

09.19

Lizenziert für Herrn Rainer Müller.
Die Inhalte sind urheberrechtlich geschützt.
In Kooperation mit:



70. Jahrgang
September 2019
ISSN 2199-7330
1424

sicher ist sicher

www.SISdigital.de



CONNEXIS SAFETY

WEITERE INFOS
AUF DER RÜCKSEITE

KEEP PERFORMING

Arbeit gesund gestalten mit
der Methode der Moderierten
Gruppendiskussion 388

Konfliktkultur in Organisationen 404
Sicherer und emissionsarmer
Druckprozess 413

ESV ERICH
SCHMIDT
VERLAG



RAINER MÜLLER · JOACHIM LARISCH

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

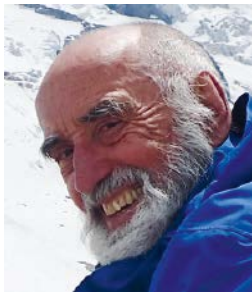
Die EU-Kommission hat 2007 das UN-„Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ ratifiziert. In diesem Übereinkommen ist eine Vielzahl spezieller Regelungen für die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung verankert. Zur Umsetzung hat die Kommission 2010 eine Strategie für Menschen mit Behinderung beschlossen, die sich auch auf die Arbeitswelt bezieht. Der nachfolgende Beitrag fasst die Ergebnisse der Länderstudien (Teil 2 bis 5) zusammen und gibt einen Ausblick.

Die Darstellung der Maßnahmen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit und zur betrieblichen Wiedereingliederung nach und bei chronischer Erkrankung in ausgewählten EU-Staaten macht deutlich, dass eine einheitliche europäische Strategie durch die nationalen wohlfahrtstaatlichen Systeme begrenzt wird.

In *Dänemark* werden die krankheitsbedingten Behandlungskosten steuerfinanziert und die Gemeinden übernehmen nach der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber (30 Tage)

das Krankengeld. Die arbeitsunfähigen Personen werden durch Casemanager im Hinblick auf die Chancen zur Rückkehr auf den Arbeitsplatz beurteilt, wobei von einem Drei-Monats-Zeitraum ausgegangen wird. Das Management der Arbeitsunfähigkeit wird fast vollständig von Angestellten der Gemeinden übernommen. Das 2008 begonnene nationale Programm zur betrieblichen Wiedereingliederung (Return-to-Work, RTW) zielte darauf, durch integrative Teams die Arbeit der Casemanager zu verbessern und die Zahl

DIE AUTOREN



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

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



StB Dr. P. H. Joachim Larisch

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

der chronisch erkrankten Langzeitarbeitslosen zu verringern. Die Auswertung der Maßnahmen zeigte, dass die spezifischen Voraussetzungen in den Gemeinden sowie die Verfügbarkeit der Fachkräfte (Physiotherapeuten, Psychologen, Ärzte) für die Umsetzung des Konzeptes von besonderer Bedeutung sind.

In *Finnland* wird das öffentliche Gesundheitssystem ebenfalls durch die Steuereinnahmen finanziert. Die Arbeitsunfähigkeit wird ärztlich ab dem 9. Krankheitstag bescheinigt, und je nach Tarifvertrag wird das Entgelt für ein bis zwei Monate weiter vom Arbeitgeber gezahlt. Nach diesem Zeitraum besteht ein Krankengeldanspruch gegen die Gemeinden, deren Leistung höchstens für 300 Tage innerhalb von zwei Jahren gewährt wird. Spätestens 90 Tage ab Krankengeldbezug ist die Arbeitsfähigkeit zu bewerten. Seit 2012 wurde die Bedeutung des arbeitsmedizinischen Dienstes für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit, Möglichkeiten der Anpassung der Arbeitsumgebung und Rehabilitation gestärkt. Da die Unternehmen, gestaffelt nach der Höhe der Personalkosten, für die Erwerbsminderungs-Renten aufkommen müssen, gibt es einen zusätzlichen betrieblichen Anreiz für Wiedereingliederungsmaßnahmen. Unklar bleibt, ob die eingeführte partielle Arbeitsunfähigkeit im Vergleich zur vollständigen Arbeitsunfähigkeit positive Effekte auf die Wiedereingliederung hat.

In *Schweden* wird bei einer Arbeitsunfähigkeit spätestens am achten Tag eine ärztliche Bescheinigung verlangt. Die Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber beträgt 80 Prozent des Gehalts für höchstens 14 Tage. Danach besteht ein Anspruch auf Krankengeld, welches durch die Sozialversicherungskasse, gestaffelt nach dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, gezahlt wird. Nach 90 Tagen wird die verbliebene Arbeitsfähigkeit geprüft, und es werden ggf. Anpassungen des Arbeitsplatzes vorgenommen. Nach 181 Tagen Arbeitsunfähigkeit wird ggf. eine neue Anstellung über den Arbeitsmarktservice gesucht. Ein besonderes Programm zur Wiedereingliederung chronisch Erkrankter in den Arbeitsmarkt wurde nicht eingeführt.

In *Frankreich* besteht ein obligatorisches, beitragsfinanziertes Sozialversicherungssystem. Die Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit ist überwiegend tarifvertraglich geregelt. Krankengeld wird höchstens für zwölf Monate innerhalb von drei aufeinanderfolgenden Jahren gezahlt, bei einer Langzeiterkrankung bis zu 36 Monate. Spezielle Maßnahmen zur Wiedereingliederung chronisch Erkrankter in den Arbeitsmarkt bestehen nicht. Die Anpassungsmaßnahmen nach einer Überprüfung des Arbeitsplatzes durch Arbeitsmediziner sollen dazu dienen, Personen mit gesundheitlichen

Einschränkungen eine Weiterbeschäftigung zu ermöglichen. Die Beanstandungen werden auf jährlich 700.000 Fälle geschätzt, wobei von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen wird, da bei einer entsprechenden Feststellung auch eine betriebsbedingte Kündigung des Arbeitsvertrags erfolgen kann.

Hinsichtlich der Vermeidung der Chronifizierung und der Wiedereingliederung chronisch Erkrankter in die Erwerbstätigkeit ist auf europäischer Ebene weiterer Forschungsbedarf vorhanden, der sich neben den wohlfahrtsstaatlichen Regelungen insbesondere auch auf spezifische Erkrankungen und Lebenslagen beziehen sollte. Chronische Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems, kardiovaskuläre Erkrankungen, Erkrankungen der Atemwege, Diabetes, neurologische und psychische Erkrankungen sind insbesondere für langwierige Arbeitsunfähigkeit und das vorzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben ursächlich (1). Randomisierte Studien zu Interventionen liegen insbesondere für die Niederlande, Dänemark und Schweden vor, mit einem Schwerpunkt bei Muskel-Skelett-Erkrankungen. Arbeitsplatzbezogene Maßnahmen und die Begleitung durch multidisziplinäre Teams scheinen nach der Auswertung der englischsprachigen Literatur für eine erfolgreiche Wiedereingliederung entscheidend zu sein (ebenda). Für Österreich, die Schweiz und Deutschland sind vergleichbare, präventiv orientierte Rechtsgrundlagen für die Rehabilitationsprozesse vorhanden, allerdings mit deutlichen Unterschieden hinsichtlich des Arbeitsrechts und des Kündigungsschutzes im Krankheitsfall (2).

Die Bevölkerung der EU Staaten altert und ihre Lebenserwartung nimmt zu. Damit nimmt auch der Anteil der Älteren an der Erwerbsbevölkerung zu. Und mit der Zunahme des Anteils der Älteren wächst der Anteil derjenigen mit einer langdauernden bzw. chronischen Erkrankung mit den Effekten auf Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit. Mit der Entwicklung der Digitalisierung werden zwar Arbeitsplätze vernichtet, aber dennoch wird die Nachfrage nach qualifizierten und arbeitsfähigen Arbeitnehmern vor allem im Dienstleistungssektor und hier vor allem in demjenigen der personalen Dienstleistung hoch bleiben. Regionale Unterschiede werden möglicherweise wegen der Binnenwanderung der qualifizierten und motivierten jungen Erwerbstätigen bestehen bleiben. Zuwanderung und stärkere Einbindung von Frauen in vollzeitiger Erwerbstätigkeit wird die Lücke in bestimmten Branchen und Regionen nicht schließen können. Eine Anhebung des Renteneintrittsalters wird auf starke politische Gegenkräfte treffen. Die modernen sich dynamisch verändernden Arbeitsbedingungen sind mit Arbeitsbelastungen

inhaltlicher, organisatorischer und zeitlicher Art nicht über eine Lebensarbeitszeit von 50 Jahren und mehr für alle Erwerbstätigen ohne Einbuße der motivationalen Arbeitsorientierung und der sozio-psycho-physischen Leistungsfähigkeit kontinuierlich vereinbar. Auf die „natürliche“ biologische Entwicklung der psychophysiologischen Alterung lagert sich der erwerbsarbeitsbedingte „Verschleiß“ auf und chronische, häufig irreversible Erkrankungen eher unspezifischer Art stellen sich als Folge, zahlenmäßig nicht unbedeutend, bei älteren Erwerbstätigen ein. Ein Anstieg von langdauernder Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit wegen chronischer Gesundheitsstörungen ist die Folge. Diese Entwicklung wird für die europäischen Länder für die nächsten Dekaden gelten. Für diese Situation ist eine soziale Ungleichheit offenkundig (3).

In diesem Zusammenhang wird die Frage kontrovers diskutiert, ob der säkulare Lebensverlängerungsprozess mit einer Verlagerung von Erkrankung (Morbidität) und Todesursachen (Mortalität) in die letzte Phase des verlängerten Lebens verschoben wird (Kompressionsthese) (4). Gegen diese These sprechen zahlreiche sozialepidemiologische Erkenntnisse, die einen Anstieg der chronischen Erkrankung in der Altersphase von 50 bis 70 Jahre nach sozialer Schichtung belegen.

Die sozial-, gesundheits- und arbeitspolitischen Intervention der EU Staaten zur Senkung der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit wie Feststellung noch vorhandener Leistungsfähigkeit zum Ausüben von Erwerbsarbeit und die Maßnahmen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation sind innerhalb der Staaten heterogen und erst recht zwischen den Ländern. Bemühungen um wissenschaftlich gestützte Nachweise ihrer Effektivität und Effizienz sind eher sporadisch und haben mit einem komplexen Bedingungsgefüge zu tun (5,6). So ist auch die Effektivität und Effizienz der Maßnahmen bei zeitlich partieller Arbeitsunfähigkeit auf Wiedereingliederung bei

bzw. nach chronischer Erkrankung, wie in Studien in den skandinavischen Ländern gefunden, nicht unerheblich den dortigen integrativen Modellen des Wohlfühlens geschuldet. Die humane Gestaltung der Erwerbsarbeit über eine jahrzehntelange Erwerbstätigkeit hinweg steht also weiterhin auf der Tagesordnung. ■

LITERATUR

- [1] Nazarov, Soja; Manuwald, Ulf; Leonardi, Matilde; Silvaggi, Fabiola; Foucaud, Jérôme; Lamore, Kristopher et al. (2019): *Chronic Diseases and Employment: Which Interventions Support the Maintenance of Work and Return to Work among Workers with Chronic Illnesses? A Systematic Review*. In: *International journal of environmental research and public health* 16 (10). DOI: 10.3390/ijerph16101864.
- [2] Rind, E., et al. (2019): „Rehabilitation und return to work: eine internationale Perspektive aus Deutschland, Österreich und der Schweiz.“ *ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 54.4. S. 246-252.
- [3] Franke, J., Wetzel, M. (2017): *Länger zufrieden arbeiten? Qualität und Ausgestaltung von Erwerbstätigkeit in der zweiten Lebenshälfte*, in: Mahne, K., Wolff, J., K., Simonson, J., Tesch-Römer C. (Hrsg.): *Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*, Wiesbaden, S. 47- 64. DOI 10.1007/978-3-658-12502-8. Siehe auch: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2017): *Siebter Altenbericht, Deutscher Bundestag, Drucksache 18/10210, 2.11.2016* (https://www.siebter-altenbericht.de/fileadmin/altenbericht/pdf/Der_Siebte_Altenbericht.pdf, Zugriff 29.5.2018).
- [4] Crimmins, E., M., Beltran-Sanchez, H. (2011): *Mortality and Morbidity Trends: Is There Compression of Morbidity?* in: *The Journals of Gerontology: Series B, Volume 66B, Issue 1, 1 January , Pages 75–86*, <https://doi.org/10.1093/geronb/gbq088>. Siehe auch: Vaupel, J. W. (2010): *Biodemography of human ageing*, in: *Nature*, Mar 25; 464(7288): 536–542. doi: 10.1038/nature08984.
- [5] Sabariego, C. et al. (2018): *Effectiveness of Integration and Re-Integration into Work Strategies for Persons with Chronic Conditions: A Systematic Review of European Strategies*, in: *Int J Environ Res Public Health*, Mar 19, 15(3). pii: E552. doi: 10.3390/ijerph15030552.
- [6] Belin, A. et al. (2016): *Rehabilitation and return to work: Analysis report on EU and Member States policies, strategies and programmes*. European Agency for Safety and Health at Work. Luxembourg: Publications Office of the European Union.