

Betriebliches Eingliederungsmanagement im Betrieblichen Gesundheitsmanagement

Tobias Reuter & Claus Jungkuz



Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) ist in Deutschland durch den § 84 Abs. 2 SGB IX gesetzlich verpflichtend. In Österreich ist die Umsetzung eines BEM bisher freiwillig. Das BEM ordnet sich in das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) mit den weiteren Handlungsfeldern Arbeitsschutz und Betriebliche Gesundheitsförderung ein. Alle drei Handlungsfelder sind im Kontext eines ganzheitlichen, systematischen Gesundheitsmanagements miteinander zu verzahnen und in die Betriebsroutinen zu integrieren.

1 Das BEM in Deutschland und Österreich

Das BEM ist in Deutschland seit 2004 durch den § 84 Abs. 2 SGB IX gesetzlich geregelt (vgl. hierzu auch in diesem Band den Beitrag von Prümper & Schmidt-Rögnitz, 2015). Ziel des BEM ist es, die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit aller Beschäftigten wiederherzustellen, zu erhalten und zu fördern, die länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt in einem Zeitraum von zwölf Monaten arbeitsunfähig waren.

In Österreich besteht zwar bisher keine vergleichbare gesetzliche Verpflichtung zu einem BEM für die Unternehmen, jedoch wird das BEM im Kontext des ASchG (ArbeitnehmerInnenschutzgesetz), des AGG (Arbeit- und Gesundheit-Gesetz) und dem fit2work-Programm behandelt (für eine rechtliche Einordnung des BEM in Österreich vgl. in diesem Band den Beitrag von Praher & Pohl, 2015).

2 Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit erhalten und fördern durch Prävention und Gesundheitsförderung

Ob nun mit oder ohne gesetzliche Verpflichtung: Ziel des BEM ist es, Menschen nach längerer Arbeitsunfähigkeit wieder in den betrieblichen Kontext einzugliedern und dabei Maßnahmen abzuleiten, die nachhaltig die Gesundheit sowie die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit erhalten und fördern. Bei der Umsetzung von betrieblichen Verbesserungsmaßnahmen können je nach Zeitpunkt der Intervention die Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden werden (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (Beispiele aus Packebusch, 2008, S. 12)

	Ziel	Präventionsmaßnahme Muskel-Skelett- Erkrankungen	Präventionsmaßnahme psychische Beeinträchti- gungen
Primärprävention	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheit fördern und erhalten • Entstehung von Krankheiten verhindern 	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung von Zwangshaltungen • Verbesserung der Lastenhandhabung 	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung von Unter- oder Überbeanspruchung
Sekundärprävention	<ul style="list-style-type: none"> • Frühzeitiges Entdecken von Veränderungen, die zu Krankheiten bzw. Einschränkungen führen • Fortschreiten einer Krankheit bzw. Einschränkung verhindern 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausgleichstraining bei Rückenschmerzen durch ungünstige Lastenhandhabung 	<ul style="list-style-type: none"> • Anti-Stress-Training bei vorliegenden psychosomatischen Risikofaktoren
Tertiärprävention	<ul style="list-style-type: none"> • Verringerung der Schwere und der Ausweitung von bereits manifest gewordenen Erkrankungen bzw. Einschränkungen • Rückfallprophylaxe sowie die Prävention von Folgestörungen • Arbeitsfähigkeit und Lebensqualität weitestgehend wiederherstellen 	<ul style="list-style-type: none"> • Rückenschulung und neuer Arbeitsplatz zur Vermeidung von Chronifizierung 	<ul style="list-style-type: none"> • Rückfallprophylaxe bei Suchterkrankungen

Das einzelne BEM-Verfahren fokussiert nach der gesetzlichen Definition in Deutschland auf die Tertiärprävention bzw. insbesondere bei BEM-Berechtigten mit wiederholter Arbeitsunfähigkeit auch auf die Sekundärprävention. Jedoch müssen beim Aufbau bzw. der Weiterentwicklung von BEM-Strukturen im Betrieb auch die primäre Prävention sowie die Gesundheitsförderung berücksichtigt werden. So müssen im Kontext des BEM auch Anstrengungen unternommen werden, die bereits im Vorfeld längere Erkrankungen bzw. Einschränkungen verhindern. Dies ist schon vor dem Hintergrund der Kosten sowie der Generalisierbarkeit von Präventionsmaßnahmen dringend geboten. Maßnahmen der Primärprävention bzw. der proaktiven Gesundheitsförderung setzen beim Kollektiv an und verursachen auch weniger Kosten (Richter, 2002). Von daher muss das BEM in ein umfassendes BGM eingebettet werden.

3 Das Betriebliche Gesundheitsmanagement: Arbeitsschutz, BEM und Betriebliche Gesundheitsförderung

Unter Betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM, nach Giesert, 2012) wird die systematische und nachhaltige Gestaltung von gesundheitsförderlichen Strukturen und Prozessen sowie die gesundheitsförderliche Befähigung von Beschäftigten verstanden. Grundlagen sind gesetzliche Regelungen, die den folgenden drei Handlungsfeldern zuzuordnen sind:

- umfassender Betrieblicher Arbeitsschutz,
- Betriebliches Eingliederungsmanagement und
- Betriebliche Gesundheitsförderung.

Alle Handlungsfelder sind in die Betriebsroutinen zu integrieren. Dabei ist die Verzahnung der Inhalte sowie die kontinuierliche Fortschreibung der Kernprozesse Analyse, Planung, Interventionssteuerung und Evaluation zu verwirklichen. Einzelmaßnahmen sowie Einzelprogramme der betrieblichen Gesundheitsförderung unterscheiden sich von diesem Modell.



Abbildung 1: Betriebliches Gesundheitsmanagement (Prümper, Reuter & Jungkuntz, 2015; in Anlehnung an Giesert, 2012)

Ein ganzheitliches BGM (vgl. Abbildung 1) vereinigt die Handlungsfelder Betrieblicher Arbeitsschutz, Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) und Betriebliche Gesundheitsförderung. Es ist die Basis, die alle Aktivitäten für den Schutz und die Stärkung der physischen, psychischen und sozialen Gesundheit verbindet.

Jedes Handlungsfeld beschäftigt sich gleichermaßen mit dem individuellen Verhalten der Beschäftigten, der Gestaltung von gesundheitsgerechten Arbeitsbedingungen in den Betrieben sowie der Regelung von gesundheitsförderlichen Prozessen. Die Optimierung der drei Aspekte – des Verhaltens, der Verhältnisse, des Systems – ermöglicht ein effektives und effizientes BGM.

Ein Gewinn für alle: für die Beschäftigten ein besseres Wohlbefinden, für die Unternehmen eine Optimierung durch weniger Krankheitstage, erhöhte Qualität und Produktivität.

Die Qualität eines BGM wird durch verschiedene Kriterien beeinflusst: betriebliche Strukturen, Prozesse und Ergebnisse. Aspekte, die bei der Förderung von Gesundheit am Arbeitsplatz ins Gewicht fallen, sind beispielsweise die Unternehmenskultur (Struktur), die Führung (Prozess) sowie die Identifikation und das Engagement der Beschäftigten (Ergebnis).

Die gesetzliche Verankerung der Elemente des BGM ist unterschiedlich: Es existieren Pflicht- und freiwillige Anteile für ArbeitgeberInnen und Beschäftigte. So ist der Arbeitsschutz sowohl in Deutschland als auch in Österreich für alle verpflichtende Aufgabe, um die Sicherheit bei der Arbeit und die Förderung der Gesundheit zu gewährleisten. Anders beim BEM: in Deutschland ist das BEM für die ArbeitgeberInnen nach § 84 Abs.2 SGB IX verpflichtend, für die Beschäftigten jedoch freiwillig. In Österreich existiert derzeit keine gesetzliche Pflicht zu einem BEM für die Betriebe. Die Betriebliche Gesundheitsförderung vereint solche Maßnahmen, die weder für Unternehmen als auch Beschäftigte verpflichtend sind. In Deutschland gibt es mit dem § 20a SGB V eine gesetzliche Verpflichtung zur Betrieblichen Gesundheitsförderung für Krankenkassen in Kooperation mit den Unfallversicherern. In Österreich gibt es das Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (www.netzwerk-bgf.at) – ein Zusammenschluss der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung unter Mitwirkung der vier SozialpartnerInnen Wirtschaftskammer Österreich, Bundesarbeitskammer, Industriellenvereinigung und Österreichischer Gewerkschaftsbund.

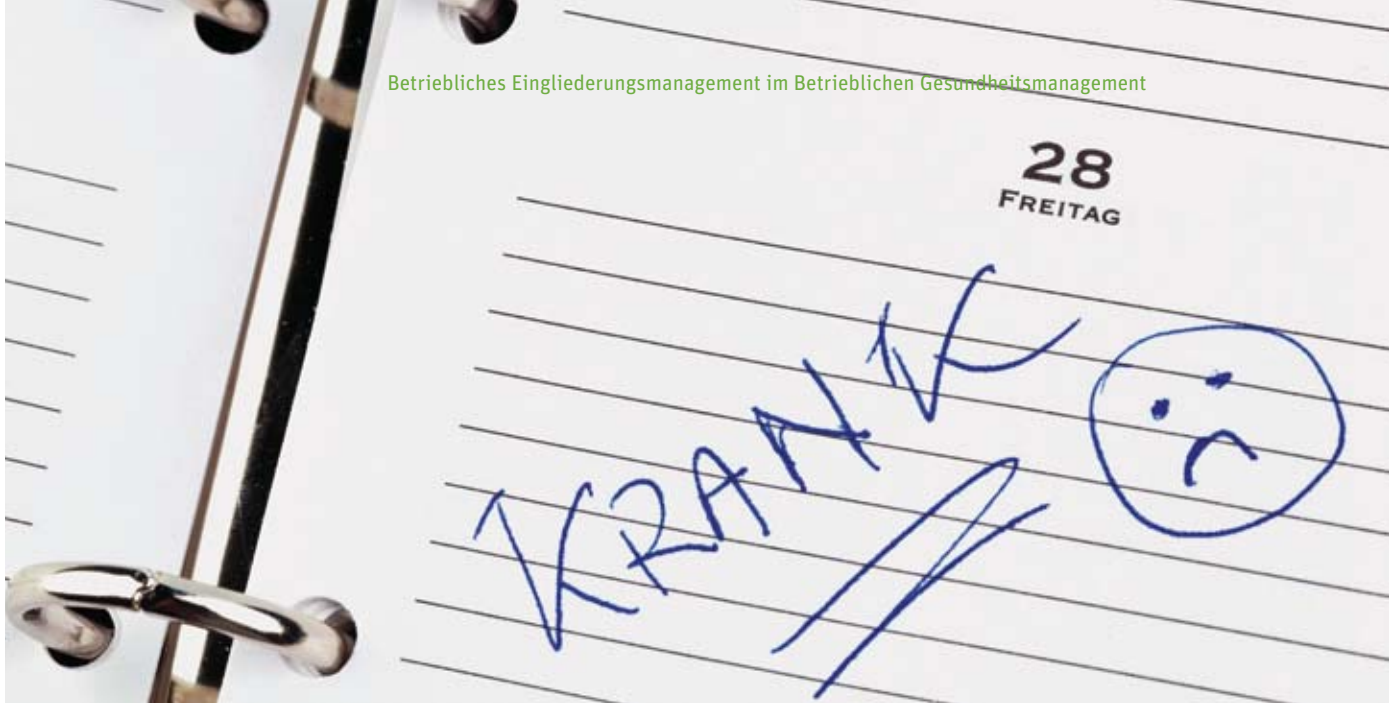
4 Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten

Eine gute Grundlage für die Förderung der Gesundheit sowie Arbeitsfähigkeit bieten die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1986 zur Gesundheitsförderung, die EU-Richtlinie „Gesundheitsschutz und Sicherheit bei der Arbeit“ aus dem Jahre 1989 sowie die hierauf aufbauenden neuen, nationalen Arbeitsschutzgesetze in Deutschland von 1996 (ArbSchG) bzw. in Österreich von 1995 (ASchG).

Die WHO stellte der Lehre von den Krankheiten (Pathogenese) die Lehre von der Gesundheit (Salutogenese) zur Seite und läutete dadurch ein Umdenken ein. Die Salutogenese fragt nach den Ursachen von Gesundheit und nicht wie die Pathogenese nach den Ursachen von Krankheit. Damit rückte die Frage „Was kann getan werden, damit Menschen gesund bleiben?“ in den Vordergrund. Die WHO führte einen umfassenden Gesundheitsbegriff ein:

„Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“

WHO, 1986



Im Verständnis der WHO ist die Gesundheitsförderung ein Prozess, der den Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung und damit die Befähigung zur Stärkung ihrer Gesundheit ermöglicht. Dieses Verständnis ist bei den drei Handlungsfeldern Betrieblicher Arbeitsschutz, BEM und Betriebliche Gesundheitsförderung zu berücksichtigen. Einen Überblick zu möglichen Maßnahmen der drei Handlungsfelder liefert Tabelle 2.

Tabelle 2: Handlungsfelder Arbeitsschutz, BEM und Betriebliche Gesundheitsförderung

Handlungsfeld im BGM	Beispielhafte Maßnahmen bzw. Instrumente
Betrieblicher Arbeitsschutz	<ul style="list-style-type: none"> • Gefährdungsbeurteilung körperlicher und psychischer Belastungen (vgl. § 5 ArbSchG oder § 4 ASchG) • Unterweisung von Gefährdungen und Maßnahmen im Dialog (vgl. § 12 ArbSchG und § 14 ASchG) • Ergonomische Arbeitsplatzgestaltung
BEM	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsfähigkeitscoaching (vgl. in diesem Band den Beitrag von Liebrich, Giesert & Reuter, 2015) • Anpassung der Arbeitsanforderungen (z. B. Arbeitsinhalte, Arbeitsumfeldbedingungen, Arbeitszeitgestaltung) auf die Ressourcen der BEM-Berechtigten • Unterstützung durch Hilfsmittel
Betriebliche Gesundheitsförderung	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsgespräche (vgl. hierzu auch Prümper & Hamann, 2012) • Gesundheitstage • Gesundheitsangebote wie aktive Gesundheitspausen oder Rückenschulungen

5 Fazit

Beim Aufbau bzw. der Weiterentwicklung des BEM müssen die Strukturen und Prozesse so gestaltet sein, dass alle drei Handlungsfelder Betrieblicher Arbeitsschutz, BEM und Betriebliche Gesundheitsförderung eng verzahnt sind. So sollte das BEM bspw. die Gefährdungsbeurteilungen aus dem Arbeitsschutz zur Analyse nutzen, es aber auch Hinweise für betriebliche Verbesserungsmaßnahmen an den Arbeitsschutz liefern. Ebenso ist es z. B. sinnvoll, bestehende Gesundheitsförderungsprogramme auch in das individuelle BEM-Verfahren zu integrieren. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Zielsetzung, die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit wiederherzustellen, zu erhalten und zu fördern, nur unter Berücksichtigung aller drei Handlungsfelder des Betrieblichen Gesundheitsmanagements nachhaltig gelingen kann. Von betrieblicher Seite wird der Nutzen eines BEM aber auch Betrieblichen Gesundheitsmanagements zunehmend erkannt, wie die bayerischen und oberösterreichischen Modellbetriebe im Projekt BEM-Netz zeigen.

Literatur

- AGG (2010). *Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz* (in der Fassung v. 17.06.2015).
- ArbSchG (1996). *Arbeitsschutzgesetz* (in der Fassung v. 19.10.2013).
- ASchG (1995). *ArbeitnehmerInnenschutzgesetz* (in der Fassung v. 17.06.2015).
- EU-Richtlinie (1989). *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*.
- Giesert, M. (2012). Arbeitsfähigkeit und Gesundheit erhalten. *AiB – Arbeitsrecht im Betrieb*, 5, 336–340.
- Liebrich, A., Giesert, M. & Reuter, T. (2015). Das Arbeitsfähigkeitscoaching. In J. Prümper, T. Reuter & A. Sporbert (Hrsg.), *BEM-Netz – Betriebliches Eingliederungsmanagement erfolgreich umsetzen. Ergebnisse aus einem transnationalen Projekt* (S. 73–78). Berlin: HTW.
- Packebusch, L. (2008). Prävention – human und effizient. In M. Giesert (Hrsg.), *Prävention: Pflicht und Kür. Gesundheitsförderung und Prävention in der betrieblichen Praxis* (S. 11–17). Hamburg: VSA.
- Praher, S. & Pohl, W. (2015). Personalmanagementtool Betriebliches Eingliederungsmanagement – rechtliche Einflüsse in Österreich. In J. Prümper, T. Reuter & A. Sporbert (Hrsg.), *BEM-Netz – Betriebliches Eingliederungsmanagement erfolgreich umsetzen. Ergebnisse aus einem transnationalen Projekt* (S. 31–36). Berlin: HTW.
- Prümper, J. & Hamann, K. (2012). Gesundheitsgespräche im Wandel. Vom sanktionierenden Krankenrückkehrgespräch zum partnerzentrierten Arbeitsfähigkeitsdialog. *Personalführung*, 9, 30–37.
- Prümper, J., Reuter, T. & Jungkuntz, C. (2015). Betriebliche Wiedereingliederung von Langzeiterkrankten in Deutschland und Österreich. *Prävention und Gesundheitsförderung* (in Druck).
- Prümper, J. & Schmidt-Rögnitz, A. (2015). Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – rechtliche Grundlagen für die betriebliche Praxis. In J. Prümper, T. Reuter & A. Sporbert (Hrsg.), *BEM-Netz – Betriebliches Eingliederungsmanagement erfolgreich umsetzen. Ergebnisse aus einem transnationalen Projekt* (S. 23–30). Berlin: HTW.
- Richter, P. (2002). Belastung und Belastungsbewältigung in der modernen Arbeitswelt. Flexibilisierung und Intensivierung der Arbeit – Konsequenzen für einen Wandel der psychischen Belastungen. In J. Schumacher, K. Reschke & H. Schröder (Hrsg.), *Mensch unter Belastung. Erkenntnisfortschritte und Anwendungsperspektiven der Stressforschung* (S. 44–65). Frankfurt: Verlag für Akademische Schriften.
- SGB V (1988). *Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung* (in der Fassung v. 15.04.2015).
- SGB IX (2001). *Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen* (in der Fassung v. 07.01.2015).
- WHO (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Verfügbar unter: www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986 [17.06.2015].