

Mit der aktiven Unterstützung zur Wiedererlangung bzw. zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit erkrankter Mitarbeiter bleibt dem Unternehmen die Arbeitskraft und damit Leistung und Erfahrung sowie Wissen der Betroffenen erhalten. Dies ist in Zeiten mit Fachkräftemangel und Nachwuchssorgen von immenser Bedeutung. Wenn dann noch hinzukommt, dass Neueinstellungen aus finanziellen Gründen nicht möglich sind, sind die vorhandenen Mitarbeiter das einzige Personalkapital. Und dies muss wertgeschätzt werden.

Wertschätzung von Mitarbeitern sollte also nicht nur aus diesem Grund selbstverständlich sein. Ohne sie ist ein Miteinander im Arbeitsleben nicht denkbar. Wertschätzung tut gut, spornt an und gibt Vertrauen. Wertschätzung ist Motivation und gibt Menschen Freude an ihrer Arbeit. Und was man gerne tut, das macht man auch gut!

Durch das BEM-Verfahren erfahren erkrankte Mitarbeiter, dass Interesse an ihrer Person besteht, daran, dass sie wieder gesund werden. Und sie erfahren nicht nur Interesse, es wird auch etwas bewegt durch den Arbeitgeber, damit der Gesundungsprozess gelingt. Hierdurch entsteht Vertrauen, vielleicht sogar Dankbarkeit und das Gefühl: Hier bin ich richtig! Und wenn ich richtig bin, warum soll ich dann gehen? Somit unterstützt der BEM-Prozess die Bindung der Beschäftigten zu ihrem Arbeitgeber.

Erfolgreiche BEM-Verfahren tragen dazu bei, bei den Betroffenen Wiederholungserkrankungen zu vermeiden bzw. zu reduzieren. Gelingt es, den Gesundheitszustand zu verbessern bzw. zu stabilisieren, dann werden sich auch die Fehlzeiten reduzieren. Die Ergebnisse von BEM-Verfahren bieten zudem präventive Möglichkeiten für alle anderen. Als im WSA Tönning mehr Fälle des Schulter-Arm-Syndroms auftauchten, wurde eine Kampagne unter dem Motto: »Mausarm ohne uns!« gestartet. Es wurde eine große Anzahl von unterschiedlichen Computermäusen und Trackballs beschafft und zum Testen bereitgestellt. Die Ausfallzeiten wegen eines Schulter-Arm-Syndroms wurden um mehr als 50 % gesenkt. 53 % weniger Fehltag bei einem geringen Mitteleinsatz für die Beschaffung!

## **IV. Betriebliches Eingliederungsmanagement aus betriebsärztlicher Sicht – Aufgaben, Rolle, Praxisimpulse** *Detlef Glomm*

### **Inhalt**

1. Darum geht es in diesem Beitrag . . . . .	165
2. Einleitung . . . . .	165
3. Erfolgsfaktoren . . . . .	167
4. Zentral wichtig: Der Nutzen muss für alle erkennbar sein . . . . .	167
5. Informationsmanagement . . . . .	169
6. Management der betrieblichen Wiedereingliederung . . . . .	169

7. Begleitendes Management . . . . .	171
8. Rechtzeitige Beteiligung im Wiedereingliederungsprozess . . . . .	172
9. Reha-Bedarf früh erkennen . . . . .	172
10. Eingliederungsplan . . . . .	173
11. Den Eingliederungsprozess koordinieren . . . . .	173
12. Fazit . . . . .	174
13. Fallbeispiele . . . . .	174
13.1 Belastungserprobung auf der Baustelle . . . . .	174
13.2 Komplexe BEM-Problematik bei Mehrfachbeeinträchtigung . . . . .	175
13.3 Konfliktmoderation in der Amtsstube . . . . .	177
13.4 Produktionshelferin in einer Fischmanufaktur: Erfolgreiche Wiedereingliederung trotz Aussteuerung . . . . .	171
13.5 Chemieindustrie: Gefährdungsbeurteilung und Technikeinsatz sichern Fachwissen und Arbeitsplatz . . . . .	172
14. Literatur . . . . .	180

## 1. Darum geht es in diesem Beitrag

Betriebsärzte können einen wichtigen Beitrag zum betrieblichen Eingliederungsmanagement leisten: Zum einen, weil sie an der Nahtstelle zwischen Individuum, Gesundheitssystem und Betrieb tätig sind. Zum anderen, weil sie die mit einem Gesundheitsproblem verbundenen Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit in Hinblick auf die konkreten Anforderungen des Arbeitsplatzes und die betrieblichen Rahmenbedingungen ganzheitlich beurteilen können. Der Unterstützungsprozess beginnt mit einer frühzeitigen Kontaktaufnahme zur Klärung des Gesundheitsproblems, der Unterstützung bei der Terminierung spezieller Untersuchungen oder der Einleitung von Reha-Maßnahmen, setzt sich fort mit dem Abgleich von Anforderungs- und Fähigkeitsprofil und der Unterstützung bei der Erarbeitung des Eingliederungsplans und schließt mit der ärztlichen Begleitung während der Wiedereingliederung und der Unterstützung der Nachhaltigkeit nach Abschluss der Wiedereingliederung.

## 2. Einleitung

Die berufliche Wiedereingliederung von Beschäftigten mit gesundheitlichen Einschränkungen stellt den betroffenen Menschen ebenso wie den Unternehmer vor erhebliche Probleme. Während bei den Beschäftigten nach längerer Krankheit mit verbliebenen Leistungseinschränkungen Ängste hinsichtlich der beruflichen und sozialen Existenz im Vordergrund stehen und sie sich einen Wiedereinstieg in das Arbeitsleben nicht zutrauen, fehlen dem Unternehmer häufig Informationen über die Belastbarkeit und Einsatzfähigkeit für die bisher ausgeübte Tätigkeit, die Unterstützungsmöglichkeiten, die mit einem Einsatz verbundenen gesundheitlichen Risiken und seine rechtliche Verantwortung.

Besondere Schwierigkeiten treten in Klein- und Mittelbetrieben auf, da unterstützende Organisationsstrukturen und informelle Netzwerke meist fehlen.

Häufig nur eingeschränkt bestehen hier auch die Möglichkeiten zur Modifikation von Arbeitsanforderungen, die Rahmenbedingungen und Organisationsstrukturen. Das sozialmedizinische Leistungsprofil der Reha-Klinik oder des MDK hilft – wenn es dem Unternehmer überhaupt bekannt ist – oft nicht viel weiter, weil es sich auf einem hohen Abstraktionsniveau bewegt und die konkreten Anforderungen wegen fehlender Kenntnis des Arbeitsplatzes nicht berücksichtigen kann. Die »Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation« sind in der Regel unbekannt und können ihren Aufgaben nur bedingt nachkommen. Auch hausärztliche Wiedereingliederungsanträge nach Standardschema – zwei Wochen mit drei Stunden und zwei weitere Wochen mit fünf Stunden täglicher Arbeitsbelastung – stellen eine Bauschlosserei oder einen Dachdeckerbetrieb mit ständig wechselnden, häufig weit entfernten Baustellen vor unlösbare organisatorische Probleme und können zur Kündigung des Arbeitsverhältnisses führen, wenn der Unternehmer keine Möglichkeit zur Umsetzung des Eingliederungsplans des behandelnden Arztes sieht.

So hat ein Dachdeckerbetrieb einen langjährigen Gesellen nach einem unkomplizierten Herzinfarkt ohne nennenswerte verbliebene Einschränkungen der Herzfunktion entlassen, weil der Hausarzt fürsorglich im Eingliederungsplan folgende Einschränkungen gemacht hatte: »Keine Arbeiten mit Absturzgefahr, kein Heben und Tragen von Lasten«. Derartige pauschale Einschränkungen lassen eine Tätigkeit als Dachdecker praktisch nicht zu. Eine Eingliederung hätte sich in Kenntnis der Arbeitsbedingungen sicher problemlos wie folgt gestalten lassen: »Die ersten 14 Tage überwiegend Tätigkeiten wie Befestigen der Rinnen-eisen, Zuschchnitt von Dachpfannen, Blecharbeiten etc.« Darüber hinaus wäre eine Konkretisierung der Lastgewichte (z.B. 20 kg) hilfreich gewesen. Da keinerlei Herzrhythmusstörungen (Schwindelreaktionen!) bestanden, war der Hinweis auf die Absturzgefährdung unbegründet, zumal bei entsprechenden Tätigkeiten Gerüst und/oder Sicherheitsgeschirr vorgeschrieben sind. Diese häufig beklagten Probleme machen deutlich, dass unabdingbare Voraussetzung eines erfolgreichen betrieblichen Eingliederungsmanagements nicht nur Kenntnisse über Krankheitsbild und Funktionsstörungen des betroffenen Menschen, sondern auch die genaue Kenntnis des Arbeitsplatzes und des Betriebes mit seinen Anforderungen und Rahmenbedingungen ist.

In Kleinbetrieben ist wegen des zunehmenden Fachkräftemangels und häufig enger sozialer Bindungen die Bereitschaft, langjährige erfahrene Mitarbeiter auch mit funktionellen Einschränkungen wieder einzugliedern, bei fachkompetenter Unterstützung hoch. Die Kreishandwerkerschaften in Schleswig-Holstein haben 2007 mit Unterstützung der IKK einen Verein zur Förderung der Wiedereingliederung im Handwerk (**esa** – **e**ingliedern **s**tatt **a**usgliedern) gegründet, der in den vergangenen fünf Jahren initiativ mitgewirkt hat, dass rund 400 langfristig erkrankte Beschäftigte erfolgreich wieder eingegliedert werden konnten. Positiv wirken sich dabei die einfachen Organisations-, Entscheidungs- und Kommunikationsstrukturen in Kleinbetrieben aus.

Für den Weg durch den Dschungel von Vorschriften und Zuständigkeiten wünscht sich der Unternehmer **einen** kompetenten Lotsen. Betriebsärzte brin-

gen alle Voraussetzungen mit, um die Rolle des kompetenten Lotsen erfolgreich auszufüllen, da sie an der Schnittstelle zwischen Individuum und Betrieb stehen. Sie haben sowohl Kenntnisse über die Arbeitsplätze mit ihren konkreten Anforderungen und Rahmenbedingungen als auch über den Gesundheitszustand und die Befindlichkeit, die Fähigkeiten und gesundheitlichen Einschränkungen der einzelnen Beschäftigten. Dieses Wissen befähigt sie, beim Abgleich von Anforderungs- und Fähigkeitsprofil und Erstellung eines Eingliederungsplans die Rolle eines Moderators einzunehmen. Dazu gehören nicht nur die Beratung und Begleitung des betroffenen Menschen und des Betriebes, sondern auch die Einbindung der behandelnden Ärzte in Praxis, Krankenhaus und Reha-Klinik, die fachliche Bewertung der Diagnosen und Befunde hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf Aktivitäten und Teilhabe oder die Auswahl geeigneter Arbeitshilfen. Dabei sind vielfältige Einflussfaktoren wie die Art der Erkrankung, die Erwartungen und Ziele des betroffenen Menschen, die Qualifikation, das Lebensalter, die Dauer der Betriebszugehörigkeit, aber auch die Arbeitsplatzanforderungen, die wirtschaftliche Lage des Unternehmens und die Unternehmenskultur zu berücksichtigen.

### 3. Erfolgsfaktoren

Wesentliche Voraussetzungen für eine erfolgreiche Wahrnehmung dieser Aufgaben sind:

- der Aufbau und die Pflege eines Kommunikationsnetzes innerhalb und außerhalb des Betriebes,
- die konsequente Beachtung des Datenschutzes,
- ein aktives Informationsmanagement und
- gute Kenntnisse über sozialversicherungsrechtliche Rahmenbedingungen.

Entscheidend für den Erfolg des Eingliederungsmanagements sind:

- eine möglichst frühzeitige Kontaktaufnahme mit dem betroffenen Menschen,
- die möglichst zeitnahe Erstellung eines Eingliederungsplans unter Einbeziehung aller Beteiligten,
- die Begleitung bei der Wiedereingliederung und
- die Sicherstellung der Nachhaltigkeit durch regelmäßige Beratungen einschließlich Arbeitsplatzbegehung, um frühzeitig Überlastungssituationen zu erkennen.

### 4. Zentral wichtig: Der Nutzen muss für alle erkennbar sein

Angesichts des bereits spürbaren demographischen Wandels und des sich abzeichnenden Mangels an qualifizierten Fachkräften, kann der krankheitsbedingte Ausfall eines langjährig beschäftigten qualifizierten Mitarbeiters häufig nicht kompensiert werden und hat insbesondere in Kleinbetrieben mit wenigen Beschäftigten erhebliche wirtschaftliche Konsequenzen, weil Aufträge nicht erfüllt und Termine nicht eingehalten werden können.

Das betriebliche Eingliederungsmanagement ist nur dann erfolgreich, wenn alle Beteiligten einen Nutzen haben und diesen erkennen.

- Für den **Unternehmer** geht es um eine möglichst zeitnahe Wiedereingliederung von bewährten, qualifizierten, häufig langjährig beschäftigten Leistungsträgern, aber auch um seine Fürsorgepflicht und rechtliche Aspekte.
- Für den Beschäftigten stehen die Sicherung der wirtschaftlichen Existenz und der Erhalt eines wesentlichen Teils der sozialen Existenz im Vordergrund, während für die Träger der Sozial- und Krankenversicherung die Wiederherstellung und der Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit möglichst bis Eintritt des gesetzlichen Rentenalters, die Vermeidung von Erwerbsunfähigkeit und die Reduzierung der Kosten für Krankengeld von Bedeutung sind.

Damit ist ein erfolgreiches Eingliederungsmanagement eine win-win-Situation für alle Beteiligten. Bei einem etablierten Eingliederungsmanagement ist es gar nicht selten, dass Beschäftigte ihren Betriebsarzt schon aus dem Krankenhaus heraus anrufen, um zu berichten, dass sie einen Schlaganfall oder Herzinfarkt erlitten haben und um einen Besuch oder ein Gespräch bitten, um zu beraten, wie es im Betrieb weitergehen kann.

Diese Nutzenorientierung bringt es mit sich, dass eine Reihe von Einflussfaktoren beachtet werden müssen, die den Erfolg oder Misserfolg beeinflussen können. Dazu gehören:

- Art der Erkrankung
- Qualifikation
- Lebensalter
- Dauer der Betriebszugehörigkeit
- Größe des Betriebes
- wirtschaftliche Lage des Unternehmens
- Unternehmenskultur
- Qualität des Eingliederungsmanagements.

So ist die Wiedereingliederung eines gering qualifizierten 58-jährigen Hilfsarbeiters mit dreijähriger Betriebszugehörigkeit in einem Betrieb, der dabei ist, in größerem Umfang Personal abzubauen, sicher eine Herausforderung. Da für diese Gruppe von Beschäftigten häufig keine alternativen Arbeitsplätze zu Verfügung stehen und in der Regel für Qualifizierungsmaßnahmen kein Kostenträger gefunden werden kann, ist eine Wiedereingliederung in der Regel nur unter Einsatz geeigneter technischer Hilfsmittel am Arbeitsplatz denkbar. Da die Kosten für derartige Hilfsmittel als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben häufig vom zuständigen Sozialversicherungsträger (Rentenversicherung bzw. Bundesagentur für Arbeit) oder bei schwerbehinderten Menschen vom Integrationsamt übernommen oder großzügig bezuschusst werden, kann dieser Aspekt für die Bereitschaft des Arbeitgebers, sich auf eine Wiedereingliederung einzulassen, förderlich sein. Weiter unten werden Praxisbeispiele geschildert, die dies verdeutlichen.

## 5. Informationsmanagement

Um eine aktive Rolle im betrieblichen Eingliederungsmanagement einnehmen zu können, muss der Betriebsarzt vor allem sicherstellen, dass er alle erforderlichen Informationen zeitnah erhält. Dazu gehören u. a.:

- aktuelle Arbeitsunfähigkeitsstatistiken mit Angaben über Arbeitsunfähigkeitsdauer und -häufigkeit der Beschäftigten mit längerer oder wiederholter Arbeitsunfähigkeit
- Mitteilungen der Reha-Träger an den Arbeitgeber über die Genehmigung einer Leistung zur Teilhabe bzw. medizinischen Rehabilitation
- Beobachtungen über Leistungswandel oder verändertes Verhalten durch Vorgesetzten oder Kollegen
- Erkenntnisse über die Entwicklung von Gesundheitsproblemen im Zusammenhang mit der arbeitsmedizinischen Vorsorge bei häufig langjährig betreuten Beschäftigten
- betriebsärztliche Sprechstunde
- Informationen der Krankenversicherung an den behandelnden Arzt und Betriebsarzt gemäß der gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess (§ 12 Abs. 1 und § 13 Abs. 2 SGB IX)
- Atteste der behandelnden Ärzte über Leistungseinschränkungen
- Wiedereingliederungspläne der behandelnden Ärzte, Krankenhäuser oder Reha-Kliniken
- Anfragen des MDK zur Überprüfung des Arbeitsplatzes
- Empfehlungen des Reha-Trägers zur Überprüfung des Arbeitsplatzes
- Empfehlungen des Reha-Trägers für berufsfördernde Maßnahmen
- Sozialmedizinisches Leistungsprofil im Reha-Entlassungsbericht.

Eine offene betriebsärztliche Sprechstunde ohne Kontrolle des Zugangs dient neben einer individuellen Gesundheitsberatung auch der Früherkennung von Krankheiten. Gerade für Männer im »besten Alter«, die in aller Regel nicht zu den typischen »Arztgängern« gehören, ist der Betriebsarzt häufig die erste Anlaufstelle bei Gesundheitsproblemen (keine langen Wartezeiten im Sprechzimmer, keine Anmeldeprozeduren, keine »Inquisition« durch den Ehepartner etc.) Unabdingbare Voraussetzung für ein derartiges Vertrauensverhältnis ist nicht nur eine konsequente Beachtung des Datenschutzes, sondern auch eine von allen betrieblichen Akteuren akzeptierte neutrale, nur von sachlichen Aspekten getragene Rolle der Betriebsärzte.

## 6. Management der betrieblichen Wiedereingliederung

Betriebsärzte können in vielfältiger Weise proaktiv zum Erfolg des betrieblichen Eingliederungsmanagements beitragen:

- Frühzeitige Kontaktaufnahme mit dem betroffenen Beschäftigten
- Begleitung und Unterstützung bei der Einleitung einer medizinischen Reha oder Terminabstimmung für aufwändige Untersuchungen (z. B. MRT) oder Vorstellung in Fachambulanzen

## Akteure und Kooperationsprozesse

- Kontaktpflege während länger andauernder Erkrankungen
- Abklärung, ob aus betriebsärztlicher Sicht überhaupt Bedarf für Leistungen und Hilfen bei der Wiedereingliederung besteht
- Erstellung eines Fähigkeitsprofils unter Berücksichtigung vorliegender Befundberichte und ggf. eigener Beratung und Untersuchung
- Abgleich mit dem betrieblichen Anforderungsprofil, ggf. Mitwirkung bei einer erweiterten Gefährdungsbeurteilung des Arbeitsplatzes
- bei Abweichungen des Fähigkeitsprofils vom Anforderungsprofil Erarbeitung von Vorschlägen für gestalterische oder organisatorische Maßnahmen im Betrieb und/oder Einleitung von gezielten Trainings- und Rehabilitationsmaßnahmen
- Koordination der Erarbeitung eines Eingliederungsplans unter Einbeziehung aller Akteure
- Begleitung der Beschäftigten bei der Wiedereingliederung
- regelmäßige Beratung der Beschäftigten nach erfolgreicher Wiedereingliederung.

**Tabelle: Stufenweise Eingliederungen nach Art der Erkrankung in einem Chemiebetrieb mit 500 Beschäftigten (1984 – 2013)**

Anzahl	Erkrankungen
20	Koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt, Koronarer Bypass, Kardiomyopathie
2	Herzklappenersatz
4	Herzschrillmacher-Implantation
6	Schlaganfall
2	Nierenentzündung (Glomerulonephritis)
1	Diabetes mellitus
11	Karzinom/Leukämie
2	Hirntumor/Akustikusneurinom
1	Lungenteilentfernung bei Tuberkulose
1	Lungenembolie
2	Schilddrüsenüberfunktion Typ Basedow
1	Magenteilentfernung
18	Psychische Erkrankungen und Sucht
31	Erkrankungen der Wirbelsäule
15	Knie- und Hüftgelenkerkrankungen
2	Impingementsyndrom
8	Frakturen im Bereich der Extremitäten
2	Schädel-Hirn-Verletzung
1	Neuroborreliose
2	Darmerkrankungen (Colitis, Fistel)
132	davon erfolgreich: 124

**Erläuterung:** Von den 132 Wiedereingliederungsfällen im Betrachtungszeitraum 1984 bis 2013 wurden 124 erfolgreich abgeschlossen. Als erfolgreich wird die Wiedereingliederung nur dann bewertet, wenn der betroffene Mitarbeiter noch tätig oder nach Erreichen der Altersgrenze in den Ruhestand gegangen ist. In den nicht erfolgreich abgeschlossenen Verfahren wurde in der Regel ein Rentenverfahren eingeleitet. Zwei Beschäftigte,

die trotz ungünstiger Prognose bei Krebserkrankungen wieder eingegliedert wurden, weil für sie das betriebliche Setting auch der soziale Lebensmittelpunkt war, starben innerhalb eines Jahres nach Wiedereingliederung.<sup>1</sup>

### 7. Begleitendes Management

Häufig stellen Betriebsärzte bei vertraulichen Beratungsgesprächen im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements fest, dass die Beschäftigten mit einem erheblichen Gesundheitsproblem seit Wochen auf einen MRT-Termin zur Abklärung ihrer Schmerzen oder Funktionsstörungen warten. Insbesondere bei psychischen Erkrankungen beträgt die Wartezeit für ein Erstgespräch bei einem Psychotherapeuten häufig sechs Monate und mehr. In dieser Zeit kommt es in der Regel zu einer Chronifizierung der Erkrankung mit negativen Auswirkungen auf den Therapieerfolg, im schlimmsten Fall, z. B. bei depressiven Störungen, zum Suizid. Wenn Betriebsärzte externe Netzwerke aufgebaut haben und pflegen, können sie häufig kurzfristig auf die Beschleunigung von Terminen Einfluss nehmen und ggf. in Abstimmung mit den behandelnden Ärzten die Vorstellung in einer Fachambulanz oder die Aufnahme in einer Tagesklinik organisieren. Wichtig ist auch die Begleitung von Beschäftigten, die bei einer Krebserkrankung oft über viele Monate einer Chemotherapie bedürfen. Während der Therapiezyklen geht es den Patienten häufig so schlecht, dass sie nicht leistungsfähig sind; sie würden aber in den dazwischenliegenden Zeiträumen gerne im Rahmen ihrer Fähigkeiten arbeiten, um den Kontakt zu ihrem Betrieb und ihren Kollegen nicht zu verlieren. Selbst bei absehbar fortschreitenden Erkrankungen kann eine Wiederaufnahme der Tätigkeit wesentlich zur Lebensqualität beitragen, wenn das betriebliche Umfeld die einzige noch verbliebene intakte und sinnstiftende Lebenswelt ist.

Wichtig ist auch eine intensive Begleitung bei der Wiedereingliederung, um frühzeitig eine Überlastung oder einen Unterstützungsbedarf zu erkennen. Und

---

<sup>1</sup> Die Etablierung des Eingliederungsmanagements mit der 6-Wochen-Frist, wie sie seit 2001 in § 84 Abs. 2 SGB IX verankert ist, erfolgte auf Anregung des Verfassers in diesem Betrieb wie auch in anderen von ihm betriebsärztlich betreuten Betrieben und Verwaltungen bereits seit 1983, lange bevor entsprechende gesetzliche Regeln existierten. Entscheidend für den Erfolg einer Eingliederungsmaßnahme war und ist eine möglichst frühzeitige Kontaktaufnahme, um ausreichend Zeit für ggf. erforderliche Gestaltungsmaßnahmen zu haben. Da nach etwa vier Wochen die psychosozialen Aspekte der Arbeitsunfähigkeit gegenüber den krankheitsbedingten Funktionsstörungen in den Vordergrund treten und der Erfolg einer Wiedereingliederung unabhängig von der zugrundeliegenden Erkrankung mit der Zeit exponentiell abnimmt, sehen viele Betriebsvereinbarungen, an denen der Verfasser beratend mitgewirkt hat, heute bereits 4-Wochen-Fristen vor. Vielfach war die Beschaffung technischer Hilfen wie Hebe- und Transporthilfen nach Wirbelfrakturen, spezielle persönliche Schutzausrüstungen wie orthopädische Schutzschuhe nach doppelseitiger Trümmerfraktur der Fersenbeine oder bauliche Veränderungen erforderlich, um die Eingliederung erfolgreich zu gestalten, und dafür benötigt man vor allem Zeit. Ein wesentlicher Faktor für die Nachhaltigkeit sind auch die Begleitung und regelmäßige Beratungsangebote nach erfolgreichem Abschluss der Wiedereingliederung, um frühzeitig kritische Entwicklungen zu erkennen und gegensteuern zu können.



auch nach abgeschlossener Wiedereingliederung ist ein regelmäßiges Angebot für Folgegespräche zur Unterstützung der Nachhaltigkeit hilfreich. So ist auch der regelmäßige Besuch von Arbeitsplätzen schwerbehinderter Beschäftigter gemeinsam mit der Schwerbehindertenvertretung und mit dem Einverständnis der Beschäftigten von hoher präventiver Bedeutung, um mit ihnen zu besprechen, ob es Gesundheitsprobleme bei der Tätigkeit bzw. Verbesserungspotentiale hinsichtlich der Gestaltung oder Organisation des Arbeitsplatzes gibt.

### **8. Rechtzeitige Beteiligung im Wiedereingliederungsprozess**

Gerade auch die Wiedereingliederung nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitation ist ein wichtiges betriebsärztliches Aufgabenfeld, um die Nachhaltigkeit der Maßnahme zu fördern und zu sichern. Bisher war es eher dem Zufall überlassen, ob der Betriebsarzt überhaupt von der Genehmigung und Durchführung einer Reha-Maßnahme Kenntnis erlangt hat, so dass wichtige Empfehlungen der Reha-Klinik bezüglich festgestellter Leistungseinschränkungen oder empfohlener Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – z. B. technische Hilfen – den Betrieb nicht erreicht haben und nicht berücksichtigt werden konnten. Ein Ausweg ist, dass der Betriebsarzt die Information des Reha-Trägers an den Arbeitgeber über die Genehmigung einer stationären medizinischen Rehabilitation vom Betrieb so zeitnah erhält, dass er sich bei Bedarf noch einbringen kann. Nach Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit einer Reihe regionaler Träger der Deutschen Gesetzlichen Rentenversicherung (DRV) ist eine kontinuierliche Verbesserung der Kommunikation und damit der Qualität der Eingliederung zu erkennen, weil die erforderlichen Informationen den Betriebsarzt immer häufiger zeitnah erreichen.

### **9. Reha-Bedarf früh erkennen**

Eine weitere Aufgabe ist die Früherkennung von Reha-Bedarf und die Unterstützung der Beschäftigten bei der Antragstellung. Betriebsärzte erkennen im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge, bei Beratungsgesprächen oder Betriebsbegehungen häufig frühzeitig Rehabilitationsbedarf, bevor schwerwiegende Gesundheitsprobleme manifest werden, und können die Beschäftigten beraten und bei der Antragstellung unterstützen. Für viele Beschäftigte ist die Entscheidung für eine Reha leichter und die Angst vor Nachteilen im Betrieb geringer, wenn diese vom Betriebsarzt empfohlen und eingeleitet wird. Darüber hinaus kann der Betriebsarzt der Reha-Klinik wertvolle Informationen über die Arbeitsbelastungen, z. B. die Gefährdungsbeurteilung des Arbeitsplatzes oder Fotos für eine medizinisch-beruflich orientierte Reha zukommen lassen und die Wiedereingliederung in Abstimmung mit der Reha-Klinik planen.

## 10. Eingliederungsplan

Von entscheidender Bedeutung für ein erfolgreiches Eingliederungsmanagement ist die möglichst frühzeitige Erarbeitung eines individuellen Eingliederungsplans unter Berücksichtigung der Funktionsstörungen einerseits und der Arbeitsplatzanforderungen andererseits. Technische oder organisatorische Maßnahmen einschließlich baulicher Veränderungen am Arbeitsplatz bedürfen ebenso einer längeren Vorlaufzeit wie die Beantragung, Genehmigung und Beschaffung technischer Hilfen. Als Grundlage dienen einerseits fachärztliche Befundunterlagen sowie das (betriebs)ärztliche Gespräch und bei Bedarf eine Untersuchung – natürlich unter Beachtung des Datenschutzes –, andererseits die Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung und nicht zuletzt die Erwartungen und Ziele der betroffenen Beschäftigten. Auf dieser Grundlage erfolgt ein Abgleich von Anforderungs- und Fähigkeitsprofil und ggf. eine Anpassung durch gestalterische und/oder organisatorische Maßnahmen am Arbeitsplatz bzw. die Einleitung von gezielten Trainings- oder Rehabilitationsmaßnahmen vor einer Eingliederung. Falls Fähigkeits- und Anforderungsprofil zu weit auseinanderklaffen, sind die Möglichkeiten eines alternativen Arbeitsplatzes zu prüfen. So wurde beispielsweise ein Anlagenwart in einem Chemiebetrieb nach einer Blutkrebserkrankung mit Befall mehrerer Wirbelkörper wegen der Art der Belastungen – Begehen von Steigeisengängen, Bedienen großer Schieber, Transport von Fässern etc. – als Messwart in seiner Anlage und auf seiner Schicht eingearbeitet und eingesetzt.

Bei der Erarbeitung eines Eingliederungsplans sollten in Abhängigkeit vom konkreten Fall folgende Akteure eingebunden werden:

- betroffene Beschäftigte
- Unternehmervertreter (Personalleiter, Abteilungsleiter)
- direkter Vorgesetzter
- Betriebs- bzw. Personalrat
- Vertretung schwerbehinderter Menschen
- Betriebsarzt
- behandelnde Ärzte
- Krankenhaus/Reha-Klinik
- Krankenkasse (ggf. andere Sozialversicherungsvertreter)
- Integrationsamt (bei schwerbehinderten Menschen)
- Integrationsfachdienst.

## 11. Den Eingliederungsprozess koordinieren

Natürlich ist es illusorisch zu glauben, dass man in jedem Einzelfall alle Akteure zeitnah an einen Tisch bekommt, um den Eingliederungsplan zu entwickeln. Entscheidend ist, dass sich ein Akteur um das Zusammentragen der notwendigen Informationen kümmert, den Kontakt zu allen Beteiligten knüpft und die Anregungen in einem Entwurf zusammenfasst. Als dieser Koordinator ist der Betriebsarzt gut geeignet,

## Akteure und Kooperationsprozesse

- weil er der Einzige ist,
  - der sowohl ärztliches Know-how hat und das Gesundheitsproblem mit den bestehenden Strukturveränderungen und Funktionsstörungen sowie das positive Leistungsvermögen bewerten kann,
  - als auch den konkreten Arbeitsplatz mit seinen Anforderungen und Rahmenbedingungen kennt,
- weil er an der Gefährdungsbeurteilung mitgewirkt hat und
- weil er Zugang sowohl zu dem Beschäftigten als auch zum Arbeitsplatz sowie zu allen betrieblichen Akteuren hat.

## 12. Fazit

Betriebe wünschen sich einen kompetenten Ansprechpartner und Lotsen für alle Fragen des Gesundheitsschutzes einschließlich des betrieblichen Eingliederungsmanagements. Betriebsärzte bringen alle Voraussetzungen mit, um diese Rolle erfolgreich auszufüllen. Die für eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung erforderlichen Informationen sprudeln nicht automatisch, sondern erfordern ein proaktives Vorgehen des Betriebsarztes. Ohne Aufbau und Pflege eines Kommunikationsnetzwerkes innerhalb und außerhalb des Betriebes und guter Kenntnis sozialversicherungsrechtlicher Rahmenbedingungen wird ein Betriebsarzt bei dieser Aufgabe scheitern. Auch unter optimalen Voraussetzungen bleibt das Management der beruflichen Wiedereingliederung häufig eine sehr zeitintensive Aufgabe und immer Teamwork.

## 13. Fallbeispiele

Die Wiedereingliederung von Beschäftigten nach längerer Erkrankung mit verbliebenen Funktionsstörungen und Leistungseinschränkungen ist für jeden Betrieb eine besondere Herausforderung. Hier können Betriebsärzte ihr Wissen und ihre Erfahrungen einbringen, um im Konsens mit Betrieb, Beschäftigtem und behandelnden Ärzten einen Eingliederungsplan zu erarbeiten. Dabei geht es sowohl um einen leidensgerechten als auch wirtschaftlich sinnvollen Einsatz. Ein erfolgreiches Eingliederungsmanagement hat darüber hinaus positive Effekte auf die Unternehmenskultur und die Arbeitszufriedenheit: Die betrieblichen Entscheidungsträger legen den Fokus eher auf die Potentiale als die Defizite ihrer chronisch kranken oder behinderten Beschäftigten und unterstützen aktiv das Ziel »Eingliedern statt Ausgliedern«, auch wenn Mitarbeiter nicht mehr universell einsetzbar sind.

### 13.1 Belastungserprobung auf der Baustelle

Dem Inhaber einer Bauschlosserei mit 14 Mitarbeitern wurde von seinem Altgesellen, der sechs Monate wegen eines Bandscheibenvorfalles, operativer Behandlung und nachfolgender Reha arbeitsunfähig krank war, ein Eingliederungsplan seines behandelnden Arztes vorgelegt. Dieser Plan sah vor, dass der Schlosser kurzfristig ab Montag zunächst zwei Wochen lang zwei Stunden täglich und je

weitere zwei Wochen jeweils vier und sechs Stunden wiedereingegliedert werden solle und nicht schwer heben und tragen dürfe. Der Unternehmer rief etwas verstört seinen Betriebsarzt an und war der Auffassung, dass er sich wohl von seinem Gesellen trennen müsse, da er den Eingliederungsplan so nicht umsetzen könne. Er fahre gegenwärtig mit all seinen Mitarbeitern morgens um sechs Uhr von Dithmarschen nach Hamburg und montiere Geländer in einem neuen Parkhochhaus am Hamburger Flughafen. Er könne seinen Mitarbeiter ja nicht nach zwei Stunden wieder nach Hause bringen lassen, für die Hin- und Rückfahrt benötige er mindestens drei Stunden. Muss der Mitarbeiter so lange auf der Baustelle warten, bis die Tagesarbeit abgeschlossen ist, oder darf er solange in Hamburg spazieren gehen? Überhaupt wisse er nicht, wie er seinen Mitarbeiter einsetzen solle, da er nicht schwer heben und tragen darf, was sich bei der Tätigkeit nicht vermeiden lasse.

### **Eingliederungslösung**

Nach eingehendem Gespräch und Erstellung eines Anforderungsprofils ergab sich dann die Lösung, die Wiedereingliederung nicht über die zunehmende Arbeitszeit, sondern eine Steigerung der Belastung zu gestalten. Zusätzlich zu den regulären Pausen erhielt der Mitarbeiter darüber hinaus vormittags und nachmittags eine weitere Pause von 20 Minuten Dauer. Natürlich durfte der Geselle anfangs nicht die Geländer-Elemente aus Edelstahl im Treppenhaus transportieren, aber er konnte u. a. die Teile verschrauben, überstehende Gewinde abflexen und entgraten. Die Wiedereingliederung verlief auf diesem Wege insgesamt erfolgreich, auch wenn die Krankenkasse zunächst überzeugt werden musste, diesem modifizierten Eingliederungsplan zuzustimmen.

Ähnliche Probleme bei der Gestaltung von Eingliederungsplänen treten nicht nur bei Tätigkeiten im Bauhaupt- und -nebgewerbe, sondern auch im Transportgewerbe (Güterfernverkehr) oder im Service (Monteure, Vertreter) auf, die häufig große Einzugsgebiete mit langen Fahrzeiten zu betreuen haben. Hier sind jeweils individuelle Lösungen auf Basis eines Abgleichs von Anforderungs- und Fähigkeitsprofil gefragt.

### **13.2 Komplexe BEM-Problematik bei Mehrfachbeeinträchtigung**

Bei einem zum Zeitpunkt der Erkrankung 53-jährigen Hilfsarbeiter im Tiefbau verschlimmerte sich nach einer akuten Lungenentzündung eine vorbestehende chronisch-obstruktive Bronchitis mit Verkrampfung der Atemwege und deutlicher Minderung der Sauerstoffsättigung. Bis zum Zeitpunkt der Erkrankung im April des Jahres hatte er mindestens 30 Zigaretten täglich geraucht, nach der Erkrankung das Rauchen eingestellt. Darüber hinaus leidet er an Bluthochdruck sowie verschleißbedingten Rückenschmerzen. Der Beschäftigte ist mit einem Grad der Behinderung von 60 als schwerbehindert anerkannt. Als Funktionsstörungen stehen neben Atemnot bei mittelschwerer körperlicher Arbeit schwere Asthma-Anfälle, insbesondere bei nasskalter Witterung, Staubbelastung und körperlicher Anstrengung im Vordergrund.

Der Mitarbeiter war seit sieben Jahren als Tiefbauarbeiter auf dem Bauhof einer

Kleinstadt tätig, vorher war er jahrzehntelang im Gleisbau beschäftigt. Zu seinen Aufgaben gehörten insbesondere Steinsetzerarbeiten, das Ausbessern von Schlaglöchern auf städtischen Straßen durch Einbringen von Splitt und heißem Bitumen sowie im Winter Räum- und Streudienst.

Erstmals stellte sich der Mitarbeiter Anfang August zur Beratung beim Betriebsarzt vor, erneut unmittelbar nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitation Mitte November. Der Betriebsarzt empfahl eine innerbetriebliche Umsetzung in die Stadtreinigung oder das Ordnungsamt (Kontrolle des ruhenden Verkehrs), da ein Einsatz im Tiefbau nach Abgleich von Anforderungs- und Fähigkeitsprofil nicht mehr möglich schien. Ein Arbeitsversuch bei der Kontrolle des ruhenden Verkehrs scheiterte daran, dass der Mitarbeiter wegen seines robusten Auftretens und schlichten Gemütes ständig mit Verkehrsteilnehmern in heftige, z. T. handgreifliche Auseinandersetzungen geriet. Ende November erfolgte dann eine stufenweise Wiedereingliederung in der Stadtreinigung (Einsammeln von Abfällen und Entleeren von Papierkörben), die in der zweiten Woche wegen eines schweren Asthmaanfalls mit mehrtägigem stationärem Aufenthalt abgebrochen werden musste. Auslöser war offenbar die ungünstige feuchtkalte Witterung im Spätherbst in Verbindung mit mittelschwerer körperlicher Arbeit beim Ziehen der mit Müllsäcken beladenen Handkarre auf Parkwegen. Ein Antrag des Mitarbeiters auf Rente wegen voller Erwerbsminderung wurde von der zuständigen Rentenversicherung abgelehnt. Darauf folgte Ende April des Folgejahres ein zweiter Eingliederungsversuch in der städtischen Gärtnerei, der nach wenigen Tagen wegen zunehmender Atembeschwerden erneut scheiterte. Auch der Widerspruch gegen den Ablehnungsbescheid der Erwerbsminderungsrente wurde negativ beschieden. Dagegen legte der Mitarbeiter Widerspruch beim Sozialgericht ein.

Im August erfolgte eine Begutachtung durch den MDK. In der sozialmedizinischen Beurteilung hieß es: »Nur leichte körperliche Arbeiten in geschlossenen Räumen ohne jegliche, die Atemwege belastende Faktoren«. Diese Empfehlung war wenig hilfreich, da ein derartiger Arbeitsplatz unter Berücksichtigung des Fähigkeitsprofils nicht vorhanden war und auch nicht eingerichtet werden konnte. Der Anspruch auf Krankengeld endete Anfang Oktober, ab Oktober bezog der Mitarbeiter Arbeitslosengeld I, das Beschäftigungsverhältnis ruhte.

### **Geglückte Lösung: flexibler Arbeitseinsatz – technisch unterstützt**

Im April des dritten Jahres erfolgte nach Abstimmung mit der Agentur für Arbeit eine erneute stufenweise Wiedereingliederung in der Stadtreinigung, die insgesamt erfolgreich verlief. Probleme (Atemnot) traten wiederum beim Ziehen der mit Müllsäcken beladenen Karre auf Parkwegen, insbesondere auf steilen Stecken auf. Der Betriebsarzt empfahl die Beschaffung eines kleinen, klimatisierten motorbetriebenen Fahrzeuges mit geschlossener Kabine und Pollen-/Staubfilter für die Belüftung zum Müll- und Gerätetransport und stellte fest, dass ein Einsatz im Winterdienst nur als Kraftfahrer möglich sei. Er nahm Kontakt mit der Rentenversicherung und dem Integrationsamt auf und organisierte ein Round-Table-Gespräch mit allen Beteiligten im Januar des 4. Jahres.

Die Rentenversicherung erklärte sich bereit, die Kosten für ein entsprechendes

Fahrzeug und für eine sechsmonatige Belastungserprobung unter der Voraussetzung zu übernehmen, dass der Widerspruch gegen den Rentenbescheid beim Sozialgericht zurückgezogen werde. Nachdem der Mitarbeiter eingewilligt hatte, wurde ein entsprechendes Fahrzeug beschafft. Die Belastungserprobung mit diesem Fahrzeug wurde im September des 4. Jahres erfolgreich abgeschlossen und der Mitarbeiter erfüllt seither ohne wesentlich erhöhte Krankheitstage seine Aufgaben zur eigenen und allgemeinen Zufriedenheit.

Während des gesamten vierjährigen Ablaufs erfolgte eine engmaschige betriebsärztliche Begleitung des Mitarbeiters mit rund 20 Beratungs- und Untersuchungsterminen, zehn Gesprächen mit dem Arbeitgeber, sechs Gesprächen mit Reha-Trägern, Integrationsamt etc. sowie eine Vielzahl von Telefonaten und schriftlichen Stellungnahmen. Dies war ohne Zweifel der aufwändigste Eingliederungsfall in der 33-jährigen betriebsärztlichen Tätigkeit des Verfassers, der letztlich erfolgreich abgeschlossen werden konnte.

### 13.3 Konfliktmoderation in der Amtsstube

Eine langjährige Verwaltungsfachangestellte eines kleinen Amtes war seit mehr als acht Monaten wegen einer psychischen Störung arbeitsunfähig. Wiederholte Gesprächsangebote der Personalleiterin blieben erfolglos. Nach acht Monaten nahm die Mitarbeiterin dann ein Gesprächsangebot des Betriebsarztes an. Im Gespräch ergab sich, dass Auslöser der Erkrankung – eine depressive Störung mit Angstkomponente – ein Konflikt mit einer Kollegin über die Urlaubsplanung («Brückentag») war. Trotz möglicher organisatorischer Lösungswege nahm die Vorgesetzte das Problem zum Anlass, »ein Exempel zu statuieren«, entschied gegen den begründeten Wunsch der Mitarbeiterin, machte sie in der Teambesprechung nieder, »strafte« sie anschließend mit Nichtachtung, verbat ihr den Kontakt mit anderen Kolleginnen, hielt ihr für ihre Arbeit notwendige Informationen vor etc. Dieser Mobbing-Situation war die Mitarbeiterin auf Dauer nicht gewachsen, so dass sie nach drei Monaten erkrankte.

### Konfliktlösungsfähigkeit und Ressourcen bei Betroffenen stärken

Nach Einzelgesprächen mit der Abteilungsleiterin und allen Mitarbeiterinnen moderierte der Betriebsarzt ein Round-Table-Gespräch, um die Beteiligten dabei zu unterstützen, für ihre zukünftige Zusammenarbeit Lösungen zu finden. Das Gespräch endet nicht erfolgreich, weil die Abteilungsleiterin immer wieder Öl ins Feuer goss und sich nicht an die vereinbarten Spielregeln hielt, sondern ständig versuchte, die »Schuldfrage« zu klären. Darauf brach der Betriebsarzt das Gespräch ab und führte an einem weiteren Termin ein Sechs-Augen-Gespräch mit den beiden Mitarbeiterinnen, die den Konflikt ausgelöst hatten. Dieses Gespräch führte rasch zu einer Klärung und Lösung, so dass sich die beiden Mitarbeiterinnen nach dem Gespräch in den Armen lagen. Als Ergebnis wurde festgehalten, dass sie bei Konflikten zukünftig gemeinsam nach einer Lösung suchen. Wegen des weiterhin angespannten Verhältnisses mit der Vorgesetzten wurde vereinbart, dass die Personalleiterin zukünftig bei nicht im Konsens zu lösenden Problemen die Rolle des Lotsen übernimmt.

### 13.4 Produktionshelferin in einer Fischmanufaktur: Erfolgreiche Wiedereingliederung trotz Aussteuerung

Eine 54-jährige Produktionshelferin einer Fischmanufaktur wurde im April 2011 an einem Leistenbruch links operiert. Die stufenweise Wiedereingliederung erfolgte ab Juni 2011 mit befristeten Einschränkungen hinsichtlich der Lastenhandhabung nach insgesamt drei Leistenbruchoperationen in den vergangenen 20 Jahren. Im Oktober 2011 trat dann eine Darmerkrankung mit Fistelbildung auf. Ein erster operativer Eingriff war nicht erfolgreich. Es kam zu Komplikationen mit Bauchfellentzündung, so dass Mitte Dezember 2011 eine erneute Operation mit Teilentfernung des Dickdarms erfolgte. Im weiteren Verlauf kam es zu einer Wundheilungsstörung mit Besiedlung eines multiresistenten Problemkeims, so dass die Narbe wieder eröffnet werden und die Bauchdecke sekundär heilen musste. Dabei war der Problemkeim trotz intensiver Wundtoilette weiterhin im Wundsekret nachweisbar. Die regelmäßige Einnahme von Cortison wegen einer entzündlichen Autoimmunerkrankung der Leber (Autoimmunhepatitis) wirkte sich zusätzlich negativ auf den Heilungsprozess aus. Bei Reduzierung der Dosis stiegen die Leberenzyme stark an, so dass Cortison nicht abgesetzt werden konnte. Es dauerte letztlich bis August 2013, bis die Wunde abgeheilt und der Problemkeim nicht mehr nachweisbar war.

Zwischenzeitlich war der Anspruch auf Krankengeld ausgelaufen und die Mitarbeiterin erhielt Arbeitslosengeld I, so dass auch eine stufenweise Wiedereingliederung als Leistung der Krankenkasse nicht mehr möglich war. Nach Rücksprache mit der DRV Nord (Deutsche Rentenversicherung Nord) wurde im Rahmen der Kooperationsvereinbarung zwischen der DRV Nord und dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte ein Antrag auf stationäre medizinische Rehabilitation gestellt, der innerhalb von drei Tagen genehmigt wurde. Die Aufnahme in der Reha-Klinik erfolgte nach Rücksprache mit dem leitenden Oberarzt (Mitglied im Vorstand des Vereins Betrieb und Reha e. V.) innerhalb von zehn Tagen. Mit der Reha-Klinik wurde abgesprochen, dass diese eine stufenweise Wiedereingliederung als Leistung der Rentenversicherung verordnet, die zeitnah nach Abschluss der Reha beginnt. (Wenn die Wiedereingliederung innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der Reha beginnt, ist die Rentenversicherung Kostenträger. Andererseits wäre nach § 125 Abs. 1 SGB III auch eine stufenweise Wiedereingliederung als Leistung der Bundesagentur für Arbeit möglich gewesen.)

### Das Lösungskonzept: Fallmanagement und Prozessteuerung im regionalen Reha-Verbund

Entscheidend für die erfolgreiche Wiedereingliederung war die engmaschige monatliche Beratung der Mitarbeiterin durch den Betriebsarzt, die regelmäßige Abstimmung mit dem behandelnden Chirurgen sowie die zeitnahe Steuerung der Wiedereingliederung nach abgeschlossener Wundheilung. Dies hat dazu beigetragen, dass die Mitarbeiterin den Kontakt zum Betrieb und die Hoffnung auf Wiederaufnahme der Tätigkeit nicht verlor und Klippen im Sozialgesetzbuch umschiffen werden konnten.

### 13.5 Chemieindustrie: Gefährdungsbeurteilung und Technikeinsatz sichern Fachwissen und Arbeitsplatz

Ein 43-jähriger bis dato völlig gesunder und fitter Obermeister aus einem Chemiebetrieb verliert morgens auf dem Weg zur Arbeit das Bewusstsein und stürzt die Außentreppe seines Hauses hinunter. Mehr als einer Stunde später wurde seine Ehefrau wach, als ihr Mann wieder ins Schlafzimmer kam, aus Nase und Ohren blutete und verwirrt war. Sie rief den Betriebsarzt an, der umgehend den Notarzt alarmierte und eine Einweisung ins Krankenhaus veranlasste. Dort stellte man einen doppelseitigen Schädelbasisbruch, größere Gehirnblutungen, einen Abriss des Riechhirns und Sprachstörungen fest. Bei der Überwachung auf der Intensivstation kam es zu einem Herzstillstand von mehr als 30 Sekunden Dauer. Da eine derartige Herzrhythmusstörung auch als Ursache für die Bewusstseinsstörung und den Sturz mit seinen Folgen angenommen wurde, erfolgte die Implantation eines Herzschrittmachers.

Nach längerem stationären Aufenthalt, anschließender stationärer Rehabilitation und ambulanter logopädischer Behandlung nimmt der Beschäftigte Kontakt mit dem Betriebsarzt auf, um über die Möglichkeiten einer betrieblichen Wiedereingliederung zu sprechen. Der Mitarbeiter ist als Obermeister für eine Reihe von Produktionsanlagen zuständig. Neben der Frage der Konzentrationsfähigkeit und allgemeinen Belastbarkeit war zunächst auch zu klären, ob im Arbeitsbereich Störeinflüsse auf den Herzschrittmacher zu erwarten waren. Eine Analyse mit der Fachabteilung ergab über 2000 Aggregate mit nennenswerten elektrischen Feldern, wobei stichprobenartige Messungen ergaben, dass auch kleinere Pumpen oder Gleichrichter erhebliche Feldstärken erzeugen. Da eine komplette Messung und ggf. Abschirmung aller Aggregate nicht praktikabel war, schlug der Betriebsarzt vor, zu prüfen, ob der Einsatz eines Warngerätes für elektrische Felder möglich sei. Nach Recherche blieb ein einziges handygroßes Warngerät mit optischer und akustischer Anzeige mit einem breiten Frequenzspektrum übrig, das den technischen Anforderungen (Vergleichsmessungen mit Präzisionsmessgeräten) genügte. Da das Messgerät nicht explosionsgeschützt war, musste der Mitarbeiter zusätzlich ein Messgerät für explosionsfähige Atmosphären tragen.

#### Der Lösungsweg: Intelligente Technik – überwachte Gesundheit

Die stufenweise Wiedereingliederung mit diesem Warngerät verlief erfolgreich, sodass der Mitarbeiter seine qualifizierte Tätigkeit als Obermeister wieder aufnehmen konnte. Da die elektrische Feldstärke mit der dritten Potenz des Abstandes abnimmt, genügt es beim Ansprechen des Warngerätes in der Regel, einen Schritt zurückzugehen, um den kritischen Bereich zu verlassen. Das Warngerät wurde vom Betrieb finanziert. Ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei der Deutschen Rentenversicherung Bund für das Gerät wurde auch nach begründetem Widerspruch abgelehnt. Zwischenzeitlich hat der Betrieb nicht nur das Thema »aktive Implantate« in die Betriebsvorschriften und Unterweisungen aufgenommen, sondern sechs weitere Geräte beschafft, die ggf. betroffenen externen Monteuren bei Revisionen etc. zu Verfügung gestellt werden.



## 14. Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* (Hrsg.), Gemeinsame Empfehlung zur Erkennung und Feststellung des Teilhabebedarfs, zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe (Reha-Prozess), 2014.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* (Hrsg.), Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, 2014.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales* (Hrsg.), Schritt für Schritt zurück in den Job, 2012.
- Glomm*, Von der Gesundheitsförderung bis zur Wiedereingliederung – Erfahrungsbericht aus der betriebsärztlichen Praxis. *Rehabilitation* 51/2012, S. 18–23.
- Glomm*, Betriebliches Eingliederungsmanagement aus Sicht des Betriebsarztes – Berufliche Wiedereingliederung in Kleinbetrieben. In: Dienstbühl, I., Stadler, M., Scholle, H.-C., Prävention von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und Erkrankungen – 20. Erfurter Tage der BGN, S. 121 – 132, 2014.
- Hallier/Letzel/Nowak* (Hrsg.), Medizinische und Berufliche Rehabilitation – Orientierungshilfe für Betrieb, Praxis und Klinik, 2013.
- Köpke*, Gesunde Arbeit für alle. edition Hans Böckler Stiftung, Bd. 253, 2011.

## V. Beamte und Betriebliches Eingliederungsmanagement

*Melanie Grunow, Judith Kerschbaumer und  
Cornelia Pielenz*

### Inhalt

1. Darum geht es in diesem Beitrag . . . . .	181
2. Einleitung . . . . .	181
3. Die Anwendbarkeit des BEM im Beamtenverhältnis . . . . .	182
3.1 Grundsätze des Beamtenverhältnisses . . . . .	182
3.2 Beteiligte im BEM-Verfahren und Freiwilligkeit . . . . .	183
3.3 Grundsätze der Anwendbarkeit des BEM . . . . .	184
3.4 Personalvertretung . . . . .	184
4. BEM und dauernde Dienstunfähigkeit . . . . .	186
5. Das BEM als Rechtmäßigkeitsvoraussetzung bei der Versetzung in den Ruhestand? . . . . .	188
6. Praxisbeispiel: Freie Hansestadt Bremen . . . . .	190
7. Literatur . . . . .	191