rückkehr in das Erwerbsleben für die 28 EU-Mitgliedstaaten und vier Mitgliedstaaten der europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) vorgelegt [5]. Es wird ein sehr systematischer und breit angelegter Überblick über die verschiedenen Politiken in den jeweiligen Ländern gegeben. Es werden Hinweise auf Defizite und Gestaltungsnotwendigkeiten aufgezeigt. Es wurden zwei Arten von nationalen Systemen bzw. politischen Strategien gefunden:

1. Systeme mit dem Schwerpunkt auf die Umsetzung von Nichtdiskriminierung und Gleichbehandlung bezogen auf Menschen mit Behinderungen als Hauptzielgruppe.
2. Systeme, die hauptsächlich auf die Nachhaltigkeit der Systeme der sozialen Sicherheit abstellen, die alle Arbeitnehmer einbeziehen und deren Schwerpunkt auf frühzeitigem Eingreifen und frühzeitiger Behandlung von Erkrankungen liegt.

Für Dänemark, Finnland und Schweden wird das spezifische „nordic welfare model“ ausgemacht,

welches gekennzeichnet ist durch generellen sozialen Schutz, Gleichheit orientiert an den Bedürfnissen, zentral-staatliches Management, starken Einfluss der Gewerkschaften und effiziente staatliche Institutionen.

Als Erfolgsfaktoren wurden gefunden:

- ▶ Die rechtlichen oder politischen Rahmenbedingungen decken alle Aspekte des Prozesses der Rückkehr in das Erwerbsleben ab, mit definierten Schritten des Prozesses und klaren Regeln für die Koordinierung.
- ▶ Die wirksame Koordinierung aller relevanten Politikfelder wie Beschäftigung, Arbeitsschutz, Bildung, öffentliche Gesundheit, soziale Sicherheit und Versicherungen.
- ▶ Ein inklusives System, das alle Arbeitnehmer mit gesundheitlichen Problemen einbezieht.
- ▶ Die Maßnahmen beginnen zu einem früheren Zeitpunkt der krankheitsbedingten Abwesenheit.
- ▶ Es gibt einen fachübergreifenden Ansatz, der die Koordinierung von medizinischen und nichtmedizinischen Fachkräften innerhalb multidisziplinärer Teams vorsieht.
- ▶ Fallmanager unterstützen die Arbeitnehmer bei den Prozessschritten und bei den verschiedenen Interessenträgern einschließlich Arbeitgebern.
- ▶ Der Zugang zu arbeitsmedizinischen Diensten mit regelmäßiger Überwachung des Gesundheitszustands ist gewährleistet.
- ▶ Der Arbeitgeber ist zuständig für die Anpassung des Arbeitsplatzes, individuelle Wiedereingliederungspläne und Ausgleichleistungen bei Krankheit. Der Arbeitnehmer ist zur Teilnahme an Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung verpflichtet.
- ▶ Der Arbeitgeber erhält finanzielle Leistungen, Beratung und technische Unterstützung.
- ▶ Die Informationen über Organisation, Zuständigkeiten, Verfahren und die Vermittlung an Unterstützungsdienste werden bereitgestellt.

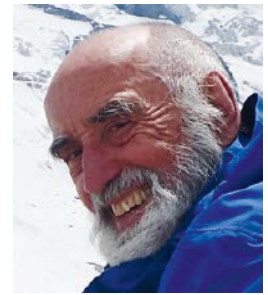
Forschungslücken wurden für Klein- und Kleinstbetriebe, sehr lang andauernde Erkrankungen und psychische/mentale Erkrankungen gefunden.

Bereits 2014 hat die Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (Eurofound) eine Studie über die Beschäftigungsmöglichkeiten für Personen mit chronischen Erkrankungen publiziert [7]. In dieser Studie werden die Ansätze in verschiedenen europäischen Staaten analysiert.

2. Effektivität der Strategien zur Wiedereingliederung in europäischen Staaten

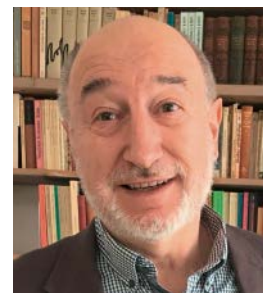
Auf der Basis einer systematischen Analyse englischsprachiger Literatur der Jahre 2011 bis 2016 haben Sabariego et al. [8] die inklusiven Strategien bei Personen im Alter von 16 bis 65 Jahren

DIE AUTOREN



Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Rainer Müller

Arzt für Arbeitsmedizin/
Sozialmedizin
von 1976–2007 Universität
Bremen
von 1984–2009 Betriebsarzt
der Flughafen Bremen GmbH
rmueller@uni-bremen.de
<http://rainer-mueller.info>



StB Dr. P. H. Joachim Larisch

SOCIUM – Forschungs-
zentrum Ungleichheit und
Sozialpolitik der Universität
Bremen
Unicom-Gebäude
Mary-Somerville-Straße 3
28359 Bremen
jarisch@uni-bremen.de

mit chronischen Erkrankungen bzw. Behinderungen generell (15 Studien) und muskuloskeletalen Störungen speziell (17 Studien) untersucht. In diesen Studien wurden positive Veränderungen festgestellt, die an Hand der folgenden Kriterien gemessen bzw. mit diesen in Zusammenhang gebracht wurden: Erwerbsstatus, erfolgte Wiedereingliederung, (zeitlich begrenzte) Arbeitsunfähigkeit gemäß Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, frühzeitige ergonomische Intervention bei Rückenschmerzen, Evaluation des Einflusses der Beratung auf die Behinderung sowie multidisziplinär koordinierte Rückkehrintervention. Die Studien zeigten deutliche methodologische Unterschiede. Dennoch sahen sie bei Personen mit muskuloskeletalen Beschwerden positive Effekte der Interventionen. In den Fällen mit chronischen Leiden generell zeigten sich die Effekte nicht. Herausgestellt wird, dass sich zeitlich partielle Arbeitsunfähigkeit positiv auf die Wiedereingliederung auswirkt. Die Strategien der Integration sind in den skandinavischen Staaten erfolgreicher. Dies wird auf das dortige integrative Modell des Wohlfahrtsstaates zurückgeführt.

3. Rehabilitation und Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einer Krebserkrankung in den EU-Staaten

Die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OSHA) hat 2017 eine methodisch anspruchsvolle Literaturauswertung zu „Rehabilitation und Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einer Krebserkrankung“ publiziert [9]. Diese Literaturstudie ist Teil der Studie der Agentur zu „Rehabilitation and return to work after cancer- instruments and practices. European Risk Observatory“, publiziert 2018 [10].

Zusammenfassend werden als Ergebnisse der Literaturanalyse [11] folgende Punkte genannt:

- ▶ Betroffene Arbeitnehmer klagen über Müdigkeit und Erschöpfung sowie hohe emotionale Belastung. Dies führt zu deutlich verminderter Leistungsfähigkeit, vor allem, wenn therapeutische Behandlungen weiterhin erfolgen.
- ▶ Eine weniger erfolgreiche Rückkehr an den Arbeitsplatz ist wahrscheinlich, wenn Erkrankte ein höheres Alter haben und/oder einen niedrigen Bildungsstand haben und arbeitsplatzbedingte Faktoren wie körperlich hohe Anforderungen, mangelnde Unterstützung, keine flexiblen oder reduzierten Arbeitszeiten gegeben sind.
- ▶ Wenig ist bekannt über die Konsequenzen für die Arbeitgeber. Gesicherte Erkenntnisse über die finanziellen Kosten für Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Versicherungen und Gesellschaft liegen unzureichend vor. Eine ökonomische Evaluation zur Wiedereingliederung unter volkswirtschaftlichen Kriterien liegt nicht vor.

4. Wiedereingliederung nach Arbeitsunfähigkeit bei psychischen/mental Gesundheitsproblemen

Eine Übersicht der vorliegenden Literatur zu beeinflussenden Faktoren für eine erfolgreiche Wiedereingliederung nach Arbeitsunfähigkeit wegen allgemeinen psychischen bzw. mentalen Gesundheitsproblemen wie Depression, Angst, Anpassungsstörungen und anderen Stressbezogenen Störungen haben Lagerveld und Houtman [12] 2018 vorgelegt. Das Thema wird als wichtig angesehen, weil in der europäischen Erwerbsbevölkerung diese Erkrankungsformen eine hohe 12-Monats- Prävalenz von 9% zeigen. Wird Burnout dazu gezählt steigt die Rate auf 16%. Diese gesundheitlichen Störungen sind mit langdauernden Arbeitsunfähigkeitszeiten verbunden.

Um gelingende Interventionen zur Wiedereingliederung zu entwickeln, ist es geboten, sich in jedem Einzelfall mit den spezifischen Störungen und ihrer Schwere, den persönlichen Charakteristika (u.a. Geschlecht, Alter, Qualifikation, Biografie, Arbeitsmotivation), den sozialen und ökonomischen Lebensbedingungen und insbesondere den sozialen, technischen und organisatorischen Bedingungen am Arbeitsplatz mit den Unterstützungsleistungen des Betriebes und externen Leistungen auseinanderzusetzen. Teilzeitarbeit und Abbau der Stigmatisierung von mentalen Gesundheitsstörungen führen zu einer höheren Bereitschaft der Erkrankten, derartige Hilfen zur Wiedereingliederung anzunehmen. Da nur wenige methodisch qualifizierte Studien vorliegen, sind die Autorinnen mit konkreten Empfehlungen bezüglich der Interventionen zur Wiedereingliederung zurückhaltend. Sie verweisen auf eine OECD- Publikation von 2012 [13], nach der 80% der Personen mit allgemeinen psychischen bzw. mentalen Störungen keine angemessene Behandlung bekommen. Selbst wenn sie um Hilfe nachsuchen, werden sie von Allgemeinmedizinern (Hausärzten) unzulänglich betreut. Es wird Arbeitsruhe verordnet und nicht in Richtung angemessener Arbeitsgestaltung beraten.

5. Wiedereingliederung nach muskuloskeletalen Erkrankungen

Muskuloskeletale Erkrankungen sind die häufigsten Gründe für Arbeitsunfähigkeit, Behinderung und Erwerbsunfähigkeit. Welche einzelnen Faktoren bei einer systematischen Strategie zur (frühzeitigen) Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt zu beachten sind, um eine dauerhafte Behinderung zu verhindern, haben Takala und Martimo vom Finnish Institute of Occupational Health (FIOH) 2017 im Kontext der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz veröffentlicht [14]. Sie stellen heraus, dass beispielhafte gute Erfahrungen

nicht verallgemeinert werden können, sondern die je spezifischen Bedingungen der sozial- und arbeitspolitischen Regulationen, Art und „Gesundheitskultur“ des Betriebes sowie die Individualität der erkrankten Person und eine stimmige Kooperation aller Akteure für erfolgreiche Prozesse zu beachten sind. ■

LITERATUR

- [1] Artikel 1 CRPD (<https://www.behindertenrechtskonvention.info/uebereinkommen-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinderungen-3101/>, Zugriff: 29.5.2018).
- [2] MITTEILUNG DER KOMMISSION AN DAS EUROPÄISCHE PARLAMENT, DEN RAT, DEN EUROPÄISCHEN WIRTSCHAFTS- UND SOZIALAUSSCHUSS UND DEN AUSSCHUSS DER REGIONEN Europäische Strategie zugunsten von Menschen mit Behinderungen 2010-2020: Erneuerter Engagement für ein barrierefreies Europa. KOM(2010) 636 endgültig. Punkt 4. (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/de/ALL/?uri=CELEX%3A52011DC0160>, Zugriff 29.5.2018).
- [3] Aucante, Y., Baudot, P.-Y. (2018): Introduction. Implementing Disability Rights in National Contexts: Norms, Diffusion, and Conflicts, in: *Social Policy & Society* 17 (01), S. 87–100. DOI: 10.1017/S1474746417000379.
- [4] Material findet sich unter: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/seminars/safer-and-healthier-work-at-any-age>, Zugriff 28.5.2018. Vgl. auch den Berichtsentwurf des EU-Parlaments (Ausschuss für Beschäftigung und soziale Angelegenheiten) vom 5.2.2018 (2017/2277(INI)) (http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2014_2019/plmrep/COMMITTEES/EMPL/PR/2018/02-21/1144458DE.pdf, Zugriff 10.6.2018).
- [5] Belin, Alice; Dupont, Claire; Oulès, Lise; Kuipers, Yoline; Fries-Tersch, Elena (2016): *Rehabilitation and return to work. Analysis report on EU and Member States policies, strategies and programmes.* Luxembourg: Publications Office of the European Union. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.2802/48176>.
- [6] Daten verfügbar bei Eurostat unter <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>; Zugriff 4.6.2018.
- [7] European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2014): *Employment opportunities for people with chronic diseases.* (<https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef1459en.pdf>, Zugriff 24.4.18).
- [8] Sabariego, C. et al. (2018): *Effectiveness of Integration and Re-Integration into Work Strategies for Persons with Chronic Conditions: A Systematic Review of European Strategies*, in: *Int J Environ Res Public Health*, Mar 19, 15(3). pii: E552. doi: 10.3390/ijerph15030552.
- [9] European Agency for Safety and Health at Work (2017): *Rehabilitation and return to work after cancer, literature review*, European Risk Observatory, Luxembourg (<https://osha.europa.eu/de/tools-and-publications/publications/rehabilitation-and-return-work-after-cancer-literature-review/view>; Zugriff 29.5.2018).
- [10] European Agency for Safety and Health at Work (2018): *Rehabilitation and return to work after cancer — instruments and practices*, European Risk Observatory Executive summary, Luxembourg (<https://osha.europa.eu/de/tools-and-publications/publications/executive-summary-rehabilitation-and-return-work-after-cancer-0/view>, Zugriff 29.5.2018).
- [11] European Agency for Safety and Health at Work (2018): *Rehabilitation and return to work after cancer — instruments and practices*, European Risk Observatory Report, Luxembourg (https://osha.europa.eu/sites/default/files/publications/documents/Rehabilitation_return_work_after_cancer.PDF, Zugriff 29.5.2018).
- [12] Lagerveld, S., Houtman, I. (2018): *Return to Work after sick leave due to mental health problems* (https://oshwiki.eu/wiki/Return_to_Work_after_sick_leave_due_to_mental_health_problems, Zugriff 29.5.2018).
- [13] OECD (2012): *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*, Mental Health and Work, OECD Publishing (https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/mental-health-and-work_9789264124523-en, Zugriff 29.5.2018).
- [14] Takala, E.-P., Martimo K.-P. (2017): *Return to work strategies to prevent disability from musculoskeletal disorders* (https://oshwiki.eu/wiki/Return_to_work_strategies_to_prevent_disability_from_musculoskeletal_disorders, Zugriff 6.6.2018).