Masterarbeit

Möglichkeiten des betrieblichen Eingliederungsmanagements von Mitarbeitern nach Langzeitkrankenständen in den Arbeitsprozess aus organisationsmedizinischer Sicht

Options to develop a return to work plan for employees after long-term sick leave under organization-medical perspective

eingereicht von

Dr. Klaus Legner MSS

zur Erlangung des akademischen Grades

MSc in Arbeits- und Organisationsmedizin

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt im Rahmen des

Universitätslehrgangs MSc in Arbeits- und Organisationsmedizin

Fachbetreuer: Dr. Bardia Monshi

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Zusammenfassung

Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) dient dazu, Beschäftigte nach längerem Krankenstand schneller und effizienter die Rückkehr an ihren Arbeitsplatz zu ermöglichen. Diese Arbeit untersucht die Möglichkeiten des betrieblichen Eingliederungsmanagements von Mitarbeitern nach Langzeitkrankenständen in den Arbeitsprozess aus organisationsmedizinischer Sicht.

Durch die derzeitige demografische Entwicklung kommt es unter den Beschäftigten zu einer Zunahme von älteren Beschäftigten. Statistisch ist damit auch eine erhöhte Anzahl an Krankenständen und einer erhöhten Anzahl von Krankenstandstagen verbunden. Deshalb ist es für die Zukunft wichtig, erkrankte Arbeitnehmer schon im Krankenstand über die Möglichkeit einer betrieblichen Eingliederung zu informieren und frühzeitig die Möglichkeit des Wiedereinstiegs zu gewähren. Dieser Wiedereinstieg soll von BEM-Spezialisten begleitet werden und nach vorher festgesetzten Richtlinien verlaufen. Der Datenschutz ist dabei von entscheidender Bedeutung. Eine frühzeitige Wiedereingliederung hilft nicht nur der/dem erkrankten ArbeitnehmerIn, sondern auch dem Betrieb und in weiterer Folge profitiert die Gesellschaft von diesen Maßnahmen.

Aus organisationsmedizinischer Sicht ist dieses Thema von großer Bedeutung, da die Organisation und der Ablauf der Einführung eines BEM eine betriebliche Herausforderung darstellt. Die Anwendung von organisationsmedizinischen Tools kann die Erfolgsquote eines BEM infolge einer besseren Prozessgestaltung erhöhen.

Eine ausführliche Literaturrecherche zum Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und BEM zeigt, dass durch eine strukturierte Herangehensweise ein BEM im Betrieb leichter und erfolgreicher etabliert werden kann. Strukturen aus dem BGM können und sollen für den Aufbau des BEM innerbetrieblich verwendet werden. Ein idealer Ablauf eines BEM wird in dieser Arbeit beschrieben. Weiters werden hier drei große und erfolgreiche BEM Projekte in Österreich erörtert.

Das Forschungsergebnis zeigt welche verschiedenen Möglichkeiten der Wieder-

eingliederung sinnvoll sind und mit Hilfe eines BEM-Prozesses eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den Betrieb durchgeführt werden kann. Ein Ausblick in die Zukunft präsentiert die mögliche Strategie, die von der österreichischen Bundesregierung in diesem Bereich für die nahe Zukunft geplant werden.

Executive Summary

Return to work (RTW) management is used to allow employees to return to work quicker and more efficiently after prolonged sick leave. This thesis explores the options of return to work management for employees after long-term sick leave under an organization-medical point of view.

The current demographic trend leads to an increase of older employees among workers. Statistically an increased number of sick leaves and an increased number of days in sick leave is associated with this development. Therefore, it is important for the future to inform sick employees already during sick leave on the option of a RTW plan and to provide the opportunity of an early return to the job. This return to work plan should be guided by a RTW specialists and should follow a pre-established strategy and guideline. The privacy policy in the process is of crucial importance. Early RTW not only helps the person to return to normal work life, but is also of benefit to the company, resulting in a win-win situation for all sides and therefore a benefit for the whole society.

From an organization-medical perspective this issue is of great importance, because the organization and the process of introducing an RTW plan is an operational challenge. The introduction of the processes and procedures of an RTW plan is an operational challenge and for this reason it is of great interest and importance for organizational medicine.

A detailed literature review concerning workplace health management (WHM) and RTW shows that an RTW plan can be established more easily and more successfully by using a structured approach. Structures of the WHM can and should be

used within the company for the development of an RTW plan. An optimized procedure of an RTW plan is described in this work. Furthermore, three significant and successful RTW projects in Austria are discussed.

The results of this research discuss and demonstrate effective methods of how to carry out a reintegration process with the help of a RTW plan. A glimpse into the future shows the strategy that is planned for the near future by the Austrian government in the range of RTW policy.

Danksagungen

Die Master Thesis ist die interessanteste Zeit des Studiums. So kann man endlich sehen, ob sich die letzten Jahre des Studierens gelohnt haben. Allerdings wäre es niemals so weit gekommen, wenn mich meine Frau Tina nicht unterstützt hätte. Daher möchte ich mich an dieser Stelle ganz herzlich bei Ihr bedanken und widme Ihr meine Diplomarbeit.

Weiters möchte ich mich bei meinem Fachbetreuer Dr. Bardia Monshi für die Unterstützung bei der Erstellung meiner Diplomarbeit bedanken.

Vielen Dank für die hilfreichen Anregungen auch an Dr. Stefan Koth. Zudem möchte ich mich bei meinen Interviewpartnerinnen DSA Andrea Blei, Dr. Eva Höltl und Dr. Irene Kloimüller MBA bedanken, die mir für meine Master Thesis mit Ihrer Zeit, Offenheit und Expertise zur Verfügung standen.

Inhaltsverzeichnis

1	Ei	Einleitung			
2	W	as ist	Organisationsmedizin	4	
3	Fo	rsch	ungsfrage	5	
4	Di	e der	zeitige Krankenstandssituation in Österreich	6	
	4.1	Kra	nkenstandsstatistik	6	
	4.2	Soi	nderfall psychische Erkrankungen	9	
	4.3	Vei	schärfter Zugang zur Invaliditätspension	11	
	4.4	Lar	ngzeitkrankenstand	13	
	4.5	Soz	zialversorgung bei Menschen im Langzeitkrankenstand	15	
	4.5	5.1	Gehaltsfortzahlungen durch den Arbeitgeber	15	
	4.5	5.2	Zahlung von Krankengeld	15	
	4.5	5.3	Rehabilitation vor Pension	16	
	4.5	5.4	Invaliditätspension, Berufsunfähigkeitspension	17	
	4.5	5.5	Rehabilitationsgeld und Case-Management	17	
	4.5	5.6	Berufliche Rehabilitation und Umschulungsgeld	18	
	4.6	Kos	sten durch Arbeitsunfähigkeit	19	
	4.7	Fat	ale Folgen des Langzeitkrankenstandes	20	
5	Ве	estan	dteile des betrieblichen Gesundheitsmanagements in		
	Ös	sterre	ich	21	
	5.1	Arb	eitnehmerInnenschutz als Bestandteile des BGM	23	
	5.2	Bet	riebliche Gesundheitsförderung als Bestandteile des BGM	25	
	5.2	2.1	Historische Entwicklung	25	

	5.2.	2	Implementierung der Gesundheitsförderung in Österreich	26
	5.2.	3	BGF als Organisationsentwicklung	27
	5.2.	4	Die Akteure der BGF	32
	5.2.	5	Probleme in der Umsetzung können zum Scheitern des Projektes führen	
	5.3	Bet	riebliches Eingliederungsmanagement als Bestandteile des BGM	36
6	Das	s Bet	triebliche Eingliederungsmanagement	37
	6.1	Ent	wicklung in Österreich	37
	6.2	Ges	setzliche Regeln in Österreich	38
	6.3	Der	zeitige Situation in Österreich - Rehabilitation vor Pension	40
	6.4	Wa	rum braucht man ein BEM	45
	6.4.	.1	Der Nutzen für das Individuum	.46
	6.4.	2	Der Nutzen für den Betrieb	.47
	6.4.	3	Der Nutzen für die Gesellschaft	.48
7	Org	janis	sationsentwicklung des BEM	50
	7.1	Cha	ange-Management	51
	7.2	Org	anisationsentwicklung nach dem Drei-Phasen-Modell nach Kurt	
		Lev	vin	53
	7.3	Der	Deming Regelkreis	54
	8	Org	anisation der Einführung	56
	8.1	Pha	asen der Einführung	56
	8.1.1	Auf	klärung, Sammlung von Informationen	56
	8.1.	2	Auftragsklärung vor der Einführung	57
	8.1.	.3	Projektorganisation	58
	8.1.	4	Projektbeginn	58
	8.1.	5	Zwischenbilanz der Einführung	59
	8.1.	6	Überführung in die betriebliche Praxis	59

	8.2	Die	Prozesskette im BEM	60
	8.3	Um	gang mit dem Datenschutz	61
9	BEI	M in	Deutschland	63
	9.1	Ge	setzliche Regeln in Deutschland	63
	9.2	Um	setzung des BEM in Deutschland	64
	9.3	Das	s Hamburger Modell	66
	9.4	Auf	gaben und Rollen der Beteiligten im BEM	67
	9.5	Die	BEM-Prozesskette	68
	9.5.	.1	Orientierungsphase	69
	9.5.	2	Gefährdungsbeurteilung	70
	9.5.	3	Unterweisung	70
	9.5.	4	Feststellung der Arbeitsunfähigkeit	71
	9.5.	.5	Kontaktaufnahme zu den Betroffenen	72
	9.5.	6	Erstgespräch führen	72
	9.5.	7	Analyse des Arbeitsplatzes	73
	9.5.	8	Fähigkeiten und Anforderungen der/des Beschäftigten	73
	9.5.	9	Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen	73
	9.5.	10	Wirksamkeitsüberprüfung, Evaluation und Dokumentation	75
	9.6	Cer	tified Disability Management Professional	75
	9.7	Fol	gen der Ablehnung des BEM durch die/den Betroffenen	76
10) Bei	spie	le für bereits laufende Projekte in Österreich	77
	10.1	Fit2	2work	77
	10.	1.1	Personenberatung	78
	10.	1.2	Betriebsberatung	81
	10.	1.3	Erfolgsfaktoren und Herausforderungen des Programms	85
	10.2	Bet	riebliche Eingliederungsmanagement der Gemeinde Wien	86

1	0.3	Wie	edereingliederung im Gesundheitszentrum der Erste Bank	93	
11	Dis	kuss	sion und Ergebnisse	100	
1	1.1	Sch	nlussfolgerungen aus fit2work	100	
1	1.2	Schlussfolgerungen aus dem BEM der Gemeinde Wien			
1	1.3	Sch	nlussfolgerungen aus dem BEM im Gesundheitszentrum Erste		
		Bar	ık	106	
1	1.4	Erö	rterung der Forschungsfragen	110	
	11.4	4.1	Welche Ansätze gibt es um die Wiedereingliederung von		
			MitarbeiterInnen nach Langzeitkrankenständen in den Betrieb	zu	
			verbessern?	110	
	11.4	4.2	Gibt es derzeit laufende Programme in Österreich und wie		
			werden diese Programme bewertet?	111	
12	Aus	sblic	k	114	
Lite	iteraturverzeichnis116				
Anl	\nhang133				

1 Einleitung

Die steigende Lebenserwartung durch bessere medizinische Versorgung durch hohe Sicherheitsstandards im Arbeitsbereich, im Straßenverkehr und durch eine ausgezeichnete Versorgung mit Nahrungsmitteln wirken sich deutlich auf die Altersstruktur der gesamten Bevölkerung aus. Menschen werden immer älter, es kommt zu einer demografischen Alterung. Gleichzeitig gibt es seit einigen Jahrzehnten einen deutlichen Geburtenrückgang in Österreich. Beide Faktoren führen zu einer Veränderung der Altersstruktur der Erwerbstätigen. Es kommt zu einer Verlängerung der Lebensarbeitszeit mit deutlicher Zunahme der älteren ArbeitnehmerInnen. Menschen müssen daher länger im Arbeitsprozess bleiben um das Pensionssystem finanzieren zu können.

Im Gegenzug kommt es mit zunehmendem Alter öfter zu körperlichen Beschwerden und Erkrankungen, die häufigere und längere Krankenstände nach sich ziehen als in jungen Jahren.

Die Menschen auch in einem höheren Alter gesund und arbeitsfähig zu erhalten ist eine Aufgabe der Politik. Das Pensionssystem muss durch aktive Beschäftigte finanziert werden und die Zahl der Frühpensionierungen auf Grund von Erkrankungen reduziert werden. Nur so kann in Zukunft das Pensionssystem gesichert werden. Deshalb muss die Öffentlichkeit zu diesem Thema sensibilisiert werden. Durch den zunehmenden Mangel an jungen qualifizierten Arbeitskräften bekommt die Gesunderhaltung der älteren Erwerbstätigen eine zusätzliche Bedeutung. Ohne die Arbeitskraft und das Fachwissen der älteren Arbeitskräfte wäre schon heute ein beträchtlicher FacharbeiterInnenmangel festzustellen.

Arbeitsplätze müssen für die Zukunft an die veränderte Altersstruktur angepasst werden. Arbeitsbedingungen müssen dahingehend verändert werden um es Beschäftigten zu ermöglichen lange Jahre in Gesundheit produktiv arbeiten zu können. Zu diesem Zweck wurden vor Jahren bereits gesundheitspolitische Maßnahmen ergriffen und in Gesetzen verankert. So wurden im Arbeitsschutzgesetz Präventionsmaßnahmen und Arbeitnehmerschutz gesetzlich festgeschrieben, die die Unternehmen zum Schutze der Beschäftigten durchführen müssen. Die ArbeitgeberInnen sind dafür verantwortlich und dazu gesetzlich verpflichtet.

Beschäftigte die im Zuge ihres Arbeitslebens erkranken und in Folge der Schwere der Erkrankung über mehrere Wochen nicht arbeitsfähig sind, haben derzeit in Österreich noch kaum die Möglichkeit gezielt, rasch und unter größtmöglichen medizinischen Schutz ihre Arbeitstätigkeit wieder zu erlangen. Diese langen Krankenstände verursachen dabei enorme Kosten. Lohnfortzahlungen, Krankengeld, Therapiekosten machen dabei hohe Summen aus. Aufgrund dieser hohen Kosten für die/den BetroffeNen, den Betrieb und das Sozialsystem ist die Notwendigkeit von möglichst zeitgerechten Interventionen erforderlich. (Grossmann, Heimerl, Heller, & Scala, 1997, S. 43)

Derzeit gibt es in Österreich keine gesetzlich verankerten Modelle um Menschen nach längeren Krankenständen von mehreren Wochen wieder langsam in ihre gewohnte Arbeitsumgebung zu reintegrieren. In Deutschland gibt es seit 2004 dafür bereits eine verbindliche gesetzliche Regelung. Im Vergleich ist in Deutschland ein BEM (Betriebliches Eingliederungsmanagement) im Sozialgesetzbuch verankert. (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2004).

Der Arbeitsbeginn nach einem Langzeitkrankenstand erfolgt heute meist ohne Unterstützung der Beschäftigten. Meist muss er/sie sofort nach Wiedereinstieg die volle Arbeitsverpflichtung erbringen. Eine Anpassung an eine noch temporär verminderte Arbeitsfähigkeit erfolgt meist nicht. Deshalb kommt es in der Folge häufig zu krankheitsbedingten Rückfällen mit neuerlichem Krankenstand.

Ein strukturiertes BEM kann in so einer Situation zu einem besseren Ergebnis für die Beschäftigten und den Betrieb führen. Das Eingliederungsmanagement ist im betrieblichen Alltag in Österreich derzeit noch selten zu finden. Einzelne Projekte, die sich mit diesem Themenbereich beschäftigen, gibt es bereits. Über drei erfolgversprechende Projekte wird exemplarisch in dieser Arbeit berichtet.

Rehabilitationen nach längerem Krankenstand erfolgen heute meist immer noch fern der Arbeit. Eine berufliche Rehabilitation gibt es zwar als Begriff, jedoch findet diese Rehabilitation de facto weitab des Arbeitsplatzes statt. Der Beruf und die Tätigkeit spielen dabei eine untergeordnete Rolle. Die berufliche Rehabilitation müsste zukünftig mehr im Bereich des Unternehmens stattfinden und müsste die traditionelle Rehabilitation in Rehabilitationszentren ablösen. (Sepp, Osterkorn, & Martina, 2009, S. 108)

2 Was ist Organisationsmedizin

Als eine Weiterentwicklung und Vertiefung der Arbeitsmedizin beschäftigt sich die Organisationsmedizin nicht nur mit Gesundheit der MitarbeiterInnen in Betrieben, sondern widmet sich zusätzlich fächerübergreifend den Bereichen Arbeitsorganisation, Arbeitspsychologie, Gesundheitsförderung und Unternehmensführung. Organisationsmedizin ist Präventivmedizin. Ein Schwerpunkt ist die Wechselbeziehung zwischen Mensch und Arbeitsplatz im Fokus von Individuum, Organisation, Ökonomie und Gesundheit.

Für Organisationsmediziner steht deshalb der arbeitende Mensch und sein wirtschaftliches Umfeld im Mittelpunkt. Erhalt und Verbesserung seiner Gesundheit, Verbesserung des Leistungspotentials und der Lebensqualität innerhalb der Arbeitswelt stehen dabei zentral im Fokus. Durch Verwendung der richtigen Sprache schafft es der/die OrganisationsmedizinerIn die Sensibilität innerhalb der Geschäftsführung für das Thema Gesundheit im Betrieb zu verbessern.

In der Organisationsmedizin können durch die richtige Anwendung von wissenschaftlichen Analysen, Bewertungen und Methoden Arbeitsprozesse richtig und besser gestaltet und organisiert werden. Daraus ergeben sich Vorschläge für Interventionen basierend auf gesicherten wissenschaftlichen Grundlagen, das heißt "evidence based".

In der Organisationsmedizin stehen sich berufliche Erfahrung und Wissenschaft nicht widersprüchlich gegenüber, sondern ergänzen sich gegenseitig. Durch die Einführung von wissenschaftlichen Grundlagen in die tägliche praktische Arbeit als Arbeitsmediziner lassen sich neue Wege in der Arbeitswelt beschreiten. Betriebe und Beschäftigte sind die Nutznießer dieser innovativen akademischen und praktischen Methodik. Dementsprechend findet dieses Projekt im Rahmen meiner Master-Thesis seinen Ursprung in der realen Arbeitswelt. In Verbindung mit wissenschaftlichen Grundlagen werden Probleme von Unternehmen aufgegriffen und zu neuen innovativen Lösungen geführt.

3 Forschungsfrage

In der vorliegenden Arbeit werden die Möglichkeiten des BEM von MitarbeiterInnen nach Langzeitkrankenständen in den Arbeitsprozess aus organisationsmedizinischer Sicht betrachtet. Daraus ergeben sich die beiden Forschungsfragen, die auf die verschiedenen Ansätze der Wiedereingliederung und die derzeit existierenden Strategien österreichischer Unternehmen abzielen.

- 1. Welche Ansätze gibt es um die Wiedereingliederung von MitarbeiterInnen nach Langzeitkrankenständen in den Betrieb zu verbessern?
- 2. Gibt es derzeit laufende Programme in Österreich und wie werden diese Programme bewertet?

4 Die derzeitige Krankenstandssituation in Österreich

Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die derzeitige Krankenstandssituation in Österreich sowie über die aktuelle Krankenstandsstatistik. Beleuchtet werden wie sich Krankenstände in der Bevölkerung verteilen, in welcher Gruppe besonders viele Krankenstände entstehen sowie welche Ursachen zu diesen Krankenständen führen. Ein besonderes Augenmerk wird dabei den psychischen Erkrankungen gewidmet.

Der von der Regierung verschärfte Zugang zur Invaliditätspension wird im Kapitel thematisiert und die Sozialversorgung von Menschen im Langzeitkrankenstand und die damit entstehenden Kosten durch Arbeitsunfähigkeit betrachtet.

4.1 Krankenstandsstatistik

Das Österreichische Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO) veröffentlich jedes Jahr einen Fehlzeitenreport, der über krankheitsbedingte und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich Auskunft gibt. Dieser Bericht gibt über die statistischen Veränderungen über die einzelnen Jahre einen guten Überblick und versucht gleichzeitig die verschiedenen Gründe und Ursachen zu klären.

Laut Krankenstandsstatistik für 2014 waren die ÖsterreicherInnen im Durchschnitt 10,2 Tagen je Fall im Krankenstand. (Leoni, 2014) Aus der Gesundheitsstatistik 2014 sind ähnliche Zahlen mit durchschnittlich 12,3 Krankenstandstage pro Erwerbstätigen (12,0 bei den Männern, 12,8 bei den Frauen) ersichtlich. Wie Abbildung 1 zeigt, gehen die durchschnittlichen Krankenstandstage pro Erwerbstätigen seit 2004 bis 2014 leicht zurück. Noch deutlicher ist der Rückgang zu erkennen, wenn man bis Anfang der 90iger Jahre zurückschaut, wo noch durchschnittliche Krankenstandstage von 15 Tagen zu verzeichnen waren. Weiters kann man in der Abbildung erkennen, dass es sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen im Beobachtungszeitraum zu einer leichten Zunahme der Krankenstandsfälle gekommen ist. (Statistik Austria, 2015, S. 53)

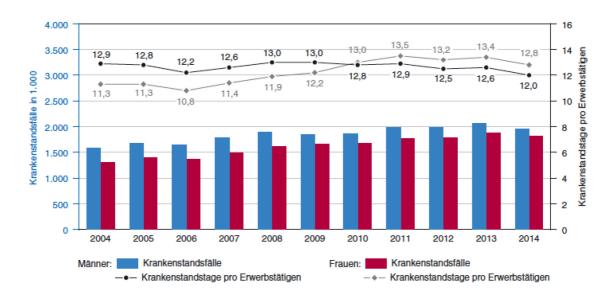


Abbildung 1: Krankenstandsfälle und -tage seit 2004 nach Geschlecht (Statistik Austria, 2015, S. 53)

Der Großteil der Krankenstandstage und Krankenstandsfälle können auf einige wenige Hauptgründe zurückgeführt werden. Wie Abbildung 2 zeigt verursachen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems plus des Bindegewebes und Krankheiten der Atemwege gut 50 % der Krankenstandsfälle und 40 % der Fehlzeiten. (Leoni, 2014, S. 47 ff) In dieser Abbildung ist auch deutlich zu erkennen, dass besonders viele Krankenstandstage von psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen mit durchschnittlich 39,4 Tagen verursacht werden. Neben den psychischen Erkrankungen verursachen auch die Verletzungen und Vergiftungen mit 19,2 Tagen, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit 16,3 Tagen und Neubildungen mit 40 Tagen sehr viele Fehltage. (ebenda) (Statistik Austria, 2015)

Hingegen die Gruppe der Infektionen und parasitären Erkrankungen hat die kürzeste Krankenstandsdauer in der Statistik des WIFO mit 4,6 Tagen, gefolgt von Krankheiten des Atmungssystems mit 5,8 Tagen. (Leoni, 2014, S. 47)

	Krankenstands- fälle	Krankenstands- tage	Dauer der Fälle
	Antei	e in %	Ø Anzahl Tage
Krankheitsgruppen			
Krankheiten des Atmungssystems	38,1	21,7	5,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	13,3	21,2	16,3
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	8,9	16,8	19,2
Psychische und Verhaltensstörungen	2,3	8,7	39,4
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	15,1	6,8	4,6
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	5,3	4,0	7,8
Krankheiten des Verdauungssystems	5,0	3,8	7,8
Krankheiten des Kreislaufsystems	1,9	3,6	19,2
Neubildungen	8,0	3,2	39,2
Krankheiten des Urogenitalsystems	2,3	2,2	9,8
Krankheiten des Nervensystems	1,9	1,8	10,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0,9	1,2	13,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1,1	1,2	11,2
Übrige Ursachen	0,5	1,1	24,2
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	0,9	0,8	8,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	0,4	0,8	21,0
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	0,9	0,7	8,3
Diagnose nicht feststellbar	0,3	0,2	7,1
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	0,1	0,1	19,4
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	0,1	0,1	14,9
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0,0	0,0	15,4

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 2: Krankheitsgruppenstatistik Österreich, 2013 (Leoni, 2014, S. 47)

Auffällig ist in Abbildung 3 die starke Zunahme von psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen in einem Zeitraum von 1994 bis 2013. In diesem Beobachtungszeitraum hat sich die Zahl der Fehltage infolge psychischer Krankheit annähernd verdreifacht. Diese enorme Zunahme ist aber kein alleiniges Problem das ausschließlich Österreich betrifft, sondern eine ähnliche Zunahme ist laut Leoni auch in Deutschland zu beobachten. (ebenda, p. 50)

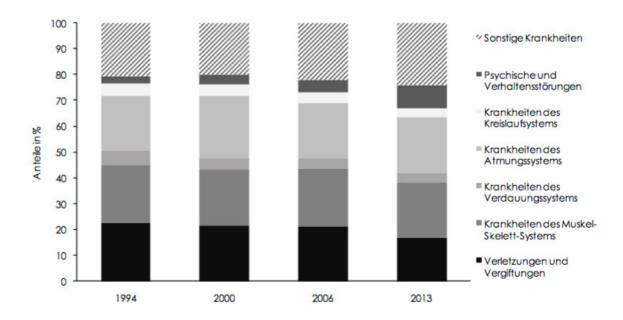


Abbildung 3: "Durchschnittliche Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen in Österreich" (Leoni, 2014, S. 49)

4.2 Sonderfall psychische Erkrankungen

In den letzten Jahren ist eine starke Zunahme der psychischen Erkrankungen festzustellen. (BKK Dachverband e. V., 2015) Es ist eine anerkannte Tatsache, dass Erkrankungen als Folge von psychischen Fehlbelastungen in der Arbeitswelt im Vormarsch sind. Das Schwerwiegende an diesen Erkrankungen ist, dass sie vergleichsweise lange dauern. Im Schnitt dauern Krankenstände wegen psychischer Ursachen 40 Tage je Fall. Handelt es sich dabei um Depressionen, so ist der Krankenstand im Schnitt hier besonders lange mit 58 Tagen je Fall. (ebenda)

Es ist deutlich zu erkennen, dass durch verbesserten Arbeitsschutz Arbeitsunfälle in den letzten Jahrzehnten stetig abgenommen haben. Jedoch wurde fast zeitgleich durch eine wesentliche Veränderung der Arbeitswelt krankmachende Faktoren begünstigt, die eine starke Belastung der Psyche von Erwerbstätigen verursacht. Wesentliche Faktoren für die psychische Belastung sind: zunehmender Wettbewerb, Flexibilisierung der Arbeit, gesteigerte Arbeitsintensität, Verdichtung der Arbeit, steigende Verantwortung, steigender Zeitdruck und damit verbunden zunehmender Stress. Besonders der Dienstleistungssektor, der in den letzten Jahrzehnten massiv gewachsen ist, ist von derartigen Problemen belastet.

Zunehmender Stress hat starke negative Auswirkungen auf die physische Gesundheit und führt zu einer Steigerung der psychischen Erkrankungen. Aber nicht nur Stress ist Auslöser von psychischen Erkrankungen. Die Gründe für psychische Erkrankungen sind vielmehr vielfältig und betreffen nicht nur den Arbeitsplatz, sondern betreffen ferner das familiäre und gesellschaftliche Umfeld und die eigene Persönlichkeit. Auch in der Freizeit nehmen Geschwindigkeit und Intensität von Belastungen deutlich zu.

Eine Studie im Auftrag der Arbeiterkammer, die von der Donauuniversität Krems durchgeführt wurde, zeigte, dass es auch zu einer stressbedingten Zunahme von Herz-Kreislauferkrankungen oder auch Erkrankungen des Bewegungsapparates kommt. (Biffl, et al., 2011, S. 107ff) So haben Beschäftigte ohne arbeitsbedingte Belastungen statistisch 0,8 krankheitsbedingter Ausfallstage. Beschäftigte mit arbeitsbedingten psychischen Belastungen weisen 3,3 Ausfallstage auf und knapp 6 Fehltage beim Zusammentreffen von psychischer und physischer Belastung. (ebenda)

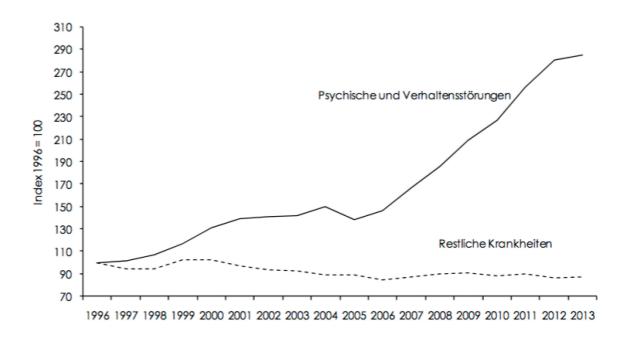


Abbildung 4: Entwicklung der psychischen Krankheiten, Krankenstandstage pro Kopf, Österreich (Leoni, 2014. S. 51)

Durch Krankenstände, Produktionsausfälle, Ausgaben für Behandlungen verursachten im Jahr 2014 psychische Krankheiten der österreichischen Wirtschaft

Kosten von 3,5 bis 4 % des BIP, das bedeutet 11-13 Mrd. Euro. (Arbeiterkammer, o.J.) Angaben der Wirtschaftskammer Österreichs zu Folge betrugen diese Kosten 2010 noch jährlich 7 Mdr. Euro. (Wirtschaftskammer, 2010) Dabei machen die direkten Ausgaben für die Behandlung die geringsten Kosten aus. Den Hauptteil der Kosten sind die verminderte Arbeitsleistung und das Weiterlaufen der Lohnkosten mit den damit verbundenen Sozialabgaben für das Unternehmen. (ebenda)

Laut Hauptverband der Sozialversicherungsträger waren 2013 psychische Erkrankungen die häufigsten Ursachen bei Frauen und Männern für Neuzugänge in die Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension. (Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger, 2015). Laut Statistik Austria waren 2014 im Unterschied zu den vorhergehenden Jahren nicht die psychischen Erkrankungen (5.856 Fälle) führend bei den Neuzugängen der Invaliditätspension, sondern Erkrankungen des Bewegungsapparates (6.070 Fälle). Der dritte Platz der Neuzugänge wurde von 1.437 Fällen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen belegt. (Statistik Austria, 2015, S. 53f)

4.3 Verschärfter Zugang zur Invaliditätspension

Wie aus Abbildung 5 gut zu erkennen ist, kommt es zwischen 2004 und 2014 zu einer sehr deutlichen Abnahme der Neuzugänge an Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit beziehungsweise der dauernden Erwerbsunfähigkeit besonders unter den 50jährigen. (Statistik Austria, 2015, S. 53f)

Dieser starke Rückgang ist mit der Verschärfung der Zugangsmöglichkeiten zur Invaliditätspension zu erklären. Diese Verschärfung wurde 2012 mit dem Sozialrechts-Änderungsgesetz beschlossen. Kerngedanke dabei ist der Ersatz der befristeten Invaliditätspension durch ein Umschulungsgeld beziehungsweise ein Rehabilitationsgeld. Nur Personen, die dauerhaft invalid sind, bekommen künftig Invaliditäts- beziehungsweise Berufsunfähigkeitspension. Ziel dieser Maßnahme ist es gesundheitlich beeinträchtigte Menschen aktiv zu helfen, wieder am Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. (Bundeskanzleramt, 2013)

Ob Umschulungsgeld im Falle von beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation be-

ziehungsweise Rehabilitationsgeld in Fällen medizinischer Rehabilitation gewährt wird, hängt davon ab, ob Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung wie Umschulungen geeignet und zumutbar sind. (ebenda)

Zuständig für die medizinische Rehabilitationsmaßnahmen sind die verschiedenen Krankenversicherungsträger. Für die berufliche Rehabilitation ist das AMS verantwortlich. Sowohl bei der medizinischen Rehabilitation, als auch bei der beruflichen Rehabilitation sind die Betroffenen verpflichtet aktiv an der Rehabilitation mitzuwirken. (ebenda)

A library	Stand und Neuzugänge an Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der dauernden Erwerbsunfähigkeit			
Alter	2004	2014¹)	Veränderung 2004 bis 2014 in %	
Stand - Insgesamt	406.415	187.636	-53,8	
Unter 50 Jahre	34.260	30.927	-9,7	
50 - 59 Jahre	89.098	92.272	3,6	
60 - 64 Jahre	72.211	63.488	-12,1	
65 Jahre (und älter)	210.846	949	-99,5	
Neuzugänge - Insgesamt	33.521	20.013	-40,3	
Unter 50 Jahre	7.238	2.796	-61,4	
50 - 59 Jahre	21.356	14.175	-33,6	
60 - 64 Jahre	4.833	3.017	-37,6	
65 Jahre (und älter)	94	25	-73,4	

Abbildung 5: Invaliditätspension 2004 und 2014 (Statistik Austria, 2015, S. 53)

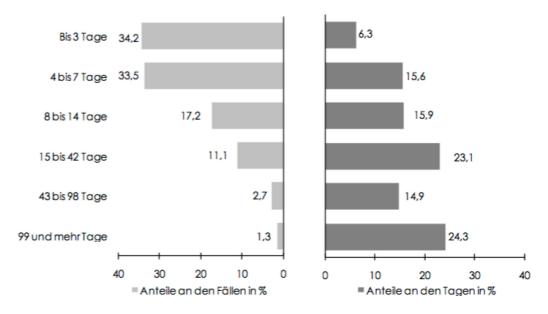
4.4 Langzeitkrankenstand

Eine einheitliche Definition von Langzeitkrankenständen gibt es nicht. In dieser Arbeit wird die Bezeichnung Langzeitkrankenstand für einen Krankenstand von mindestens 42 Tagen, beziehungsweise 6 Wochen verwendet. Mit dieser Frist von 6 Wochen fällt auch der Beginn der Bezahlung von Krankengeld von der Krankenkasse zusammen. (Leoni, 2014, S. 12) (Wolf & Mandl, 2005, S. 33)

Die Studie "Trotzdem gesund" von Wolf und Mandl kommen 2005 zum Ergebnis, dass "5 % aller unselbstständig Beschäftigten in Oberösterreich mindestens 42 Tage arbeitsunfähig" waren. (ebenda) Dazu zählen laut Studie 15.906 Männer, das entspricht einem Anteil von 62 % und von 9.673 Frauen, das entspricht wiederum 38 % der Gesamtgruppe. (ebenda)

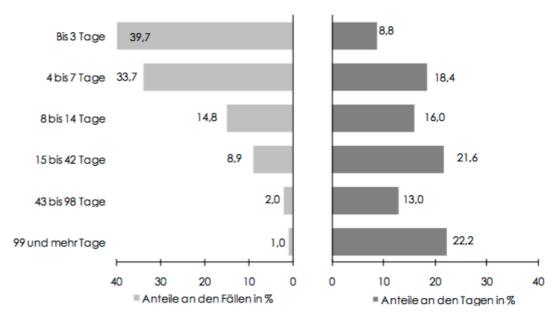
Auch im Fehlzeitenreport 2014 zeichnet Leoni ein ähnliches Bild. Ein Großteil der Krankenstandstage wird von einer vergleichsweise kleinen Zahl an Krankenstandsfällen verursacht. Langzeitkrankenstände machen 3,5 % der Gesamtsumme an Krankenstandsfällen aus, die jedoch über ein Drittel der gesamten Krankenstandstage verursachen. (Leoni, 2014) Auf Beschäftigungsgruppen aufgegliedert, kommt der Report zum Ergebnis, dass bei Langzeitkrankenständen die ArbeiterInnen mit 39,2 % mehr Fehlzeiten über 6 Wochen haben, als die Angestellten mit 35,2 %. (ebenda)

Infolge dieser Gewichtung, dass wenige Krankenstandsfälle eine große Zahl an Krankenstandstagen produziert, macht es Sinn vorrangig bei den Langzeitkrankenständen mit geeigneten Maßnahmen der Wiedereingliederung anzusetzen um eine Senkung des Krankenstands und der damit verbundenen Kosten zu erreichen. (Leoni, 2014, S. 14, zitiert nach: Badura et al., 2008)



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 6: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, ArbeiterInnen Österreich 2013



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 7: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Angestellte Österreich, 2013

4.5 Sozialversorgung bei Menschen im Langzeitkrankenstand

Der folgende Abschnitt gibt Auskunft wie die Sozialversorgung von erkrankten ArbeitnehmerInnen in Österreich derzeit aussieht.

4.5.1 Gehaltsfortzahlungen durch den Arbeitgeber

Wer als unselbständigeR Arbeitnehmerln krank wird, bekommt trotzdem Geld vom/von Arbeitgeberln. Diese Zahlung ist nicht nur Lohn und Gehalt, sondern auch regelmäßige Zulagen und Überstunden sind darin enthalten. Das zeitliche Ausmaß der Entgeltfortzahlung ist abhängig von den Dienstjahren im Betrieb.

Dienstjahre	Anspruch bei		
	Krankheit	Arbeitsunfall	
1. – 5.	6 Wochen voll + 4 Wochen halb	8 Wochen	
6. – 15.	8 Wochen voll + 4 Wochen halb	8 Wochen	
16. – 25.	10 Wochen voll + 4 Wochen halb	10 Wochen	
ab 26.	12 Wochen voll + 4 Wochen halb	10 Wochen	

Tabelle 1: Staffelung der Entgeltfortzahlung dienstzeitabhängig (Wirtschaftskammer Österreich, 2015)

4.5.2 Zahlung von Krankengeld

Ist der Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den/die ArbeitgeberIn ausgeschöpft, beginnt die zuständige Krankenkasse mit der Zahlung des Krankengeldes. Das Ausmaß des Krankengeldes hängt von der Höhe des sozialversicherungspflichtigen Bruttolohns im letzten Monat vor der Erkrankung und von der Höhe der geleisteten Entgeltfortzahlung ab. Dieser Bruttolohn (inklusive aller Zulagen, Zuschläge und Überstunden bis zur Höchstbeitragsgrundlage 2016: 4.860,00 Euro monatlich) ergibt die Bemessungsgrundlage für das Krankengeld. (Wiener

Gebietskrankenkasse, 2016) Urlaubs- und Weihnachtsgeld werden mit einem Zuschlag von 17 Prozent zusätzlich berücksichtigt. (ebenda)

Solange ein Anrecht auf volle Lohnfortzahlung durch den/die Dienstgeberln besteht, wird kein Krankengeld bezahlt. Erst wenn der/die Dienstgeberln beginnt die Lohnfortzahlungen in der halben Höhe zu zahlen, wird von der Krankenkasse während dieser Zeit das halbe Krankengeld bezahlt. (ebenda)

Die Höhe des Krankengeldes setzt sich somit zusammen aus der Dauer des Krankenstandes und von der Höhe der Bemessungsgrundlage. Vom vierten bis zum 42. Tag des Krankenstandes 50 Prozent der Bemessungsgrundlage, ab dem 43. Tag des Krankenstandes 60 Prozent der Bemessungsgrundlage. (ebenda)

In einem Beispiel führt die Wiener Gebietskrankenkasse folgende Rechnung auf ihrer Webseite an: (Wiener Gebietskrankenkasse, o.J.)

"Dienstnehmer/in ist krank ab 04.10.2014

Voller Entgeltanspruch ist bereits erschöpft

Bruttoeinkommen September 2014 (lt. Bestätigung Dienstgeber/in): EUR 2.500,00

Berechnung:

Einkommen im Bemessungszeitraum: EUR 2.500,00

Einkommen pro Tag (1/30) EUR 83,33

Berücksichtigung der Sonderzahlungen (17%) EUR 14,17

Bemessungsgrundlage EUR 97,50

Täglicher Krankengeldanspruch bis zum 42. Tag EUR 48,75

Täglicher Krankengeldanspruch ab dem 43. Tag EUR 58,50"

Krankengeld wir von der zuständigen Krankenkasse maximal ein Jahr bezahlt. Ist die Person dann zumindest 13 Wochen wieder arbeitsfähig, so hat sie neuerlich Anspruch auf Krankengeld. (Arbeiterkammer, 2015)

4.5.3 Rehabilitation vor Pension

Mit 2014 hat der Gesetzgeber eine Anpassung im Bereich der krankheitsbedingten Pension geschaffen. Dadurch soll es langfristig zu einer Anhebung des faktischen Pensionsantrittsalters kommen.

Unter krankheitsbedingter Pension zählt man die Berufsunfähigkeitspension für Angestellte, die Invaliditätspension für Arbeiter und die Erwerbsunfähigkeitspension für Gewerbetreibende und Bauern. (Pensionsversicherungsanstalt, 2015)

Das Ziel des Gesetzgebers ist das tatsächliche Pensionsantrittsalter bis zum Jahr 2018 auf 60,1 Jahre anzuheben (Hundstorfer, 2015). Eine dieser Schritte ist die Reform der vorübergehenden Invaliditätspension. Dabei wird geregelt, dass gesundheitlich beeinträchtigte Versicherte durch medizinische und berufliche Maßnahmen der Rehabilitation ihre Chance auf Beschäftigung erhöhen können. (Bundeskanzleramt, 2015)

4.5.4 Invaliditätspension, Berufsunfähigkeitspension

Versicherte nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG), welche am Stichtag 1.1.2014 das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bekommen eine Berufsunfähigkeitspension, Invaliditätspension nur mehr dann zugesprochen, wenn Berufsunfähigkeit bzw. Invalidität dauerhaft besteht und Maßnahmen der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation nicht zumutbar oder zweckmäßig sind. (Stocker, 2014) Wird bei einer versicherten Person eine vorübergehende Berufsunfähigkeit bzw. Invalidität anerkannt, die länger als sechs Monate anhält, wird dieser Person ein Rehabilitationsgeld von der zuständigen Krankenkasse oder ein Umschulungsgeld vom Arbeitsmarktservice (AMS) ausbezahlt. (ebenda) Dies ersetzt die bisher gewährte befristete Pension. (NÖ GKK, 2015)

4.5.5 Rehabilitationsgeld und Case-Management

Versicherte, die am 1. Jänner 2014 das 50. Lebensjahr noch nicht abgeschlossen haben und bei welchen eine vorübergehende Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit von Seiten der Pensionsversicherung für mindestens sechs Monate mit einem Bescheid festgestellt wurde, erhalten Rehabilitationsgeld, wenn es nicht zumutbar und zweckmäßig ist eine berufliche Rehabilitation durchzuführen. (Stocker, 2014) Das ersetzt die zuvor zuerkannte Berufsunfähigkeitspension bzw. Invaliditätspension. Das Rehabilitationsgeld wird vom zuständigen Krankenversicherungsträger ausbezahlt. Der Krankenversicherung wird wiederum dieser Betrag durch die Pensionsversicherung als Kostenersatz ersetzt. (Bundeskanzleramt, 2015)

Im Rahmen eines Case Managements wird die betroffene Person von einem/einer zuständigen Case ManagerIn der Krankenversicherung kontaktiert und gemeinsam werden dann medizinische Maßnahmen festgelegt um das Ziel der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu erreichen.

Es besteht für die Anspruchsberechtigten eine Verpflichtung an der Umsetzung der medizinischen Maßnahmen mitzuwirken. (Steirische Gebietskrankenkasse, 2015) Der Pensionsversicherungsträger kann bei nicht ausreichender Mitarbeit der/des Versicherten das Rehabilitationsgeld entziehen. (Tiroler Gebietskrankenkasse, o.J.) Einmal jährlich wird das weitere Vorliegen der vorübergehenden Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit im Kompetenzzentrum Begut-Pensionsversicherungsanstalt überprüft. (Steirische achtung der Gebietskrankenkasse, 2015)

4.5.6 Berufliche Rehabilitation und Umschulungsgeld

Bei der beruflichen Rehabilitation ist das Ziel erkrankte Versicherte wieder in der Arbeitswelt zu integrieren. Diese Maßnahme wird vom Arbeitsmarktservice durchgeführt. Bei Vorliegen der Voraussetzungen hat der/die Versicherte einen Rechtsanspruch auf diese Maßnahmen. Es muss laut Regeln des ASVG eine mindestens sechs Monatige Invalidität oder Berufsunfähigkeit vorliegen. Mit dem Prinzip "Rehabilitation vor Pension" soll Invalidität, Berufsunfähigkeit vermieden oder durchbrochen werden.

Personen, die sich dieser beruflichen Rehabilitation unterziehen, haben für die Fortdauer dieser Rehabilitation die Möglichkeit Umschulungsgeld vom Arbeitsmarkservice zu bekommen. Der/die Betroffene ist zur aktiven Mitwirkung bei der beruflichen Rehabilitation verpflichtet, sonst verliert er/sie den Anspruch auf die Geldleistung. Dabei genießten die/der Betroffene Berufsschutz. Damit ist es ist nicht erlaubt, dass sie auf Arbeiten umgeschult werden, welche keine äquivalente Ausbildung vorsieht. Sollte kein Berufsschutz bestehen, sind Schritte der beruflichen Rehabilitation nicht möglich. (Stocker, 2014)

Das vorrangige Ziel all dieser Maßnahmen ist es, Erwerbsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit oder Invalidität zu vermeiden, oder wo bereits eingetreten, zu beseitigen. Das weitere Ziel ist es, diese Beschäftigten wieder in den Arbeitsmarkt zu integrieren. (Pensionsversicherungsanstalt, 2015)

4.6 Kosten durch Arbeitsunfähigkeit

Krankheit ist nicht nur für die Beschäftigten ein medizinisches Problem, sondern auch ein finanzielles Problem. Mit Andauern des Krankenstandes kommt es zu wesentlichen Einkommensverlusten. Zusätzlich kommt noch die Sorge um die Karriere und den Arbeitsplatz hinzu. (Leoni, 2014, S. IV) Auch für den Betrieb und die gesamte Volkswirtschaft kommt es durch Krankenstände zu finanziellen Verlusten. (ebenda)

Der Fehlzeitenreport des WIFO vom Jahr 2014 beziffert die volkswirtschaftlichen Kosten, die durch Arbeitsunfähigkeit infolge Unfällen und Krankheiten unselbständig Beschäftigter entstehen. Die Volks- und betriebswirtschaftliche Kosten aus Entgeltfortzahlungen sowie Krankengeld (direkte Kosten) und Wertschöpfungsverluste (indirekte Kosten) belaufen sich dabei auf 8,65 Mrd. Euro, das sind bis zu 2,7% des österreichischen BIP (Leoni, 2014, S. IV). Für dafür notwendige Gesundheitsausgaben, die sich aus direkten öffentlichen und direkten privaten Kosten zusammensetzen, entstehen zusätzliche Ausgaben von 7,78 Mrd. Euro oder 2,5% des österreichischen BIP. (ebenda)

Die Kosten von Arbeitsunfähigkeit können mit Hilfe eines BEM durch den Rückgang der Krankenstände und der Krankenstandsdauer reduziert werden. (ebenda, S. V) In Kombination mit einem BGM können sich die Kosten für die Volkswirtschaft und den Betrieb noch weiter reduzieren. Laut Leoni waren 2012 ungefähr 145.000 männliche Arbeitnehmer unter 65 und circa 64.000 weibliche unter 60 Jahren Pensionsbezieher wegen geminderter Arbeitsfähigkeit oder wegen Erwerbsunfähigkeit. Dadurch entstehen Kosten für Invaliditätspension von 3,2 Mrd. Euro. (ebenda)

Kommt es infolge einer fundierten betrieblicher Gesundheitsförderung und einer zusätzlichen frühzeitigeren Wiedereingliederung von Beschäftigten nach Langzeitkrankenständen können sich die oben angeführten Volkswirtschaftlichen Kosten deutlich reduzieren.

4.7 Fatale Folgen des Langzeitkrankenstandes

Ein langer Krankenstand einer/eines Beschäftigten hat nicht nur hohe finanzielle Belastungen für die/den betroffeneN BeschäftigteN, den Betrieb und die gesamte Volkswirtschaft zur Folge, sondern noch weitere negative Faktoren kommen dabei zum Tragen.

Mit der erhöhten Dauer eines Krankenstandes geht eine erhöhte Gefährdung durch Arbeitslosigkeit einher. Beschäftigte, die lange Zeit im Krankenstand sind, haben ein erhöhtes Risiko durch die/den ArbeitgeberIn gekündigt zu werden. (Kloimüller, 2015 A) Für den Betrieb kommt es durch das Fehlen der erkrankten Person zu Belastungen durch die anstehende Krankengeldzahlung und durch den Verlust der Arbeitskraft der/des erkrankten Beschäftigten. Eine Zeit lang ist es innerbetrieblich möglich, dass MitarbeiterInnen diesen Arbeitskraftverlust ausgleichen können, jedoch ist das nur auf kurze Dauer möglich. Werden die MitarbeiterInnen durch die außerplanmäßige Zusatzarbeit zu lange belastet, droht ihnen Überlastung. (Blei, 2016)

Für die Betriebe kommt es durch den Krankheitsbedingten Ausfall ihrer Beschäftigten zu einem spürbaren Verlust an Fachkräften mit dem damit verbundenen Verlust an Fachwissen. Dieser Fachkräftemangel wird für spezialisierte Betriebe in den letzten Jahren immer spürbarer. (Blei, 2016)

In der Statistik zur Arbeitsmarktlage vom Dezember 2014 des Arbeitsmarktservice Österreich (AMS) zeigt sich eine Zunahme der Arbeitslosen in der Gruppe der Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen von 13,8% gegenüber dem Vorjahr. In der Gruppe der Arbeitslosen ohne gesundheitliche Einschränkung kommt es im selben Beobachtungszeitraum lediglich zu einer Steigerung von 8,0%. (Grieger, 2015)

Durch eine krankheitsbedingte Kündigung kommt es dann in Folge nicht nur zu einer Kostenzunahme bei den Sozialversicherungsträgern wegen der Zahlung von Arbeitslosengeld, sondern auch gehäuft zu einem vorzeitigen Antrag auf Pensionierung wegen der gesundheitlichen Beeinträchtigung. Um diese Kosten in den Griff zu bekommen, ist der Staat an der Gesundheitsprävention und der betriebliche Wiedereingliederung sehr interessiert. (Kloimüller, 2015 B)

5 Bestandteile des betrieblichen Gesundheitsmanagements in Österreich

Die Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Mitarbeiter ist in der heutigen Zeit zu einer wichtigen Aufgabe eines Betriebes geworden. Zählen doch die MitarbeiterInnen zu den wichtigsten betrieblichen Ressourcen für einen Betrieb.

Durch die demografische Entwicklung kommt es heute und auch in Zukunft (siehe Abbildung 8: Bevölkerungspyramide 2013, 2030, 2060, Bevölkerungsprognose 2013 (Statistik Austria, 2015, S. 33)) zu einer Zunahme von älteren Beschäftigten im Arbeitsprozess. (Statistik Austria, 2015)

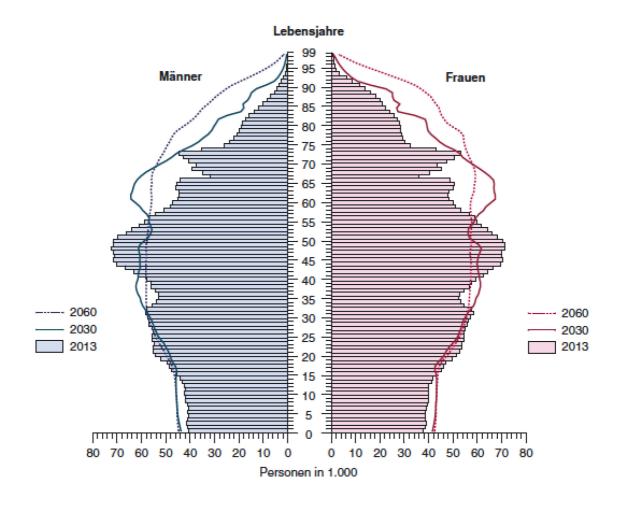


Abbildung 8: Bevölkerungspyramide 2013, 2030, 2060, Bevölkerungsprognose 2013 (Statistik Austria, 2015, S. 33)

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) besteht aus einem Paket von Gesundheitsmaßnahmen und Elementen der Organisationsentwicklung. Neben den

arbeitsmedizinischen Bereichen wie Arbeitsschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung, Betriebliches Eingliederungsmanagement spielen auch die Bereiche Unternehmenspolitik, Führung, Arbeitsgestaltung, Beteiligung der MitarbeiterInnen an Gremien zur betrieblichen Gesundheit eine wichtige Rolle.

Im BGM wird Personal für das Thema Gesundheit sensibilisiert, Führungskräfte und MitarbeiterInnen zu gesundheitsförderlichen Verhalten befähigt und Eigenverantwortung wird gestärkt. In der Organisation entwickeln sich gesundheitsförderliche betriebliche Rahmenbedingungen. Das Thema Gesundheit wird in allen Strukturen und Prozessen der Organisation berücksichtigt. Damit kommt es zu einer gesundheitsförderlichen Gestaltung von Arbeit und Organisation gleichzeitig.

Ziel ist es vorbeugend Krankheiten und Unfälle am Arbeitsplatz zu vermeiden, die Gesundheit zu verbessern und zu stärken aber auch verunfallte oder erkrankte MitarbeiterInnen in ihr Arbeitsumfeld wieder rasch einzugliedern. Die organisatorischen Strukturen des BGM können ebenso in allen Bereichen wie zum Beispiel dem BEM verwendet werden. Es ist sogar für die Akzeptanz bei der Einführung neuer Gesundheitsstrukturen hilfreich, auf für die Beschäftigten bereits bekannte und akzeptierte Strukturen zurückzugreifen.

Aus diesem Grund wird in diesem Kapitel genauer auf die Strukturen und die Organisation des BGM eingegangen, da sie bei der Implementierung eines BEM eine wesentliche Rolle spielen.

Das Betriebliches Gesundheitsmanagement beschäftigt sich mit allen drei Ebenen der Prävention um Gesundheit zu erhalten, gesundheitliche Schäden frühzeitig zu erkennen und Folgeschäden zu verhindern.

Zur **Primärprevention** rechnet man Arbeitsschutz und Gesundheitsfördernd (Giesert & Wendt-Danigel, 2011, S. 13) Primärprävention setzt vor Entstehung einer Krankheit an und zielt darauf ab, eine Erkrankung von vornherein zu verhindern. Die Primärprävention richtet sich an Gesunde und Personen ohne Krankheitssymptome. Beispiele für Primärprävention sind betriebliche Maßnahmen zur Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung oder Ergonomie.

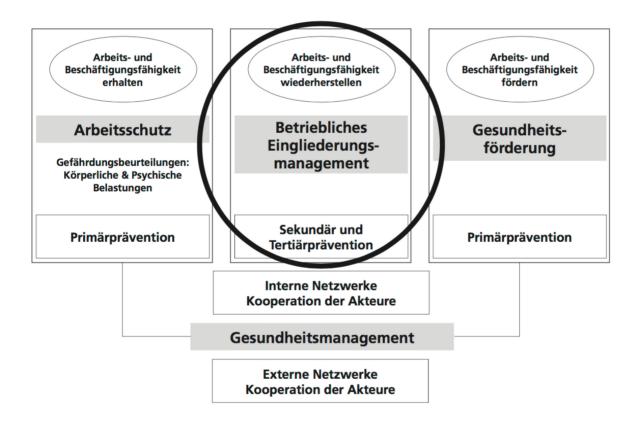


Abbildung 9: "Eingliederungsmanagement als Teil der Gesundheitspolitik im Betrieb" (Giesert & Wendt-Danigel, 2011, S. 13)

Die **Sekundär- und Tertiärprevention** im Bereich der Gesundheitspolitik im Unternehmen wird durch das Betriebliche Eingliederungsmanagement erfüllt. (ebenda) Sekundärprävention dient der Früherkennung von Krankheiten und der Verhinderung ihrer Progredienz. Sie setzt im Frühstadium einer Krankheit an. Tertiärprävention findet nach einer Behandlung einer Erkrankung statt. Hierbei sollen Rückfälle und das Auftreten von Folgeschäden verhindert werden.

Der folgende Abschnitt gibt einen genaueren Überblick über diese verschiedenen Bestandteile des betrieblichen Gesundheitsmanagements.

5.1 ArbeitnehmerInnenschutz als Bestandteile des BGM

ArbeitnehmerInnenschutz stellt einen Bereich der Primärprevention des betrieblichen Gesundheitsmanagements dar.

Unter ArbeitnehmerInnenschutz werden alle Maßnahmen und Methoden zum Schutz der Beschäftigten vor arbeitsbedingter Gefährdung der Gesundheit zu-

sammengefasst. Ziel ist es Arbeitsunfälle zu vermeiden, bzw. ihre Folgen zu verringern sowie gesundheitliche Beeinträchtigungen, die durch die Arbeit entstehen zu erkennen und abzustellen.

In Österreich ist der ArbeitnehmerInnenschutz gesetzlich durch das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG) geregelt. ArbeitgeberInnen sind darin zum ArbeitnehmerInnenschutz verpflichtet. Vom Gesetzgeber ist die Arbeitsinspektion als Behörde zur Überwachung der Einhaltung dieser Gesetze eingesetzt.

Durch die am 30. Mai 1972 erfolgte Verabschiedung des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes (BGBI. Nr. 234/1972) wurde ein neuer Standard des ArbeitnehmerInnenschutzes in Österreich gesetzlich eingeführt. Das Gesetz enthält Anforderungen und Maßnahmen zum Schutz der ArbeitnehmerInnen.

Seit Beitritt zur Europäischen Union im Jänner 1995 hat sich das österreichische ArbeitnehmerInnenschutzgesetz von 1972 an die Arbeitschutzvorschriften der Europäischen Union angeglichen. 1994 wurde das Bundesgesetz über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit (ArbeitnehmerInnenschutzgesetz - ASchG) vom Österreichischen Nationalrat beschlossen, das dann ab 1995 in Kraft getreten ist. (Bundeskanzleramt, 1994). Das ASchG ist die Umsetzung insbesondere der EG-Rahmenrichtlinie 89/391/EWG in das österreichische Recht. (Europäischen Union, 1989)

In Österreich ist die/der ArbeitgeberIn zum Arbeitsschutz gesetzlich verpflichtet. Als Experten/In kann die/der Arbeitgeber Präventivfachkräfte beschäftigen. Dazu zählen ArbeitsmedizinerInnen, ArbeitspsychologInnen und Sicherheitsfachkräfte. Sie haben gegenüber der/dem ArbeitgeberIn eine beratende Tätigkeit und sind für die Gefährdungsbeurteilung der Beschäftigten in Bereich physischer und psychischer Belastungen zuständig. Neben ArbeitgeberIn und Präventivfachkräften sind im österreichischen Arbeitnehmerschutz noch ein Arbeitsschutzausschuss, Sicherheitsvertrauensperson, Brandschutzbeauftragte, ErsthelferIn, der Betriebstrat und die ArbeitnehmerInnen am Prozess beteiligt.

5.2 Betriebliche Gesundheitsförderung als Bestandteile des BGM

Ziel der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) ist eine Humanisierung der Arbeit durch Schaffung von menschengerechten und menschenwürdigen Arbeitsplätzen sowie die Sicherstellung und Verbesserung der Gesundheit von Menschen die in einem Betrieb arbeiten. Diese moderne Unternehmensstrategie des BGF ist im wesentlichen als eine Organisationsentwicklungsstrategie zu verstehen, die modernen betriebswirtschaftlichen Tools wie Organisationsentwicklung, Projektmanagement, Qualitätszirkel, Moderatorentechniken und weitere Gruppenprozesse einsetzt. Deshalb ist BGF aus organisationsmedizinischer Sicht auch im Hinblick auf das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) von großem Interesse. Einige bereits oben angesprochene organisatorische Aspekte aus dem BGF können bei Einführung eines BEM in einem Betrieb verwendet werden. Da BGF bereits in Österreich und in Europa gut vernetzt ist, ist es auch für die Wiedereingliederung wichtig diese Partnerorganisationen zu kennen und die Netzwerke zu nützen, da man dort auch gute Informationen zum Bereich BEM direkt und indirekt finden kann

Deshalb wird dieser Abschnitt im Kapitel auch etwas ausführlicher behandelt um die Verbindungen mit dem BEM zu verdeutlichen.

5.2.1 Historische Entwicklung

Die Entwicklung der Gesundheitsförderung in Österreich ist durch die WHO "Deklaration von Alma-Ata" (WHO, 1978) im Jahr 1978 vorangetrieben worden. Ein weiterer Meilenstein hierzu wurde 1986 mit der "Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung" (WHO, 1986) gesetzt. Wesentliche Schwerpunkte darin sind Förderung der Fähigkeit der Menschen ihre Gesundheitspotential bestmöglich umzusetzen. Die Verantwortung dabei obliegt nicht nur dem Gesundheitsbereich, sondern bei allen Politikbereichen. Ziel ist nicht nur die Entwicklung von einer gesünderen Lebensweise, sondern die Förderung von einem umfassenden Wohlbefinden darüber hinaus.

Durch den Beitritt zur Europäischen Union im Jänner 1995 ist die Entwicklung der

Gesundheitsförderung im betrieblichen Bereich dann weiter beschleunigt worden. Durch zwei Faktoren wird die Grundlage für die derzeitigen europäischen Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung gebildet. Zum einen hat EU-Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz (Richtlinie 89/391/EWG des Rates vom 12. Juni 1989 über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit) eine Verbesserung des bisherigen Arbeitsschutzes in Gesetzgebung und Praxis eröffnet. (Europäische Kommission, 1989) Zum anderen werden Betriebe in die öffentliche Gesundheitsvorsorge mit einbezogen. Die Europäische Union sieht ihren zukünftigen Erfolg in sozialer und ökonomischer Hinsicht in der Gesundheit und Qualifikation ihrer Arbeitskräfte. Die Europäische Kommission hat 1996 aus diesem Grund eine Initiative zur Gründung des Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung (European Network for Workplace Health Promotion -ENWHP) ins Leben gerufen. Organisationen aus den verschiedenen Mitgliedsländern sind Mitglieder dieses Netzwerkes. Durch einen kontinuierlichen Erfahrungsaustausch zwischen diesen nationalen Organisationen können ausgezeichnete Modelle der Betrieblichen Gesundheitsförderung identifiziert und weiterverbreitet werden. (European Network For Workplace Health Promotion, 1996)

5.2.2 Implementierung der Gesundheitsförderung in Österreich

Mit dem vom Parlament 1998 beschlossene **Gesundheitsförderungsgesetz (GfG)**, legt Österreich eine gesetzliche Grundlage für einen wirksameren Aufbau und Etablierung der Gesundheitsförderung und Prävention fest. (Bundeskanzleramt, 1998)

Die gesetzlichen Grundlagen für Qualität von Gesundheitsleistungen wurden in Österreich mit dem **Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG)** im Dezember 2004 geschaffen. Die Prinzipien dieses Gesetzes sind Patienten- und Patientinnenorientierung, Transparenz, Effizienz, Effektivität und Patientlnnensicherheit. (Bundeskanzleramt, 2004)

Die Aufgabe zur Steuerung der Gesundheitsförderung in Österreich wurde dem Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), der seit August 2006 ein Teil der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) ist, übertragen. (Bundesministerium für Gesundheit ,

o.J.) Die GÖG ist die zentrale Einrichtung in Österreich für den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention und wurde als Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen geschaffen. (ebenda)

Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (OÖGKK) entwickelte sich als österreichische Kontaktstelle für das Europäische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung. Modellprojekte werden von der Abteilung für Gesundheitsförderung und Vorsorgemedizin der OÖGKK entwickelt. (Bundesministerium für Gesundheit, 2012) Weiters regelt diese Abteilung den Erfahrungs- und Informationsaustausch mit verschiedenen nationalen und internationalen Organisationen und Betrieben. Im Netzwerk mit den europäischen Partnerorganisationen werden laufend Qualitätskriterien erarbeitet und gute Praxisbeispiele (models of best practice) gesammelt, um Betriebe in ihrer betrieblichen Gesundheitsförderungsaktivität zu unterstützen. (OÖGKK, 2015)

Das Österreichisches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF) wurde im Jahre 2000 gegründet. Die zentrale Koordination dieses Netzwerkes wird von der OÖGKK durchgeführt. Die regionale Unterstützung erfolgt mit Hilfe der lokalen Zentren, die vorwiegend bei Krankenversicherungsträgern angesiedelt sind. Unterstützende Partner des ÖNBGF sind die Wirtschaftskammer, die Industriellenvereinigung, die Arbeiterkammer, der ÖGB, der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, die AUVA, die VAEB, die BVA und die SVA. (Bundesministerium für Gesundheit, 2012)

5.2.3 BGF als Organisationsentwicklung

Die Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung sollen idealerweise in eine Projektorganisation integriert werden. (Kohlbacher & Meggeneder, 2006) Dies ist besonders aus organisationsmedizinischer Sicht von großem Interesse, denn es ist wissenschaftlich erwiesen, dass durch Anwendung der Projektorganisation eine wesentlich größere Erfolgsaussicht für das Projekt zu erwarten ist (Kloimüller, 2015 B). Die im folgendem Abschnitt beschriebene Projektstruktur des BGF kann auch in leicht abgewandelter Form in einem BEM Projekt verwendet werden.

Die Zeitspanne für ein gesamtes BGF Projekt ist sehr stark von der Unterneh-

mensgröße abhängig. Laut Nöstlinger wird ein Zeitraum von 18 bis 24 Monate als typisch angegeben. (Nöstlinger, 2006, S. 299) Die Schematische Darstellung eines BGF Projektes wird in Abbildung 10 dargestellt und im folgenden Abschnitt beschrieben.

Der Start eines BGF Projektes beginnt mit einer Analysephase um Hinweise auf salutogene (gesundheitsförderliche) und/oder pathogene Faktoren im Betrieb aufzuspüren. Diese Ist-Analyse der Gesundheitslage des Betriebes erfolgt oft in Form einer Krankenstandsauswertung, so wie sie z.B. in Österreich von der Gebietskrankenkasse für Betriebe ab 50 Mitarbeiter angeboten wird. (Netzwerk BGF, 2015) Durch die Auswertung von firmenbezogenen Krankenstandsdaten können krankmachende Faktoren im Betrieb sehr gut analysiert werden. Weiters kann eine Analyse mittels schriftlicher MitarbeiterInnenbefragung durchgeführt werden. (Hirtenlehner & Pillwein, 2006) Ein weiterer Zugangsweg zur Ist-Analyse kann durch Arbeitsanalysen, Managementbefragung, Fokusgruppen oder Gesundheitskonferenzen gewonnen werden. Diese Analysen bilden die Grundlage für die Planung von Maßnahmen und für den Gesundheitsbericht. (Scharinger 2009, S.33) Dieser Gesundheitsbericht ist ein wichtiger Meilenstein zur laufenden Selbstbeobachtung und Selbststeuerung des Betriebes im Bereich Gesundheit. In weiterer Folge dient der Bericht der Information der Belegschaft über den Stand der Gesundheit im Betrieb.

Der nächste Schritt der Projektorganisation betrifft die klare **Zielsetzung.** Die Zielsetzung ist wichtig für ein vielschichtiges und dynamisches Feld wie der Gesundheitsförderung. Dabei wird festgelegt, was bis wann in welchem Umfeld oder bei welcher Zielgruppe erreicht werden soll. Die Ziele bilden zugleich den Ausgangspunkt für die Wahl der geeigneten Maßnahmen und sollten in einer Zielvereinbarung schriftlich festgelegt werden. Dabei ist es wichtig die Projektziele während des Projekts nicht aus den Augen zu verlieren, jedoch können die Projektziele auch im Laufe des Projektes bewusst an neue Situationen angepasst werden. Gute Ziele im Projektmanagement sollten möglichst spezifisch, messbar, anspruchsvoll, realistisch und terminiert (smart) sein. (Dinkelmeyer, 2010, S. 264-265)

Zur **Planung** des Konzeptes ist die Bildung eines Gesundheitszirkels ein wichtiges Element. Diese Phase ist wichtig um erstens die MitarbeiterInnen direkt in das BGF Projekt einzubeziehen und zweitens sind die Beschäftigten ja selbst Exper-

tInnen für ihre jeweilige Arbeitssituation. (Hirtenlehner & Pillwein, 2006, S. 86) Auch können Probleme besser gelöst werden, wenn mehrere Beteiligte ihre Sichtweise, Kenntnisse und Erfahrungen aus ihrem Arbeitsbereich miteinander verknüpfen.



Abbildung 10: Das Fünf-Stufen Modell betrieblicher Gesundheitsförderung, Quelle eigene Darstellung, angelehnt an Nöstlinger 2006, S. 300

Nach der Planung folgt die **Umsetzungsphase**. Bei der Umsetzung der Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung werden laut Scharinger eine Mischung aus verhältnisorientierten und verhaltensorientierten Maßnahmen empfohlen. (Scharinger, 2009, p 62ff) Verhaltensprävention soll aber der Verhältnisprävention stets nachgeordnet werden. (Klotter, 1999)

Die Umsetzung und der Projektfortschritt sind anhand der Meilensteine regelmäßig zu überprüfen. Meilensteine reduzieren laut Gessler und Kaestner das Risiko von Fehlentwicklungen, da sie die Überwachung des Projektfortschritts unterstützen. (Gessler & Kaestner, 2011, S. 351)

Eine Gegenüberstellung möglicher Maßnahmen und Wirkungen der betrieblichen Gesundheitsförderung von Ulich findet sich in Tabelle 2.

Tabelle 2: Personenbezogene und bedingungsbezogene Interventionen

Betriebliche Gesundheitsförderung		
	Personenbezogene Interventionen =verhaltensorientiert	Bedingungsbezogene Interventionen = verhältnisorientiert
Bezogen auf	Einzelne Personen = individuumsorientiert	Arbeitssysteme und Personengruppen = strukturorientiert
Beispiele für Maß- nahmen	Rückenschule, Stress- immunisierungstraining	Vollständige Aufgaben, Gruppenarbeit, Arbeitszeitgestaltung
Wirkungsebene	Individuelles Verhalten	Organisationales, soziales und individuelles Verhalten
Personenbezogene Effekte	Gesundheit, Leistungs- fähigkeit	Positives Selbstwertgefühl, Kompetenz, Kohärenzerleben, Selbstwirksamkeit, Internale Kontrolle, Motivation, Gesundheit, Leistungsfähigkeit
Wirtschaftliche Effekte	Reduzierung krank- heitsbedingter Fehlzei- ten	Verbesserung von Produktivität, Qualität, Flexibilität und Innovati- onsfähigkeit, geringere Fehlzei- ten und Fluktuation
Effektdauer	Kurz- bis mittelfristig	Mittel- bis langfristig

Quelle: (Ulich, 2011)

Am Ende des Projektzyklus folgt die **Evaluierungsphase und Schlussbetrachtung** zur Qualitätssicherung und Erfolgskontrolle. Am Ende des Projektes muss eine Evaluierung der Gesundheitsförderungsmaßnahmen stehen um den gesundheitlichen Nutzen für die/den MitarbeiterInnen und den Nutzen für das Unterneh-

men zeigen und messen zu können. In diesem Prozess wird kontrolliert, ob die vereinbarten Ziele erreicht werden und ob unerwünschte Nebenwirkungen auftreten. Man darf allerdings nicht außer Acht lassen, dass gerade bei Gesundheitsförderprojekten eine kurzfristige Erfolgsbewertung oft zu früh erfolgt, noch bevor Ergebnisse zur vollen Entfaltung kommen. (Naidoo & Wills, 2003, S. 377 ff)

Das österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung empfiehlt zur Erfolgskontrolle eine zweite Gesundheitsbefragung sowie einer zweiten Krankenstandsanalyse nach Abschluss des Projektzyklus. Daraus kann ein Vergleich der ersten und der zweiten Untersuchung Aufschluss über die Veränderung der krankenstandsbedingeten Fehlzeiten im Betrieb und die Entwicklung des Empfindens der Belegschaft von Anforderungen, Belastungen und Gesundheitsressourcen im Unternehmen geben. (Nöstlinger, 2006, S. 309) Das Ergebnis dieser Erfolgsmessung fließt in den zweiten Gesundheitsbericht ein um die durch die Veränderungen erzielten Erfolge zu dokumentieren und der gesamten Belegschaft zugänglich zu machen. (vgl. ebenda) Am Ende des Projektzyklus ist es dann wichtig diese neuen betrieblichen Gesundheitsstandards fortzuführen und die Maßnahmen entsprechend anzupassen.

Ein paralleler Prozess während des gesamten BGF Projektzyklus ist ein begleitendes **internes und externes Marketing** (siehe Tabelle 3). Ziel ist es hierbei durch Kommunikation die Projektakzeptanz nach innen und außen zu stärken. Dabei ist es wichtig schon in der Planungsphase die Beschäftigten durch eine kontinuierliche Informationspolitik vom Nutzen des betrieblichen Gesundheitsförderungsprojektes zu überzeugen. Diese Informationsweitergabe soll sich über die gesamte Projektdauer erstrecken und auch die abschließende Erfolgsanalyse und den zweiten Gesundheitsbericht beinhalten.

Tabelle 3: Interne und externe Marketinginstrumente

Marketing Instrumente in der betrieblichen Gesundheitsförderung		
Internes Marketing	Externes Marketing	
 MitarbeiterInnenzeitung Schwarzes Brett Intranet Beilagen zu Lohn- oder Gehaltszettel Besprechungen/Betriebsversammlung Persönliche Informationen Projektfolder Plakate Brief an MitarbeiterInnen Events Preisausschreiben Interviews in Projektzeitung/Gesundheitsbericht 	Artikel/Berichte in Zeitschriften von: Berufsvereinigungen Gewerkschaften/AK WK/IV AUVA Newsletter der ÖKfBGF Fonds Gesundes Österreich Öffentlichkeitsarbeit Presseaussendungen Exklusivberichte Artikel in Gemeindezeitungen PR-Inserate	

Quelle: (Nöstlinger, 2006, S. 310)

Durch Kommunikation nach außen mittels Presseaussendungen kann das Unternehmen zusätzlich zur Imagepflege beitragen. (Nöstlinger, 2006, S. 309)

5.2.4 Die Akteure der BGF

Für ein erfolgreiches BGF Projekt ist es sehr wichtig alle Ebenen in einem Unternehmen in das Projekt einzubeziehen. Organisation, Kommunikation und Sozialbeziehungen zwischen allen Betroffenen müssen so gestaltet sein, dass neue Chancen zur besseren Bewältigung der betrieblichen Aufgaben entwickelt werden können.

Mit der Durchführung eines BGF Projektes wird meist absichtlich noch das Ziel verfolgt, eine Struktur im Unternehmen aufzubauen, um nach Ende des Projektes die Werkzeuge und Prozesse der BGF für den betrieblichen Alltag weiter verwenden zu können. Weitere Projekte wie zum Beispiel das BEM können diese Strukturen weiterverwenden.

- Projektsteuerungsgruppe (auch als Steuerungsgruppe oder Gesundheitsausschuss bezeichnet): Diese Gruppe plant, lenkt, dokumentiert und koordiniert die einzelnen Schritte und kontrolliert den Ablauf des Projektes. Sie trifft alle wichtigen Entscheidungen im Projekt. Die Gruppe wird von einer/einem ProjektleiterIn angeführt. Diese Person ist für die Administration, Vorbereitung der Sitzungen, die Dokumentation und einen reibungslosen Projektverlauf zuständig. Laut Nöstlinger ist die soziale Kompetenz der GruppenteilnehmerInnen neben ihrem Fachwissen von entscheidender Bedeutung für ein erfolgreiches Projekt. (Nöstlinger, 2006, S. 300ff) Um die nötigen Entscheidungsbefugnisse für die Projektgestaltung innezuhaben ist es wichtig, dass die Gruppe sehr hochrangig beschickt wird. Um alle Interessen vertreten zu können sollen TeilnehmerInnen aus einer/einem VertreterIn der Unternehmensleitung, der Personalabteilung, den Präventivkräften, und des Betriebsrates in der Projektsteuerungsgruppe vertreten sein. Optional kann bei Bedarf eine/ein externeR SpezialistIN hinzugezogen werden. Die Aufgabe der Projektsteuerungsgruppe ist die Planung, Steuerung und die Durchführung der Ist-Analyse mittels MitarbeiterInnenbefragung, MitarbeiterInnengespräch und Krankenstandsanalyse. Die Projektsteuerungsgruppe ist verantwortlich für die Erstellung des initialen Gesundheitsberichtes, der als Ausgangspunkt für das Projekt dient. In der Folge wird von der Projektsteuerungsgruppe das Konzept und das Ziel des Projektes formuliert. Der Gesundheitsbericht sowie das Projektkonzept und Projektziel dienen dann am Ende des Projektzyklus in der Evaluierungsphase als Messlatte ob die Ziele und Wirkungen die geplant waren auch erreicht worden sind.
- 2. Gesundheitszirkel: Nöstlinger bezeichnet den Gesundheitszirkel als das Kernelement der BGF. Es ist das wichtigste Instrument um die Belegschaft

am Projekt zu beteiligen. (Nöstlinger, 2006, S. 304f) Hier kann die Belegschaft aktiv in das Projekt als Experte ihres eigenen Arbeitsbereiches zum Gelingen beitragen. Die TeilnehmerInnen des Gesundheitszirkels beschäftigen sich mit den eigenen Arbeitsbedingungen und machen dazu Verbesserungsvorschläge. Sie tragen ihre Erfahrungen über technische und organisatorische Probleme sowie über soziale und psychische Belastungen ihrer Gesundheit zusammen. Gemeinsam werden diese Belastungen und Probleme dann analysieren. Der Gesundheitszirkel entwickeln im Anschluss dazu neue Lösungen und erarbeiten Vorschläge, wie diese in die Praxis umgesetzt werden können.

- 3. Geschäftsführung/Management: Für ein Gelingen des Projektes ist wichtig, dass Geschäftsführung und Management hinter dem Projekt stehen. Für diese Gruppe ist ein BGF Projekt ebenfalls eine Herausforderung, da sie in der Ist-Analyse bei der MitarbeiterInnenbefragung und Gesundheitsbefragung mit der betrieblichen Wirklichkeit konfrontiert werden und dabei mit Kritik auch umgehen müssen. Die Kompetenzen und Aufgaben können dabei gefährdet sein. Schwächen der Geschäftsführung und des Managements werden dabei aufgedeckt. (Netzwerk BGF, 2015) Ein hochrangiger Vertreter der Geschäftsführung und ein hochrangiger Vertreter des Personalmanagements sollen in der Projektsteuerungsgruppe vertreten sein. (Nöstlinger, 2006, S. 300f) Wenn der Projektzyklus abgeschlossen ist, ist es dann wichtig um Kontinuität zu gewährleisten die Geschäftsführung und das Management die Ergebnisse nachhaltig in das Managementsystem des Unternehmens integrieren. (Ropin, 2006, S. 95)
- 4. Präventivfachkraft (Arbeitspsychologe/In, Sicherheitsfachkraft, ArbeitsmedizinerIn): EinE VertreterIn der Präventivfachkräfte nimmt aktiv an der Projektsteuerungsgruppe teil. Aus der Studie von Stummer et al. geht hervor, dass mit über 70% die Initiative für Gesundheitsförderungsprojekte vom Betriebsarzt/Betriebsärztin bzw. ArbeitsmedizinerIn ausgeht. (Stummer, Nöhammer, Brauchle, & Schusterschitz, 2011, S. 78)
- 5. Betriebsrat: Der Betriebsrat ist wichtig um das interne Marketing für das

BGF Projekt voranzutreiben. Er nimmt in der Projektsteuerungsgruppe mit einem Vertreter aktiv am BGF-Projekt teil. Für die betriebliche Gesundheitsförderung wird eine Betriebsvereinbarung zwischen Geschäftsleitung und Betriebsrat zum Ziel der Gesundheitsförderung geschlossen. (Stummer, Nöhammer, Brauchle, & Schusterschitz, 2011, S. 76) Die Betriebsvereinbarung regelt unter anderem den Datenschutz, die Rechte des Betriebsrates bei der Mitwirkung im Projekt, sowie die Lösung von Meinungsverschiedenheiten im Projekt.

5.2.5 Probleme in der Umsetzung können zum Scheitern des Projektes führen

Eine repräsentative Studie zur Betrieblichen Gesundheitsförderung wurde 2011 von Stummer und Mitarbeitern (Stummer, Nöhammer, Brauchle, & Schusterschitz, 2011, S. 75ff) publiziert. Sie zeigt, dass BGF Projekte in Österreichs Betrieben durchgeführt werden, aber in Folge mangelnder Vorbereitung und Durchführung nicht so erfolgreich sind, wie sie eigentlich sein könnten.

Bei der Befragung wurden 500 der größten österreichischen Privatunternehmen und 103 öffentliche Betriebe kontaktiert. Der Rücklauf betrug 185 Fragebögen. (ebenda, 76) Umfassende Betriebsvereinbarungen zum Thema BGF gab es nur in zwei von 75 Fällen. Der Rest der Betriebsvereinbarungen beschäftigte sich mit dem Umgang mit Drogen und Suchtverhalten im Betrieb oder mit spezifischen betrieblichen Gefahren. (ebenda, 77) Zum Thema Gesundheitszirkel kamen die Autoren zum Schluss, dass es nur bei 31% der befragten Unternehmen bereits funktionierende Gesundheitszirkel gab, bei 12% waren Gesundheitszirkel erst in der Planungsphase und noch nicht umgesetzt. (ebenda, 78)

Nöhammer und Mitarbeiter geben als mögliche Gründe für das Scheitern eines BFG Projektes fehlende Partizipation der MitarbeiterInnen im Rahmen des Gesundheitszirkels, fehlende interne Kommunikation, sowie Maßnahmen, die an der Zielgruppe vorbeigehen, können als Gründe an. (Nöhammer, Eitzinger, Schaffenrath-Resi, & Stummer, 2009) Zentrale Erfolgskriterien für ein BGF Projekte nennen sie die positive Wahrnehmung und die Bewertung von BGF-Maßnahmen durch die Beschäftigten als Zielgruppe. Deshalb ist es wichtig, dass

sich die Angebote möglichst nach den Bedürfnissen und Wünsche der Beschäftigten richten. (ebenda, p. 77ff)

Im Anschluss wird die dritte Säule des modernen Betrieblichen Gesundheitsmanagements, das Betriebliche Eingliederungsmanagement, beschrieben. Viele der hier im Abschnitt der Betrieblichen Gesundheitsförderung beschriebenen Strukturen, Netzwerke, das interne- und externe Marketing und die Akteure im Betrieb spielen auch eine wichtige Rolle beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement. Auch die Methoden der Organisationsentwicklung aus der BGF können zur Einrichtung eines BEM in einem Betrieb verwendet werden. Das zeigt, dass sehr viele Strukturen aus dem BGM so sie bereits in einem Betrieb etabliert sind auch für andere Bereiche eingesetzt werden können.

5.3 Betriebliches Eingliederungsmanagement als Bestandteile des BGM

In diesem Kapitel wird der Begriff des Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) der Vollständigkeit halber kurz als Begriff erwähnt und beschrieben. Sehr ausführlich beschäftigt sich diese Master Thesis dann ab dem folgenden Kapitel mit diesem Thema.

BEM wird oft als die dritte Säule im betrieblichen Gesundheitsmanagement bezeichnet. Der Kern dieser dritten Säule ist es, erkrankte Mitarbeiter frühzeitig und mit Unterstützung des Betriebes in den Arbeitsprozess zu integrieren. Dabei ist es wichtig auf die gut funktionierende erste und zweite Säule des Gesundheitsmanagements aufzubauen. Die betrieblichen Strukturen des ArbeitnehmerInnenschutzes und der Betrieblichen Gesundheitsförderung sind dafür sehr wichtig und dienen als Grundlage für eine erfolgreiche Etablierung der dritten Säule, dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement. Durch eine Kooperation der Akteure und einer Nutzung der bereits etablierten internen Netzwerke kann ein umfassendes Gesundheitsmanagement geschaffen werden.

In den folgenden Kapiteln wird sehr detailliert auf das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) und den derzeitigen Stand in Österreich und Deutschland eingegangen.

6 Das Betriebliche Eingliederungsmanagement

In diesem Kapitel werden die Entwicklung, die gesetzlichen Regeln in Österreich und der Nutzen des BEM, sowie die derzeitigen Situation "Rehabilitation vor Pension" besprochen.

6.1 Entwicklung in Österreich

Angetrieben durch den demografischen Wandel und einer Reformierung des Pensionssystems ist seit den letzten Jahren eine erhöhte Notwendigkeit der Wiedereingliederung von erkrankten MitarbeiterInnen in Österreich erkannt worden.

In den Industrienationen und somit auch in Österreich kommt es zu einer deutlichen Zunahme des Alters der Bevölkerung. Grund hierfür sind ein Sinken der Geburtenrate, eine deutliche Erhöhung der Lebenserwartung und ein Älterwerden der geburtenstarken Jahrgänge. Diese Faktoren stellen die Sozialsysteme der betroffenen Länder vor große Herausforderungen.

So schreibt Hofmann 2004 in seiner Publikation, dass obwohl sich zahlenmäßig die erwerbstätige Bevölkerung in Österreich kaum ändern wird, sich die Altersstruktur in dieser Gruppe deutlich verändern wird (siehe Abbildung 8). 2004 waren die 24- bis 44-Jährigen der stärkste Anteil der erwerbstätigen Bevölkerung. (Hofmann, 2004, S. 19). Der Autor geht davon aus, dass sich die Perspektive in den kommenden Jahren deutlich verändern wird. Bis etwa 2035 wird es die Altersgruppe der 45- bis 65-Jährigen sein, die den Hauptteil der erwerbstätigen Bevölkerung ausmachen. Der Grund ist, dass infolge der geburtenschwachen Jahrgänge wenige junge Arbeitskräfte nachrücken werden. (ebenda)

Um dieser Herausforderung gerecht zu werden, muss die Politik über einen längeren aktiven Verbleib der Beschäftigten im Erwerbsleben entgegenwirken. Dies wird derzeit politisch durch ein Anheben des Pensionsantrittsalters versucht.

Auf der anderen Seite entstehen durch ein längeres Erwerbsleben eine Zunahme von körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen in dieser Personengruppe. Die Gefahr von krankheitsbedingtem Arbeitsverlust steigt. Die betriebliche Einglie-

derung stellt in diesem Zusammenhang eine wichtige Maßnahme dar, die betroffenen Beschäftigten wieder in die Arbeitswelt einzugliedern und länger im Berufsleben zu halten.

6.2 Gesetzliche Regeln in Österreich

In Österreich wurden bereits gesetzliche Bestimmungen zur Förderung und zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit geschaffen. In erster Linie zählen dazu das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG), das Arbeits- und Gesundheitsgesetz (AGG), sowie Regelungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation aus dem ASVG.

Das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz regelt im § 3 die allgemeinen Pflichten der Arbeitgeber. Darin werden sie verpflichtet für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der ArbeitnehmerInnen Sorge zu tragen. Im § 4, Absatz 2 des ASchG wird dann auch auf besonders gefährdete oder schutzbedürftige ArbeitnehmerInnen, wie zum Beispiel Personen nach einer länger bestehenden Erkrankung mit gesundheitlichen Einschränkungen zutrifft, eingegangen. Sie sind von der Arbeitgeberin / vom Arbeitgeber besonders zu berücksichtigen. Für den Bereich des BEM ist das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz allerdings wenig aussagekräftig, weil hierzu das ASchG zu wenig spezifiziert ist. (Kloimüller, 2015 A) Grundsätzlich ist in Österreich der Bund für den Arbeitsschutz zuständig. Einige Angelegenheiten werden aber von den Ländern geregelt. (Arbeitsinspektion, 2012) Der Tätigkeitsbereich ist im Arbeitsinspektionsgesetz geregelt. Die Arbeitsschutzvorschriften für Gemeindebedienstete und Landesbedienstete werden von den Ländern geregelt. (ebenda)

Das Arbeits- und Gesundheitsgesetz (AGG) wurde Ende 2010 im Parlament beschlossen und ist seit 1. Jänner 2011 wirksam. Ziel des Gesetzes ist die Arbeits- und Erwerbstätigkeit von sowohl erwerbstätigen Personen als auch arbeitslosen Personen langfristig zu erhalten. (Bundeskanzleramt, 2011) Ein großer Unterschied besteht hierbei zum deutschen System, da in Österreich auch erkrankte arbeitslose Personen Zugang zu Wiedereingliederung haben. Im Rahmen des AGG wurde ein flächendeckendes, niederschwelliges Informations- und Bera-

tungssystem geschaffen, um Menschen mit gesundheitlichen Problemen egal ob sie erwerbstätig oder arbeitslos sind zu unterstützen. Dabei sollen auch besonders Personen berücksichtigt werden, deren derzeitiger gesundheitlicher Zustand auf eine zukünftige gesundheitliche Erwerbsminderung schließen lässt. Im Zuge des AGG wurde das freiwillige Programm "fit2work Personenberatung" als Initiative der österreichischen Bundesregierung ins Leben gerufen, dass in staatlich finanzierten Beratungsstellen von regionalen Umsetzungspartnern durchgeführt wird. (fit2work, 2014) Zusätzlich wurde in diesem Zusammenhang auch ein freiwilliges Programm für Firmen - fit2work Betriebsberatung - geschaffen, um Strukturen zur Wiedereingliederung im Unternehmen einzurichten. Die Koordinierung von fit2work liegt beim Sozialministerium. (ebenda)

Die im AGG geforderte Schaffung des notwendigen Beratungs-, Unterstützungsund Informationsangebots für Einzelpersonen und Betriebe wird in einer dualen Form bewerkstelligt. Einerseits wird die erkrankte Einzelperson in Form eines Case-Managements unterstützt. Andererseits werden Betriebe bei der Schaffung von gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen gefördert um die Arbeitsfähigkeit ihrer MitarbeiterInnen zu verbessern und damit auch die Produktivität im Unternehmen nachhaltig zu sichern.

Auch das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) beschäftigt sich mit Förderung und zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit in Form der Regelung der medizinischen (§ 300 ASVG) und beruflichen Rehabilitation (§ 198 ASVG). Das generelle Ziel einer Rehabilitation ist es betroffenen Personen zu ermöglichen, dass sie möglichst ohne fremde Hilfe ein eigenständiges Leben führen und einen Beruf ausüben können. Zusätzlich werden dazu Fortbildung, Ausbildung und Umschulung ermöglicht. (Hauptverband der Sozialversicherungen, 2014) Auf Maßnahmen der Rehabilitation besteht kein Rechtsanspruch. (Pensionsversicherungsanstalt, 2015)

Die medizinische Rehabilitation hat zum Ziel nach einem Unfall oder einer Erkrankung die physische und psychische Leistungsfähigkeit wiederherzustellen. Sobald diese Maßnahmen abgeschlossen sind und im körperlichen und psychischen Bereich keine weiteren Verbesserungen zu erwarten sind kann die berufliche Rehabilitation angeschlossen werden. Der berufliche Rehabilitationsprozess baut auf einem bereits stabilen Gesundheitszustand auf. Hierbei steht die Förderung der Wiedereingliederung in den Arbeitsbereich im Fokus dieser Maßnahme. Dazu zählen Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme, Umschulung, Ausbildung und Fortbildung, aber auch Leistungen zur Erhaltung oder Anpassung eines Arbeitsplatzes, aber auch Adaptierungen eines bestehenden Arbeitsplatzes. (Bundesministerium für Gesundheit, 2016)

Berufliche Rehabilitation kann beansprucht werden von einem Unfallversicherungsträger bei einem Arbeitsunfall beziehungsweise bei einer Berufserkrankung oder ansonsten bei einem Pensionsversicherungsträger. Die zu erfolgenden Maßnahmen werden durch die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und die Pensionsversicherungsanstalt und dem Arbeitsmarktservice gewährleistet.

Das Bundessozialamt ist durch das **Behinderteneinstellungsgesetz (BEinstG)** an der beruflichen Rehabilitation durch Fördermaßnahmen für begünstigte Behinderte beteiligt. (Bundeskanzleramt , 2016)

6.3 Derzeitige Situation in Österreich - Rehabilitation vor Pension

Eine strukturierte Wiedereingliederung von Krankenstandsrückkehrern in den Betrieb nach einem Langzeitkrankenstand ist in Österreich derzeit noch eine Ausnahmeerscheinung. Gegenwärtig ist der Betrieb in Österreich nicht zu einem Eingliederungsmanagement verpflichtet. Im Einzelfall erfolgt die Eingliederung momentan im Rahmen der beruflichen Rehabilitation über Organisationen, die außerhalb des Betriebes stehen. Die Initiative geht meist durch den bereits gestellten Pensionsantrag aus oder von einzelnen Betroffenen selbst. Bisher gibt es nur wenige Betriebe die eine Eingliederung von sich aus durchführen. Die derzeitige Situation ist größtenteils vom Motto "Rehabilitation vor Pension" gekennzeichnet und setzt sehr spät an.

Historisch betrachtet wurde 1996 mit dem Strukturanpassungsgesetz der Anstoß zu dem Prinzip "Rehabilitation vor Pension" gegeben. So wird seither bei einem Antrag auf Pension wegen geminderter Erwerbsfähigkeit automatisch ein Antrag auf Rehabilitation gestellt. (Neumann & Koch, 2013) Für den Antragsteller besteht

Duldungs- und Mitwirkungspflicht. (ebenda, p. 114f) Das heißt die oder der Erkrankte muss alles Notwendige dazu beitragen, dass eine zumutbare Rehabilitation durchgeführt werden kann. Kommt es trotz zumutbaren Rehabilitationsmaßnahmen zu keiner Wiedereingliederung in den Beruf, so darf eine Invaliditätspension angetreten werden.

Jedoch ist es eigentlich bereits zu spät, wenn eine/ein erkrankteR ArbeitnehmerIn bereits an Pension denkt, mit einer Rehabilitation zu beginnen. (Kloimüller, 2015 A) Zu diesem Zeitpunkt hat sich die Person bereits geistig mit der Pension so auseinandergesetzt und das Schicksal hingenommen, dass die Rehabilitationsmaßnahmen nicht mehr wirklich greifen können. (Neumann & Koch, 2013) Deshalb wird die Rehabilitation immer mehr zeitlich "nach vorne" verlegt und soll idealerweise bereits im Betrieb ansetzen. Das ist ganz im Sinne der Prävention und Frühintervention zu sehen. (Höltl, 2016) Ziel ist es, bereits nach längeren Krankenständen in diesem Sinne mit Arbeitsplatzanpassungen, Änderungen der Arbeitsorganisation, Umschulung und/oder Zusatzqualifikationen die bisherige betriebliche Tätigkeit wieder aufnehmen zu können und ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Berufsleben frühzeitig zu verhindern. (Osterkorn, 2010)

Aktuell gibt es in Österreich ein breites Spektrum der Rückkehr aus einem längeren Krankenstand in den betrieblichen Alltag:

1. Der Einstieg in den beruflichen Alltag, so wie vor der Erkrankung ohne jegliche Berücksichtigung der vorhergehenden Erkrankung. Dieser Weg ist für die/den Betroffenen meist sehr schwierig. Nach einem langen Krankenstand haben sich die Betroffenen geistig von der Arbeitsstelle bereits distanziert, weil die Krankheit oder die Verletzung in den letzten Monaten im Mittelpunkt gestanden ist. Betroffene wissen gar nicht, was in der Zwischenzeit im Betrieb passiert ist, wer ihre Arbeit mittlerweile gemacht hat, wie die KollegInnen und die/der Vorgesetzte auf die Rückkehr reagieren. (Höltl, 2015) All das macht die Rückkehr mit Zunahme der Krankenstandsdauer immer schwieriger und schwieriger. Die Schwellenangst kann die/der Betroffene dann ohne Hilfe kaum bewältigen. Diese Situation kann zu einem Teufelskreis führen. Die Betroffenen beginnen dann möglicherweise ihre Rückkehrprobleme und den damit verbundenen Stress zu somatisieren und finden sich dann in der nächsten Krankheit, die noch tiefer in die Ab-

- wärtsspirale hineinführt.
- Eingliederung in den Betrieb nach Beendigung des Krankenstandes mit erleichterten Aufgaben. Eine Arbeitserleichterung kann mit Sicherheit zu einer frühzeitigen Rückkehr aus dem Krankenstand führen, weil die reduzierte Beanspruchung in den ersten Wochen der Wiedereingliederung den Genesungsvorgang positiv unterstützt.
- 3. Wie in Punkt 2 jedoch mit zusätzlicher Reduktion der Arbeitszeit für einen definierten Zeitraum. Kommt es zusätzlich zu einer temporären Reduktion der Arbeitszeit, so kann die/der Betroffene bei gewissen Umständen besser an die Belastungen der Arbeit schrittweise herangehen. Als Beispiel kann hier ein Bandscheibenschaden im Bereich der Lendenwirbelsäule mit starken Schmerzen bei langem Sitzen angeführt werden. Kommt es da zu einer stufenweisen Erhöhung der Arbeitszeit nach der Therapie, kann sich die/der Betroffene langsam an die volle Belastung gewöhnen und muss nicht kurz nach der Behandlung die volle Belastung "stemmen".
- 4. Eingliederung mit angepasstem Arbeitsgebiet/Arbeitsauftrag und reduzierter Zahl an Arbeitsstunden für einen bestimmten Zeitraum mit vollem Bezug des Entgeltes. Kommt es zusätzlich während der Wiedereingliederung zu keinen Gehaltseinbußen, so wird seitens der/des Betroffenen öfter einer (frühzeitigen) Wiedereingliederung zugestimmt. Es gibt viele Betroffene, die sich eine Gehaltsreduktion während der Eingliederung finanziell nicht leisten können. (Höltl, 2016)

Derzeit ist es noch häufig so, dass die wiedereinzugliedernde Person den Prozess der Rückkehr in den Betrieb meist auf sich alleine gestellt durchläuft. Dann hängt es sehr von der Reaktion der/des Vorgesetzten und der ArbeitskollegInnen zu Beginn der Rückkehr ab, ob die Rückkehr aus einem längeren Krankenstand (über 42 Tage) erfolgreich verläuft oder nicht. Zumeist fehlen heute noch Integrationsteams, Eingliederungsbeauftragte oder Disability manager, die während der Wiedereingliederung den Prozess begleiten und Hilfestellung geben können. In vielen Betrieben in Österreich ist derzeit nicht einmal die/der ArbeitsmedizinerIn über die Rückkehr einer/eines Mitarbeiterin/Mitarbeiters aus dem Langzeitkrankenstand informiert. (Blei, 2016) Für die Rückkehrer kommt es aber beim Wiedereinstieg am Arbeitsplatz zu physischen und psychischen Beanspruchungen, wo eine Unter-

stützung für die Rückkehrer sehr vorteilhaft wäre.

Seit Ende des Jahres 2015 wird die Einführung eines Teil-Krankenstandes in Österreich von Politikern und Sozialpartnern immer häufiger diskutiert. Jedoch war es bisher nicht möglich, dass sich die Beteiligten auf ein gemeinsames Konzept geeinigt hätten. Da die Ausgaben für Krankengeld und Frühpensionierungen immer mehr steigen sind nun alle Beteiligten zur raschen Erstellung eines tragfähigen Konzeptes zur Einführung und Umsetzung eines Teil-Krankenstandes gezwungen. Hauptsächlich sind es laut Gesundheitsexperten zwei Gründe die die Kosten in diesem Bereich stark treiben. Erstens ist die Zunahme von älteren Mitarbeiterlnnen, die statistisch öfter erkranken und auch längere Krankenstände aufweisen und zweitens die Zunahme von psychischen Erkrankungen. Beide Faktoren führen zu enormen Mehrkosten im Bereich der Krankenversicherung und der Pensionsversicherung. (Von Borstel, 2015)

Der deutsche Gesundheitsexperte, Ferdinand M. Gerlach, Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in Deutschland, meint in einem Interview, dass durch die derzeitige "Alles-odernichts-Regelung" beim Krankenstand in Deutschland und in Österreich jemand als entweder vollkommen krank oder vollkommen gesund gilt. (Von Borstel, 2015) Auch er fordert für dieses Problem eine Anpassung in Form eines Teil-Krankenstandes, abhängig nach der Schwere der Erkrankung. Laut Gerlach könnte die/der behandelnde Ärztin/Arzt der/dem Patientin/Patienten wie bisher eine komplette Arbeitsunfähigkeit attestieren, aber auch eine Teil-Arbeitsunfähigkeit von 75, 50 oder 25 %. Die Arbeitszeit soll dann an die Teil-Arbeitsfähigkeit angepasst werden um den Wiedereinstieg in den Arbeitsalltag individuell für die/den Patientin/Patienten ermöglichen zu können. Diese Einstufung soll laut Gerlach ausschließlich zwischen BehandlerIn und Patientin/Patienten vereinbart werden. Die Personalkosten während der Wiedereingliederung sollen sich laut Gerlach die ArbeitgeberIn und die Krankenversicherung anteilsmäßig teilen. (ebenda)

Die selbe Meinung vertreten auch medizinische Experten in Österreich wie der Präsident der österreichischen Krebshilfe, Paul Sevelda. Er spricht in einem Interview in der österreichischen Tageszeitung, die Presse vom 9.12.2015, dass ein Teilzeit-Krankenstand aus seiner Sicht sehr wichtig ist für Patienten, die an lang-

wierigen Krankheiten wie Krebs oder psychischen Erkrankungen leiden. "Viele Patienten würden gerne nach erfolgter Therapie und Rehabilitation wieder arbeiten, schaffen aber noch nicht die volle Belastung. Ein Teilzeit-Krankenstand wäre dabei hilfreich, um so Schritt für Schritt in den beruflichen Alltag zurückzukehren" (Höller, 2015)

Am 29.02.2016 wurde von den beiden Regierungsparteien SPÖ und ÖVP ein Pensionsgipfel abgehalten. Das Resultat der Verhandlung wurde am 01.03.2016 im Ministerratsvortrag mit dem Titel "Reformpfad Pension" zusammengefasst. (Bundeskanzleramt, 2016) Das Sozialministerium hat angekündigt, dass der Gesetzesentwurf zur Umsetzung der Maßnahmen im Juli 2016 fertiggestellt sein wird. Das Dokument enthält auch wichtige Passsagen in Hinblick auf das Betriebliche Eingliederungsmanagement.

Im Papier schreiben die Regierungsparteien wörtlich: "Der Grundsatz Rehabilitation vor Pension ist ein zentraler Ansatz zur Steigerung des faktischen Pensionsantrittsalters. Nach zwei Jahren seit Inkrafttreten der Reformmaßnahmen zeigt sich jedoch, dass erheblicher Handlungsbedarf besteht, um die Wiedereingliederung von vorübergehend arbeitsunfähigen Menschen in den Arbeitsmarkt bestmöglich zu gewährleisten. Der Grundsatz Rehabilitation vor Pension soll daher effektiver gestaltet werden." (Bundeskanzleramt, 2016, S. 3f) Weiters schreiben die Autoren, dass der Schwerpunkt mehr "auf Festigung und Erhöhung der Beschäftigungsfähigkeit" gelegt wird. (ebenda, S. 3f) Durch möglichst frühzeitige Intervention soll bereits im Krankenstand ein Fortschreiten der Erkrankung vermieden werden. Es soll einen Bewusstseinswandel herbeigeführt werden. Bei der Rehabilitation soll die berufliche Tätigkeit im Zentrum stehen. In einem "Early Intervention-Modell" nach 28 Tagen Krankenstand soll demnach bereits im Krankenstand die/der Erkrankte zu einem Gespräch mit einem Case-Manager oder einem Kontrollarzt eingeladen werden um gemeinsam das weitere Vorgehen zu besprechen. (ebenda, S. 4ff)

Im Bericht wird die Rolle der ArbeitsmedizinerInnen hervorgehoben. Sie sollen bei der Wiedereingliederung im Betrieb eine wichtige Rolle übernehmen. (ebenda, S. 5) Als Teil der medizinischen Rehabilitation im Betrieb sollen Arbeitsversuche auf freiwilliger Basis noch vor Erreichen der normalen Arbeitsfähigkeit ermöglicht werden. (ebenda, S. 7)

Neue Methoden der Rehabilitation nach Vorbild der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (MBOR) aus Deutschland, sollen auch in Österreich geschaffen werden um in der medizinischen Rehabilitation den Beruf deutlich in den Mittelpunkt zu stellen. (ebenda, S. 7)

In den Betrieben selbst soll laut dem Papier des Bundeskanzleramts die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) deutlich mehr Fokus bekommen, um die Beschäftigten gesund zu erhalten. (ebenda, S. 8)

Die Regierungsparteien skizzieren in Dokument ein Wiedereingliederungsmodell, das eine rasche Rückkehr nach einem Krankenstand von mindestens sechs Wochen in den Betrieb ermöglichen soll. Die Eckpunkte darin sind (ebenda, S. 8f):

- Teilnahme ist für die/den Erkrankten freiwillig.
- Motivkündigungsschutz
- Vereinbarung zwischen Betrieb und Betroffenen über eine befristete Verkürzung der Arbeitszeit (zwischen 50 – 75% des bisherigen Arbeitsumfanges) für eine bestimmte Zeitdauer der Wiedereingliederung.
- Der Ablauf wird durch fit2work begleitet.
- Lohnkosten während der Eingliederung werden durch eine Sozialleistung, dem sogenannten "Wiedereingliederungsgeld", unterstützt.

Wie die oben angeführten Aktivitäten zeigen ist derzeit in Österreich ein deutlicher Umbruch im Bereich Wiedereingliederung zu spüren. Die Regierung, die Sozialpartner sowie Experten setzten sich mit dem Thema immer mehr auseinander. Es ist zu erwarten, dass in wenigen Monaten gesetzliche Regelungen erlassen werden, die eine rechtliche Grundlage zum Betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement in Österreich bilden werden.

6.4 Warum braucht man ein BEM

Mitarbeiter sind eines der wichtigsten Ressourcen in einem Betrieb. Das Wissen und das Können dieser Menschen ist für die Betriebe ein wichtiger Faktor um in der Wirtschaft konkurrenzfähig zu bleiben. Aber Wiedereingliederung ist nicht nur wichtig für den Betrieb, für das betroffene Individuum, sondern auch für die Gesellschaft allgemein.

Da der Betrieb ein wichtiges Setting für Gesundheit und Gesellschaft darstellt, ist es wichtig mit der Wiedereingliederung rechtzeitig anzufangen. (Dürr & Fürth, 2006, S. 103) Schon 1920 hat Kurt Lewin beschrieben, dass die Arbeit einen wichtigen Teil des Lebens ausmacht. Ebenso beschreibt Lewin, dass die Arbeit die Gesundheit innerhalb und außerhalb der Arbeitstätigkeit positiv aber auch negativ beeinflussen kann. Erwerbstätigkeit kann krank machen aber auch gesund. (ebenda) Deshalb ist es wichtig ein salugenetisches Arbeitsumfeld zu schaffen und erkrankte erwerbstätige frühzeitig in den Betrieb zu integrieren.

Es sind drei Ebenen von Betroffenen, die von einer Betrieblichen Eingliederungsmanagement profitieren können. Es sind das das Individuum, der Betrieb und die Gesellschaft.

6.4.1 Der Nutzen für das Individuum

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement erleichtert und beschleunigt den Einstieg der MitarbeiterInnen nach einer längeren Erkrankung. Die Arbeitsfähigkeit wird früher überwunden, einer erneuten Arbeitsunfähigkeit kann vorgebeugt werden und der Arbeitsplatz kann erhalten bleiben. Die Leistungsfähigkeit kann früher erreicht werden.

Eine Verbesserung des Wohlbefindens und eine Steigerung des Selbstwertgefühles des Individuums durch eine raschere Rückkehr aus einem Langzeitkrankenstand lassen sich mittlerweile wissenschaftlich gut belegen. (Prümper & Reuter, 2015, S. 16 ff) (Niehaus, Magin, Marfels, Vater, & Werkstetter, 2008, S. 84 ff) Dadurch wird auch der Leistungswille der/des Betroffenen gesteigert. Zugleich wird auch die Eigenverantwortung für den Arbeitsplatz, das Gesundheitsbewusstsein und die Motivation der MitarbeiterInnen verbessert. Somit kann für das Individuum nicht nur eine frühzeitige Verbesserung der Gesundheit, sondern auch eine Sicherung des Arbeitsplatzes und eine Stärkung des psychischen Befindens erzielt werden.

Nutznießer eines BEM kann aber nicht nur die/der Betroffene selbst sein, sondern auch deren/dessen ArbeitskollegInnen. Durch das krankheitsbedingte Fehlen einer/eines Beschäftigten, kommt es meist zu einer Mehrbelastung der anderen Be-

schäftigten, weil die fehlende Arbeitskraft kompensiert werden muss. Bei einer frühzeitigen Wiedereingliederung profitieren somit auch die anderen Beschäftigten im Betrieb durch eine gesteigerte Personalverfügbarkeit und gleichmäßigere Personalauslastung. (Dürr & Fürth, 2006, S. 108f)

6.4.2 Der Nutzen für den Betrieb

Durch ein erfolgreiches BEM profitiert der Betrieb, weil dieser seine wichtigste Ressource, die Beschäftigten, im Betrieb halten kann. Deshalb ist es für einen Betrieb wichtig, ihre Beschäftigten über das ganze Beschäftigungsleben möglichst gesund und motiviert zu erhalten. Für einen Betrieb bedeutet es einen hohen Aufwand qualifizierte Beschäftigte zu finden oder diese selbst zu qualifizieren. (Deutsche Rentenversicherung, 2016)

Durch eine Reduktion der Krankenstände kommt es zu einer Erhöhung der Produktivität und zu einer Steigerung der Effektivität für den Betrieb. (Dürr & Fürth, 2006, S. 109) Durch ein BEM können längere Ausfälle durch Arbeitsunfähigkeit vermindert werden und dem Betrieb bleiben auf lange Sicht Wissen und Qualifikation der/des Beschäftigten erhalten. (Deutsche Rentenversicherung, 2016) In der Folge spart sich der Betrieb Kosten im Bereich der Rekrutierung und Einarbeitung, weil die Fluktuation im Unternehmen durch ein BEM zurückgeht. (Dürr & Fürth, 2006)

Schon 1997 prägte Steven Hankins im Rahmen einer Studie für McKinsey den Begriff "war for talent". (Chambers, Foulon, Handfield-Jones, Hankin, & Michaels III, 2007) Gemeint ist damit der Kampf von Firmen um Nachwuchstalente. Durch zunehmenden Wettbewerb, dem demografischen Wandel, Zunahme der Arbeitsplätze im (wissensintensiven) Dienstleistungssektor, der Wertewandel mit dem Begriff "work life balance" und der Weiterentwicklung der Wissensgesellschaft kommt es zwischen den Firmen zu einem zunehmenden Konkurrenzkampf um Talente. Der Druck für Betriebe qualifiziere MitarbeiterInnen zu finden nimmt zu, denn nur diese Gruppe der MitarbeiterInnen kann für das Unternehmen bessere Arbeitsergebnisse erzielen und damit den Profit steigern. Ein Unternehmen das BEM anbietet und damit zeigt, dass es Wert auf die Gesundheit der MitarbeiterInnen legt, wird zu einem attraktiven Arbeitgeber. Dadurch kommt es zu einer Mag-

netwirkung (siehe Abbildung 12) auf Angestellte, ArbeiterInnen, KundInnen, InvestorInnen und die Öffentlichkeit. (Wiedmann, Fombrun, & van Riel, 2007) (Dürr & Fürth, 2006)

Wird durch ein BEM die allgemeine Gesundheit im Betrieb gestärkt ergibt sich daraus eine höhere Leistungsfähigkeit und ein gesteigerter Leistungswille, dann wirkt sich das auch positiv in der Qualität der Produkte und Dienstleistungen aus. (Dürr & Fürth, 2006, S. 109)

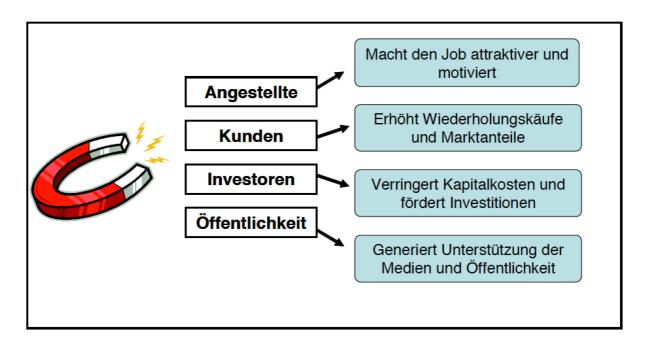


Abbildung 12: Magnetwirkung der Reputation (Wiedmann, Fombrun, & van Riel, 2007)

6.4.3 Der Nutzen für die Gesellschaft

Der Nutzen von Betrieblichen Wiedereingliederungsmaßnahmen für die Gesellschaft ist infolge der demographischen Alterung der Gesellschaft sehr erheblich.

Der Altersdurchschnitt der Beschäftigten steigt stetig an. Es kommen im Verhältnis weniger junge Arbeitskräfte nach (Siehe Abbildung 8). Daraus resultiert ein erhöhtes Durchschnittsalter der Beschäftigten und eine längere körperliche Belastung durch das längere Arbeitsleben. (Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger, 2015)

Bei Fehlen einer stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsbereich droht damit eine hohe Rate an Langzeitkrankenständen, Arbeitslosen und Frühpensionierungen mit enormen Kosten für die Gesellschaft. Diese Kosten können mit einem Betrieblichen Eingliederungsmanagement reduziert werden und stellen somit für die Gesellschaft eine wesentliche Entlastung dar.

In Zusammenwirken mit einem konsequenten Betrieblichen Gesundheitsmanagement kann die Situation noch zusätzlich deutlich verbessert werden (Dürr & Fürth, 2006, S. 108f) und damit eine weitrechenden Nutzen für die Gesellschaft bringen.

7 Organisationsentwicklung des BEM

Im folgenden Kapitel werden Prinzipien der Organisationsentwicklung und deren Einfluss auf den Wandel in einem Betrieb bei der Etablierung eines BEM beschrieben.

Aus organisationsmedizinischer Sicht ist der organisationstheoretische Konzept bei der Einführung eines BEM in eine Organisation von besonderem Interesse. Dazu sollen idealerweise Organisationsentwicklungsprozesse für die innerbetriebliche Veränderung genützt werden.

Natürlich könnte eine Organisation auf ein Problem (zum Beispiel das Ansteigen der Krankenstandszahlen etc.) ungeplant und intuitiv reagieren. Erfolgversprechender ist aber eine wissenschaftliche Herangehensweise an das Problem, mit einem methodischen Ansatz als Basis für Veränderung der Organisation und ihrer Mitarbeiter wie es die Organisationsentwicklung bietet.

Bei der Organisationsentwicklung geht es dabei um die wissenschaftliche Gestaltung und Entwicklung von Organisationen. Es werden dabei anerkannte und erprobte Methoden eingesetzt, die zu gezielten und geplanten Veränderungsprozessen in Organisationen führen. Ziel ist es dabei Abläufe und Strukturen der bestehenden Organisation durch Maßnahmen zu verbessern und die Arbeit für die Beschäftigten zu humanisieren. Durch Umgestaltung der Unternehmenskultur und durch die gleichzeitige Veränderung des individuellen Verhaltens wird gezielt ein systematischer Wandel im Unternehmen erreicht. (Schewe, o.J.) Der Wandel soll sich sowohl für das Individuum als auch für die Organisation lohnen. Somit stehen bei diesem Prozess Struktur, Aufgabe, Methode und Mensch gemeinsam und ganzheitlich im Fokus der Entwicklung. (Bruggmann, 2010, S. 17) Durch den ganzheitlichen Ansatz wird die gesamte Organisation einem Wandel unterzogen. (Niedl, 2015, S. 27) Diese Wandlungsprozesse werden mit sozialwissenschaftlichen Theorien erklärt. Im Sinne der Organisationsentwicklung sind Wandlungsprozesse in Betrieben wohl durchdacht und gezielt herbeigeführt. Die Arbeitsweise der Organisationsentwicklung bezieht sich nicht nur auf die Veränderung der Haltung der Organisationmitglieder sondern auch auf die Veränderung der Organisationsstruktur in einem Unternehmen. Diese Änderungen werden von ausgebildeten Spezialisten konzipiert und gesteuert. (ebenda)

7.1 Change-Management

Unter dem Begriff Change-Management oder Veränderungsmanagement lassen sich alle Aufgaben und Maßnahmen zusammenfassen, die eine bestimmte Veränderung in einem Unternehmen bewirken sollen. Das typische am Change-Management ist eine ständige Adaptation von Strategien und Strukturen eines Unternehmens an sich wandelnde äußere Einflüsse und Bedingungen.

Als Basis bei der Umsetzung des Veränderungsprozesses bedient sich die Organisationsentwicklung sieben sogenannter Basisprozesse nach Glasl. (Glasl, 2014)

- Diagnoseprozess: Standortbestimmung durch Analyse und Diagnose der aktuellen Ausgangslage (Ressourcen, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Widerstände, etc.). Wo liegt das Problem? Dadurch erfolgt die Bewusstseinsbildung. (ebenda)
- Soll-Entwurfsprozess: Überlegung über die Modellvorstellung der Zukunft.
 In dieser Phase, der Willensbildung, werden Ziele erarbeitet. Eine zukunftsorientierte Perspektive wird geschaffen. (ebenda)
- Psychosozialer Änderungsprozess: Durch ein Loslassen von alten Beziehungen, Rollen und Verhältnissen und dem sich Öffnen für neue Bedingungen kommt es für den Prozessablauf notwendigen emotionalen Veränderungen. (ebenda)
- 4. Lernprozess: Durch das Erwerben von neuem Wissen kommt es zur Entwicklung von neuen Fähigkeiten. (ebenda)
- Informationsprozess: Durch Information an die Beteiligten, damit die Mitarbeiter sich selbst ein Bild über das Projekt machen können. (ebenda) Dazu können innerbetriebliche Strukturen wie Betriebszeitungen, Intranet, Informationsveranstaltungen, etc. genützt werden.
- 6. Umsetzungsprozess: Die geplanten Veränderungen werden im Betrieb umgesetzt. (ebenda)
- 7. Management des Veränderungsprozesses: Vorbereiten, ausarbeiten, lenken, abstimmen, entscheiden und evaluieren aller einzelnen Schritte der

Veränderung. Steuergruppe, Projektorganisation etc. einrichten und mit notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen ausstatten. (ebenda)

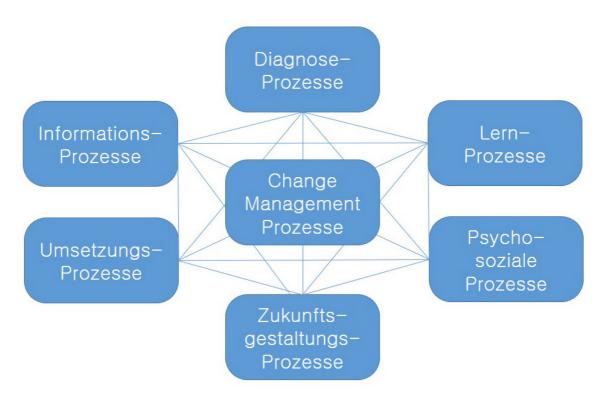


Abbildung 13: 7 Basisprozesse im Change-Management (Glasl, 2014)

Die Anwendung des Change-Managements bei der Einführung und Durchführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements ist ein wichtiges Tool und kann als Grundlage und Orientierungshilfe im Prozess dienen. Die sieben beschriebenen Prozesse stellen nicht etwa eine zeitliche Reihenfolge von Prozessschritten dar, sondern fließen vielmehr bei der Umsetzung ineinander (siehe Abbildung 13). Ebenso sind diese Prozesse wichtig für die Zieldefinition, Zielüberprüfung, Impulsentwicklung im Prozessverlauf und fungieren als Entscheidungsunterstützung.

7.2 Organisationsentwicklung nach dem Drei-Phasen-Modell nach Kurt Lewin

Der Name Kurt Lewin steht für ein einfaches Modell für soziale Veränderung in einer Gesellschaft, das aber auch gut bei der Organisationsentwicklung einsetzbar ist. Sein Modell stellt die erforderlichen Bedingungen dar, um erfolgreich eine Organisation zu verändern.

Wegen seiner Einfachheit ist es auch gut verständlich und das erleichtert dabei die Umsetzung. Das Drei-Phasen Modell ist kein statisches Modell, sondern entspricht einem dynamischen Prozess, der sich ständig der Situation anpasst und weiterentwickelt. Dieses Modell kann beim Aufbau und der Durchführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements eingesetzt werden.

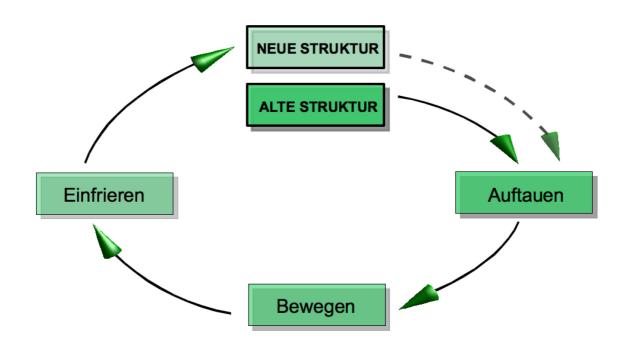


Abbildung 14 3-Phasen Modell von Lewin (Wikipedia, 2015)

Lewin geht in seinem Modell davon aus, dass Menschen, wenn sie etwas Neues erlernen wollen, sich zuerst von den alten Strukturen und Verhaltensweisen trennen müssen. Alte Strukturen sind aber zumeist bei Menschen tief verankert und mit Gewohnheit verbunden, auch wenn die Intelligenz den Vorteil der neuen Struk-

turen erkennt, ist es für den Menschen oft sehr schwierig und aufwändig sich von diesen gewohnten Strukturen leicht zu trennen. Es bedarf dazu einer Auftauphase (unfreezing) um sich durch Motivation, Analyse, Information und Diskussion zu einer Veränderung zu entschließen. (initio Organisationsberatung, o.J.) Durch diese Phase des Auftauens wird ein Veränderungsbewusstsein geschaffen, der die nächste Phase der Bewegung einleitet.

In der Bewegungsphase (changing) wird durch Lernen und Erprobung neues Verhalten ausprobiert. In dieser Phase findet der eigentliche Veränderungsprozess statt. (ebenda) Hier werden Problemlösungen entwickelt.

In der dritten Phase, dem Einfrieren (Refreezing) werden die neuen Strukturen bzw. das neue Verhalten stabilisiert. Der neue Gleichgewichtszustand wird dann durch Vernetzung in einen Bezugsrahmen (Organisation) verfestigt. (ebenda) Laut Lewin ist es sehr wichtig in der Phase des Refreezings nochmals Energie hineinzustecken um die Verfestigung abzusichern. Wird in dieser Phase zu wenig Energie aufgewendet, so kann es leicht zu einem Rückfall in alte Gewohnheiten kommen.

Will sich eine Organisation von der momentanen Stufe zu einer neuen Stufe begeben, so wird der Prozess neuerlich begonnen.

7.3 Der Deming Regelkreis

Zur Einführung und zur Stabilisierung eines BEM im Betrieb eignet sich der Deming Regelkreis der einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess darstellt. Um eine Veränderung in einer Organisation nachhaltig stabilisieren zu können wird in der Organisationsentwicklung dieser Regelkreis verwendet. Hier werden durch kleine, kontinuierliche Verbesserungen Prozesse systematisch verbessert. (Kostka & Kostka, 2011, S. 33ff) Dieser Prozess ist auch als PDCA-Zyklus bekannt. PDCA steht dabei für die englischen Begriffe Plan – Do – Check – Act. Durch die vier Teilschritte Planen, Durchführen, Überprüfen und Handeln wird ein kontinuierlich ablaufender Problemlösungsprozess beschrieben.

Am Beginn steht die Planungsphase. Wichtig ist es dabei eine Standortbestimmung durch eine Ist-Analyse zu machen. Hierbei wird das Problem klar formuliert, Ziele und Hindernisse definiert. Mögliche Maßnahmen werden dann fixiert und nach Prioritäten eingeteilt. (ebenda, p.34)

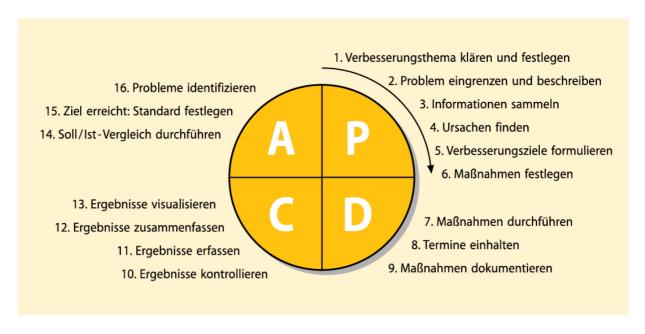


Abbildung 15 PDCA-Zyklus (Kostka & Kostka, 2011, S. 35)

In der Durchführungsphase werden Maßnahmen umgesetzt und dokumentiert. Bei Bedarf kann jederzeit in die Planungsphase zurückgekehrt werden um umfangreichere Informationen zu beschaffen. (ebenda, p.37)

In der Überprüfungsphase kommt es zu einer Prüfung der möglichen Auswirkungen der geplanten Maßnahmen. Ergebnisse werden erfasst, kontrolliert und zusammengefasst. Überprüfung ob die in der Planungsphase angestrebten Zeile erreicht wurden. Feststellung eventueller Abweichungen. (ebenda, p. 38)

In der Handlungsphase werden die vorangehenden Zyklusphasen noch einmal kritisch überprüft. Erfahrungen werden gesichert und erfolgreiche Ergebnisse werden standardisiert. (ebenda, p. 39)

Durch den ständigen Ablauf dieses PDCA-Zyklus kommt es zu einer immer fortschreitenden Verbesserung. Durch die Standardisierung der momentan erzielten Verbesserung wird die neu erreichte Entwicklung konsolidiert und dient als Ausgangspunkt für weitere Verbesserungen.

8 Organisation der Einführung

In diesem Kapitel werden die einzelnen Phasen der Projekteinführung in einen Betrieb konkret besprochen. Welche Akteure dabei eine wichtige Rolle spielen, wie man die Belegschaft über das Projekt informiert und wie man mit dem Datenschutz umgeht sind weitere Abschnitte dieses Kapitels.

8.1 Phasen der Einführung

Dieser Abschnitt beschreibt die wichtigen Phasen von der Entstehung des Projekts bis zum Ende der Einführungsphase und bespricht auch den Übergang in den betrieblichen Alltag.

Wie bei jedem großen Projekt ist auch beim BEM die Phase der Einführung von entscheidender Bedeutung für den weiteren Erfolg des Projektes. Beyer, Ihme und Wallmann regen in ihrer Publikation "Handlungsempfehlungen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement" an, ab einer Betriebsgröße über 200 Mitarbeitern ein BEM in Form eines Projektes unter Schaffung eines Integrationsteams in den Betrieb einzuführen. (Beyer, Ihme, & Wallmann, 2013, S. 48) Für kleinere Betriebe genügt es laut dieser Autoren nur bei Bedarf eine gut strukturiertes BEM, im Einzelfall unter Zuhilfenahme von kompetenten Partnern, in Anspruch zu nehmen. (ebenda, p. 48) In Deutschland sind diese externen Partner zum Beispiel Rehabilitationsträger, Reha-Kliniken, das Integrationsamt etc. In Österreich können für diese Leistungen Einrichtungen wie die Gebietskrankenkassen, fit2work, das Berufliche Bildungs- und Rehabilitationszentrum (BBRZ), das Bundessozialamt oder Berater der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) herangezogen werden.

8.1.1 Aufklärung, Sammlung von Informationen

Will ein Betrieb ein BEM einführen, so ist es sinnvoll, wenn sich ArbeitgeberInnen mit Unterstützung der Arbeitsmedizinerin/des Arbeitsmediziners und Betriebsrat über die gesetzlichen Grundlagen informieren. Das ArbeitnehmerInnenschutzge-

setz (ASchG), das Arbeits- und Gesundheitsgesetz (AGG), sowie Regelungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation aus dem ASVG und das Datenschutzgesetz sind dabei von Bedeutung. Die Schaffung einer Betriebsvereinbarung zwischen Arbeitgeberln und Betriebsrat ist zweckmäßig. (Höltl, 2016)

Danach ist es wichtig die Führungskräfte und die Belegschaft über das Projekt zu informieren. Diese Phase des Projektes ist von ganz entscheidender Bedeutung. Ein erfolgreiches BEM braucht Verständnis und Akzeptanz sowohl von Führungskräften, als auch von der Belegschaft. Diese Gruppen frühzeitig für das Projekt zu interessieren und von der Sinnhaftigkeit zu überzeugen ist ein wichtiger Meilenstein um ein BEM erfolgreich im Betrieb ein- und durchzuführen. (Kloimüller, 2015 B) (Beyer, Ihme, & Wallmann, 2013, S. 48f) Die Beschäftigten müssen dabei auch ausführlich über den Datenschutz und die Verwendung von Daten aufgeklärt werden. Das schafft Vertrauen und Akzeptanz. (Höltl, 2016)

Im Betrieb werden alle notwendigen Informationen für das Projekt zusammengetragen und gesammelt. Da sind betriebsinterne Informationen über Zuständigkeit, Strukturen und Prozesse. (Beyer, Ihme, & Wallmann, 2013) Weiters soll der Betrieb mit externen Partnern frühzeitig Kontakt aufnehmen um professionelle Unterstützung für das Projekt zu bekommen. Als Beispiel sind hier zu nennen: Gebietskrankenkassen, fit2work, Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum (BBRZ), das Bundessozialamt oder Pensionsversicherungsanstalt.

8.1.2 Auftragsklärung vor der Einführung

Es wird ein innerbetriebliches Projektteam (oder Steuergruppe) gegründet, dass das Projekt leitet und lenkt. Dazu wird mit dem Arbeitgeber geklärt, welche Personen diesem Projektteam angehören sollen. (Beyer, Ihme, & Wallmann, 2013) Diese Personen müssen die dafür notwendige Entscheidungsgewalt im Betrieb haben um Entscheidungen aus dem Projektteam dann durchzusetzen. (Höltl, 2015)

8.1.3 Projektorganisation

Die/Der ArbeitgeberIn ist für den gesamten BEM-Prozess letztverantwortlich. Die/Der ArbeitgeberIn setzt für die Projektorganisation und -begleitung ein Projektteam ein. Das Projektteam ist ein zentrales Element der Projektstruktur. Durch das Projektteam wird der Projektablauf gesteuert, die Gestaltung, das Verfahren sowie die Definition der Kriterien für den Betrieb festgelegt. Diese Vorgänge sollten so genau wie möglich für die speziellen Bedürfnisse des Betriebs und der Belegschaft abgestimmt werden. (Beyer, Ihme, & Wallmann, 2013) In regelmäßigen Abständen werden vom Projektteam Sitzungen abgehalten. (Kloimüller, 2015 A) Alle Führungskräfte im Betrieb erhalten Schulungen für die Umsetzung der Wiedereingliederung, da sie in der Umsetzungsphase eine Kernaufgabe haben. (Höltl, 2016) Zu Projektbeginn wird vom Projektteam ein Integrationsteam festgelegt, das dann die tatsächliche Wiedereingliederung durchführt.

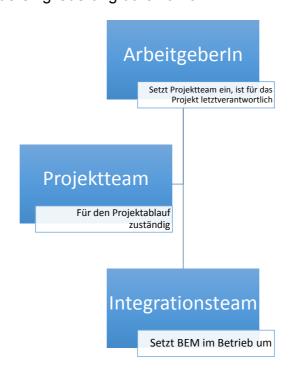


Abbildung 16: Aufbau der Projektorganisation

8.1.4 Projektbeginn

In einem Projekt-Kickoff wird das Projekt offiziell gestartet. Aus dem Integrationsteam wird die/der Integrationsbeauftragte als zentrale Ansprechperson gewählt oder bestimmt. Höltl hält die/den ArbeitsmedizinerIn für die bestgeeignetste Person für die Position der/des Integrationsbeauftragten im Betrieb. (Höltl, 2016) Die

Aufgabe des Integrationsteams ist jetzt die Wiedereingliederung von Mitarbeitern, die aus einem längeren Krankenstand wieder in den Betrieb zurückkommen. (fit2work, 2014) Die Mitglieder des Integrationsteams können sich bei Bedarf von externen Beratern, wie zum Beispiel fit2work, beraten und coachen lassen.

Die Namen der MitarbeiterInnen, die über eine vorher definierte Krankenstandsdauer hinaus erkrankt sind, werden von der Personalabteilung an das Integrationsteam gemeldet. Das Integrationsteam sendet einen Informationsbrief an die/den erkrankten Mitarbeiter und bietet ihr/ihm die Wiedereingliederung auf freiwilliger Basis an. Mit einem Erstgespräch wird dann der Prozess fortgesetzt.

Im Verlauf der Wiedereingliederung ist es wichtig unter Wahrung des Datenschutzes die Vorgänge und Probleme zu dokumentieren. (Beyer, Ihme, & Wallmann, 2013, S. 49)

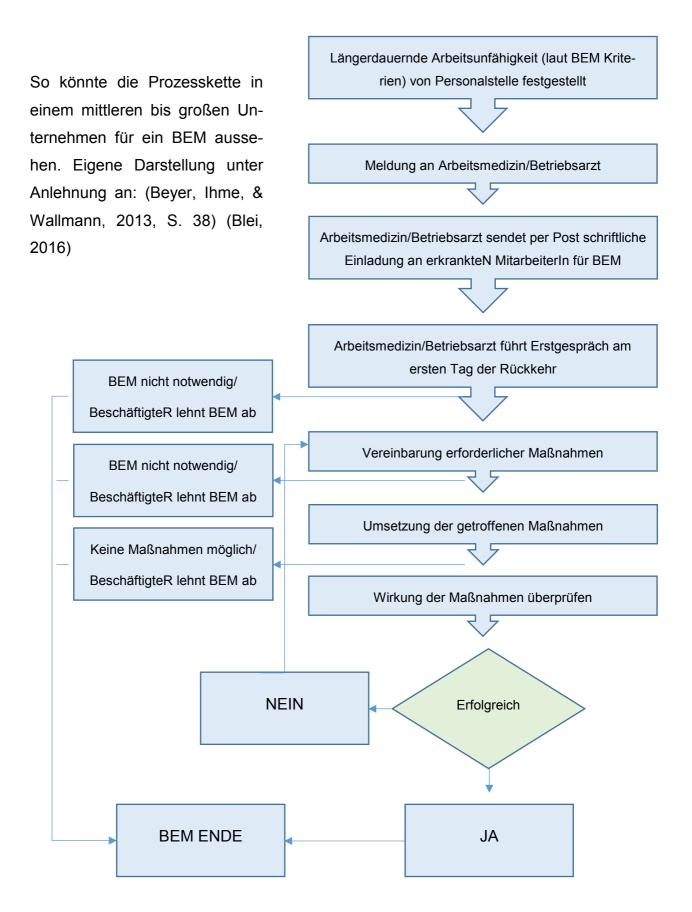
8.1.5 Zwischenbilanz der Einführung

Beyer und Mitarbeiter empfehlen nach einem zuvor definierten und ausreichend langen Zeitraum von mehr als einem halben Jahr eine erste Zwischenbilanz über das Projekt zu ziehen. Stärken und Schwächen können so analysiert werden und eine eventuelle Anpassung bei Bedarf erwogen werden. (Beyer, Ihme, & Wallmann, 2013, S. 49)

8.1.6 Überführung in die betriebliche Praxis

Ist die Einführungsphase abgeschlossen, so folgt die Überführung in die betriebliche Praxis. Die Wiedereingliederung wird zur betrieblich Praxis. Die Umsetzung wird den Mitarbeitern im Betrieb bekannt gemacht. Es ist weiterhin sinnvoll den Verlauf durch laufende Evaluierung zu monitieren und bei Bedarf unter Verwendung von Maßnahmen der Organisationsentwicklung Anpassungen zu machen.

8.2 Die Prozesskette im BEM



8.3 Umgang mit dem Datenschutz

Zur Wiedereingliederung von Personen an ihren Arbeitsplatz ist es unumgänglich personenbezogene Daten für den Prozess zu erheben und zu verwenden. Da es sich bei diesen Daten um sensible Daten handelt, muss im BEM der Datenschutz beachtet und eingehalten werden. Je konsequenter und sorgfältiger der Datenschutz in einem BEM Projekt gehandhabt wird und je transparenter diese Maßnahmen gegenüber den Beschäftigten kommuniziert werden, desto wahrscheinlicher ist es das Vertrauen der Beschäftigten für das BEM zu gewinnen. (Beyer, Ihme, & Wallmann, 2013, S. 31)

Dabei muss man beachten, dass es besser ist mit der Erhebung, der Verarbeitung und der Speicherung von sensiblen Daten so sparsam als möglich umzugehen. (ebenda) Beyer und Mitarbeiter empfehlen in ihren Handlungsleitlinien zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement, dass wegen der hohen Bedeutung des Datenschutzes es von Vorteil ist, dass der Datenschutz explizit in einer BEM Betriebsvereinbarung aufgenommen wird. (ebenda)

Die sensiblen Daten müssen getrennt von der Personalakte gespeichert werden. Nur die/der ArbeitsmedizinerIn erhält Zugang zu personenbezogenen medizinischen Diagnosen. (Höltl, 2015) Die/Der ArbeitsmedizinerIn hat durch den Beruf Erfahrung im Umgang mit sensiblen Daten, ist schon von Berufs wegen zur Schweigepflicht verpflichtet und hat auch die nötige Qualifikation diese medizinischen Diagnosen zu verstehen und dem Integrationsteam unter Einhaltung der Verschwiegenheitspflicht, die für die Wiedereingliederung nötigen Ratschläge zu geben. (ebenda) (Beyer, Ihme, & Wallmann, 2013, S. 31)

Sollte es für die Eingliederung erforderlich sein, dass das Integrationsteam über personenbezogene Daten, die nicht aus der Personalakte hervorgehen, oder sogar über die Art der Erkrankung Kenntnis haben muss, so geht das nur mit einer schriftlichen Einverständniserklärung durch die wiedereinzugliedernde Person. (Beyer, Ihme, & Wallmann, 2013, S. 31f)

Im folgenden Kapitel wird das BEM in Deutschland beschrieben. Dort hat man schon seit etlichen Jahren BEM gesetzlich eingeführt und deshalb schon mehr praktische Erfahrung in diesem Bereich sammeln können. Die Gesetzeslage differiert zu der österreichischen, dennoch kann man einige Ideen aus Deutschland aufgreifen und auch in einem österreichischen BEM Verfahren anwenden.

9 BEM in Deutschland

In diesem Kapitel wird das Eingliederungsmanagement in Deutschland beschrieben. Ein Vergleich der beruflichen Rehabilitationssysteme verschiedener Länder gestaltet sich äußerst schwierig, da sich Konzepte, Strukturen und Prozesse deutlich voneinander unterscheiden. Lediglich zwischen Deutschland und Österreich besteht eine größere Ähnlichkeit in der beruflichen Rehabilitation. (Sepp, Osterkorn, & Martina, 2009, S. 109) Deshalb wird in diesem Papier auf die Erfahrungen in Deutschland näher eingegangen. Zumal in Deutschland auch schon seit 2004 eine gesetzliche Verpflichtung zum BEM besteht und deshalb schon mehr Erkenntnis auf diesem Gebiet gemacht worden ist. Zudem sind die Krankenstandsquote, die Aufteilung der Krankenstände nach Diagnosegruppen sowie den Kosten, die durch Krankenstände entstehen, in Österreich und Deutschland vergleichbar.

Jedoch gibt es in der Vorgehensweise bei der Wiedereingliederung von Langzeitkrankenständen deutliche Unterschiede. (Prümper & Reuter, 2015) Der Grund hierfür sind unterschiedliche gesetzliche Regelungen. In Deutschland ist ein betriebliches Eingliederungsmanagement gesetzlich geregelt, wo die Initiative vom Betrieb ausgehen muss. In Österreich ist durch das Arbeits- und Gesundheitsgesetz auf der Ebene des Individuums ein Case-Management beschlossen worden.

9.1 Gesetzliche Regeln in Deutschland

In Deutschland ist das Betriebliche Eingliederungsmanagement gesetzlich so geregelt, dass es zunächst Sache der Arbeitgeber ist die Initiative zu starten. BEM gilt in Deutschland für alle Beschäftigten. Die/der Arbeitgeberln ist verantwortlich alle Möglichkeiten zu nützen, um die Arbeitsunfähigkeit seiner MitarbeiterInnen zu beenden. Damit ist für den Beginn und die Durchführung der BEM Maßnahme in Deutschland die/der Arbeitgeberln verantwortlich. Weiters muss jeder weiteren Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt werden um den Arbeitsplatz zu erhalten.

Im Jahr 2001 wurde in Deutschland das Gesetzbuch zur Rehabilitation und Teilhabe (SGB IX) verabschiedet. Das Ziel des SGB IX ist es die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten zu erhalten. Im Mai 2004 wurde dann das "Betriebliche Eingliede-

rungsmanagement" in das SGB IX eingeführt und durch den Absatz 2 des § 48 SGB IX werden dann auch neben Schwerbehinderten (in Absatz 1), auch alle Beschäftigten, die langfristig oder wiederholt erkrankt sind und deren Arbeitsfähigkeit aus Gründen einer Krankheit gefährdet ist, eingeschlossen. (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2004)

Weiters ist aus Absatz 2 ersichtlich, dass ein BEM vom Betrieb durchgeführt werden muss, sobald Beschäftigte mehr als sechs Wochen ohne Unterbrechung oder wiederholt in einem Zeitraum von einem Jahr im Krankenstand waren. (ebenda) Betriebsarzt und Interessensvertretung sind im BEM einzubeziehen. Im Falle einer oder eines Schwerbehinderten, muss die Schwerbehindertenvertretung miteinbezogen werden. Der Betrieb muss die Zustimmung zur Beteiligung von der betroffenen Person einholen. Zur Unterstützung können die Betriebe örtliche Servicestellen zur Unterstützung miteinbeziehen. Sind schwerbehinderte Beschäftigte betroffen, so ist das Integrationsamt hinzuzuziehen. (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2004)

Betriebe können wie im Absatz 3 beschrieben für die Einführung eines BEM durch Prämien oder einen Bonus gefördert werden. (ebenda)

9.2 Umsetzung des BEM in Deutschland

Vom Gesetz wird die Durchführung eines BEM im Einzelfall gefordert, sobald die Summe der Krankenstandstage sechs Wochen überschreitet oder die Summe der Krankenstandstage innerhalb eines Jahres diese Zahl überschreitet. Ein generelles vorgeschriebenes Verfahren zur Abwicklung eines BEM gibt es nicht. Dabei müssen die Größe und die Strukturen im Betrieb berücksichtigt werden.

Bei kleinen Arbeitgebern kann in so einem Fall mit der Hilfe von externen Partnern wie den sogenannten Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger versucht werden das Problem zu lösen. (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013) Bei schwerbehinderten Beschäftigten kann das das Integrationsamt Hilfestellung geben. (ebenda) Bei größeren ArbeitgeberInnen mit über 100 Beschäftigten ist es aber sinnvoll Strukturen im Betrieb zu nützen oder aufzubauen. Diese Strukturen können zum Beispiel bereits aus dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement existieren.

Ebenso gehört zu den gesetzlichen Mindestanforderungen, die ein BEM erfüllen muss, dass die/der ArbeitgeberIn den Betroffenen laut § 84 Abs. 2, Satz 3 SGB IX auf den Zweck des BEM hinweist. Ebenso muss die/der Betroffene über die Art und den Umfang der Datenerhebung, die für den Prozess erforderlich sind, sowie die Verwendung der Daten hingewiesen werden. (Beyer, Ihme, & Wallmann, 2013)

Mögliche Maßnahmen zur Rehabilitation, zur Erhaltung sowie zur Förderung der Arbeitsfähigkeit im Betrieblichen Eingliederungsmanagement werden in Abbildung 17 dargestellt.

Zielsetzung	Arbeitsunfähigkeit vorbeugen	Arbeitsunfähigkeit überwinden	Arbeitsplatz erhalten
Maßnahmen	↓ Prävention	↓ Rehabilitation	Integration
Beispiele	 Vermeidung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren Gesundheitsförderungsmaßnahmen Filterung von Fehlbeanspruchung 	 Ambulante oder stationäre Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation Stufenweise Wiedereingliederung Arbeits- und Belastungserprobung 	 Veränderung des Arbeitsplatzes und/ oder der Arbeitszeit Versetzung Innerbetriebliche Qualifizierung

Abbildung 17: Zielsetzung des BEM-Verfahrens (Britschgi, 2006, S. 23)

Laut Britschgi ist das vorrangige Ziel im BEM Verfahren die Arbeitsplatzerhaltung und die damit verbundene Integration in den bestehenden Arbeitsplatz. In erster Linie sollte das durch Änderung der Arbeitsbedingungen, Veränderungen am Arbeitsplatz und Anpassungen der Arbeitszeit erreicht werden. Sollten diese Maßnahmen nicht ausreichen, dann soll mit einer Versetzung auf einen der Situation besser angepassten Arbeitsplatz im Betrieb fortgesetzt werden. Dazu stehen die Maßnahmen der stufenweisen Wiedereingliederung und Arbeits- und Belastungserprobungen in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation zur Verfügung. (Britschgi, 2006, S. 23)

9.3 Das Hamburger Modell

Die oben angesprochene stufenweise Wiedereingliederung im Rahmen der Rehabilitation hat sich als ein sehr gut geeignetes Instrument der betrieblichen Eingliederung in Deutschland erwiesen.

Beschäftigte nach längerer schwerer Krankheit werden unter ärztlicher Überwachung, dem jeweils erreichten Gesundheitszustand entsprechend, schrittweise an die volle Belastung der betrieblichen Arbeit herangeführt. Durch den Stufenplan kann der Übergang zur vollen Belastbarkeit erleichtert werden. Ziel dieser Maßnahme ist es arbeitsunfähige Beschäftigte schonend, aber kontinuierlich an die normalen Belastungen ihres/seines Arbeitsplatzes wieder heranzuführen und die endgültige Arbeitsfähigkeit dadurch früher eintreten zu lassen.

Die rechtliche Grundlage für die stufenweise Wiedereingliederung ist § 28 SGB IX. Nach geltenden Recht ist die/der Betroffene in dieser Zeit arbeitsunfähig. (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2004) Im Rahmen des Verfahrens wird der/dem Erkrankten Krankengeld beziehungsweise Übergangsgeld durch die Sozialversicherung bezahlt. (Techniker Krankenkasse, 2007) Im Regelfall wird eine Zeitdauer von vier bis acht Wochen für eine stufenweise Eingliederung benötigt. Bei Vorliegen von triftigen medizinischen Gründen kann diese Zeitdauer auch verlängert werden. (ebenda) Wenn die/der Beschäftigte wieder voll belastbar ist, endet die stufenweise Eingliederung. Sollte die schrittweise Arbeitsaufnahme vorzeitig abgebrochen werden, so gilt sie/er weiterhin als arbeitsunfähig. In diesem Fall sollen "weitergehende medizinische oder berufliche Rehabilitationsmaßnahmen erwogen werden". (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013)

Dieses Modell der stufenweisen Eingliederung wird umgangssprachlich auch als "Hamburger Modell" bezeichnet. (ebenda)

9.4 Aufgaben und Rollen der Beteiligten im BEM

Als Teilnehmer im BEM kann man in Deutschland zwischen den notwendigen Akteuren und den optionalen Akteuren unterscheiden (Siehe Tabelle 4). (Kohte, 2010, S. 2)

Zu den notwendigen Akteuren zählt Kohte erstens die/den ArbeitgeberIn, die/den die Verfahrenspflicht trifft. Weiters die/den betroffeneN BeschäftigteN, sowie die betriebliche Interessensvertretung und bei Schwerbehinderten die Schwerbehindertenung. (ebenda)

Zu den Optionalen Akteuren werden laut dem Autor die Servicestellen der Rehabilitationsträger, Sicherheitsfachkräfte und die Werks- und Betriebsärzte (als Berater der Betriebsparteien) gezählt. Kohte sieht in dieser Abstufung, dass das BEM in erster Linie betriebliche Maßnahmen betrifft, erst in zweiter Linie medizinische Schritte. (ebenda).

Zur Einleitung und Durchführung des BEM sind klar die Arbeitgeber verpflichtet. Weiters sind sie verpflichtet, die Betroffenen über die Ziele des Verfahrens aufzuklären und darüber zu informieren warum persönliche Daten der/des BEM-Berechtigten erhoben werden und was mit diesen Daten passiert. (Beyer, Ihme, & Wallmann, 2013, S. 26ff)

Tabelle 4: Aufgaben und Rollen der Beteiligten im Einzelfall, in Anlehnung an Beyer, et al., 2013, p. 37

ArbeitgeberIn	Notwendiger Akteur		Die/der ArbeitgeberIn leitet den BEM Vorgang ein. Sie sind für den Start des Verfahrens und der Durchführung verantwortlich.
BetroffeneR BeschäftigteR = BEM-Berechtigter	Notwendiger Akteur		Ist die Hauptperson im Verfahren. Ohne die Mitwirkung der BEM-Berechtigten kann ein BEM nicht durchgeführt werden. Sie/Er kann das Eingliederungsverfahren jederzeit abbrechen. Kommt es allerdings zu einem gerichtlichen Streitfall, dann kann der/die BEM-Berechtigte nicht darauf stützen, dass kein BEM angeboten wurde.
Betriebliche Inte- ressens-vertretung	Notwendiger Akteur		Die betriebliche Interessenvertretung wird von/m ArbeitgeberIn im Zuge des Eingliederungsverfahrens einbezogen.
Schwerbehinderten- vertretung	Notwendiger Akteur		Bei schwerbehinderten Mitarbeitern muss von/m ArbeitgeberIn die Schwerbehinder- tenvertretung verpflichtend beigezogen wer- den.
Betriebsarzt, Disability Manager		Optionaler Akteur	Die Betriebsärztin/der Betriebsarzt kann als Experte zur Beratung und zur Beurteilung einer eventuellen gesundheitlichen Rest- Einschränkung und der derzeitigen Leis- tungsfähigkeit beigezogen werden
Externe Partner		Optionaler Akteur	Hauptsächlich Beteiligt zur Beratung, Erbringung von Fördermitteln, Assistenzleistungen am vorgesehenen Arbeitsplatz, sowie für Maßnahmen der Rehabilitation.

9.5 Die BEM-Prozesskette

Beim Ablauf und der Durchführung gibt es in Deutschland keine strikten, gesetzlich festgelegten Richtlinien. Deshalb kann sich die Vorgangsweise von Unternehmen zu Unternehmen deutlich unterscheiden. Allerdings kann man dabei gewisse Mindestanforderungen feststellen.

So muss die/der ArbeitgeberIn laut Feldes die/den betroffeneN BeschäftigteN auf das Ziel des BEM hinweisen. Über die dabei erforderlichen persönlichen Daten

und deren Verwendung beziehungsweise Speicherung muss auch hingewiesen werden. Im Vordergrund des BEM Verfahrens stehen primär Anpassungen und Veränderungen am alten Arbeitsplatz oder eine Weiterbeschäftigung an einem der Erkrankung besser angepassten Arbeitsplatz im selben Betrieb. Alle Personen die am BEM beteiligt sind können Problemlösungen vorschlagen. Diese Vorschläge sollen dann alle sachlich erörtert und dokumentiert werden. Die gesetzlich vorgeschriebenen externen Partner (zum Beispiel Rehabilitationsträger, Integrationsämter) sollen zur Findung geeigneter Maßnahmen beteiligt werden. (Feldes, 2011, S. 730)

Im folgenden Abschnitt werden die einzelnen zehn Prozessschritte der Durchführung des BEM in Anlehnung des Schemas von Giesert und Wendt-Danigel näher beschrieben. (Giesert & Wendt-Danigel, 2011, S. 15ff) Die Darstellung in Abbildung 18 zeigt 10 Schritte in denen ein Betriebliches Eingliederungsmanagement durchgeführt werden kann. Die ersten drei Prozessschritte schaffen die Grundlage oder Voraussetzung für diesen Prozess und können von einem Eingliederungsfall auch abgesetzt betrachtet werden und stellen eine Vorbereitung für die eigentliche Eingliederung dar. Die Punkte zwei und drei finden sich bereits im ArbeitnehmerInnenschutz und dienen auch der Prävention.

9.5.1 Orientierungsphase

Die Vorbereitungsphase dient dazu, dass sich im Betrieb eine BEM-Gruppe (auch als BEM-Team bezeichnet) bildet, die die Grundlagen für ein BEM im Betrieb schafft. Diese Gruppe soll in einem Organisationsprozess als Steuergruppe fungieren. Dieser Steuergruppe soll ein Vertreter des Arbeitgebers, des Betriebsrates und bei Behinderten auch der Schwerbehindertenvertretung angehören. Diese Gruppe muss sich informieren und dabei die rechtlichen Grundlagen zusammenstellen. Weiters sollen Strategien zu folgenden Kernpunkten erarbeitet werden: Ziele des BEM festlegen, gibt es eine Gefärdungsbeurteilung, gibt es ein Qualitätsmanagementsystem, gibt es zu diesem Thema bereits eine Betriebsvereinbarung, welche Kommunikationswege mit der Belegschaft gibt es, wie sieht die Öffentlichkeitsarbeit aus, Schritte des BEM festlegen (Verfahrensabläufe), Klärung

und Festlegung der Verantwortlichkeiten und Entscheidungskompetenzen. Am Ende der Orientierungsphase sollte zwischen Arbeitgeberln und Betriebsrat eine Betriebsvereinbarung zum Thema BEM Abgeschlossen werden. Die Wahrung des Datenschutzes muss besprochen und festgelegt werden. (Giesert & Wendt-Danigel, 2011, S. 17f)

9.5.2 Gefährdungsbeurteilung

Im zweiten Schritt wird die bereits im Arbeitsschutz standardmäßig durchgeführte Evaluierung der Gefahren (physische und psychische) und nötigenfalls Maßnahmen durchgeführt. Danach folgt eine Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen mit Dokumentation der Prozesse. Das Arbeitsschutzgesetz ist die Basis dafür. (Giesert & Wendt-Danigel, 2011, S. 19f)

9.5.3 Unterweisung

Auch dieser Punkt ist bereits Bestandteil des Arbeitsschutzes im Betrieb. Hier werden Beschäftigte durch Führungskräfte, Betriebsarzt, und Fachkraft für Arbeitssicherheit durch Beratung eingehend über Gefahren aufgeklärt. Laut Giesert und Wendt-Danigel ist es von Vorteil, wenn die Belegschaft dabei gleichzeitig über das Eingliederungsmanagement informiert wird.

Entsprechend dem Arbeitsschutzgesetz § 12 – Unterweisung, trägt der Arbeitgeber für die korrekte Unterweisung die Verantwortung. (Giesert & Wendt-Danigel, 2011, S. 19)

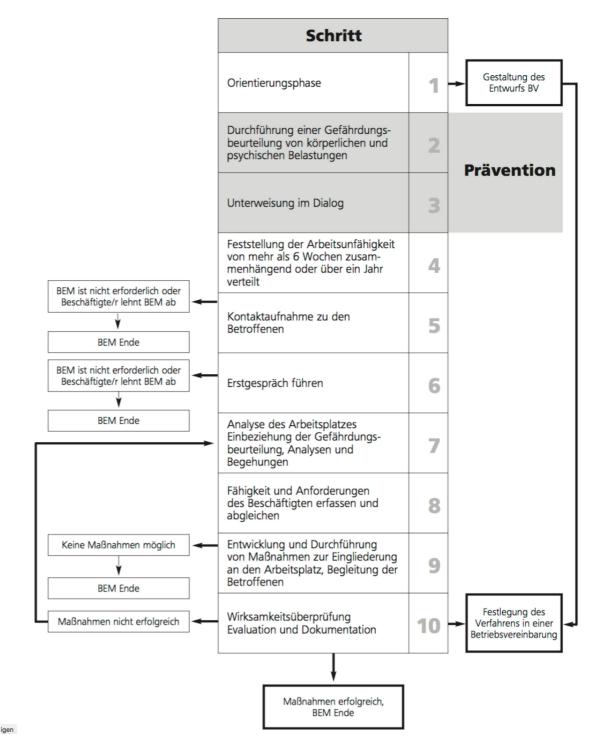


Abbildung 18: Handlungsleitfaden BEM: "10 Schritte zum Ziel" (Giesert & Wendt-Danigel, 2011, S. 15)

9.5.4 Feststellung der Arbeitsunfähigkeit

Ab Schritt vier beginnen die Kernaufgaben des BEM. In diesem Schritt werden durch die Personalabteilung mit Hilfe einer regelmäßigen Krankenstandsauswertung Personen erfasst, die durch einen Krankenstand entweder zusammenhän-

gend über sechs Wochen oder aber auch über ein Jahr verstreut, gefährdet sind. Die Personalabteilung muss dann das BEM-Team (Integrationsteam) über die gefährdete Person informieren. Das BEM-Team nimmt dann in Folge Kontakt mit der Person auf.

Wichtig ist, dass der Arbeitgeber für das Betriebliche Eingliederungsmanagement verantwortlich ist. Er ist gesetzlich verpflichtet das Verfahren zu starten und die notwendigen Daten zur Verfügung zu stellen. Dabei hat der Datenschutz oberste Priorität. (Giesert & Wendt-Danigel, 2011, S. 23f)

9.5.5 Kontaktaufnahme zu den Betroffenen

Der Kontakt zur/zum Erkrankten muss durch das BEM-Team hergestellt werden. Dieser Erstkontakt kann schriftlich (Beispiel eines Musterbriefs im Anhang) oder bei einem vertrauteren Verhältnis auch in Form eines persönlichen Gespräches durchgeführt werden. In diesem Schritt ist es wichtig Vertrauen zu schaffen. Die betroffene Person wird darin über die Ziele des BEM, über den Datenschutz, die freiwillige Teilnahme und die beteiligten Ansprechpartner aufgeklärt. Ein Termin für ein persönliches Erstgespräch sollte darin auch vereinbart werden.

Wichtig ist es hier die Zustimmung der/des Betroffenen zu gewinnen. Die/Der Betroffene kann nicht zur Teilnahme gezwungen werden. Lehnt die/der Betroffene das BEM in diesem Punkt ab, ist der BEM-Prozess beendet. Alle Gesprächsinhalte sind vertraulich.

9.5.6 Erstgespräch führen

Das Erstgespräch ist sehr wichtig um das Vertrauen der/des Betroffenen für das BEM zu gewinnen, es soll der betroffenen Person die Ziele und den Ablauf des BEM erklären. Giesert und Wendt-Banigel betonen in ihrem Handlungleitfaden die Notwendigkeit, dass sich das BEM Team beim Erstgespräch deutlich von einem Krankenrückkehrergespräch distanzieren soll um Vertrauen zu schaffen. (Giesert & Wendt-Danigel, 2011, S. 27) Im Gespräch soll Unterstützung für eine Beschäftigungssicherung angeboten werden. Dabei ist es wichtig, dass die Probleme der/des Beschäftigten erfasst, Einschränkungen ermittelt und das mögliche Leis-

tungspotential erkannt werden. Gemeinsame Ziele und Lösungsansetze können besprochen werden um Perspektiven aufzuzeigen. Auch hier ist der Hinweis auf den Datenschutz wichtig, die Datenschutzerklärung soll unterschrieben werden. (ebenda, p.27)

Wenn die / der Betroffene das BEM ablehnt, so ist es zu diesem Zeitpunkt zu beenden.

9.5.7 Analyse des Arbeitsplatzes

Im Schritt 7 erörtert das BEM-Team durch eine Arbeitsplatzanalyse, einer Begehung und der Einbeziehung der Gefahrenbeurteilung (physische und psychische Belastungen), Informationen zur aktuellen Arbeitsplatzsituation. Mögliche arbeitsplatzbezogene Gründe der Erkrankung werden analysiert. Alle bereits im Betrieb vorhandenen Dokumente wie Unterlagen des Betriebsarztes, der Betriebsärztin, sollen genutzt werden, so es der Datenschutz zulässt. (Giesert & Wendt-Danigel, 2011, S. 29f)

9.5.8 Fähigkeiten und Anforderungen der/des Beschäftigten

In diesem Schritt werden durch einen Abgleich die Anforderungen des Arbeitsplatzes mit den derzeitigen Fähigkeiten der/des Betroffenen verglichen (Fähigkeitsprofil). Giesert und Wendt-Danigel empfehlen, dass dieser Schritt durch die Betriebsärztin oder den Betriebsarzt erfolgen soll um die Fähigkeiten und Anforderungen richtig einschätzen zu können. Ziel dabei ist es eventuelle krankheitsauslösende Gefährdungen am Arbeitsplatz zu beseitigen oder zu vermindern, die derzeitige Arbeitsunfähigkeit möglichst zu bewältigen und ferner einer neuen Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen. Am Ende soll der Arbeitsplatz der betroffenen Person erhalten werden. (Giesert & Wendt-Danigel, 2011, S. 31f)

9.5.9 Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen

Das BEM-Team entwickelt einen Plan zur Wiedereingliederung. Dieser Plan soll vorher gut durchdacht und abgesprochen sein. Die Unterstützung der Führungskräfte sind besonders wichtig um eine nachhaltige Umsetzung zu gewährleisten.

Die Maßnahmen der Wiedereingliederung werden dann durchgeführt, wenn die/der Betroffene dazu die Zustimmung gibt. Zur Unterstützung können externe BeraterInnen und Einrichtungen der Rehabilitation hinzugezogen werden. Wenn keine Maßnahmen der Eingliederung möglich sind, ist das BEM abzubrechen. (Giesert & Wendt-Danigel, 2011, S. 33f)

In diesem Prozess sollen besonders folgende Faktoren, wie in Tabelle 5 beschrieben, berücksichtigt werden.

Tabelle 5: "Wichtige Faktoren für die Entwicklung und Durchführung der Eingliederung" aus (Giesert & Wendt-Danigel, 2011)

Ebene	Faktoren für die Eingliederung
	r alkeron far ale Emghederang
Individuum	 Arbeitsbewältigungsindex, Erstellung des Fähigkeitsprofils, Gesundheitsangebote, persönliche Gesundheitsberatung, Ernährungsberatung, individuelle medizinische Rehabilitationsmaßnahmen und betriebliche Nachsorge u.a
Gestaltung der Arbeitsbedingungen	 Gefährdungsbeurteilung - körperliche und psychische Gefährdungen, Arbeitsgestaltung, Erstellung des Anforderungsprofils (Arbeitsplatz), Durchführung von Arbeitsversuchen u.a.
Handlungskompetenz	 Unterweisung des/der Beschäftigten, Qualifizierungsangebote: Erwerb von Fach-, Methoden- und Sozialkompetenz, berufsbegleitende Beratung, Coaching u.a.
Kompetente Führungsorganisation	 Abbau von bestimmten Arbeitsbelastungen (physisch wie psychisch), Qualitäts- und Gesundheitsmanagement, Unterweisung der Beschäftigten durch die Vorgesetzten, Personalführungskonzept, Unternehmensleitbild u.a.

9.5.10 Wirksamkeitsüberprüfung, Evaluation und Dokumentation

Während des gesamten Prozesses ist die Dokumentation, unter Wahrung des Datenschutzes, erforderlich und wichtig. Die Dokumentation für das BEM wird gesondert vom Personalakt aufbewahrt. Die Daten dienen zur Prozesskontrolle und Prozessverbesserung, zur Überprüfung ob die vereinbarten Ziele erreicht wurden und ob die getroffenen Maßnahmen wirksam waren. (Giesert & Wendt-Danigel, 2011, S. 35f)

Bei der Evaluation des BEM Prozesses ist eine Bewertung von beiden Seiten erforderlich. Die Evaluation soll regelmäßig, aber zumindest einmal im Jahr erfolgen um auch eine Langzeitwirksamkeit der Maßnahmen nachvollziehen zu können. Bei jeder Bewertung sollen die Struktur des BEM-Teams und der BEM-Prozess evaluiert und erforderlichenfalls angepasst werden. (ebenda)

9.6 Certified Disability Management Professional

Bei großen Unternehmen, wo vielleicht häufiger betriebliche Eingliederung durchgeführt wird, ist es hilfreich spezielle Personen für die Eingliederung auszubilden und zu qualifizieren. Diese Personen werden in der Fachsprache als Disability Manager bezeichnet. In mehreren Ländern, so auch in Deutschland, werden speziell zertifizierte Lehrgänge zum "Certified Disability Manager Professional" (CDMP) angeboten. Das ist eine international anerkannte und standardisierte Zusatzqualifikation. Durch eine fundierte und strukturierte Ausbildung kann der CDMP der zentrale Punkt im BEM-Verfahren sein. Durch eine gute Vernetzung mit externen Organisationen, Institutionen und Fachgruppen sind dem CDMP alle möglichen Hilfsmittel und Werkzeuge für die Prozessentwicklung und – durchführung bekannt. (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, 2015)

Diese Sparte des CDMP hat sich historisch in Kanada entwickelt (National Institute of Disability Management and Research, NIDMAR) und ist in Deutschland schon etabliert. Im deutschsprachigen Raum wird die Ausbildung vom der "Deutschen Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)" angeboten. (Giesert & Wendt-Danigel, 2011, S. 38)

9.7 Folgen der Ablehnung des BEM durch die/den Betroffenen

Der oder die Betroffene kann in jeder Phase der BEM die Durchführung ablehnen. Das darf keine rechtliche Auswirkung auf die betroffene Person haben. Die Person muss die Entscheidung nicht begründen. Allerdings kommt es vor Gericht nach einer Kündigung im Krankenstand zu einer arbeitsrechtlichen Auseinandersetzung, dann kann die betroffene Person nicht behaupten kein BEM-Verfahren angeboten bekommen zu haben.

Es wurde in den vorigen Kapiteln über Grundlagen des BEM in Österreich und Deutschland berichtet. Im folgenden Kapitel, werden nun drei bereits laufende Wiedereingliederungsprojekte in Österreich beschrieben. Diese Projekte wurden ausgesucht, da sie bereits über mehrere Jahre bestehen, eine ausreichend große Anzahl an Mitarbeitern betreuen und bereits über Ergebnisse Auskunft geben können.

10 Beispiele für bereits laufende Projekte in Österreich

In diesem Kapitel wird über drei Projekte berichtet, die in Österreich seit mehreren Jahren etabliert sind. Alle diese Projekte sind bereits durch eine interne Evaluierung gegangen, ferner haben diese bis jetzt hinreichend Daten produziert um entsprechend Relevanz zu haben, damit über sie in dieser Arbeit berichtet werden kann.

10.1 Fit2work

Fit2work ist eine Initiative der österreichischen Bundesregierung für eine kostenlose, niederschwellige Informations- und Beratungsstelle bei gesundheitlichen Problemen am Arbeitsplatz. Finanziert wird fit2work vom Arbeitsmarktservice (AMS), Sozialministerium, den Gebietskrankenkassen (GKK), der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) und Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA). (fit2work, 2015)

"Zielgruppe dieses Angebots sind vor allem ArbeitnehmerInnen im aufrechten Dienstverhältnis mit gesundheitlichen Einschränkungen, sowie Personen, die ihren Arbeitsplatz aus gesundheitlichen Gründen bereits verloren haben und arbeitslos gemeldet sind". (fit2work, 2014) Mit Hilfe von Beratung soll gezielt ein vorzeitiges gesundheitsbedingtes Ausscheiden von Beschäftigten aus dem Berufsleben verhindert werden.

Weitere Ziele sind Förderung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, Sicherung des Erhalts des Arbeitsplatzes, die Erschließung von neuen Tätigkeitsbereichen bzw. rechtzeitig geeignete Wiedereingliederung bei langen Krankenständen zu ermöglichen. Ebenso ist die Information und Bewusstseinsbildung für eine gesundheitsförderliche Arbeitswelt ein wichtiger Faktor. (Pensionsversicherungsanstalt, 2015, S. 15)

Die gesetzliche Grundlage für fit2work bildet das Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz (AGG) welches im Zuge der Erstellung des Budgetbegleitgesetzes 2011 beschlossen wurde. (Bundeskanzleramt, 2011) Dieses Gesetz war die Basis für die Schaffung von fit2work. Im Sozialrechts-Änderungsgesetz 2012 wurde durch den Grundsatz "Rehabilitation vor Pension" eine verstärkte Arbeitsplatzintegration von gesundheitlich beeinträchtigten Personen, die nach dem 1.1.1964 geboren sind,

bewirkt. Für sie soll durch berufliche sowie medizinische Maßnahmen der Rehabilitation eine längere Erwerbstätigkeit geschaffen werden.

Wichtige Grundsätze von fit2work sind eine freiwillige Teilnahme am Angebot, die strikte Vertraulichkeit bei der Verwendung von persönlichen Daten, die "early intervention", das heißt bevor eine Invalidität oder Berufsunfähigkeit eintritt, sowie die Selbstverantwortung der betroffenen Personen. (ebenda)

Beim fit2work Programm muss man die Personenberatung von der Betriebsberatung unterscheiden.

10.1.1 Personenberatung

Bei der Personenberatung oder auch Case Management genannt, wird einer gesundheitlich beeinträchtigten Person durch einen Berater oder Case Manager gezielt geholfen in den normalen Arbeitsalltag zurückzukehren. Die/der Betroffene wird nicht nur hinsichtlich der Eingliederung beraten und begleitet. Ziel ist es für diesen Einzelfall ein individuell zugeschnittenes Maßnahmenpaket zu entwickeln und durchzuführen. (fit2work, 2015) Die Betroffenen werden bei der Planung, Zielvereinbarung und Durchführung aktiv einbezogen. Im Sinne einer "early intervention" sollte die Beratung so früh wie möglich einsetzen, wenn erste gesundheitliche Probleme auftreten. Es soll vermieden werden, dass es infolge von langandauernder Einwirkung von arbeitsbedingten Noxen zu einer Invalidität kommt. Die Personen die zu fit2work kommen, müssen aber noch nicht im Krankenstand sein um am Programm teilnehmen zu können. Es genügt, wenn sich bereits krankheitsrelevante Symptome manifestieren. (Kloimüller, 2015 A)

Abbildung 19 zeiget den stufenweisen Ablauf der Personenberatung. Der Zugang zu der Beratung kann über ein Informationsschreiben der Gebietskrankenkasse, über Eigeninitiative der/des Betroffenen, über Kooperationspartner (AMS, PVA, BSB, AUVA und GKK), aber auch über den Betrieb und die Belegschaftsvertretung erfolgen. Zu Beginn erfolgt die Basisinformation mit allgemeiner Information zum Programm und zum Ablauf. Dann erfolgt in Stufe 1 die individuelle Erstberatung wo die Leistungen von fit2work und anderen bestehenden Angeboten vorgestellt werden. Ist die/der Klientln mit dieser Information zufrieden, dann wird hier das Programm beendet. Ist eine Weiterverweisung an eine andere zuständige

Stelle erforderlich, wird sie/er dann an diese Stelle weiterverwiesen. (fit2work, 2015)

Wenn ein Case Management erforderlich erscheint, gelangt die/der Klient in die Stufe 2, dem individuellen Case Management. In dieser Stufe wird durch einen sogenannten Basischeck ein Leistungsbild erstellt, die gesundheitlichen und psychosozialen Ressourcen festgestellt. Davon werden dann notwendige medizinische Maßnahmen und Maßnahmen der Rehabilitation abgeleitet.

Gleichzeitig wird im sogenannten Entwicklungsplan gemeinsam mit der/dem Betroffenen eine Darstellung von potentiellen zukünftigen Arbeitsbereichen und die zur Verfügung stehenden Ressourcen dargestellt. Danach folgt die Umsetzungsbegleitung um ein vorzeitiges Abspringen vom Programm zu vermeiden und eine Zuweisung an weitere zuständigen Stellen falls erforderlich.

Am Ende des Case Managements steht entweder die Integration an einen der Person angepassten Arbeitsplatz. Ist das nicht möglich, so erfolgt alternativ eine Umschulung, oder es erfolgt eine medizinische und berufliche Rehabilitation. Die Begleitung durch Mitarbeiter von fit2work geht über das Ende des Case Managements auch hinaus. Klienten werden in fallbezogenen Intervallen kontaktiert. Ebenso erfolgt zur Überprüfung der Nachhaltigkeit 6 Monate nach Ende des Case Managements ein Feedbackgespräch. (fit2work, 2015)

Fit2work kümmert sich bei der Personenberatung im Falle einer Eingliederung nicht nur um den einzugliedernden Menschen, sondern auch um die/den Mitarbeiterln und VorgesetzteN. Laut Kloimüller ist es sehr schwierig jemanden einzugliedern, wenn man das Umfeld nicht mitbetrachtet und eventuell mitverändert. Es können zum Beispiel Führungskräfte gecoacht werden, andere Mitarbeiter vorbereitet werden und auch in der Folge mit dem Klienten gemeinsam regelmäßig gecoacht werden. (Kloimüller, 2015 A) Ebenfalls müssen Führungskräfte sensibilisiert werden, bei Warnsignalen richtig zu reagieren. Manchmal haben Führungskräfte Schwierigkeiten damit, mit der Wiedereingliederung richtig umzugehen. Für sie ist es oft nicht leicht zu wissen ob sie die Krankheit ansprechen dürfen, ob sie durch die Eingliederung nicht den Rest der Mitarbeiter überlasten etc. (ebenda)

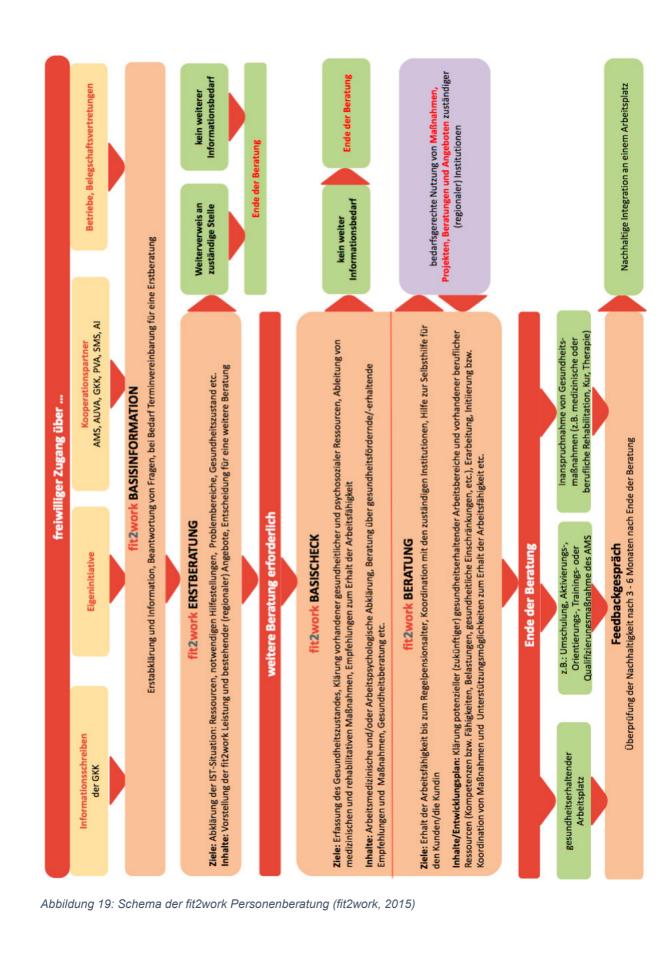


Tabelle 6: Jahresstatistiken fit2work von 2013 und 2014 (fit2work, 2015)

	2013	2104
Basisinformationen Einzelpersonen	17.267	12.975
Basisinformationen Betriebe	265	166
Erstberatungen	9.300	9.383
Case Management laufend (exkl. ruhend, exkl. abgebr.)	2.467	1.989
Case Management abge- schlossen	2.325	5.154
Case Management ruhend	170	52
Case Management neu begonnen	4.352	5.097
Case Management abgebro- chen	426	561

Tabelle 6 zeigt die Entwicklung der Fallzahlen der Jahre 2013 und 2014. Die Zahl der Erstberatungen stieg von 2013 auf 2014 leicht an. Wohingegen die Zahl der persönlich oder telefonisch abgewickelten Basisinformationen rückläufig war. Laufende und abgeschlossenen Case Managements haben von 4.792 auf 7.143 im Beobachtungszeitraum zugenommen. (fit2work, 2015)

10.1.2 Betriebsberatung

Bei der Betriebsberatung werden nicht einzelne Personen beraten, sondern ein ganzer Betrieb. Schwerpunkt ist das betriebliche Umfeld. Durch ein systematisches Vorgehen im Unternehmen wird versucht, Mitarbeiter mit physischen oder psychischen Einschränkungen mit Hilfe verschiedener Maßnahmen wieder in den Arbeitsprozess zu integrieren oder/und im Unternehmen zu halten. (Kloimüller, 2015 A)

Das gelingt durch Hilfe bei der Gestaltung oder Neugestaltung der Arbeitszeit, Arbeitsumfeld, Arbeitsorganisation, Arbeitsmittel, Arbeitsplatz, Pausengestaltung,

Schulungen der Führungskräfte, etc. Arbeit soll so gestaltet werden, dass sie die Bediensteten ein ganzes Arbeitsleben lang ohne gesundheitliche Schäden ausführen können. (fit2work, 2015) Der Schwerpunkt liegt ganz stark im verhältnisfördernden Bereich. Deshalb spielt BGF bei der Betriebsberatung ebenfalls eine Rolle. (Kloimüller, 2015 A)

Ein Schema der fit2work Unternehmensberatung zeigt Abbildung 20. Auch hier erfolgt der freiwillige Zugang über Eigeninitiative der Unternehmen, über Kooperationspartner oder auch über Belegschaftsvertretungen. Wenn ein Unternehmen in das Programm einsteigt, erfolgt ein standardisierter Basischeck des Unternehmens (bei Unternehmen unter 50 Mitarbeitern erfolgt die Betreuung im Rahmen von check4start durch die AUVA). Zuerst finden Basisinformationen zu bereits existierenden Strukturen im Bereich BGF statt. Ein guter Kontakt zur/zum bereits etablierten ArbeitsmedizinerIn ist für fit2work ein wichtiger Bestandteil der gemeinsamen Arbeit. Die Zusammenarbeit spielt eine wichtige Rolle. (Kloimüller, 2015 A) Dann folgt das betriebliche Eingliederungsmanagement mit insgesamt 5 Phasen. (fit2work, 2015)

- Einstiegsphase mit Abschluss einer Kooperationsvereinbarung zum BEM und dem Aufbau der Projektstruktur. (ebenda) Basisdaten werden erhoben. Die/der ArbeitsmedizinerIn im Unternehmen wird eingebunden. Aufbau eines Frühwarnsystems damit der Betrieb weiß ob überhaupt jemand gefährdet ist. Der Betrieb muss Ressourcen dafür zur Verfügung stellen. (Kloimüller, 2015 A)
- Analyse- und Sensibilisierungsphase mit der Messung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit mit Hilfe von Coaching bei Betrieben bis 14 MitarbeiterInnen. Ab 15 MitarbeiterInnen erfolgt die Auswertung durch den ABIplus-Test. Bei der Basissensibilisierung werden Vorgesetzte geschult, wie sie mit Kranken umgehen sollen. Wie wird mit verschiedenen Kulturen umgegangen. (Kloimüller, 2015 A)
- 3. In der Reportingphase werden die Ergebnisse aus der vorhergehenden Phase dargestellt und Maßnahmenschwerpunkte gesetzt.
- 4. Die Interventionsphase beinhaltet den Aufbau des Integrationsteams im Betrieb, sowie Informationen über Möglichkeiten der finanziellen Förderung und andere Unterstützungsmöglichkeiten für den Betrieb. Zusätzlich erfolgt

die Begleitung bei den wichtigsten BEM-Maßnahmen. Bei der Wiedereingliederung kann der Betrieb aus 3 verschiedenen Arten der Integration wählen. Siehe Tabelle 7: Varianten der betrieblichen Eingliederung (Kloimüller, 2015 A)

Tabelle 7: Varianten der betrieblichen Eingliederung (Kloimüller, 2015 A)

Eingliederungsvariante	Maßnahmen	
"klassisch"	Betreuung der Rückkehr. Jemand ist krank, kommt zurück, stufenweise Eingliederung	
"Deutsches Modell"	Kontakt schon während des Krankenstands. Angebot des BEM frühzeitig.	
"prophylaktisch"	Begleitung schon bei der Erstmanifestation von Problemen am Arbeitsplatz. Schon vor einer Erkrankung wird angesetzt.	

Die/der Integrationsbeauftragte des Betriebs (oder "Lotse") muss selbst keinE Experteln sein, sondern holt sich zur Durchführung des BEM die Experten in den Betrieb, die sie/er braucht. Als Experte/Expertin stehen ihr/ihm vor allem die/der Arbeitsmedizinerln, die/der Arbeitspsychologln, und auch andere externe Experten zur Verfügung. Arbeitsplatzanalysen werden durchgeführt und mit der Leistungsmöglichkeit der betroffenen Person abgeglichen. In erster Linie soll die Person wieder nach einer Anpassung an seinem alten Arbeitsplatz arbeiten. Ist es nur temporär nicht möglich, muss man etwa Teilarbeitsbereiche herausnehmen? Muss man die Arbeitszeit verkürzen? Wenn es nicht mehr möglich ist am selben Arbeitsplatz zu arbeiten, dann geht es in Richtung Umschulung.

Der Lotse ist einE MitarbeiterIn des Betriebes, mit besonderen sozialen Fähigkeiten und einer Schulung durch fit2work. Diese Personen sind häufig

aus der Personalentwicklung, Betriebsrat, oder auch ArbeitsmedizinerIn und Sicherheitsfachkräfte. Die Lotsen unterliegen bei ihrer Arbeit auch der Schweigepflicht. Lotsen dürfen nur Informationen weitergeben, mit denen die einzugliedernde Person einverstanden ist.

5. Den Abschluss bildet die Evaluierung durch Messung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit zum Vergleich zu den Werten aus Phase 2.

Laut Kloimüller wurden in den ersten dreieinhalb Jahren ca. 300 Betriebe beraten und jetzt sollen noch 3000 Betriebe hinzukommen. (Kloimüller, 2015 A)

freiwilliger Zugang über ... Betriebe, **Eigeninitiative** AMS, AUVA, GKK, PVA, SMS, AI Belegschaftsvertretungen Anmeldung auf www.fit2work.at fit2work Basischeckliste Beinhaltet: für Betriebe >50 MA: ➤ Grobinformationen zu bestehenden Ausarbeitung im Rahmen von Strukturen zum Thema Arbeitsgesundheit check4start (bei der AUVA) fit2work betriebliches (Wieder-) Eingliederungsmanagement I. Einstiegsphase > Abklärung und Abschluss einer Kooperationsvereinbarung mit Betrieb > Aufbau einer Projektstruktur II. Analyse- und ➤ Adaptiertes Erstscreening/Messen der Arbeitsbewältigungsfähigkeit Sensibilisierungs-➤ für Betrieb von 2 – 14 MA mittels AB-Coaching phase ➤ für Betriebe von 15 – 50 MA mittels ABIplus™ und/oder AB-Coaching ➤ für Betriebe >50 MA mittels ABIplus™ III. Reportingphase > Darstellung der Ergebnisse aus Phase II ➤ Darstellung von Maßnahmenschwerpunkten IV. Interventions-> Aufbau einer nachhaltigen Struktur im Betrieb (Integrationsteam) phase > Information und Schnittstellen bei Förder- und Unterstützungsbedarf Begleitung bei Umsetzung von prioritären Maßnahmen V. Abschlussevaluation > Evaluierung durch Messen der Arbeitsbewältigungsfähigkeit **Ende der Beratung** Strukturen im Betrieb um. > Beschäftigung zu fördern und nachhaltig zu erhalten arbeitsfähigkeitsfördernde Maßnahmen umzusetzen "Diese Maßnahme wird aus Mitteln des ➤ berufliche (Re)Integration im Betrieb zu fördern und zu unterstützen

Abbildung 20: Schema fit2work Betriebsberatung (fit2work, 2015)

10.1.3 Erfolgsfaktoren und Herausforderungen des Programms

Seit 2011 haben sich einige Faktoren deutlich herauskristallisiert, die für den Erfolg oder Misserfolg des fit2work Programmes wichtig sind. (Pammer, o.J.) (Kloimüller, 2015 A) (Kloimüller, 2015 B)

Zu den Stärken zählen:

- Niederschwelliger und unbürokratischer Zugang
- Bearbeitung vielfältiger Problemfelder möglich
- Über fit2work ist der Kontakt zu vielen verschiedenen Einrichtungen direkt möglich (AMS, BSA, PVA, IBI, AUVA, etc.)
- Psychotherapeutische Intervention unmittelbar aus fit2work möglich. Die Maßnahme "Fit2work Psychologische und Psychotherapeutische Behandlung" des BMASK wird seit 2013 bundesweit in Österreich angeboten (Jagsch, 2015, S. 4)
- Durch Freiwilligkeit besteht eine höhere Motivation für die Betroffenen
- Hohe Zufriedenheit bei den Klienten (Kloimüller, 2015 A)
- Unbürokratische Kooperation der beteiligten Rehabilitationsträger

Zu den Herausforderungen zählen:

- Schwierige Sonderfälle können nicht immer ausreichend gelöst werden
- Personen mit vermindertem Selbsthilfepotential
- Kundenkreis wird hauptsächlich über das Informationsschreiben der GKK erreicht
- Stationäre Rehabilitation ist häufig mit langen Wartezeiten verbunden
- Unterversorgung bei der Psychotherapie
- Bearbeitung zeitintensiver Fälle nur erschwert möglich
- Teilkrankenstand in Österreich noch nicht gesetzlich möglich. Lediglich Arbeitsversuche nach der Gesundschreibung möglich. (Kloimüller, 2015 A)

10.2 Betriebliche Eingliederungsmanagement der Gemeinde Wien

In 128 Dienststellen beschäftigt die Stadt Wien aktuell circa 65.000 Mitarbeiter. Darunter fallen etwa 260 unterschiedliche Berufsgruppen. (Stadt Wien, 2016) Diese große Diversität an Berufsgruppen und die Vielzahl von verschiedenen Arbeitsstellen stellt für die Betriebliche Gesundheitsförderung der Magistratsabteilung 3, zuständig für Bedienstetenschutz und berufliche Gesundheitsförderung, natürlich eine große Herausforderung dar.

Aufgrund der allgemeinen demografischen Entwicklung mit einer starken relativen Zunahme der älteren MitarbeiterInnen (siehe Abbildung 21), in Anbetracht einer Einbremsung der Frühpensionen und einer Zunahme der Fehlzeiten wegen psychosozialen Erkrankungen beginnt sich die Stadt Wien zunehmend mit den Themen BGF und BEM zu beschäftigen.

Je Bediensteten der Stadt Wien beträgt die durchschnittliche Zahl der Krankenstandstage statistisch gesehen im Jahr 2014 14,50 Arbeitstage und die Krankenstandsdauer beträgt im Schnitt 12,96 Tage. (Magistrat der Stadt Wien, 2015) Laut Bericht der MA 3 dauern die Krankenstände der Beamtlnnen länger als die der Vertragsbediensteten.

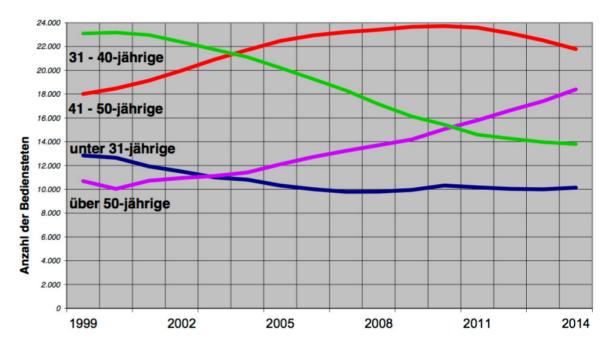


Abbildung 21: Altersverteilung der Bediensteten der Stadt Wien 1999-2014 (Stadt Wien, 2015, S. 9)

Wie Abbildung 22 und Abbildung 23 zeigen beeinflusst das Lebensalter die Dauer und die Häufigkeit der Krankenstände unverkennbar. Es wird auch deutlich, dass bei den Beschäftigten der Gemeinde Wien das gleiche Muster wie in der restlichen arbeitenden Bevölkerung vorzufinden ist: jüngere MitarbeiterInnen sind öfter krank, weisen dafür aber eine kürzere Krankenstandsdauer auf. Dagegen weisen ältere MitarbeiterInnen deutlich längere Krankenstände auf.

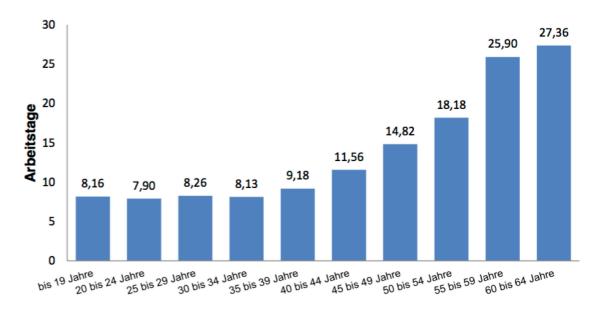


Abbildung 22: Krankenstandstage pro Bediensteten nach Altersgruppen (Stadt Wien, 2015, S. 14)

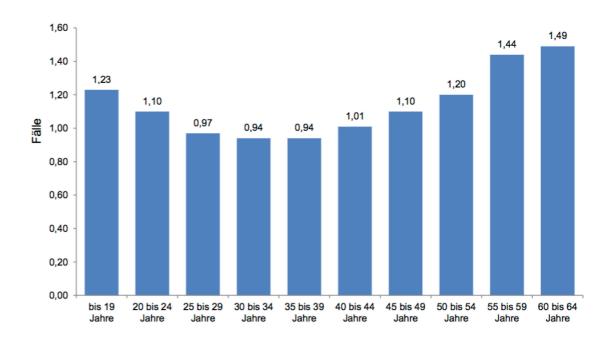


Abbildung 23: Krankenstandsfälle pro Bediensteten nach Altersgruppen (Stadt Wien, 2015, S. 14)

Die Wiener Stadtregierung hat im Jänner 2013 durch einen Erlass (MDK-45960-1/2013) ein Projekt zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement initiiert. Ziel ist es Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter länger im Arbeitsprozess zu halten, die auf Grund von Krankheit ihrer Arbeit nicht nachkommen können. (Bedienstetenschutz und berufliche Gesundheitsförderung (MA 3), 2014)

Anfang Jänner 2014 ist in Wien dann das Diensterleichterungsgesetz (DEL) in Kraft getreten. Die Stadt Wien hat mit der Novelle der Dienstordnung und der Vertragsbedienstetenordnung ab 1.1.2014 erstmals die Möglichkeit geschaffen, zeitlich begrenzt Diensterleichterung nach Erkrankungen die bereits 50 Kalendertage dauern, zu gewähren. (Blei, 2016) Ziel ist es dabei, die MitarbeiterInnen schrittweise wieder an die volle Arbeitsfähigkeit heranzuführen. Ein formloser Antrag auf BEM soll von der/dem betroffenen Mitarbeiter noch im Krankenstand an seine Personalstelle gestellt werden.

Im Rahmen der Gemeinde Wien hat sich die Betriebliche Sozialarbeit gemeinsam mit der Arbeitsmedizin der Magistratsabteilung 3 (Bedienstetenschutz und berufliche Gesundheitsförderung) in den vergangenen Jahren intensiv mit BEM beschäftigt. Historisch gesehen wurden im Rahmen eines Pilotprojektes 2013 sechs Dienststellen in ein BEM implementiert. Nun wurde das Projekt wegen des guten Erfolges auf alle Dienststellen der Stadt Wien ausgeweitet.

Im Gesamtjahr 2014 sind gesamt 143 BEM-Fälle bearbeitet worden. Von diesen bearbeiteten Fällen war es möglich 89 im selben Jahr zu beenden. (Stadt Wien, 2015, S. 26) Im selben Zeitraum wurden von der MA 3 in Verbindung mit der betrieblichen Sozialarbeit 90 Beratungsgespräche zum Thema "Aufrechterhaltung und Förderung der psychischen Gesundheit" von Sozaialarbeitern abgehalten. (ebenda, p. 27)

Derzeit funktioniert der Ablauf so, dass von den teilnehmenden Dienststellen die Information an die MA 3 geht, welcheR Mitarbeiterln länger als 30 Tage im Krankenstand ist. DieseR erkrankte Mitarbeiterln wird dann von der MA 3 angeschrieben und zu einem Gespräch eingeladen. Es wird ihr/ihm dabei sozialarbeiterische, psychologische und arbeitsmedizinische Unterstützung angeboten. Laut Blei geht es hier nicht nur um Langzeitkrankenstände, sondern generell um die erleichterte Eingliederung von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen. (Blei, 2016)

Zur Prüfung der Fakten für einen möglichen BEM-Fall erhält die/der zuständige ArbeitsmedizinerIn dann von der Personalstelle das Tätigkeitsprofil, die Stellenbeschreibung, eventuell ein aktuelles amtsärztliches Gutachten und dem aktuellen Beschwerdebild der/des Betroffenen. Daraus soll eine Empfehlung anhand des vorliegenden Tätigkeitsprofils zur schrittweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess erfolgen. (Bedienstetenschutz und berufliche Gesundheitsförderung (MA 3), 2014) Grundsätzlich ist eine Diensterleichterung nur möglich, wenn die/der Bedienstete nicht dauerhaft gesundheitlich beeinträchtigt ist. Durch die Arbeitsmedizin werden für die Diensterleichterung notwendigen Empfehlungen für die Wiedereingliederung unter Berücksichtigung der Verschwiegenheitspflicht an die betreffende Dienststelle weitergegeben. Damit wird der Dienststelle die Grundlage für die Entscheidung zur Gewährung der Diensterleichterung gegeben. (ebenda)

Es werden verschiedene Kriterien verwendet, die als Indikatoren einen Hinweis geben, ob ein BEM-Verfahren eingeleitet werden soll. So können ein auffälliges Fehlzeitverhalten wie zum Beispiel ein Langzeitkrankenstand, häufige Kurzzeitkrankenstände, aber auch häufige Krankenstände bei Belastungsspitzen als möglicher Indikator für ein BEM gesehen werden. Auch kann eine gesundheitliche Beeinträchtigung, die eine Erfüllung der derzeitigen Arbeitsaufgaben verhindert als Alarmsignal gedeutet werden. Weiters kann bei Vorliegen eines Amtsärztlichen Gutachtens über die Dienstfähigkeit, woraus hervorgeht, dass die oder der Bedienstete die gegenwärtige Tätigkeit nicht mehr ausüben kann, als Grund zur Einleitung eines BEM gewertet werden. (ebenda)

Abbildung 24 zeigt den Ablauf eines typischen BEM des Wiener Magistrat. Zu Beginn wird in einer Dienststelle ein vermeintlicher BEM-Fall festgestellt. Dort wird dann mit Hilfe eines Erhebungsbogens geprüft ob tatsächlich Kriterien für ein BEM vorliegen. Ebenfalls wird von dem oder der Betroffenen eine Einverständniserklärung für das BEM gegeben. Anschließend wird durch Mitarbeiter der MA 3 (Sozialarbeiter, Arbeitsmediziner und Arbeitspsychologen) gemeinsam mit der/dem Betroffenen die Situation anhand der erhobenen BEM Kriterien in einem Erstgespräch die Situation nochmals beurteilt. Kommt man zum Ergebnis, dass kein BEM Grund vorliegt (z.B. bei einem unkomplizierten Knochenbruch), so wird das Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit abgewartet oder auch mit Maßnahmen unterstützt. Liegt jedoch ein BEM Grund vor, so wird mit der Erstellung eines anonymi-

sierten Leistungsprofils gemeinsam mit der/dem Betroffenen begonnen. Auf Wunsch der/des Betroffenen kann in diesem Stadium auch die Personalvertretung oder die Behindertenvertrauensperson (BVP) zugezogen werden. (ebenda) Ab hier eröffnen sich zwei Wege. Entweder es kann versucht werden, die/den MitarbeiterIn wieder unter angepassten Verhältnissen an den alten Arbeitsplatz zu integrieren (eine Versetzung oder Umschulung ist in der alten Dienststelle ist nicht möglich), oder das anonymisierte Leistungsprofil wird an alle Dienststellen der Gemeinde Wien übermittelt. Kommt es dort zu einer Akzeptanz des Leistungsprofils kommt es zu einer gemeinsamen Abklärung und zu einer Vereinbarung erforderlicher Maßnahmen für die bevorstehende Eingliederung. Qualifikation, Arbeitsund Arbeitsplatzgestaltung, sowie Dienstrecht spielen dabei eine Rolle.

Kommt es zu diesem Zeitpunkt zu einer Verweigerung der Mitwirkung an zumutbaren Eingliederungsmaßnahmen durch die/den BetroffeneN, wird ein weiteres Beratungsgespräch mit der Person durchgeführt. Gibt es dennoch keine Akzeptanz, so wird das BEM beendet. (ebenda)

Wird das BEM fortgesetzt, kommt es jetzt zu einer Probearbeit von 3-6 Monaten mit der Umsetzung der festgelegten Maßnahmen. Nach 6 Monaten wird dann die Eingliederung im Rahmen eines Abschlussgespräches bewertet. Am Abschlussgespräch nehmen die/der betroffene MitarbeiterIn, die Dienststelle, Mitarbeiter der MA 3 und auf Wunsch Personalvertretung und/oder BVP teil.

War das BEM erfolgreich, wird das BEM beendet. (ebenda) Bei Bedarf kommt es noch zu einer weiteren Nachbetreuung der Personen durch Sozialarbeiter der MA 3 zur Langzeitstabilisation. (Blei, 2016) War das BEM nicht erfolgreich, wird eine Analyse der Gründe durchgeführt und ein neuerliches Leistungsprofil der Mitarbeiterin, des Mitarbeiters wird erstellt und an alle Dienststellen neuerlich übermittelt. (Bedienstetenschutz und berufliche Gesundheitsförderung (MA 3), 2014)

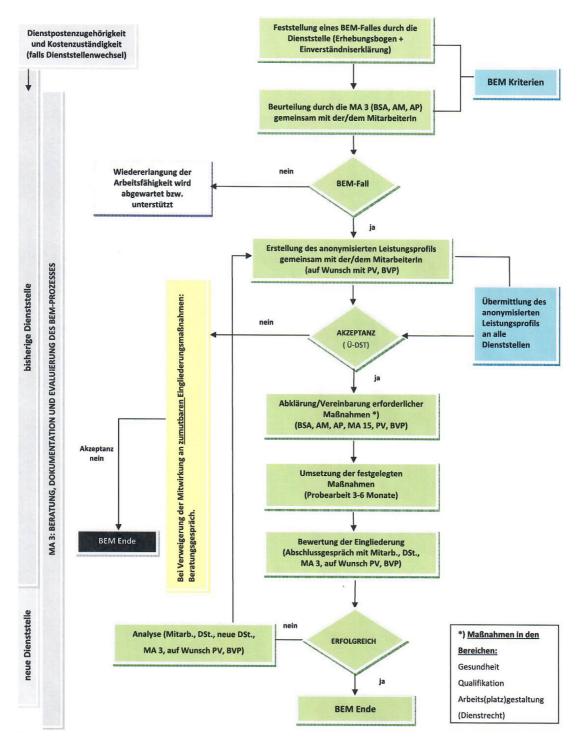


Abbildung 24: Ablaufdiagramm - Betriebliches Eingliederungsmanagement (Bedienstetenschutz und berufliche Gesundheitsförderung (MA 3), 2014)

Die Betroffenen werden während der 6-monatigen Probearbeit von Mitarbeitern der MA 3 wöchentlich am (neuen) Arbeitsplatz besucht und betreut. Es werden dann nicht nur Gespräche mit der/dem Betroffenen geführt, sondern auch mit des-

sen Vorgesetzten, und Kollegenschaft. Es wird darauf großen Wert gelegt, dass auch die neuen ArbeitskollegInnen mitbetreut werden. Es ist wichtig zu wissen wie es ihnen mit der/dem neuen MitarbeiterIn geht, die/der eine Einschränkung hat. Wichtig ist, dass die KollegInnen gut mit der Situation umgehen können und nicht zusätzlich belastet werden. Kommt es zu Belastung der KollegInnen, so wird nach Lösungsmöglichkeiten gesucht. (Blei, 2016)

Aus Datenschutzgründen muss die/der Betroffene zu jedem Erhebungsbogen eine schriftliche Einverständniserklärung unterschreiben, die in der jeweiligen Dienststelle aufbewahrt wird. (Bedienstetenschutz und berufliche Gesundheitsförderung (MA 3), 2014)

Finanziert wird dieser Prozess für sechs Monate von der bisherigen Dienststelle. Das ist ein Bonus für die neue Dienststelle. Diese bekommt die einzugliedernde Person für den Zeitraum ohne dass Kosten entstehen. Damit wird verhindert, dass eine neue Dienststelle mangels freien Dienstposten den BEM-Fall nicht übernehmen kann. Meist tut sich in diesem Zeitraum in der neuen Dienststelle eine freie Stelle infolge Karenz, Pension, Dienststellenwechsels etc. auf, damit der BEM-Fall an dieser neuen Dienststelle weiterarbeiten kann. (Blei, 2016)

Durch die enge Begleitung der/des Einzugliedernden durch die MitarbeiterInnen der MA 3 während der gesamten sechs Monate sind die neuen Dienststellen und die Betroffenen meist sehr zufrieden mit dem Prozess und es kann erfolgreich eingegliedert werden. Mit Erfolgszahlen aus den letzten Jahren ist man bei der MA 3 derzeit noch sehr zurückhaltend, da man sagt, dass Betriebliches Eingliederungsmanagement ein langfristiges Projekt ist und nach 1 Jahr oft noch keine abschließende Erfolgs- oder Misserfolgsmeldung abgegeben werden kann. Das müsse man sich über eine längere Zeiteinheit ansehen um seriös über Erfolge reden zu können.

Als wichtiges Element für Erfolg sieht die MA 3 die Schulung und das Verständnis der Führungskräfte für Betriebliches Gesundheitsmanagement und für Betriebliche Eingliederung. (Blei, 2016)

Für die Stadt Wien ist es laut Blei wichtig, dass die BEM Maßnahmen in ein Gesamtkonzept eines BGM eingebettet sind. Das BEM ist da nur ein Teilaspekt einer umfassenden Gesundheitsbetreuung der Bediensteten. (Blei, 2016)

Durch das Regierungsübereinkommen vom November 2015 wurde ein "nachhaltiges und ganzheitliches betriebliches Gesundheitsmanagement inklusive Strukturbereinigungen zur Reduzierung von Schnittstellen und einer Bündelung der Verantwortlichkeiten" implementiert. (Stadt Wien, 2105, S. 43f) Damit will Stadträtin Sandra Frauenberger, zuständig für Integration, Frauenfragen, Konsumentenschutz und Personal, BGM innerhalb der 5-jährigen Legislaturperiode im Personalmanagement der Stadt fix implementieren.

10.3 Wiedereingliederung im Gesundheitszentrum der Erste Bank

Im Gesundheitszentrum der Erste Bank, unter der Leitung von Dr. Eva Höltl, wird seit 2011 Wiedereingliederung von MitarbeiterInnen nach Langzeitkrankenstand betrieben. Das Zentrum betreut mit Erste Bank Österreich, die Erste Group Holding und die Töchter der beiden Banken insgesamt ca. 6.500 Mitarbeiter.

Mit ein Beweggrund ein Betriebliches Eingliederungsmanagement im Gesundheitszentrum der Bank einzuführen war laut Höltl der Umstand, dass MitarbeiterInnen, die aus Gesundheitsgründen einen Antrag auf Berufsunfähigkeitspension gestellt hatten, zuvor nicht die Chance gehabt haben ein Angebot für eine Wiedereingliederung zu erhalten. Ein weiterer Beweggrund war der Umstand, dass es infolge einer relativen Zunahme von älteren Beschäftigten im Betrieb infolge der demographischen Entwicklung, zu einer Zunahme von Krankenständen und einer Dauer der Krankenstände kam. (Höltl, 2016) Infolge der zunehmenden psychischen Belastung im Dienstleistungsbereich ist es, einem allgemeinen Trend in den Industrienationen folgend (siehe Abbildung 25), auch in der Erste Bank und Holding zu einer deutlichen Zunahme bei den Krankenständen mit psychischen Diagnosen (siehe Abbildung 26) gekommen. (Höltl, 2015)

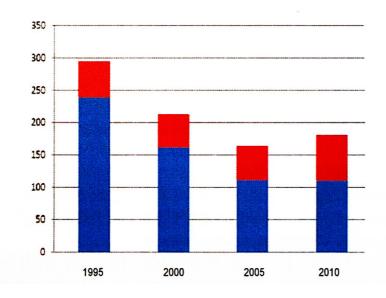


Abbildung 25: "Die Entwicklung der Frühberentungen in Deutschland und der Anteil der psychischen Diagnosen (rot). Verdopplung des Anteils psychischer Diagnosen (1995: 19%, 2010: 39%) bei insgesamt absolutem Rückgang der Erwerbsminderungsrenten in Deutschland" (Höltl, 2015)

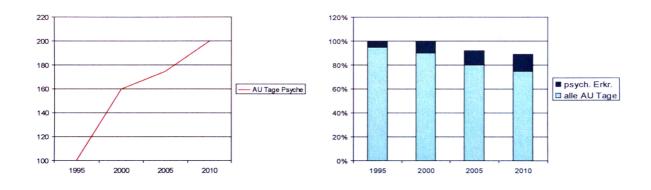


Abbildung 26: "Die Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Diagnosen, Daten Erste Bank". (Höltl, 2015)

Die Bank bemüht sich um ihre Mitarbeiter und will deren wertvolles Wissen auch weiter im Betrieb halten. Deshalb wurde 2011 das Projekt zur Wiedereingliederung ins Leben gerufen. Darauf folgte 2013 eine Betriebsvereinbarung zu diesem Thema. Laut Höltl ist die Erste Bank das erste Unternehmen in Österreich, das eine Betriebsvereinbarung zur Betrieblichen Wiedereingliederung abgeschlossen hat. (Höltl, 2015)

In der Organisation berichtet das Gesundheitszentrum direkt als Stabsstelle an

den Vorstandsvorsitzenden. Auch in der höchsten Ebene hat Gesundheit eine hohe Relevanz. Einmal pro Woche werden in einem Jour fixe alle gesundheitsrelevanten Daten und Projektverläufe dem Vorstandsvorsitzenden präsentiert. Die Führungskräfte wurden bezüglich BGM und BEM ausführlich innerbetrieblich geschult und sind zu deren Umsetzung betrieblich verpflichtet. (ebenda)

Laut Höltl ist es alleine durch BGM nicht möglich, Krankheit im Betrieb zu verhindern. MitarbeiterInnen werden immer erkranken. Gerade am Ende eines langen Krankenstandes ist laut Höltl der Zeitpunkt, der besonders entscheidend ist. Genau diesem Zeitpunkt widmet die Erste Bank große Aufmerksamkeit um den Wiedereinstieg für die Mitarbeiter und das Unternehmen erfolgreich durchführen zu können. (ebenda)

JedeR MitarbeiterIn die/der länger als 30 Tage im Krankenstand ist, wird von der Personalstelle an das Gesundheitszentrum gemeldet. Alle diese Personen bekommen dann einen Brief vom Gesundheitszentrum an ihre Wohnadresse geschickt. Der Brief ist eine Einladung des Gesundheitszentrums an die/den erkrankten MitarbeiterIn. Im Schreiben wird von Seiten der Bank Beratung, Begleitung und Unterstützung zum Wiedereinstieg in das Berufsleben angeboten. Das Informations- oder Erstgespräch wird im Schreiben schon bewusst vor Ende des Krankenstandes ermöglicht. (ebenda) Weiters wird in dem Brief noch betont, dass das Informationsgespräch vertraulich und verschwiegen gehandhabt wird. Dieser Brief ist als Anlage im Anhang der Master-Thesis ersichtlich.

Aber nicht jede/jeder MitarbeiterIn die/der länger als 30 Tage krank war, benötigt eine stufenweise Eingliederung. Laut Höltl ist es zum Beispiel nicht notwendig jemanden nach einem Knochenbruch einzugliedern. Die Inzidenz von Langzeitkrankenständen in der Erste Bank werden mit circa 4 % aller Krankenstände angegeben. (Höltl, 2016) Ende 2015 sind alle bisherigen 200 Wiedereingliederungsfälle (seit 2011) vom Gesundheitszentrum evaluiert worden. Alle die bisher eingegliedert wurden, sind laut Höltl auch erfolgreich eingegliedert worden. Es werden nur Personen wiedereingegliedert, wo das Gesundheitszentrum mit großer Sicherheit sagen kann, dass der Prozess auch erfolgreich abgeschlossen werden kann. (ebenda)

Als Inklusionskriterien werden angegeben:

- 1. Die Leistungseinschränkung muss beschreibbar sein. Sie muss ihre Ursache in der vorangegangenen Erkrankung haben. (Höltl, 2016)
- 2. Leistungseinschränkung muss tätigkeitsrelevant sein. (Höltl, 2016)
- 3. Es muss eine günstige Prognose bestehen, dass die/der MitarbeiterIn in den nächsten 3 6 Monaten wieder an ihrem/seinem vorhergehenden Arbeitsplatz mit den vorhergehenden oder einem ähnlichen Stundenvolumen grundsätzlich wieder beschäftigbar ist. Zumeist ist dieser Zeitraum auf 3 Monate beschränkt, in Ausnahmefällen bis zu 6 Monaten. (Höltl, 2016)

30-40% der angeschriebenen Mitarbeiter sagen im Erstgespräch, sie wollen keine Wiedereingliederung nach ihrem Krankenstand machen. (Höltl, 2015) Das sind Menschen die nach dem Krankenstand wieder arbeiten können und keine weitere Hilfe benötigen. Höltl betont im Gespräch, dass im Gesundheitszentrum nicht aus jedem Krankenstandsfall einen Wiedereingliederungsfall gemacht werden soll. Die MitarbeiterInnen können das Angebot annehmen oder ablehnen. (ebenda)

Der Ablauf einer Wiedereingliederung erfolgt im Gesundheitszentrum der Erste Bank wie folgt. Von der Personalstelle bekommt das Gesundheitszentrum Namen und Wohnadresse der erkrankten Person, wenn jemand der MitarbeiterInnen länger als 30 Tage im Krankenstand ist. Diese erkrankten MitarbeiterInnen bekommen dann per Post einen Brief (siehe Musterbrief im Anhang) vom Gesundheitszentrum, worin sie informiert werden, dass wenn sie vom Hausarzt wieder gesundgeschrieben sind, sie die Möglichkeit eines stufenweisen Wiedereinstiegs haben. Wobei stufenweise die Arbeitszeit als auch den Tätigkeitsumfang betrifft. In einem Erstgespräch, das bevorzugt persönlich, aber auch telefonisch gemacht werden kann, kann sich die/der betroffene Mitarbeiterln über den stufenweisen Einstieg bereits im Krankenstand informieren. Zeitgleich bekommt die Führungskraft eine elektronische Nachricht, dass der Mitarbeiter XY per Brief über die Möglichkeit eines stufenweisen Wiedereinstiegs informiert wurde. Die Führungskraft wird dazu aufgefordert, die/den betroffenen MitarbeiterIn am ersten Arbeitstag unverzüglich in das Gesundheitszentrum zum Wiedereingliederungsgespräch zu schicken. Dort werden die Rückkehrer nochmals vom arbeitsmedizinischen Dienst über den möglichen Wiedereingliederungsprozess aufgeklärt. Die Freiwilligkeit für die/den MitarbeiterIn und der Datenschutz werden bei diesem Gespräch betont. Etwa 60% der MitarbeiterInnen nehmen laut Höltl das Angebot der Wiedereingliederung in Anspruch. Nimmt die/der MitarbeiterIn das Angebot an, so wird von einer/einem ArbeitsmedizinerIn mit der/dem RückkehrerIn die derzeitige Situation besprochen. Dabei wird erörtert welche genauen Aufgaben die/der MitarbeiterIn an ihrem/seinem Arbeitsplatz zu erfüllen hat. Dann wird gemeinsam festgelegt welcher Tätigkeitsumfang und/oder Arbeitszeit für die nächsten zwei Wochen in der Wiedereingliederung sinnvoll sind.

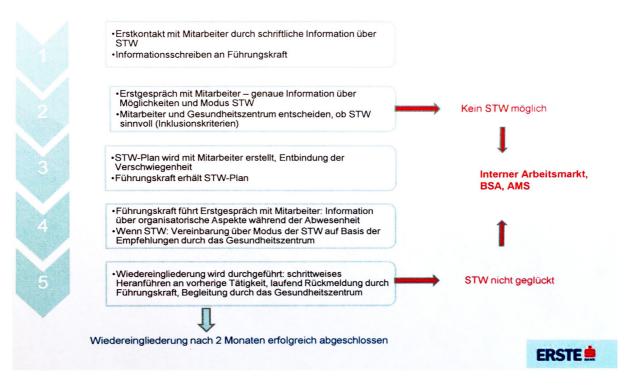


Abbildung 27: Schematische Darstellung der stufenweisen Wiedereingliederung der Erste Bank (Höltl, 2015)

Diese Ergebnisse werden dann als Rahmenbedingungen für die ersten zwei Wochen gemeinsam mit der/dem MitarbeiterIn schriftlich festgehalten. Mit diesen schriftlichen Rahmenbedingungen geht dann die/der MitarbeiterIn zu seiner Führungskraft. Diese muss dann diese Rahmenbedingungen verpflichtend umsetzen. Die Führungskraft informiert die/den RückkehrerIn im Erstgespräch über organisatorische Aspekte (neue Abläufe, Veränderungen, wer die Arbeit der/des Betroffene in deren/dessen Abwesenheit gemacht hat, et cetera). Es folgen dann die ersten beiden Wochen der Umsetzung auf Basis der Empfehlungen des Gesundheitszentrums. Die Führungskraft muss der/dem Rückkehrer und dem Gesundheitszent-

rum regelmäßig Rückmeldung über den Verlauf des Prozesses geben.

Am Ende der ersten zwei Wochen geht die/der RückkehrerIn wieder in das Gesundheitszentrum, dann werden die vergangenen zwei Wochen evaluiert und die schrittweise Belastungssteigerung für die kommenden zwei Wochen werden wieder gemeinsam schriftlich festgelegt und schriftlich für die Führungskraft zusammengefasst.

Eine Zeitreduktion wird nur in circa 50 % der Fälle benötigt. (Höltl, 2016) Ist eine Arbeitszeitreduktion erforderlich, dann wird in den ersten zwei Wochen häufig mit vier Arbeitsstunden täglich begonnen. Dann wird in den nächsten zwei Wochen auf sechs Stunden gesteigert und in der Woche 5 – 6 bereits auf die vollen acht Stunden. Ist keine Zeitreduktion erforderlich, so handelt es sich dann meist um Einschränkungen im Tätigkeitsbereich wie zum Beispiel kein Kundenkontakt oder keine stehende Tätigkeit. Auch diese Dinge werden dann im Zuge des Zweiwochenrhythmus kontinuierlich gesteigert. Nach den ersten drei Monaten wird auf einen monatlichen Kontakt mit der/dem betreuenden ArbeitsmedizinerIn gewechselt. Danach finden noch nach einem halben und nach einem Jahr Eingliederungsgespräche zwischen ArbeitsmedizinerIn und RückkehrerIn statt.

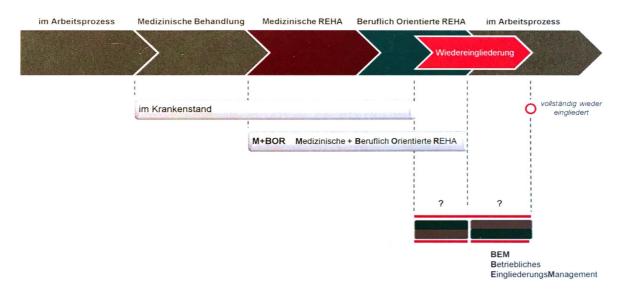


Abbildung 28: Schematische Darstellung des Gesamtprozesses der Wiedereingliederung der Erste Bank (Höltl. 2015)

Sollte für den Heilungsprozess bei psychosomatischen Erkrankungen (dauernde

Überlastung, Mobbing, "Burnout-Syndrom", etc.) eine Rehabilitation erforderlich sein, so wird von der Erste Bank den erkrankten Mitarbeitern "Medizinisch beruflich orientierte Rehabilitation" (MBOR) angeboten. Dieses Therapieverfahren erfolgt in Deutschland. (Höltl, 2015) Laut Höltl hat das Gesundheitszentrum der Erste Bank mit diesem Verfahren sehr gute Erfolge in der nachfolgenden Eingliederung erzielen können. Die Deutsche Rentenversicherung schreibt auf ihrer Website, dass sich die Medizinisch-berufliche Rehabilitation gegenüber der normalen medizinischen Rehabilitation dadurch auszeichnet, weil bei der MBOR die speziel-Fokussierung auf Anforderungen der Arbeitswelt Rentenversicherung, 2014) Im Mittelpunkt stehen hier in gleicher Gewichtung die medizinische Rehabilitation der/des Erkrankten, als auch die mit der/dem Patienten verbundene berufliche Situation. Als Beispiele werden Maßnahmen wie Arbeitsplatztraining, Gruppenprogramme zum beruflichen Verhalten und Erleben, sowie Stressbewältigung et cetera angegeben. (ebenda)

Finanziell werden die betroffenen Abteilungen in der Erste Bank und Erste Bank Holding während des Eingliederungsvorganges entlastet. Das Gesundheitszentrum übernimmt während der Eingliederung die Kosten für den Mitarbeiter und entlastet damit die Abteilung finanziell. (Höltl, 2015) Zusätzlich erhält die Abteilung die (zuerst noch eingeschränkte) Arbeitskraft des einzugliedernden Mitarbeiters.

Im Gesundheitszentrum der Erste Bank sieht man die Führungskräfte als Schlüssel für eine erfolgreiche Wiedereingliederung. (Höltl, 2015) Deshalb wurde schon zu Beginn der Einführung der Betrieblichen Eingliederung die gesamte Riege der Führungskräfte zu diesem Thema eingehend geschult.

11 Diskussion und Ergebnisse

Diese drei verschiedenen Projekte aus Österreich zeigen, dass es bereits in Österreich einige erfolgreich laufende Projekte im Bereich Betrieblichem Eingliederungsmanagement gibt. Alle drei Projekte laufen schon seit mehreren Jahren und können bereits erfolgreiche Wiedereingliederungen vorweisen.

Diese drei Projekte zählen auch inhaltlich zu den am weitesten entwickelten ihrer Art in Österreich. (Höltl, 2016) Jedoch gibt es natürlich noch viele weitere Projekte in Österreich. Diese drei hier beschriebenen Projekte wurden ausgewählt, weil es hier möglich war genügend Daten zu den Projekten zu erhalten und weil die Projekte dieser drei Firmen bzw. Organisationen eine große Zahl an Beschäftigten beinhaltet.

11.1 Schlussfolgerungen aus fit2work

Fit2work ist österreichweit tätig und hat damit auch die größte Anzahl an bereits betreuten KlientInnen. Mit der Aufteilung in Personenberatung und Betriebsberatung ist dieses Projekt sehr breit aufgestellt. Es beschäftigt sich nicht nur mit der betrieblichen Wiedereingliederung, sondern auch ganz stark mit BGF nach dem Prinzip des Hauses der Arbeitsfähigkeit, welches vom finnischen Soziologen Prof. Dr. Juhani Ilmarinen im Jahr 2001 entwickelt wurde. Im Modell nach Ilmarinen wird das Zusammenspiel von unterschiedlichen unternehmenspolitischen und personalpolitischen Perspektiven schematisch in der Abbildung eines Hauses dargestellt. (Hornung, 2013, S. 12) Nach Ilmarinen stellt die physische und psychische Gesundheit der Beschäftigten das Erdgeschoss des Hauses dar, auf dem alle anderen Etagen aufbauen. Deshalb ist bei fit2work besonders in der Betriebsberatung auch BGF und der Aufbau betrieblicher Strukturen in diesem Bereich von entscheidender Bedeutung. Zusätzlich werden durch fit2work Betriebsberatung neue Strukturen für BGF und BEM wie das Integrationsteam aufgebaut, so sie noch nicht vorhanden sind.

Durch einen gut strukturierten, mehrphasigen Ablauf erfolgt eine Analyse des Betriebs mit Hilfe des ABIplus-Tests zur Messung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Mitarbeiterln. Diese Messung wird am Ende der Betriebsberatung wiederholt

um den Erfolg der Maßnahmen zu prüfen und um eventuelle weitere Maßnahmen zu planen und durchzuführen. Weiters werden innerbetrieblich Spezialisten geschaffen, die als Lotsen Beschäftigte bei der Wiedereingliederung leiten und unterstützen. Diese Lotsen erhalten durch Schulung einen guten Einblick auf Netzwerke in den Bereichen Rehabilitation, Sozialhilfe, berufliche Förderung und vieles mehr, dass sie dann bei ihrer weiteren Tätigkeit im Betrieb bei der Wiedereingliederung laufend verwenden könne. Die Lotsen werden durch fit2work nach der Phase der Betriebsberatung weiter betreut und stets am letzten Stand der Informationen gehalten.



Abbildung 29: Das Haus der Arbeitsfähigkeit nach Ilmarinen, modifiziert von Kloimüller und Czeskleba (Kloimüller & Czeskleba, 2013, S. 16)

Von fit 2work wird darauf geachtet, dass sich die Lotsen unterschiedlicher Firmen gut miteinander vernetzen und so Informationen untereinander austauschen können.

Durch fit2work Einzelberatung entsteht durch Beratung und Coaching ein gut strukturiertes Tool um Personen mit Problemen im Bereich Arbeit und Gesundheit zu helfen. Wie aus einer Studie im Auftrag des Bundessozialamtes von 2013 hervorgeht, kommt es jedoch durch eine Begrenzung der Anzahl von persönlichen Gesprächen mit der/dem Case Managerln zu einer Gefährdung der Beratungsqualität. Laut dieser Studie sind in Wien 4-5 Treffen, in Niederösterreich 5-6 Treffen und in der Steiermark 3 Treffen gesamt geplant. Diese Vorgaben sind Richtlinien. Die Träger orientieren sich nach den Bedürfnissen der KlientInnen und geben an auch Spielräume zu haben. (Egger-Subotitsch & Stark, 2013) Als Richtlinie zeigte sich, je mehr Beratungsgespräche stattfanden, je zufriedener waren die KlientInnen. (ebenda, p. 28)

Die Gesamt-Zufriedenheit der KlientInnen wird in der Studie mit sehr hoch angegeben. So sind KlientInnen in der Erstberatung mit 87% und KlientInnen im Case Management zu 90% sehr oder ziemlich zufrieden mit der Serviceleistung. (ebenda, p.2)

Positives Feedback geben die Klientlnnen dem Programm:

- wegen der Möglichkeit neue Lösungsansätze und Perspektiven bei der Beratung zu finden,
- weil sie eine Umschulung im Laufe das Programm machen konnten,
- generell wegen Stärkung ihres Selbstbewusstseins und
- wegen einer Verbesserung ihrer persönlicheren Arbeitsbedingungen im Betrieb. (ebenda, p.2)

Generell kommt zum Ausdruck, dass für die Betroffenen fit2work weiterhin die erste Anlaufstelle bei Problemen im Bereich Arbeit und Gesundheit bleibt. (ebenda, p.2)

Der Großteil der Klientlnnen ist bei der Personenberatung mit der im Basischeck einhergehenden arbeitsmedizinischen beziehungsweise arbeitspsychologischen Abklärung zufrieden. (ebenda, p.29) Während des Case Managements sind das vor allem medizinische und psychologische Angebote (Arztbesuche, Kuraufenthalte, Psychotherapien), die vermehrt von Klientlnnen in Anspruch genommen werden. (ebenda, p.31)

Als Nachteile sind zu werten, dass der Zugang der KlientInnen zur Einzelberatung

eingeschränkt ist, dieser erfolgt hauptsächlich über Empfehlung der Gebietskrankenkasse (2/3 der Zugänge). (ebenda, p.2) Es fehlt schlichtweg eine breite Informationsbasis für mögliche Klienten.

Zu Beginn des Projektes kam es bei Weiterverweisung von Klienten zu anderen Einrichtungen (was in circa 55% der Fälle bei der Erstberatung passiert) zu einem merklichen Schnittstellenproblem. Durch einen Mangel bei der Vernetzungsarbeit und unklaren Kommunikationsstrukturen an den Schnittstellen kam es zu Problemen, dass Klienten den Anschlusspunkt verloren haben und dem Projekt damit verloren gegangen sind. (Egger-Subotitsch, Poschalko, & Stark, 2012, S. 2)

Als weiterer Nachteil wird von KlientInnen ein häufiger Beraterwechsel im Case Management empfunden, da eine gute persönliche Beziehung zwischen Case ManagerIn und KlientIn wichtig ist. Laut Studie kam es bei 28 % zu einem einmaligen BeraterInnenwechsel und bei 5% zu einem mehrmaligen BeraterInnenwechsel. (Egger-Subotitsch, Poschalko, & Stark, 2012, S. 27) Die Möglichkeit mit einer/einem ArbeitsmedizinerIn oder Arbeitspsychologe/in während des Case Managements kontinuierlich Kontakt zu haben gibt es bei fit2work leider nicht.

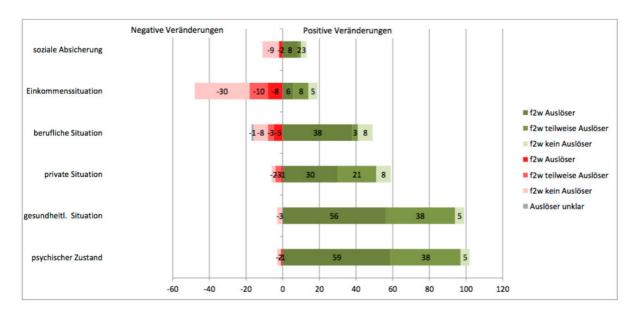


Abbildung 30: Positive und negative Veränderungen durch "fit2work" in absoluten Zahlen, Befragung von Case Management-KlientInnen, n=126 (Egger-Subotitsch & Stark, 2013, S. 37)

11.2 Schlussfolgerungen aus dem BEM der Gemeinde Wien

Das Wiedereingliederungsprojekt für die Bediensteten der Gemeinde Wien ist ein sehr umfangreiches Projekt das circa 65.000 Mitarbeitern in 128 Dienststellen betrifft. Das Eingliederungsmanagement wird durch die MA 3 (Bedienstetenschutz und berufliche Gesundheitsförderung) durchgeführt. Der Beginn der Wiedereingliederung war 2013. Durch die Einführung des BEM kommen in Wien schlagartig sehr viele MitarbeiterInnen die Möglichkeit im Falle eines Langzeitkrankenstandes in den Betrieb wiedereingegliedert zu werden. Auch eine Versetzung in eine andere Dienststelle ist im Zuge des Verfahrens möglich. Es wird auch auf die Schulung der Führungskräfte Wert gelegt, damit Verständnis und Rückhalt in den Dienststellen für den Prozess gegeben ist.

Die MitarbeiterInnen der MA 3, die sich mit Wiedereingliederung beschäftigen, sind sehr ambitioniert und bemühen sich sehr um ihre KlientInnen. Infolge des im Verhältnis zur Heerschar der Bediensteten kleine Stab an ArbeitsmedizinerInnen und SozialarbeiterInnen der MA 3 eine rasche Bearbeitung aller Eingliederungsfälle schwierig. Im Gesamtjahr 2014 sind insgesamt 143 BEM-Fälle bearbeitet worden, davon konnten 89 im Jahr beendet werden. (Stadt Wien, 2015, S. 26) Diese Zahlen spielgeln das Missverhältnis von Eingliederungsbeauftragten der MA 3 und der großen Zahl an MitarbieternInnen der Stadt Wien wieder. Hier könnte eine Personalaufstockung im Bereich der MA 3 helfen.

Erschwerend kommt hier die Schnittstellenproblematik hinzu. Die Bediensteten der Stadt Wien sind zusammen bei drei verschiedenen Krankenkassen versichert (Wiener Gebietskrankenkasse, Krankenfürsorgeanstalt der Gemeinde Wien und die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter). Wegen der Vielfalt an verschiedenen Krankenkassen, dem Datenschutz usw. kommt es nur sehr schwer zu einer Vermittlung von Personen im Langzeitkrankenstand an die MA 3. In der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen würde laut Blei eine einzelne Ansprechstelle bei den Krankenkassen nützlich sein. Wünschenswert, so Blei, würde dort einE Chefärztin/Chefarzt sein, die/der auch gleichzeitig ArbeitsmedizinerIn ist und als Schnittstelle zwischen Krankenkasse und MA 3 fungieren könnte. (Blei, 2016) In diesem Bereich besteht derzeit noch Nachholbedarf und damit kommen so viele Langzeiterkrankte erst spät oder gar nicht in Kontakt mit der MA 3.

Für die MitarbeiterInnen der MA 3 ist es schwierig so viele verschiedene Arbeitsstellen mit so unterschiedlichen Berufsgruppen zu versorgen, noch dazu sind diese Arbeitsstellen über das ganze Stadtgebiet verstreut. Alleine die Anfahrtszeit für eine innerbetriebliche Beratung von KlientInnen und Begutachtung von problematischen Arbeitsstellen nimmt deshalb viel Zeit in Anspruch.

Schulungen der Führungskräfte werden bereits durchgeführt. Das ist ein wichtiger Schritt für die erfolgreiche Eingliederung. (Höltl, 2015) (Kloimüller, 2015 A) Aber auch hier ist wegen der hohen Zahl an Führungskräften ein großer Zeitaufwand für Schulungen nötig. Es kommt dann sehr auf das Verständnis und das technische Können der Führungskräfte in Bezug auf BEM an, ob Eingliederung gelingt oder nicht. (Kloimüller, 2015 A) Deshalb ist es sehr positiv, dass Führungskräfte bereits dementsprechend geschult werden.

Es wäre wichtig im Bereich der Gemeinde Wien ein Meldesystem einzuführen, bei dem die Personalstelle automatisch die ArbeitsmedizinerInnen und SozialarbeiterInnen der MA 3 informiert, welcheR MitarbeiterIn länger als zum Beispiel 30 Tage im Krankenstand ist, um dann gezielt diese kranke Person schon im Krankenstand über Möglichkeiten des BEM in der Gemeinde Wien schriftlich zu informieren und zu einem Erstgespräch einzuladen.

Laut Blei ist die Wiedereingliederung wegen der vielen verschiedenen Berufsgruppen in der Gemeinde Wien sehr aufwändig. Der Bogen spannt sich von KanalarbeiterInnen über ÄrztInnen bis zu KindergärtnerInnen. Deshalb kann man fast nie nach einem "Kochrezept" bei der Wiedereingliederung vorgehen. Fast jeder Fall ist anders zu betrachten und auch einzugliedern. Ein Klein- oder Mittelbetrieb, aber auch ein Großbetrieb mit einer spezifischen Sparte tut sich nach der Einschätzung von Blei wesentlich leichter bei der Eingliederung, weil die Arbeitsplätze dann meist ähnlich sind. (Blei, 2016)

Durch festgelegte Beschreibungen der Arbeitsplätze (Tätigkeitsbeschreibung, Arbeitsplatzbeschreibung) ist die Situation bei der Gemeinde Wien oft sehr stark einzementiert und deshalb schwierig bei der Eingliederung gewisse Arbeitsabläufe für einzelne Personen zu verändern, um den alten Arbeitsplatz bei der Wiedereingliederung der Klientin/des Klienten beibehalten zu können. (ebenda, 2016) Private Betriebe können hier flexibler agieren. (Höltl, 2016)

11.3 Schlussfolgerungen aus dem BEM im Gesundheitszentrum Erste Bank

Das Wiedereingliederungsmanagement des Gesundheitszentrums der Erste Bank existiert seit 2011. Im Vergleich zu den anderen beiden Großprojekten wirkt es relativ überschaubar, obwohl die Erste Bank Österreich, die Erste Group Holding und die Töchter der beiden Banken selbst um die 6.500 MitarbeiterInnen ausmacht. Seit Projektbeginn konnten bereits 200 Eingliederungen durchgeführt werden, die alle erfolgreich waren. (Höltl, 2015) Das spricht für eine gute Selektion der eingeschlossenen Fälle. Die Einschlusskriterien für die Wiedereingliederung sind in diesem Projekt sehr klar definiert und übersichtlich, ebenfalls ist eine klare Organisation des Ablaufes und eine festgelegte Hierarchie gegeben. Das Gesundheitszentrum ist in der Firmenhierarchie sehr hoch angesiedelt, da die Leiterin des Gesundheitszentrums eine Stabsstelle besetzt. Deshalb sind die Entscheidungswege sehr kurz und die Ziele können effektiv durchgesetzt werden. Die Führungskräfte sind zur Umsetzung verpflichtet. Durch eine spezielle Schulung der Führungskräfte ist es gewährleistet, dass diese den Prozess verstehen und mittragen können. (Höltl, 2016) Ein weiterer Erfolgsfaktor ist der Umstand, dass die meisten Arbeitsplätze der Bank sehr ähnlich sind und daher ist das Modell für einen großen Bereich aller dortigen Arbeitsplätze sehr gut anwendbar.

Eine Besonderheit für Österreich ist es, dass die Erste Bank zu diesem Thema bereits eine Betriebsvereinbarung abgeschlossen hat. Das ist die erste Betriebsvereinbarung dieser Art in Österreich. (Höltl, 2015) Darin haben sich Betrieb und Belegschaftsvertretung vertraglich zur Kooperation bei der stufenweisen Eingliederung verpflichtet. Damit ziehen alle Seiten am selben Strang und die Kräfte können gebündelt werden.

Ein weiterer wichtiger Faktor ist die strikte Durchführung des Meldeprozesses der Personalstelle an das Gesundheitszentrum, wenn einE MitarbeiterIn das Limit von 30 Krankenstandstagen überschreitet. Auch hier ist eine klare Strukturierung ersichtlich. Durch den Brief erhält die/der MitarbeiterIn Informationen über die Möglichkeit der Teilnahme an einer freiwilligen Wiedereingliederung nach dem Ende

des Krankenstandes. Damit wird bewirkt, dass die/der MitarbeiterIn schon frühzeitig zur Rückkehr an den Arbeitsplatz erinnert wird und sie/er erfährt, dass der Betrieb bereit ist zur Wiedereingliederung Unterstützung zu gewähren. In diesem Projekt braucht die/der erkrankte MitarbeiterIn von selbst nicht aktiv zu werden, sondern sie/er wird noch im Krankenstand frühzeitig von der Firmenseite angeschrieben.

Die Stufenweise Eingliederung bei der Erste Bank wird immer von einer/einem ArbeitsmedizinerIn durchgeführt und geleitet. Die/der ArbeitsmedizinerIn legt nach arbeitsmedizinischen Kriterien fest welcher Tätigkeitsumfang und/oder Arbeitszeit für die kommenden zwei Wochen der Wiedereingliederung für die/den MitarbeiterIn möglich sind. Diese Rahmenbedingungen werden zwischen ArbeitsmedizinerIn und MitarbeiterIn schriftlich festgehalten und werden dann von der/vom MitarbeiterIn an die entsprechende Führungskraft als Leitlinie für die Eingliederung übergeben. Somit ist ganz klar gestellt was die/der MitarbeiterIn machen kann und was nicht. Die Führungskraft muss der/dem MitarbeiterIn während der Eingliederung laufend Feedback geben. Bei Unklarheiten bei der Wiedereingliederung kann sich die Führungskraft bei einer/einem ArbeitsmedizinerIn jederzeit Informationen einholen.

Die generell im Dienstleistungsbereich deutlich auftretende psychische Belastung spielt auch laut Höltl in der Erste Bank und Erste Group Holding eine Rolle. (Höltl, 2015) Diesem Umstand Rechnung tragend, hat das Gesundheitszentrum der Bank ein spezielles Programm entwickelt, wo MitarbeiterInnen mit psychosomatischen Erkrankungen zur "Medizinisch beruflich orientierte Rehabilitation" (MBOR) nach Deutschland geschickt werden. Diese Therapie erfolgt mit Unterstützung der Pensionsversicherungsanstalt (PVA). (ebenda) Damit hat man auch bei dieser Form der Erkrankung laut Höltl sehr gute Erfolge bei der Wiedereingliederung in den Betrieb machen können.

Laut Höltl ist ein gutes Betriebliches Gesundheitsmanagement im Betrieb eine Voraussetzung und eine wichtige Grundlage um erstens MitarbeiterInnen vor gesundheitlichen Schäden zu bewahren und zweitens bereits erkrankte MitarbeiterInnen schneller wieder in das Berufsleben integrieren zu können. Deshalb sieht sie die Rolle der ArbeitsmedizinerInnen als besonders wichtig im Betrieblichen Gesundheitsmanagement und beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement.

(Höltl, 2016) Noch stärker sieht sie die Wichtigkeit der Organisationsmedizin in diesem Feld, um die Bereiche Medizin, Wirtschaft und Personalentwicklung in der Zukunft noch besser zu vernetzen. (Höltl, 2016)

Höltl sieht sich dazu verpflichtet, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die dem BEM-Vorgang gegenüber Bereitschaft zeigen, ein entsprechendes Angebot zur Verfügung zu stellen, damit die Menschen die durch ihre/ihren Ärztin/Arzt wieder arbeitsfähig geschrieben werden, auch tatsächlich wieder im Betrieb an ihrer Arbeitsstelle Fuß fassen können. (Höltl, 2015) Durch die ArbeitsmedizinerInnen des Gesundheitszentrums der Erste Bank wird im Zuge der Wiedereingliederung eine Phase der beruflichen Rehabilitation an den beruflichen Wiedereinstieg gekoppelt. Dazu definiert die/der ArbeitsmedizinerIn die beruflichen Rehabilitationsziele für jeweils zwei kommende Wochen. (ebenda) Dieser Vorgang wird dann unter Leitung der geschulten Führungskräfte durchgeführt und vom Gesundheitszentrum begleitet. Die/Der Einzugliedernde und das Gesundheitszentrum erhalten während der Zeit laufend Feedback von der entsprechenden Führungskraft bezüglich des Fortschrittes der Wiedereingliederung am Arbeitsplatz. Nach zwei Wochen wird dann die Belastung neu an die aktuelle Situation der/des Betroffenen angepasst.

Vorteilhaft ist, dass beim Wiedereingliederungsprojekt der Erste Bank die erkrankten MitarbeiterInnen bereits im Krankenstand vom Gesundheitszentrum persönlich angeschrieben werden und auf die Möglichkeit einer für die/den ErkrankteN freiwilligen Wiedereingliederung in den Betrieb hingewiesen werden. Damit wird die/der Erkrankte frühzeitig erreicht und auf die Hilfestellung hingewiesen. Jede/jeder Mitarbeiter der länger als 30 Tage im Krankenstand war, muss verpflichtend am ersten Arbeitstag zu einem Arbeitsmediziner des Gesundheitszentrums und wird dort nochmals bezüglich der möglichen Wiedereingliederung, möglicher Arbeitserleichterungen, dem Datenschutz und der Freiwilligkeit aufgeklärt. Die/der MitarbeiterIn kann sich dann frei darüber entscheiden ob sie/er eine stufenweise Wiedereingliederung benötigt oder auch nicht. So kommt jede länger erkrankte Person zumindest am ersten Tag des Arbeitsantrittes zuerst in Kontakt mit einem Arbeitsmediziner und kann dort bedarfsgerechte Unterstützung erhalten.

Laut Höltl wird sehr großen Wert auf die Einhaltung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht bei der Wiedereingliederung gelegt. Das wurde so mit Ärztekammer und Betriebsrat vereinbart und in der Betriebsvereinbarung veran-

kert.

Durch die laufende Begleitung durch ArbeitsmedizinerInnen des Gesundheitszentrums und durch ständiges Feedback durch die entsprechende Führungskraft ist die/der Einzugliedernde sehr präsent in der Abteilung. Es ist damit gewährleistet, dass jemand der den Weg der Wiedereingliederung freiwillig wählt, diesen Weg auch bewusst gehen will um rasch wieder die volle Arbeitsfähigkeit zu erreichen. Jemand der sich von der Arbeit drücken will, wird wahrscheinlich nicht so einen Weg wählen wo sie/er so im Mittelpunkt steht. Vor der Eingliederung muss laut Höltl eine intakte Chance bestehen, dass Eingliederung in 3 Monaten möglich ist. In drei von 20 Fällen ist das laut Höltl nicht möglich. Problemfälle können oft durch Zusammenarbeit mit dem Bundessozialamt im Rahmen eines Case Managements gelöst werden. (Höltl, 2015)

Durch Einhaltung dieser strikten Rahmenbedingungen lässt sich auch zum Teil der 100%-ige Erfolg der bisherigen Wiedereingliederungsfälle erklären.

11.4 Erörterung der Forschungsfragen

11.4.1 Welche Ansätze gibt es um die Wiedereingliederung von Mitarbeiterlnnen nach Langzeitkrankenständen in den Betrieb zu verbessern?

Derzeit gibt es verschiedene Ansätze um MitarbeiterInnen nach einem Langzeitkrankenstand leichter in den Betrieb zu integrieren. Die gesetzlichen Voraussetzungen in Österreich zur Eingliederung können als gut bewertet werden. Ein großer Vorteil zum deutschen System ist, dass in Österreich auch erkrankte arbeitslose Personen Zugang zu Wiedereingliederung haben. Im Zuge des AGG wurde das freiwillige Programm "fit2work Personenberatung" als Initiative der österreichischen Bundesregierung ins Leben gerufen. Die im AGG geforderte Schaffung des notwendigen Beratungs-, Unterstützungs- und Informationsangebots für Einzelpersonen und Betriebe wird in einer dualen Form bewerkstelligt. Einerseits wird die erkrankte Einzelperson in Form eines Case-Managements unterstützt. Andererseits werden bei der Betriebsberatung Betriebe zusätzlich zum BEM bei der Schaffung von gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen gefördert. Das zusätzliche Ziel ist es dabei, die Arbeitsfähigkeit der MitarbeiterInnen dadurch zu verbessern und dadurch auch die Produktivität im Unternehmen nachhaltig zu sichern. Fit2work-Betriebsberatung verwendet dabei unterschiedliche Eingliederungsvarianten:

- Die "klassische Variante" mit der Rückkehr eines Erkrankten beginnt eine stufenweise Eingliederung.
- Beim "Deutschen Modell" wird der Kontakt zur/zum erkrankten Beschäftigten schon während des Krankenstands hergestellt und des BEM schon frühzeitig angeboten.
- Bei der "prophylaktischen Variante" wird die Begleitung schon bei der Erstmanifestation von Problemen am Arbeitsplatz begonnen. Schon vor einer Erkrankung wird hier prophylaktisch angesetzt.

In Österreich existieren neben staatlichen Eingliederungssystemen, kommunale Eingliederungssysteme und betriebsspezifische Maßnahmen. Die unterschiedlichen Systeme versorgen derzeit meist Großbetriebe. Aber auch individuelle Lö-

sungen für einzelne MitarbeiterInnen sind durch Initiativen wie fit2work Einzelberatung möglich.

Es zeigt sich, dass der Prozess der Wiedereingliederung leichter ist, wenn in einem Betrieb die Arbeitsplätze relativ ähnlich sind. Dann kann ein Modell leicht über den gesamten Betrieb gestülpt werden. Bei kommunalen Lösungen mit vielen verschiedenen Arbeitsplätzen und Berufsgruppen ist die Eingliederung insofern schwieriger, als dass viele individuelle Lösungen entwickelt werden müssen.

Wiedereingliederungslösungen wo eine/ein ArbeitsmedizinerIn an der Eingliederung beteiligt oder sogar hauptverantwortlich ist, scheinen sehr erfolgsversprechend. Eine/Ein ArbeitsmedizinerIn hat einen besseren Zugang zu einem kranken Menschen, kennt sich mit der Verschwiegenheit berufsbedingt gut aus und kann als ArbeitsmedizinerIn die mögliche Belastung für den wiedereinzugliedernden Mitarbeiter besser abschätzen.

Aus organisationsmedizinischer Sicht zeigt sich, dass gut organisierte Verfahren mit der entsprechenden Struktur im Betrieb eher von Erfolg gekrönt sind. Betriebe die Bereits ein gut organisiertes Betriebliches Gesundheitsmanagement aufweisen können ihre bereits existierenden Strukturen aus dem BGM (Steuergruppe, Integrationsteam, etc.) auch für das BEM einsetzen.

In Deutschland ist das BEM bereits seit Jahren gesetzlich vorgeschrieben. Deshalb ist es schon weiterverbreitet als in österreichischen Betrieben. Ein großer Unterschied zu Österreich ist auch, dass der Betrieb in Deutschland zum Einleiten des BEM verpflichtet ist.

11.4.2 Gibt es derzeit laufende Programme in Österreich und wie werden diese Programme bewertet?

In Österreich gibt es bisher schon einige laufende Programme. Von kleinen Betrieben bis Großbetrieben, über kommunale und staatliche Eingliederungsprogramme gibt es bereits die volle Bandbreite. Jedoch in der Gesamtheit sind diese Programme noch selten in Betrieben vorzufinden. Zumeist sind es derzeit Betriebe mit hohem sozialen Engagement, die die Gesundheit ihrer Mitarbeiter als wichtige Ressource betrachten.

In dieser Arbeit wurden drei Eingliederungsstrukturen in den Fokus gestellt, weil sie bereits seit mehreren Jahren laufen, viele Beschäftige betreuen und bereits Ergebnisse präsentieren können.

Das BEM des Gesundheitszentrums der Erste Bank ist sehr gut fokussiert. Die Einschlusskriterien für die Wiedereingliederung definiert und werden auch strikt eingehalten. Der gesamte Ablauf ist gut durchgeplant. Kontakt mit dem PatientInnen geschieht vorrangig über die Arbeitsmedizin. Die Führungskräfte müssen sich nach den Vorgaben der Arbeitsmedizin bei der Eingliederung der RückkehrerInnen in den Betrieb halten. Nach einigen Wochen erfolgt eine neuerliche Anpassung der Eingliederungskriterien durch die Arbeitsmedizin.

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement der Gemeinde Wien ist dagegen viel breiter aufgestellt. Hier sind sehr viele verschiedene Dienststellen und verschiedenen Berufsgruppen vorhanden, die alle eine individuelle Betreuung bei der Wiedereingliederung benötigen. Auch hier sind die Führungskräfte geschult um die Eingliederung ihrer MitarbeiterInnen durchführen zu können. Die Magistratsabteilung 3, die bei der Stadt Wien für Bedienstetenschutz und berufliche Gesundheitsförderung zuständig ist, hat im Bereich Wiedereingliederung sehr ambitionierte MitarbeiterInnen, jedoch sind sie zahlenmäßig dem Bedarf an Wiedereingliederungsfällen kaum gewachsen. Durch die vielen individuell zu behandelnden Fällen sind sehr viele Betriebsbesuche in der gesamten Stadt erforderlich, was sehr zeitintensiv ist. Fast jeder Fall ist eine Einzellösung und kann meist nicht auf andere Fälle angewendet werden. Hier wäre eine personelle Aufstockung wahrscheinlich erforderlich um den Bedarf gerecht zu werden. Eine gewisse Schnittstellenproblematik bei der Zusammenarbeit von verschiedenen AnsprechpartnerInnen und Dienststellen kann hier beobachtet werden. Hier wäre besonders die Zusammenarbeit der verschiedenen Krankenkassen mit den Magistratsabteilung 3 eine Möglichkeit der Verbesserung.

Die Initiative Fit2work der österreichischen Bundesregierung ist die in Österreich derzeit größte und breitest aufgestellte Einrichtung, die sich bundesweit mit Wiedereingliederung beschäftigt. Fit2work beschäftigt sich mit zwei Kernbereichen, der Einzelberatung und der Betriebsberatung. Die Einzelberatung ist für jedeN ArbeitnehmerIn möglich. Bei der Betriebsberatung muss die Betriebsleitung um Betriebsberatung ansuchen. Betriebliche Gesundheitsförderung spielt bei der Be-

triebsberatung ebenfalls eine Rolle. Hier wird versucht durch fit2work die Bedingungen im Betrieb umfassend im Gesundheitsbereich zu verbessern. Es wird ein standardisierter Basischeck des Unternehmens durchgeführt, ein Integrationsteam im Betrieb wird aufgebaut. Die Zusammenarbeit mit den ArbeitsmedizinerInnen der Betriebe ist für fit2work ein wichtiger Faktor. Auch bei fit2work ist eine Schnittstellenproblematik durch viele verschiedene involvierte Stellen feststellbar. Jedoch ist wegen der Größe des Projektes eine Reduktion der Schnittstellen nur schwer möglich. Ein großes Plus dieses Programmes ist, dass selbst einzelne ArbeitnehmerInnen sich selbständig für eine Wiedereingliederung bei fit2work melden können. Auf der Ebene des Individuums ist dieses Projekt damit einzigartig und ein wesentlicher Faktor um einzelne Personen individuell nach einem längeren Krankenstand wieder an den Arbeitsplatz zu integrieren.

12 Ausblick

Für die Zukunft wird es wichtig sein das Verfahren des BEM weiter auszubauen. Durch die demographische Entwicklung der Bevölkerung in Österreich kommt es zu einer zunehmenden Überalterung der erwerbstätigen Population mit einer daraus resultierenden Steigerung von Krankenstandszahlen und Krankenstandsdauer. Das ist nicht alleine ein österreichisches Problem, sondern ein Problem das zunehmend alle Industriestaaten betrifft.

Als Grundlage kann eine Verbesserung und Verbreitung eines gezielten Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Österreich dienen. Da die Beschäftigten einen sehr großen Teil ihrer Lebenszeit in der Arbeit verbringen, ist ein entsprechender Gesundheitsschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Gesundheitsmanagement im Betrieb von sehr großer Bedeutung. Die Zeit, die einE BeschäftigteR am Arbeitsplatz verbringt muss auch effektiv zur Gesundheitserhaltung und Gesundheitserziehung genutzt werden. Nur so kann es in den kommenden Jahren gelingen, dass ältere Arbeitskräfte, die in Zukunft die Mehrheit der Arbeitskräfte darstellen werden, noch gesund und motiviert ihrer Arbeit nachgehen können. Kommt es infolge einer schweren gesundheitlichen Beeinträchtigung einer/eines Beschäftigten zu einem längeren Krankenstand, so ist es wichtig, dass diese Beschäftigten eine Möglichkeit einer schnellen und effizienten Wiedereingliederung an ihren Arbeitsplatz vorfinden.

Einige wichtige Weichen müssen jetzt für die Zukunft gesetzt werden. Eine dieser wichtigen Elemente wird die Einführung des Teilzeitkrankenstandes sein. Der Teilzeitkrankenstand dient dazu eineN noch teilwiese gesundheitlich beeinträchtigteN BeschäftigteN frühzeitig an ihren/seinen Arbeitsplatz unter arbeitsmedizinischer Beratung und Anleitung zu integrieren. Ein weiteres Element ist die Schaffung von sogenannten Disability ManagerInnen die im Betrieb in Zusammenarbeit mit der Arbeitsmedizin die Rückkehrer nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten beraten und wiedereingliedern können. Die Schaffung von Betriebsvereinbarungen ist ein weiteres Element um wirksam die Wiedereingliederung von Langzeitkrankenstanden im Betrieb voranzutreiben.

Im Moment ist das BEM ein wichtiges Thema in der Sozialpolitik. Es ist zu erwarten, dass sich in Österreich in diesem Bereich auf der politischen Ebene in naher

Zukunft einiges ändern wird und weitere gesetzliche Regelungen zur Wiedereingliederung geschaffen werden, um der demografischen Veränderung der Bevölkerung auch in Zukunft Rechnung tragen zu können.

Aus organisationsmedizinischer Sicht ist der organisationstheoretische Konzept bei der Einführung eines BEM in eine Organisation von besonderem Interesse. Dazu sollen idealerweise Organisationsentwicklungsprozesse für die innerbetriebliche Veränderung genützt werden, um Strukturen wie ein BEM in einem Betrieb nachhaltig einführen zu können. Diese Aufgabe ist für eineN speziell ausgebildeteN ArbeitsmedizinerIn, so wie es die/der OrganisationsmedizinerIn darstellt, eine interessante Herausforderung für die Zukunft.

Literaturverzeichnis

- Arbeiterkammer. (2015). *Geld bei Krankheit*. Abgerufen am 03. 01 2016 von http://www.arbeiterkammer.at/beratung/arbeitundrecht/krankheitundpflege/k rankheit/Geld_bei_Krankheit.html
- Arbeiterkammer. (o.J.). Psychische Krankmacher in der Arbeit und was sie kosten
 . Abgerufen am 22. 12 2015 von
 https://www.arbeiterkammer.at/beratung/ArbeitundGesundheit/psychischeb
 elastungen/Psychische_Krankmacher.html
- Arbeitsinspektion. (28. 06 2012). Sozialministerium Arbeitsinspektion. Abgerufen am 24. 02 2016 von http://www2.arbeitsinspektion.gv.at/AI/Arbeitsinspektion/Zustaendigkeiten/default.htm
- Bedienstetenschutz und berufliche Gesundheitsförderung (MA 3). (2014).

 Betriebliches Eingliederungsmanagement -BEM. Internes Papier. Wien:

 Gemeinde Wien.
- Beyer, C., Ihme, C., & Wallmann, P. (05 2013). Handlungsleitfaden zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement. *4*. Köln: Landwirtschaftsverlag GmbH.
- Biffl, G., Faustmann, A., Gabriel, D., Leoni, T., Mayrhuber, C., & Rückert, E. (2011). Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen. Krems/Wien: Arbeiterkammer Wien. Von https://media.arbeiterkammer.at/PDF/Psychische_Belastungen_der_Arbeit. pdf abgerufen
- BKK Dachverband e. V. (10. 07 2015). *BKK Gesundheitsatlas 2015 "Blickpunkt Psyche"*. Abgerufen am 11. 04 2016 von http://www.bkk-dachverband.de/presse/pressemitteilungen/detailansicht/artikel/bkk-gesundheitsatlas-2015-blickpunkt-psyche-wird-deutschland-seelischimmer-kraenker/
- Blei, A. (04. 03 2016). Gespräch zum Thema BEM in der Gemeinde Wien. (D. K.

- Legner, Interviewer)
- Britschgi, S. (2006). *Krankheit und betriebliches Eingliederungsmanagement* (1. Auflage Ausg.). Frankfurt am Main: Bund-Verlag.
- Bruggmann, G. (2010). Arbeitsunterlagen für einen Impuls-Leghrgang
 Organisationsentwicklung / Change Management / Lernende Organisation.
 Basel.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. (2004). Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. *Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 8.* Frankfurt am Main: Böhler Verlag GmbH.
- Bundeskanzleramt . (2016). *Rechtsinformationssystem*. Abgerufen am 25. 02
 2016 von
 https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&
 Gesetzesnummer=10008253
- Bundeskanzleramt. (17. 06 1994). *Bundesgesetzblatt*. Abgerufen am 06. 01 2016 von https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1994_450_0/1994_450_0.pdf
- Bundeskanzleramt. (1998). Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS).

 Abgerufen am 08. 02 2016 von

 https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&

 Gesetzesnummer=10011127
- Bundeskanzleramt. (2004). *Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS)*. Von https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen& Gesetzesnummer=20003883&ShowPrintPreview=True abgerufen
- Bundeskanzleramt. (2011). *Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz*. Abgerufen am 24. 02
 2016 von
 https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&
 Gesetzesnummer=20007058
- Bundeskanzleramt. (10. 01 2013). *Sozialrechts-Änderungsgesetz 2012*. Abgerufen am 28. 02 2016 von https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/171/Seite.1710499.h

tml

- Bundeskanzleramt. (2015). *Allgemeines Sozialversicherungsgesetz*. Abgerufen am 02. 01 2016 von https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen& Gesetzesnummer=10008147
- Bundeskanzleramt. (2015). Sozialrechts-Änderungsgesetz 2012 beschlossene Änderungen. Abgerufen am 01. 01 2016 von https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/171/Seite.1710499.h tml
- Bundeskanzleramt. (2016). *Reformpfad Pension*. Wien: Bundeskanzleramt Österreich.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (2004). *Gesetze im Internet*. Abgerufen am 23. 12 2015 von http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/_84.html
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2013). Einfach Teilhaben.

 Stufenweise Wiedereingliederung (Hamburger Modell). Abgerufen am 29.

 02 2016 von http://www.einfachteilhaben.de/DE/StdS/Ausb_Arbeit/ArbPl_sichern/BEM/bem_node.html;jses
 sionid=1E65ABC1256D0598747084ADB566FB83.1_cid369
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (14. 01 2013). *Gesundheit am Arbeits-*platz, Betriebliches Eingliederungsmanagement. Abgerufen am 09. 02 2016

 von http://www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsschutz/Gesundheit-am
 Arbeitsplatz/betriebliches-eingliederungsmanagement.html
- Bundesministerium für Gesundheit . (o.J.). *Gesundheit und Gesundheitsförderung*.

 Abgerufen am 11. 01 2016 von

 http://bmg.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung
- Bundesministerium für Gesundheit. (26. 03 2012). EU-Netzwerk Betriebliche

 Gesundheitsförderung und Österreichisches Netzwerk Betriebliche

 Gesundheitsförderung. Abgerufen am 22. 01 2016 von

 http://www.plagscan.com/highlight?doc=7418845&source=10&cite=1#jump
- Bundesministerium für Gesundheit. (2012). Netzwerke Gesundheitsförderung.

- Abgerufen am 07. 02 2016 von
- http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitsfoerderung_Praeve ntion/Netzwerke_Gesundheitsfoerderung/EU_Netzwerk_Betriebliche_Gesundheitsfoerderung_und_Oesterreichisches_Netzwerk_Betriebliche_Gesundheitsfoerderung
- Bundesministerium für Gesundheit. (2016). *Gesundheit.gv.at*. Abgerufen am 25. 02 2016 von https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/antragberufliche-rehabilitation.html
- Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz. (19. 06 2001). *Juristisches Informationssystem für die BRD*. Abgerufen am 28. 02 2016 von https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/__84.html
- Chambers, E. G., Foulon, M., Handfield-Jones, H., Hankin, S. M., & Michaels III, E. G. (2007). *The war for talent.* The McKinsey Quarterly. New York: McKinsey & Company.
- Dürr, W., & Fürth, K. (2006). Grundlagen, Konzepte und Nutzen der Betrieblichen Gesundheitsförderung aus gesundheitssoziologischer Sicht. In O. Meggeneder, & H. Hirtenlehner (Hrsg.), *Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich.* Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. (2015). *Die Ausbildung zum Disability Manager*. Abgerufen am 02. 03 2016 von http://www.dguv.de/disabilitymanager/Ausbildung/index.jsp
- Deutsche Rentenversicherung. (2014). *Medizinisch-beruflich orientierte*Rehabilitation (MBOR). Abgerufen am 19. 03 2016 von

 http://www.deutscherentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5 Services/rehatipp/mbor.html
- Deutsche Rentenversicherung. (2016). Sicherheit für Generationen, Betriebliches

 Eingliederungsmanagement. Abgerufen am 26. 02 2016 von

 http://www.deutscherentenversicherung.de/BadenWuerttemberg/de/Inhalt/2_Rente_Reha/02_R

 eha/01_Modellprojekte/BEM.html#doc256884bodyText3

- Dinkelmeyer, A. (2010). Kampagnenplanung. In M. Bär, J. Borcherding, & B. Keller (Hrsg.), *Fundraising im Non-Profit-Sektor* (S. 264-265). Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Egger-Subotitsch, A., & Stark, M. (2013). fit2work Implementierungsevaluierung Bericht II. Wien: Bundessozialamt.
- Egger-Subotitsch, A., Poschalko, A., & Stark, M. (2012).

 Implementierungsevaluierung "fit2work" Zwischenbericht. Wien:

 Bundessozialamt.
- Europäische Kommission. (1989). *EUR-Lex*. Abgerufen am 07. 02 2016 von http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31989L0391:de:HTM L
- Europäischen Kommission. (12. 07 1989). *Amtsblatt der Europäischen Union.*Abgerufen am 24. 2 2016 von http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:31989L0391&from=DE
- Europäischen Union. (29. 06 1989). *EUR-Lex*. Abgerufen am 06. 01 2016 von http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31989L0391:de:HTM L
- European Network For Workplace Health Promotion. (1996). *European Network*For Workplace Health Promotion. Abgerufen am 07. 02 2016 von

 http://www.enwhp.org/workplace-health-promotion.html
- Feldes, W. (2011). § 84 Prävention. In W. Feldes, W. Kohte, & E. Stevens-Bartol (Hrsg.), SGB IX Sozialgesetzbuch Neuntes Buch. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (S. 657-686). Frankfurt am Main: Bund-Verlag.
- fit2work. (2014). *Begriffserklärungen*. Abgerufen am 0402 2016 von http://www.fit2work.at/home/Service/Begriffserklaerungen/
- fit2work. (2014). *fit2work Homepage*. Abgerufen am 24. 02 2016 von http://www.fit2work.at/home/
- fit2work. (2014). fit2work in Salzburg. Abgerufen am 01. 02 2016 von

- http://www.fit2work.at/home/Regionalne informacije/Salzburg/?lang=BKS
- fit2work. (2015). *fit2.work.at*. Abgerufen am 24. 12 2015 von http://www.fit2work.at/home/
- fit2work. (2015). Jahresbericht 2014. Information für die Steuerungsgruppe.

 Abgerufen am 07. 03 2016 von

 http://www.fit2work.at/cms/home/attachments/9/5/2/CH0080/CMS14261619

 02414/jahresbericht_oesterreich_2014_10062015.pdf
- Frese, E. (1980). Projektorganisation. In *Grundlagen der Organisation* (S. 376 412). Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Gessler, M., & Kaestner, R. (2011). *Kompetenzbasiertes Projektmanagement* (4. Auflage Ausg.). (D. G. Projektmanagement, Hrsg.) Nürnberg: GPM Deutsche Gesellschaft für Projektmanagement.
- Giesert, M., & Wendt-Danigel, C. (2011). Handlungsleitfaden für ein Betriebliches Eingliederungsmanagement. 2. (Hans-Böckler-Stiftung, Hrsg.) Düsseldorf.
- Glasl, F. (2014). *Professionelle Prozessberatung.* (F. Glasl, & P. H. Kalcher Trude, Hrsg.) Bern: Haupt.
- Grieger, N. (02. 01 2015). *Arbeitsmarktservice Österreich Die Arbeitsmarktlage Ende Dezember 2014*. Abgerufen am 04. 04 2016 von

 http://www.ams.at/ docs/001 monatsbericht.pdf
- Grossmann, R., Heimerl, K., Heller, A., & Scala, K. (1997). *Organisierte Gesellschaft*. Wien: Springer eBook.
- Höller, C. (09. 12 2015). 2016 kommt der Teil-Krankenstand. Die Presse.
- Höltl, E. (24. 06 2015). Arbeitsfähigkeit / Wiedereingliederung, Österreichische Akademie für Arbeitsmedizin und Prävention. *Vorstellung Modell Gesundheitszentrum Erste Bank*. Klosterneuburg.
- Höltl, E. (09. 03 2016). Gespräch zum Thema Stufenweise Eingliederung im Gesundheitszentrum der Erste Bank. (K. Legner, Interviewer)
- Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger. (2015). *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2015.* Abgerufen am 27.

 02 2016 von

- http://www.bva.at/portal27/portal/bvaportal/content/contentWindow?contentid=10008.603361&action=b&cacheability=PAGE&version=1446133514
- Hauptverband der Sozialversicherungen. (2014). Rehabilitation, Kärntner Gebietskrankenkasse. Abgerufen am 25. 02 2016 von https://www.sozialversicherung.at/portal27/sec/portal/kgkkportal/content/content/Window?contentid=10007.698600&action=2&viewmode=content
- Hirtenlehner, H., & Pillwein, W. (2006). Der ganzheitliche Ansatz der betrieblichen Gesundheitsförderung am Beispiel eines Modell-Projekts in einer Papierfabrik. In O. Meggeneder, & H. Hirtenlehner, *Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich* (S. 83-95). Mabuse-Verlag.
- Hofmann, A. (27. Mai 2004). Demographische Rahmenbedingungen, wichtige Eckdaten für die Politik, Teil 2. (I. W. Österr. Bundesarbeiterkammer, Hrsg.) Arbeitsgerechte Arbeitswelt, Referate und Diskussionsbeiträge des Expertenhearings der Sozialpartner.
- Hornung, J. (2013). *Nachhaltiges Personalmanagement in der Pflege Das 5-Säulen Konzept.* Berlin: Springer Verlag.
- Hundstorfer, R. (2015). *sozialministerium.at*. Abgerufen am 01. 01 2016 von https://www.sozialministerium.at/site/Startseite/News/Hundstorfer_Massnah men_zur_Anhebung_des_Pensionsalters_greifen
- initio Organisationsberatung. (o.J.). *Die besten Change Management-Modelle im Vergleich*. Abgerufen am 30. 03 2016 von https://organisationsberatung.net/change-management-modelle-im-vergleich/#Das_3-Phasen_Modell_von_Kurt_Lewin
- Jagsch, R. (2015). Endbericht Evaluierung des arbeitsbezogenen

 Therapieerfolgs der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen

 Behandlung im Rahmen des Projekts "fit2work". Fakultät für Psychologie,

 Universität Wien. Universität Wien.
- Kloimüller, I. (24. 06 2015 A). Wiedereingliederung, Österreichische Akademie für Arbeitsmedizin und Prävention. Klosterneuburg.
- Kloimüller, I. (11. 11 2015 B). Methoden der Wiedereingliederung im Rahmen von fit2work. Wien.

- Kloimüller, I., & Czeskleba, R. (2013). "Fit für die Zukunft Arbeitsfähigkeit erhalten" Das Bautagebuch für das Haus der Arbeitsfähigkeit. Wien.
- Klotter, C. (1999). Historische und aktuelle Entwicklungen der Prävention und Gesundheitsförderung Warum Verhaltensprävention nicht ausreicht. In R. Oesterreich, & VolpertW. (Hrsg.), *Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen* (S. 23-61). Bern: Huber.
- Kohlbacher, M., & Meggeneder, O. (2006). *Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich.* (O. Meggeneder, & H. Hirtenlehner,

 Hrsg.) Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Kohte, W. (2010). *Das betriebliche Eingliederungsmanagement Ein doppelter Suchprozess*. Abgerufen am 28. 02 2016 von http://www.neue-wege-imbem.de/sites/neue-wege-imbem.de/dateien/download/kohte bem suchprozess.pdf
- Kostka, C., & Kostka, S. (2011). *Der Kontinuierliche Verbesserungsprozess Methoden des KVP* (5 Ausg.). München: Carl Hanser Verlag.
- Leoni, T. (2014). Fehlzeitenreport 2014. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Magistrat der Stadt Wien. (2015). Fehlzeiten 2014 und Gesundheitsförderung bei der Stadt Wien. Abgerufen am 02. 04 2016 von https://www.wien.gv.at/statistik/verwaltung/pdf/fehlzeiten-2014.pdf
- Nöhammer, E., Eitzinger, C., Schaffenrath-Resi, M., & Stummer, H. (04 2009).

 Zielgruppen-orientierung und Betriebliche Gesundheitsförderung
 Angebotsgestaltung als Nutzungs-hemmnis Betrieblicher

 Gesundheitsförderung aus Mitarbeiterperspektive. *Prävention und Gesundheitsförderung*, S. 77-82.
- Nöstlinger, W. (2006). Arbeitnehmerinnenschutz. Wien: Manz.
- NÖ GKK. (2015). Rehabilitationsgeld und Case-Management ab 1.1.2014.

 Abgerufen am 02. 01 2015 von

 http://www.noegkk.at/portal27/portal/noegkkportal/content/contentWindow?

 contentid=10007.701963&action=2
- Naidoo, J., & Wills, J. (2003). Lehrbuch der Gesundheitsförderung: Umfassend

- und anschaulich mit vielen Beipielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. Köln: BZgA.
- Netzwerk BGF. (2015). Firmenbezogene Krankenstandsauswertung. Abgerufen am 09. 02 2016 von http://www.netzwerk-bgf.at/portal/27/portal/bgfportal/content/contentWindow?contentid=10008.62 0774&action=b&cacheability=PAGE&version=1435297881
- Neumann, T., & Koch, U. (2013). Rehabilitation vor Pension. 110-117. Wien: SVA der gewerblichen Wirtschaft.
- Niedl, K. (2015). Personalmanagement Organisationsmedizin. Klosterneuburg: Österreichische Akademie für Arbeitsmedizin und Prävention.
- Niehaus, M., Magin, J., Marfels, B., Vater, E., & Werkstetter, E. (2008).

 Betriebliches Eingliederungsmanagement. Studie zur Umset- zung des
 Betrieblichen Eingliederungsmanagements Betriebliches
 Eingliederungsmanagement. Studie zur Umset- zung des Betrieblichen
 Eingliederungsmanagements mach § 84 Abs. 2 SGB IX. Köln: Universität
 Köln.
- OÖGKK. (2015). Österreichisches Netzwerk BGF. Abgerufen am 07. 02 2016 von https://www.ooegkk.at/portal27/portal/ooegkkportal/content/contentWindow?contentid=10007.739009&action=2
- Osterkorn, M. (2010). Trends in der beruflichen Rehabilitation. *Behinderte Menschen, Zeitschrift für gemeinsames Leben, Lernen und Arbeiten*, S. 2233.
- Pammer, W. (o.J.). fit2work mit vereinten Kräften gemeinsam ans Ziel.
- Pensionsversicherungsanstalt. (2015). Berufliche und soziale Maßnahmen der Rehabilitation. fit2work. Wien: Pensionsversicherungsanstalt.
- Pensionsversicherungsanstalt. (2015). *Rehabilitation*. Abgerufen am 01. 01 2016 von http://www.pensionsversicherung.at/portal27/portal/pvaportal/content/content/window?contentid=10007.707578&action=2
- Prümper, J., & Reuter, J. (2015). Herausforderungen für das BEM demografischer Wandel und psychische Störungen. In J. Prümper, J.

- Reuter, & A. Sporbert (Hrsg.), *BEM-Netz Betriebliches Eingliederungsmanagement erfolgreich umsetzen* (S. 125). Berlin: Hochschule für Technik und Wirtschaft (HTW) Berlin.
- Ropin, K. (2006). Betriebliche Gesundheitsförderung aus Sicht des Fonds Gesundes Österreich. In O. Meggeneder, & H. Hirtenlehner (Hrsg.), Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Forschungsstand -Strukturen - Entwicklungen (S. 73-83). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Schewe, G. (o.J.). *Gabler Wirtschaftslexikon*. Abgerufen am 29. 03 2016 von http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/organisationsentwicklung.html# erklaerung
- Sepp, R., Osterkorn, M., & Martina, S. (2009). *Trends, internationale*Entwicklungen und künftige Herausforderungen in der beruflichen
 Rehabilitation. BBRZ Reha. Linz: IBE.
- Stadt Wien. (2015). Bericht Fehlzeiten 2014 und Gesundheitsförderung bei der Stadt Wien. Daten und Fakten. Wien: Magistrat der Stadt Wien.
- Stadt Wien. (2016). *Die Stadt Wien als Dienstgeberin: Zahlen und Fakten*.

 Abgerufen am 07. 03 2016 von

 https://www.wien.gv.at/verwaltung/personal/aufnahme/zahlen-fakten.html
- Stadt Wien. (2105). Eine Stadt, zwei Millionen Chancen Regierungsübereinkommen 2015. Abgerufen am 07. 03 2016 von
 https://www.wien.gv.at/politik/strategienkonzepte/regierungsuebereinkommen-2015/
- Statistik Austria. (2015). JAhrbuch der Gesundheitsstatistik 2014. 404. Wien: Verlag Österreich GmbH.
- Steirische Gebietskrankenkasse. (2015). Case Management. Abgerufen am 02.

 01 2016 von

 http://www.stgkk.at/portal27/portal/stgkkportal/content/contentWindow?cont
 entid=10007.732868&action=2
- Stocker, H. (26. 06 2014). Salzburger Nachrichten Rehabilitation vor Pension.

 Abgerufen am 14. 12 2015 von

 http://www.salzburg.com/nachrichten/rubriken/bestestellen/karriere-

- nachrichten/sn/artikel/rehabilitation-vor-pension-111319/
- Stummer, E., Nöhammer, E., Brauchle, G., & Schusterschitz, C. (2011).

 Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich, Der Ist-Zustand ein Viertel Jahrhundert nach Ottawa. In *Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 75-80). Springer-Verlag.
- Techniker Krankenkasse. (2007). *Stufenweise Wiedereingliederung*. Abgerufen am 29. 02 2016 von https://www.tk.de/tk/leistungen-a-z/krankengeld/wiedereingliederung/39920
- Tiroler Gebietskrankenkasse. (o.J.). Rehabilitationsgeld. Abgerufen am 26. 12 2015 von http://www.tgkk.at/portal27/portal/tgkkportal/contentPrint/contentWindow?contentid=10007.730701&action=2&viewmode=content&print=true
- Ulich, E. (2011). *Arbeitspsychologie* (7. neu überarbeitete und erweiterte Auflage Ausg.). Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.
- Unternehmensnetzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union e.V. (1997). *Luxenburger Deklaration*. Abgerufen am 08. 02 2016 von http://www.luxemburger-deklaration.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/LuxDekl/Luxemburger Deklaration neu.pdf
- Von Borstel, S. (07. 12 2015). Arbeiten trotz Krankschreibung so soll es gehen. Hamburg: Die Zeit, Zeitverlag Gerd Bucerius GmbH & Co. KG.
- WHO. (1978). World Health Organization, Regional Office for Europe. Abgerufen am 07. 02 2016 von http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf? ua=1
- WHO. (1986). WHO. Abgerufen am 07. 02 2016 von

 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charte
 r_G.pdf
- Wiedmann, K.-P., Fombrun, C. J., & van Riel, C. B. (2007). Reputationsanalyse mit dem Reputation Quotient. In M. Piwinger, & A. Zerfaß (Hrsg.), *Handbuch Unternehmenskommunikation* (S. 321-337). Wiesbaden: Springer.

- Wiener Gebietskrankenkasse. (2016). *Wie hoch ist mein Krankengeld?* Abgerufen am 03. 01 2016 von http://www.wgkk.at/portal27/portal/wgkkversportal/content/contentWindow? contentid=10007.732951&action=2
- Wiener Gebietskrankenkasse. (o.J.). Wie hoch ist mein Krankengeld? Abgerufen am 17. 12 2015 von http://www.wgkk.at/portal27/portal/wgkkversportal/content/contentWindow? contentid=10007.732951&action=2&viewmode=content
- Wikipedia. (2015). 3-Phasen-Modell von Lewin. Abgerufen am 30. 03 2016 von http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/LERNEN/Lewin.shtml
- Wirtschaftskammer Österreich. (2015). *Krankenentgelt der Arbeiter*. Abgerufen am 03. 01 2016 von https://www.wko.at/Content.Node/Service/Arbeitsrecht-und-Sozialrecht/Arbeitsrecht/Dienstverhinderung-und-Krankenentgelt_der_Arbeiter.html
- Wirtschaftskammer. (2010). *Publikationen Plattform Gesundheitswirtschaft*.

 Abgerufen am 27. 02 2016 von https://www.wko.at/Content.Node/Plattform-Gesundheitswirtschaft/Studien---Publikationen/Publikationen/Psychische-Erkrankungen-kosten-jaehrlich-7-Mrd-Euro.html
- Wolf, A., & Mandl, H. (2005). Forschungsnetzwerk.at. Abgerufen am 26. 02 2016
 von
 http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/Literaturbericht_Trotzdem_
 Gesund.pdf
- World Health Organization. (1997). WHO Health promotion. Abgerufen am 08. 02
 2016 von
 http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jak
 arta_declaration_german.pdf

Abbildung 1: Krankenstandsfälle und -tage seit 2004 nach Geschlecht (Statistik Austria, 2015, S. 53)
Abbildung 2: Krankheitsgruppenstatistik Österreich, 2013 (Leoni, 2014, S. 47) 8
Abbildung 3: "Durchschnittliche Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen in Österreich" (Leoni, 2014, S. 49)
Abbildung 4: Entwicklung der psychischen Krankheiten, Krankenstandstage pro Kopf, Österreich (Leoni, 2014, S. 51)10
Abbildung 5: Invaliditätspension 2004 und 2014 (Statistik Austria, 2015, S. 53) 12
Abbildung 6: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, ArbeiterInnen Österreich 201314
Abbildung 7: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Angestellte Österreich, 2013
Abbildung 8: Bevölkerungspyramide 2013, 2030, 2060, Bevölkerungsprognose 2013 (Statistik Austria, 2015, S. 33)
Abbildung 9: "Eingliederungsmanagement als Teil der Gesundheitspolitik im Betrieb" (Giesert & Wendt-Danigel, 2011, S. 13)
Abbildung 10: Das Fünf-Stufen Modell betrieblicher Gesundheitsförderung, Quelle eigene Darstellung, angelehnt an Nöstlinger 2006, S. 300
Abbildung 11: Projektzyklus29
Abbildung 12: Magnetwirkung der Reputation (Wiedmann, Fombrun, & van Riel, 2007)48
Abbildung 13: 7 Basisprozesse im Change-Management (Glasl, 2014) 52
Abbildung 14 3-Phasen Modell von Lewin (Wikipedia, 2015)53
Abbildung 15 PDCA-Zyklus (Kostka & Kostka, 2011, S. 35)55
Abbildung 16: Aufbau der Projektorganisation58
Abbildung 17: Zielsetzung des BEM-Verfahrens (Britschgi, 2006, S. 23) 65
Abbildung 18: Handlungsleitfaden BEM: "10 Schritte zum Ziel" (Giesert & Wendt- Danigel, 2011, S. 15)71

Abbildung 19: Schema der fit2work Personenberatung (fit2work, 2015) 80
Abbildung 20: Schema fit2work Betriebsberatung (fit2work, 2015) 84
Abbildung 21: Altersverteilung der Bediensteten der Stadt Wien 1999-2014 (Stad Wien, 2015, S. 9)
Abbildung 22: Krankenstandstage pro Bediensteten nach Altersgruppen (Stad Wien, 2015, S. 14)
Abbildung 23: Krankenstandsfälle pro Bediensteten nach Altersgruppen (Stad Wien, 2015, S. 14)
Abbildung 24: Ablaufdiagramm - Betriebliches Eingliederungsmanagemen (Bedienstetenschutz und berufliche Gesundheitsförderung (MA 3), 2014) 91
Abbildung 25: "Die Entwicklung der Frühberentungen in Deutschland und de Anteil der psychischen Diagnosen (rot). Verdopplung des Anteils psychische Diagnosen (1995: 19%, 2010: 39%) bei insgesamt absolutem Rückgang de Erwerbsminderungsrenten in Deutschland" (Höltl, 2015)
Abbildung 26: "Die Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychische Diagnosen, Daten Erste Bank". (Höltl, 2015)
Abbildung 27: Schematische Darstellung der stufenweisen Wiedereingliederung der Erste Bank (Höltl, 2015)
Abbildung 28: Schematische Darstellung des Gesamtprozesses de Wiedereingliederung der Erste Bank (Höltl, 2015)
Abbildung 29: Das Haus der Arbeitsfähigkeit nach Ilmarinen, modifiziert vor Kloimüller und Czeskleba (Kloimüller & Czeskleba, 2013, S. 16)
Abbildung 30: Positive und negative Veränderungen durch "fit2work" in absoluter Zahlen, Befragung von Case Management-KlientInnen, n=126 (Egger Subotitsch & Stark, 2013, S. 37)

Tabelle	1:	Staffe	elung	der	En	tgeltfortzahlur	ng	dienstzeitabhä	ngig
(Wirts	chaftsl	kamme	r Österrei	ch, 201	15)				15
Tabelle 2:	Persor	nenbez	ogene un	d bedir	ngur	ngsbezogene	Interv	entionen	30
Tabelle 3:	Interne	e und e	externe Ma	arketing	gins	trumente			32
Tabelle 4:	Aufga	aben u	nd Roller	n der E	3ete	iligten im Eir	zelfal	l, in Anlehnung	g an
Beyer	, et al.,	, 2013,	p. 37						68
Tabelle 5	5: "Wid	chtige	Faktoren	für d	die	Entwicklung	und	Durchführung	der
Eingli	ederun	g" aus	(Giesert &	& Wend	dt-D	anigel, 2011)			74
Tabelle 6:	Jahres	statisti	ken fit2wo	ork von	201	13 und 2014 (fit2wo	rk, 2015)	81
Tabelle 7:	Varian	ten dei	r betrieblio	chen Ei	ingli	ederung (Kloi	müller	, 2015 A)	83

Abkürzungsverzeichnis

AGG...... Arbeits- und Gesundheitsgesetz

AMS...... Arbeitsmarktservice Österreich

ASchG..... ArbeitnehmerInnenschutzgesetz

ASVG Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

BBRZ..... Berufliche Bildungs- und Rehabilitationszentrum

BEM..... Betriebliches Eingliederungsmanagement

BGM..... Betriebliches Gesundheitsmanagement

BIP..... Bruttoinlandsprodukt

BMASK...... Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumenten-

schutz

BSA..... Bundessozialamt

BVP.....Behindertenvertrauensperson

CDMP......Certified Disability Manager Professional

DGUV......Deutschen Gesetzliche Unfallversicherung

FGÖ...... Fonds Gesundes Österreich

GfG...... Gesundheitsförderungsgesetz

GKK......Gebietskrankenkasse

GÖG......Gesundheit Österreich GmbH

GQG......Gesundheitsqualitätsgesetz

IBI......Institut zur Beruflichen Integration

MBOR..... medizinisch-beruflichen Rehabilitation

NIDMAR...... National Institute of Disability Management and Research

ÖGB......Österreichischer Gewerkschaftsbund

ÖNBGF....... Österreichisches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung

PVA.....Pensionsversicherungsanstalt

SGB.....Sozialgesetzbuch

SVA	Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
WIFO	Österreichische Institut für Wirtschaftsforschung

Anhang



ERSTE BANK DER OESTERREICHISCHEN SPARKASSEN AG Gesundheitszentrum

1010 Wien, Werdertorgasse 5, Dachgeschoss

Tel: 05 0100 - 13000 Fax: 05 0100 - 12022

Sehr geehrte/r NN,

das Gesundheitszentrum der Erste Bank bietet MitarbeiterInnen, die mehrere Wochen im Krankenstand waren, Unterstützung, Begleitung und Beratung beim Wiedereinstieg in das Berufsleben an. Dies kann das Arbeitsumfeld, auf Wunsch auch ergänzende interne und externe medizinische und physiotherapeutische Maßnahmen sowie psychologische Beratung betreffen.

Diese Maßnahmen ersetzen selbstverständlich nicht die Heilbehandlungen und Beratungen durch Ihre Ärztinnen, Psychologinnen oder Therapeutinnen, sondern stellen ein ergänzendes Angebot dar.

Ziel ist es, den Arbeitsplatz und die Arbeitsrahmenbedingungen so zu gestalten, dass eine gute gesundheitliche Entwicklung möglich ist. Die Erfahrung zeigt, dass sich durch begleitende Maßnahmen des Gesundheitszentrums die Chancen auf einen gelungenen Wiedereinstieg deutlich erhöhen.

Wir verfügen über keine weitere Information zu Ihrer Krankheit und Ihrer derzeitigen Situation. Daher ersuchen wir Sie um Verständnis, falls der Zeitpunkt zu dem Sie diesen Brief erhalten, nicht passend erscheint.

Unser Angebot ist es, dass Sie sich jederzeit, sinnvollerweise schon vor Arbeitsbeginn, für ein Informationssgespräch an uns wenden können. Spätestens jedoch am ersten Arbeitstag ersuchen wir Sie, sich einen Termin mit einer/einem ArbeitsmedizinerIn unter der Telefonnummer 050100-13000 zu vereinbaren, um sich persönlich über das Unterstützungsangebot des Gesundheitszentrums zu informieren. Bitte erwähnen Sie bei der Terminvereinbarung, dass es sich um einen Wiedereinstieg handelt. Damit wird sichergestellt, dass wir uns ausreichend Zeit für Sie nehmen können.

Dieses Vorgehen wird auch vom Vorstand, vom Personalmanagement und vom Betriebsrat der Erste Bank und Holding gut geheißen und ist auch in einer Betriebsvereinbarung festgehalten.

Die Inhalte dieses Gespräches werden vom Gesundheitszentrum selbstverständlich vertraulich und verschwiegen gehandhabt.

Für noch offene Fragen stehen wir Ihnen natürlich auch gerne telefonisch zur Verfügung.

Freundliche Grüße

Ihr Gesundheitszentrum der Erste Bank