

04.19

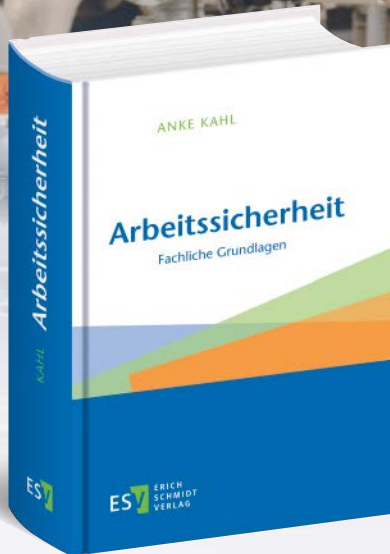
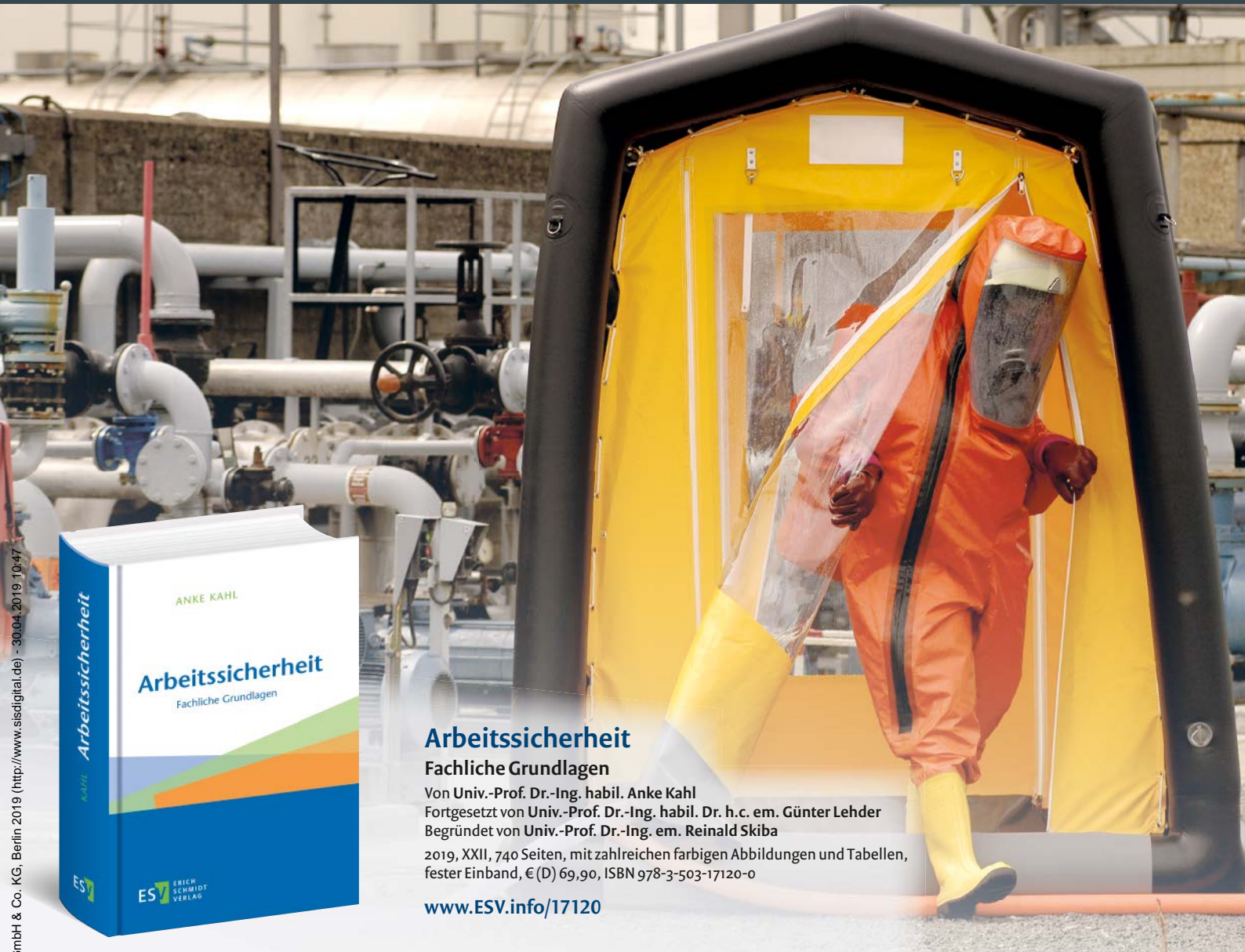
Lizenziert für Herrn Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Rainer Müller.
Die Inhalte sind urheberrechtlich geschützt.
In Kooperation mit:



70. Jahrgang
April 2019
ISSN 2199-7330
1424

sicher ist sicher

www.SISdigital.de



Arbeitssicherheit Fachliche Grundlagen

Von Univ.-Prof. Dr.-Ing. habil. Anke Kahl
Fortgesetzt von Univ.-Prof. Dr.-Ing. habil. Dr. h.c. em. Günter Lehder
Begründet von Univ.-Prof. Dr.-Ing. em. Reinald Skiba
2019, XXII, 740 Seiten, mit zahlreichen farbigen Abbildungen und Tabellen,
fester Einband, € (D) 69,90, ISBN 978-3-503-17120-0

www.ESV.info/17120

Die neue DGVV Vorschrift 49
„Feuerwehren“ 166

Arbeiten mit bedingter Gesundheit in
kleinen und mittleren Betrieben 177
Warum führen Betriebe keine
Gefährdungsbeurteilungen durch? 185

ESV ERICH
SCHMIDT
VERLAG



RAINER MÜLLER · JOACHIM LARISCH

Dänemark: Sicherung von Erwerbsfähigkeit und Betriebliche Wiedereingliederung nach und bei chronischer Erkrankung in europäischen Staaten* (Teil 2 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, Frankreich). Ausgehend von der Einführung in die Themenstellung in sis 3-2019 bezieht sich Teil 2 des Beitrags auf die Situation in Dänemark.

Beschäftigungssicherung bei bedingter Gesundheit in Dänemark Beschäftigte und Betriebe

In Dänemark leben 5,79 Millionen Personen, erwerbstätig sind 2,81 Millionen [1]. 79% sind in Dienstleistungen und 19% im industriellen Sektor tätig. Im Bereich Öffentliche Verwaltung,

Erziehung und Gesundheit arbeiten 874.000 Personen (31,3% aller Erwerbstätigen) und im Be-

* 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.

reich Handel und Transport 685.000 (24,5% aller Erwerbstätigen). 2014 existierten 299.800 Unternehmen. 93% von ihnen beschäftigten weniger als 10 Arbeitnehmer in Vollzeit. 1,3 Millionen Vollzeitbeschäftigte (62% aller Vollzeitbeschäftigten) arbeiteten in Unternehmen mit mehr als 100 Vollzeitbeschäftigten.

80% der Arbeitsverträge sind tarifvertraglich abgedeckt. 67% der Arbeitnehmer sind gewerkschaftlich organisiert [2]. Auf betrieblicher Ebene kooperieren lokale Gewerkschaftsvertreter mit der Betriebsleitung in Belangen der Beschäftigten. Häufig sind sie Mitglied im Kooperationsausschuss, die Instanz für Unterrichtung und Anhörung. In Betrieben mit 35 und mehr Beschäftigten haben Belegschaften ein Recht auf Vertretung in den Leitungsgremien des Unternehmens.

Sozialpolitische Regulationen

Die finanzielle Sicherung bei Krankheit (Behandlungskosten) wird im öffentlichen Gesundheitssystem steuerfinanziert für Personen mit Wohnsitz in Dänemark gewährleistet [3]. Der Arbeitgeber leistet für die ersten 30 Tage der krankheitsbedingten Fehlzeit Entgeltfortzahlung, danach übernimmt das Krankenversicherungsbüro der Gemeinde (Sygesikringskontor) die Krankengeldzahlungen (Sygedagpenge) für weitere 22 Wochen. Bei nicht vollständiger Arbeitsunfähigkeit werden geminderte Zahlungen geleistet. Der Arbeitgeber wie auch die Gemeinde können eine schriftliche Krankmeldung vom Arzt verlangen. Diese beinhaltet Aussagen zur möglichen teilweisen Rückkehr und evtl. zu notwendigen Trainingsmaßnahmen. Die Gemeinde ist ab ihrer Krankengeldzahlung für die Überwachung und Ausführung des individuellen Plans über Hilfsmaßnahmen zuständig. Die Krankengeldempfänger werden durch Angestellte des Sygesikringskontor der Gemeinde (Casemanager) beurteilt und einer von drei Kategorien zugeordnet:

- ▶ Kategorie 1: Fälle, bei denen die Rückkehr zur Arbeit innerhalb von 3 Monaten wahrscheinlich ist.
- ▶ Kategorie 2: Fälle, bei denen eine Rückkehr innerhalb von 3 Monaten unwahrscheinlich ist, das Risiko in Bezug auf Erwerbsunfähigkeit besteht, aber eine zeitlich teilweise Rückkehr oder eine Mitwirkung an Rückkehrprogrammen möglich ist.
- ▶ Kategorie 3: Fälle, bei denen eine Rückkehr innerhalb von 3 Monaten unwahrscheinlich ist und eine Erwerbsunfähigkeit gegeben ist.

Bei den Fällen nach Kategorie 1 und 3 hat eine erste Kontrolle vor dem Ende der 8. Krankheitswoche zu erfolgen. Die zweite Kontrolle ist innerhalb von drei Monaten nach Krankheitsbeginn vorzunehmen und danach sind Kontrollen alle drei Monate vorgeschrieben. Bei Fällen der Kate-

gorie 2 sind vor der 8. Krankheitswoche und danach alle vier Wochen Kontrollen durchzuführen [3, 5]. Arbeitgeber haben eine sehr geringe Verantwortung beim Management von Arbeitsunfähigkeit.

Behinderung ist nicht gesetzlich definiert. Sie wird amtlich festgestellt und richtet sich nach den Funktionseinschränkungen. Behörden müssen bevorzugt Behinderte einstellen. Die Gemeinden gewähren Arbeitgebern bei der Beschäftigung von Behinderten Lohnkostenzuschüsse. Diese sind gesetzlich verpflichtet, Arbeitsbedingungen behindertengerecht zu gestalten. Es existieren spezifische Programme zur beruflichen Eingliederung [3].

Arbeitsschutz

Betriebe mit fünf und mehr Dauerbeschäftigten haben eine Gesundheits- und Sicherheitsorganisation einzurichten. Sind mehr als 35 Arbeitnehmer tätig, dann muss ein Gesundheits- und Sicherheits-Komitee bestehend aus Arbeitgeber – und Arbeitnehmervertretern eingerichtet werden. Die Repräsentanten der Arbeitnehmer werden von der Belegschaft gewählt. Die Einrichtungen sind stark in die gesetzliche vorgeschriebene Gefährdungsbeurteilung (risk assessment) eingebunden. In Betrieben mit 10–19 Arbeitnehmern werden zu fast 80% und in größeren Betrieben zu fast 95% Gefährdungsbeurteilungen (Arbejdspladsvurdering, APV) durchgeführt. Die staatliche Arbeitsschutzbehörde (Arbejdstilsynet) stellt spezifisch für Branche und Betriebstyp methodische Vorgehensweisen per Internet zur Verfügung. Sie kontrolliert die Betriebe nach einem für den Betrieb ermittelten Risiko-Index bestehend aus mehreren Parametern, auch psychosozialer Art. Klein- und Kleinstbetriebe erfahren eine besondere Aufmerksamkeit. 2005 wurde die bis dahin obligatorische Betreuung durch einen arbeitsmedizinischen Dienst beendet. Bemerkt die Inspektion der Arbeitsschutzbehörde, dass ein Betrieb Probleme im Bereich von Arbeitssicherheit und Gesundheit hat, dann verpflichtet sie den Betrieb, einen autorisierten privaten, profitorientierten Beratungsdienst (Arbejdsmiljørådgiver) zur Beratung zu bestellen [4].

Das dänische nationale "return-to-work" Programm

Die dänische Regierung hat 2008 in einer tripartistischen Übereinkunft zwischen Staat, Arbeitgebern und Gewerkschaften zur Senkung des Krankenstandes 39 Initiativen auf den Weg gebracht, eingeschlossen das nationale Return-to-Work (RTW) Programm (Det store Tilbage Til Arbejdet(TTA)-projekt) [5]. Begründet wurde diese Politik mit gestiegenen finanziellen Kosten, dem Verlust an Produktivität, dem Mangel

an qualifizierten Fachkräften und mit der wachsenden Zahl Langzeitarbeitsloser mit chronischer Erkrankung. Der Krankenstand lag damals bei etwa 5%. Das Programm wurde 2010, 2011 und 2012 in 21 von insgesamt 98 dänischen Gemeinden durchgeführt. Ziel des Projektes war, zu ermitteln, ob es möglich ist, in den Krankenversicherungsbüros der Gemeinden (Sygesikringskontor) ein Wiedereingliederungsprogramm für Erwerbstätige mit bzw. nach chronischer Erkrankung als Routineverfahren einzurichten und ob dieses Verfahren in der Lage ist, den Krankenstand zu senken und die Teilhabe am Arbeitsmarkt zu fördern.

Das Programm wurde vom dänischen Nationalen Research Centre for the Working Environment konzipiert, begleitet und evaluiert. Die drei zentralen organisatorischen Elemente waren:

1. Einrichtung eines multidisziplinären Teams in den 21 Gemeinden bestehend aus dem Casemanager der Gemeinde als Betreuer des Erkrankten und Koordinator, dem Physiotherapeuten, einem Psychologen sowie dem Arzt, spezialisiert in Allgemein-, Sozial- oder Arbeitsmedizin und einem Psychiater. Das Team erhielt eine dreiwöchige Schulung.
2. Einführung eines standardisierten work ability assessment Instrumentes zur Beurteilung und Bewältigung der Arbeitsunfähigkeit basierend auf einem biopsychosozialen Verständnis von Gesundheit und Behinderung (RTW assessment tool).
3. Die Entwicklung eines umfassenden Trainingsprogramms für das Team.

Das RTW-Assessment Instrument sollte den Casemanager befähigen, bereits bei der ersten Beurteilung des Erkrankten seine Situation sowohl auf Seite seiner individuellen Lage wie auch auf Seite seiner Arbeitsbedingungen integrativ zu erfassen. Erwartet wurde, dass der Casemanager nur in etwa der Hälfte seiner zu beurteilenden Fälle diese mit Fachkräften des Teams zu beraten habe. In wöchentlichen Sitzungen sollten im Team fallbezogene RTW-Pläne besprochen werden. Physiotherapeuten und Psychologen boten Kurse bzw. Sitzungen zu Schmerz- und Stressmanagement für Individuen oder Gruppen an. Die zentralen Aktivitäten bezogen sich auf Prozeduren zur Wiedereingliederung in Abstimmung mit behandelnden Ärzten und Arbeitgebern.

Die anspruchsvolle quantitative und qualitative Evaluierung des Prozesses des Projektes bezog sich auf die Rekrutierung der Zielgruppe und des RTW-Teams, und die Übereinstimmung der Implementierung des Projektes mit den Prinzipien des konzipierten interdisziplinären RTW-Prozesses. Dabei sollte überprüft werden, in welchem Ausmaß vom Team die entwickelten Instrumente und Pläne befolgt und mit Erkrankten und

Arbeitgebern bzw. Ärzten kooperiert wurde und in welchem Ausmaß die Erkrankten mitgewirkt hatten. Gefragt wurde ebenso nach Kontextfaktoren. Es wurden 29 Implementationskriterien überprüft. Kriterien der Effektivität und Effizienz des Projektes waren nicht Gegenstand dieser Evaluation.

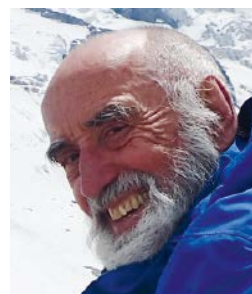
Gemäß Plan sollten 14.899 Erkrankte der Kategorie 2 einbezogen werden. Erreicht wurden 87% mit mindestens einer Konsultation mit dem Casemanager, allerdings mit breiter Variation zwischen den Gemeinden. Alle Gemeinden konnten ein interdisziplinäres Team aufbauen. Jedoch gab es Schwierigkeiten, einen Psychiater zu beteiligen, da ihre Anzahl und regionale Verteilung unzureichend war. Die Fluktuation innerhalb des Teams erschwerte die Arbeit und zeigte zwischen den Gemeinden eine breite Variation. Ebenso unterschiedlich waren auch die Ergebnisse zwischen den Gemeinden bei der Erfüllung der Kriterien (Angebote der RTW Maßnahmen und der Inanspruchnahme der Angebote durch die Erkrankten). 55% der Erkrankten gaben an, dass die Kurse des RTW-Teams ihnen beim Umgang mit ihrer Erkrankung geholfen haben, für 38% waren sie für die Gesundheit bedeutsam. Es wurde die Erfahrung gemacht, dass die Konsultation beim „work ability assessment“ sowohl zu einer Stärkung der Motivation als auch zu einer Frustration hinsichtlich der Wiederaufnahme der Arbeit führen kann. Solche weniger hilfreichen Erfahrungen wurden insbesondere bei Personen mit mentalen/psychischen Gesundheitsproblemen und Langzeitarbeitslosen gemacht.

Als Kontextfaktor wurde nur die Fluktuation im RTW-Team betrachtet. Eine breitere Sicht würde den Einfluss der sozioökonomischen und demographischen Situation der Gemeinde, die Rate der dortigen Arbeitslosigkeit und die finanzielle Lage der Gemeinde deutlich stärker offenkundig machen.

Zusammenfassend wird festgestellt, dass das Projekt gezeigt habe, dass eine Implementierung des konzipierten Programms generell in das dänische System möglich, aber im Konzept selbst eine differenziertere Beachtung der spezifischen Situation der Erkrankten wünschenswert sei. Die Einführung eines gut funktionierenden interdisziplinären Teams brauche mehr Zeit und Ressourcen. Die Voraussetzungen in den Gemeinden seien stärker zu beachten. Die frühe und häufigere Kooperation mit dem Arbeitgeber benötige eine generelle Abstimmung im dänischen System beim Umgang mit Arbeitsunfähigkeit wegen Erkrankung.

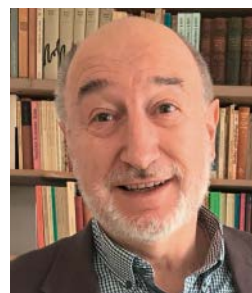
Zur Messung des Effekts des Return-to-work-Programms bei langdauernder Arbeitsunfähigkeit (acht Wochen und länger) wurde eine randomisierte Kontrollstudie in drei Gemeinden durch-

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
jlarisch@uni-bremen.de

geführt [6]. 1.948 Teilnehmer am oben beschriebenen RTW- Interventionsprogramm wurden mit normal betreuten 1.157 Arbeitsunfähigen über 52 Wochen verglichen. Nur in einer Gemeinde zeigte sich ein statistisch signifikanter Effekt der Intervention zur Verkürzung der Arbeitsunfähigkeit. In dieser Gemeinde (Nr.2) lag in beiden Gruppen der Anteil der Arbeitsunfähigen mit mentalen Problemen bei etwa 47 % und die Rate der Arbeitslosigkeit bei fast 50 %. In der Gemeinde 1 betragen die Anteile etwa 40 % bzw. etwa 20 % und in der Gemeinde 3 etwa 65 % (mentale Probleme) bzw. etwa 25 % (arbeitslos). Die statistische Überprüfung der Charakteristika der Fälle (u.a. Alter, Geschlecht, Erkrankung, Erwerbsstatus, Bildung) als mögliche Einflussfaktoren (Cofounder) ergab keinen Einfluss dieser Faktoren. Der bemerkenswerte Unterschied des Effektes der RTW Intervention zwischen den Gemeinden wird auf die Kontextfaktoren der Gemeinden zurückgeführt.

Innerhalb des dänischen RTW-Projektes wurden ebenfalls Studien zum Einfluss von speziellen Rehabilitationsangeboten für an Krebs erkrankten Personen [10] auf die frühzeitige Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt durchgeführt. Ebenso wurde nach den Prognosefaktoren für die Rückkehr nach arbeitsbedingten mentalen Gesundheitsstörungen gefragt [7]. ■

LITERATUR

- [1] Statistics Denmark (2017): *Statistical Yearbook 2017, Copenhagen* (<https://www.dst.dk/en/Statistik/Publikationer/VisPub?cid=22257>, Zugriff 29.5.2018).
- [2] Angaben nach European Trade Union Institut (ETUI) (<http://de.worker-participation.eu/Nationale-Arbeitsbeziehungen/Laender/Daenemark>, Zugriff 2.6.2018).
- [3] Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung: *Sozialkompass Europa. Soziale Sicherheit in Europa im Vergleich.* (<http://www.sozialkompass.eu/datenbank/laendervergleich.html?countries=denmark&levels=7&cd=80c4b3ce9c70e233742a7bbdfe619386&countrydetails>, Zugriff 12.6.2018).
- [4] Lißner L. (2017): *OSH system at national level-Denmark* (https://oshwiki.eu/wiki/OSH_system_at_national_level_-_Denmark, Zugriff 12.6.2018). Siehe auch die Angaben der dänischen Arbeitsschutzbehörde unter <https://arbejdstilsynet.dk/da/tysk>, Zugriff 12.6.2018.
- [5] Aust, B. et al. (2015): *Implementation of the Danish return to work program: process evaluation of a trial in 21 Danish municipalities*, in: *Scandinavian Journal of Work Environment & Health* October 2015, p. 529–341. DOI: 10.5271/sjweh.3528.
- [6] Poulsen, O. M. et al. (2014): *Effect of the Danish return-to-work program on long-term sickness absence: Results from a randomized controlled trial in three municipalities*, in: *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 40, p. 47–56. DOI: 10.5271/sjweh.3383.
- [7] Netterstrom, B. et al. (2015): *Prognostic Factors of Returning to Work after Sick Leave due to Work-Related Common Mental Disorders: A One- and Three-Year Follow-Up Study*, in: *BioMed Research International*, Article ID 596572, 7 pages, <http://dx.doi.org/10.1155/2015/596572>.