


## Vortrag von Dr. med. Hans-Martin Schian anlässlich der IQPR Fachtagung 30./31. Mai 2005, GSI, Bonn

1	Abb. 1 - Förderung der Teilhabe berufliche Reha im Umbruch .....	2
2	Abb. 2 - Herausforderungen .....	3
3	Abb. 3 – Herausforderungen II .....	4
4	Abb. 4 – Ressourcen der Leistungserbringer .....	5
5	Abb. 5 – Basisannahmen des Teilhabeprojekts .....	6
6	Abb. 6 – Von allen erwartet Unternehmen .....	7
7	Abb. 7 – Gesundheitsmanagement, Sozialkapital, Unternehmenserfolg.....	8
8	Abb.8 – Worklife – Life – Balance .....	9
9	Abb. 9 – Das bio-psycho-soziale Modell der ICF .....	10
10	Abb.10 – IMBA-Methode .....	11
11	Abb.11 – Handlungsebenen .....	12
12	Abb.12 – Kooperation und Vernetzung der Akteure .....	13
13	Abb.13 – Strukturmodell des Betrieblichen Gesundheitsmanagements .....	14
14	Abb.14 – Großbetrieb .....	14
15	Abb.15 – KMU .....	15
16	Abb.16 – Optimierung der Prozesse .....	16
17	Abb.17 – Analyse von Interventionsansätzen.....	17
18	Abb.18 – Ausblick: Konvergenz der Systeme.....	18

## 1 Abb. 1 - Förderung der Teilhabe berufliche Reha im Umbruch



### Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben

#### Berufliche Rehabilitation im Umbruch? Herausforderungen und Perspektiven

1. Herausforderungen
2. Basisannahmen des Teilhabeprojekts
3. Handlungsebenen
4. Ausblick

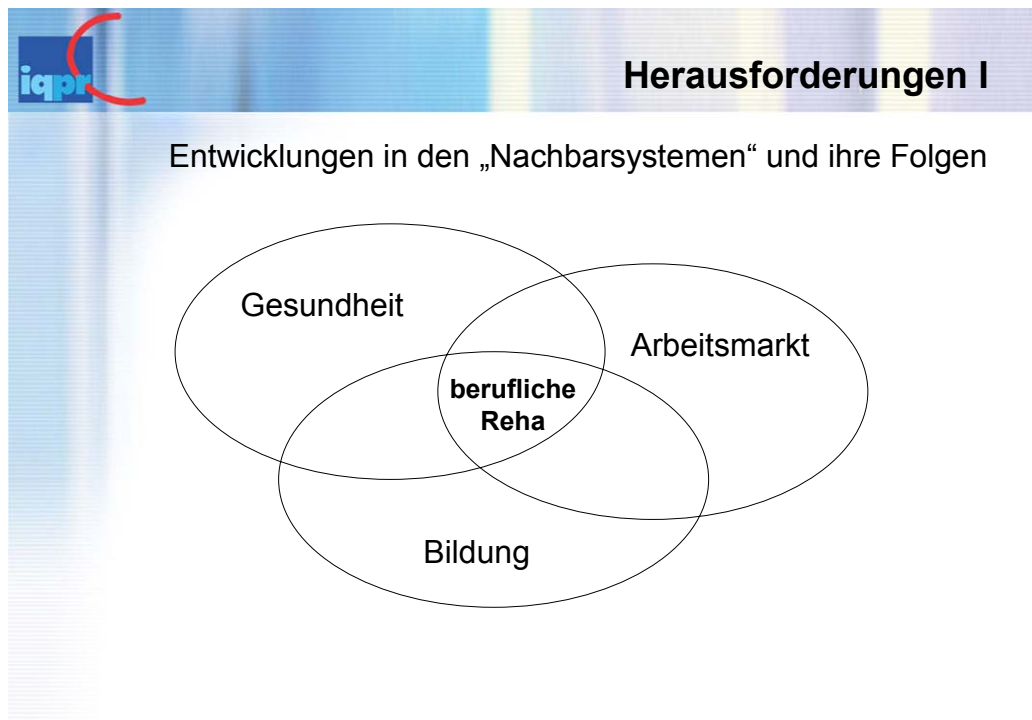
Dr. Hans-Martin Schian

Sehr geehrte Damen und Herren,

auch ich schließe mich der Begrüßung an, willkommen im Kreis der Gutwilligen, Hochverdächtigen, Neugierigen, Erkenntniswilligen. Wir wollen hier Impulse geben, Lösungsvorschläge erarbeiten und auf Umsetzungsmöglichkeiten hinweisen. Mein Beitrag befasst sich mit einem Kernproblem, nämlich der beruflichen Rehabilitation (Abb.1). Die berufliche Rehabilitation ist im Umbruch, u.a. durch die Umorganisation der Bundesagentur für Arbeit, Auswirkungen von Hartz I bis IV, Veränderungen von SGB II und SGB III. Suchen wir die Antwort auf vier Fragen:

- ⇒ Was sind die Herausforderungen?
- ⇒ Geben die Basisannahmen unseres Teilhabeprojektes Antworten?
- ⇒ Was ergeben sich für Handlungsebenen?
- ⇒ Was könnte werden, was ist zu tun?

## 2 Abb. 2 - Herausforderungen

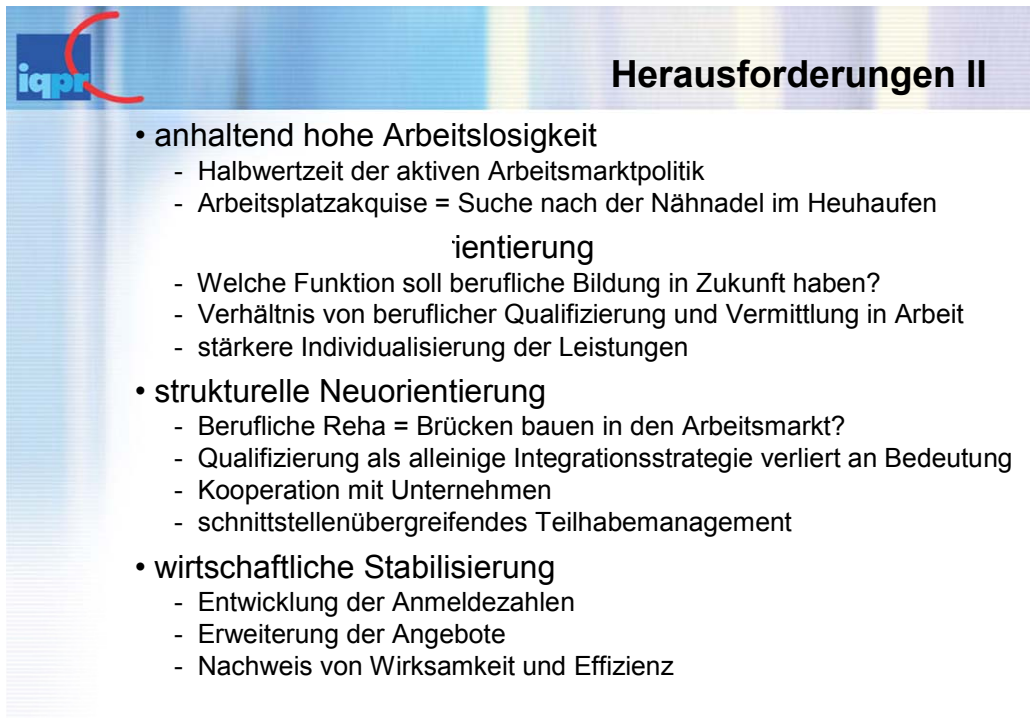


### Herausforderungen:

Es hieße „Eulen nach Athen tragen“, dem kompetenten Publikum die Zusammenhänge zwischen Gesundheitssystem, Arbeitsmarktssystem und Bildungssystem zu erschließen (Abb.2). Gilt dies auch genauso für die Betroffenen, die Arbeit suchen, eine Qualifizierung benötigen und ein Gesundheitsproblem haben? Wir wissen aus den Studien der Bundesagentur, dass Art und Ausprägungen des Gesundheitsproblems, persönlicher und gesellschaftlicher Umgang damit, Qualifizierung und Alter eine erhebliche Rolle spielen und daher Vermittlung „mit der Brechstange“ im Bereich der Behinderten nicht läuft. Hier wird Vermittlung zum Case-Management. Bildung braucht Zeit und Geld, welches überall fehlt, und gerade dann wird die Verantwortung auf die Betroffenen selbst verlagert. Berufliche Rehabilitation muss sich also an den Schnittstellen einklinken und mit den Betroffenen das vereinbarte Ziel der Qualifizierung und Integration effektiv und effizient erreichen.

Das bedeutet, sich nachhaltig neu zu orientieren unter veränderten Rahmenbedingungen (Abb.3)

### 3 Abb. 3 – Herausforderungen II



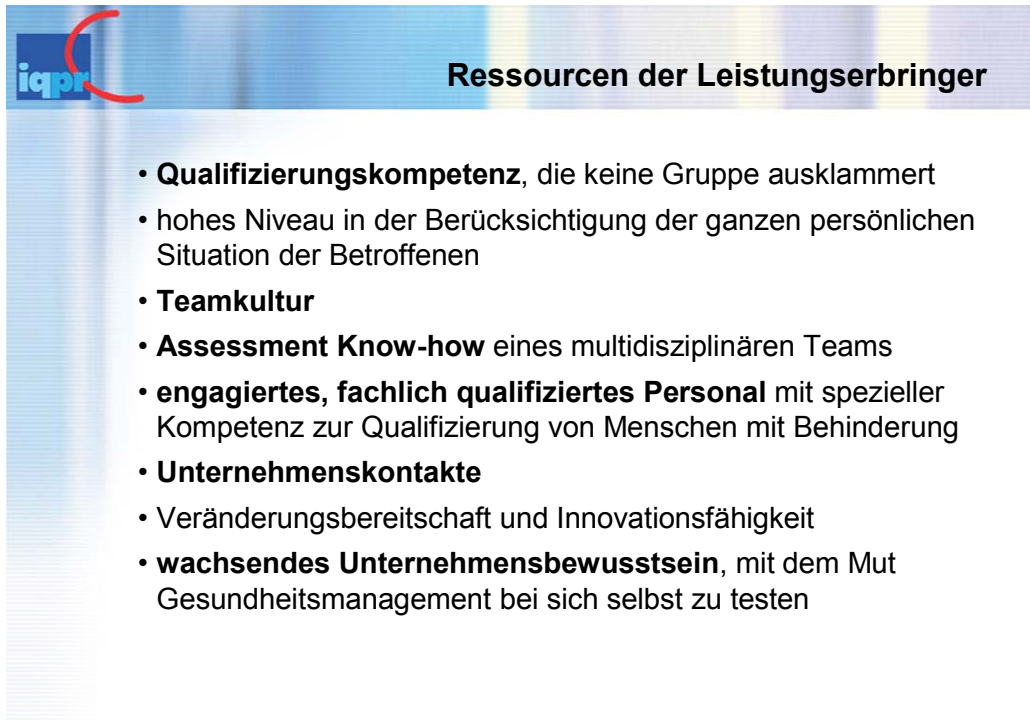
#### Herausforderungen II

- **anhaltend hohe Arbeitslosigkeit**
  - Halbwertzeit der aktiven Arbeitsmarktpolitik
  - Arbeitsplatzakquise = Suche nach der Nähnadel im Heuhaufen
- **Neuorientierung**
  - Welche Funktion soll berufliche Bildung in Zukunft haben?
  - Verhältnis von beruflicher Qualifizierung und Vermittlung in Arbeit
  - stärkere Individualisierung der Leistungen
- **strukturelle Neuorientierung**
  - Berufliche Reha = Brücken bauen in den Arbeitsmarkt?
  - Qualifizierung als alleinige Integrationsstrategie verliert an Bedeutung
  - Kooperation mit Unternehmen
  - schnittstellenübergreifendes Teilhabemanagement
- **wirtschaftliche Stabilisierung**
  - Entwicklung der Anmeldezahlen
  - Erweiterung der Angebote
  - Nachweis von Wirksamkeit und Effizienz

1. Integration trotz hoher Arbeitslosigkeit, d.h. kriminalistischen Spürsinn entwickeln, um Marktlücken zu finden.
2. Neuorientierung heißt, Einrichtungen beruflicher Rehabilitation als flexiblen Ressourcenpool zur Qualifizierung, Assessment, Case-Management und Vermittlung zu betrachten.
3. Unternehmensnähe entwickeln. Diese ist nicht mehr freundliches Zubrot, sondern Überlebenszweck.
4. Es gilt die Quadratur des Kreises zu knacken, nämlich flexible, individuelle, mehrfache Angebote vorzuhalten und Effektivität und Effizienz zu beweisen, trotz schlechtester Arbeitsmarktlage.

Ressourcen sind dazu vorhanden (Abb. 4)

## 4 Abb. 4 – Ressourcen der Leistungserbringer

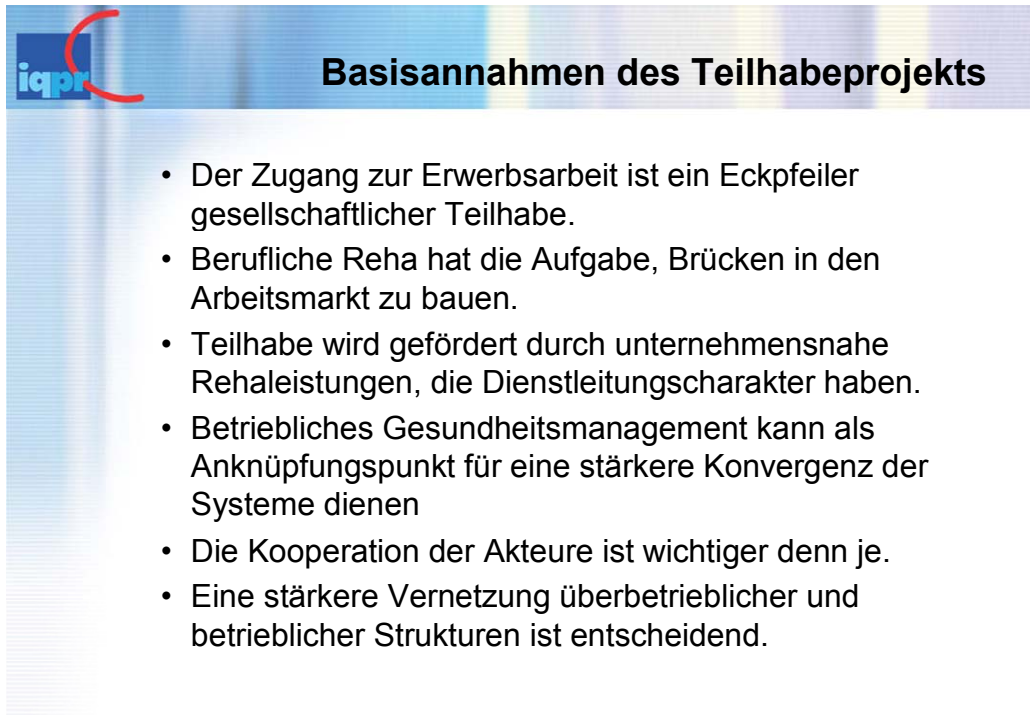


**Ressourcen der Leistungserbringer**

- **Qualifizierungskompetenz**, die keine Gruppe ausklammert
- hohes Niveau in der Berücksichtigung der ganzen persönlichen Situation der Betroffenen
- **Teamkultur**
- **Assessment Know-how** eines multidisziplinären Teams
- **engagiertes, fachlich qualifiziertes Personal** mit spezieller Kompetenz zur Qualifizierung von Menschen mit Behinderung
- **Unternehmenskontakte**
- Veränderungsbereitschaft und Innovationsfähigkeit
- **wachsendes Unternehmensbewusstsein**, mit dem Mut Gesundheitsmanagement bei sich selbst zu testen

Noch sind die Leistungserbringer zahlreich, sie werden weniger! Hier ist hohe Qualifizierungskompetenz vorhanden. Die Beachtung persönlicher Situation des Betroffenen ist selbstverständlich, interdisziplinäre Teamkultur gehört zum Alltag, Assessment-Know-how ist Überlebensbedingung, engagiertes kompetentes Personal kann Sozialkompetenz vermitteln, um Betroffene zu kompetenten Arbeitssuchenden zu machen, und damit ihre Unternehmenskontakte selbst aufzubauen und nur mit Rückendeckung zu leben und nicht einen Bannerträger vor sich zu brauchen. Dazu gehört Veränderungsbereitschaft und Innovationsfähigkeit und sich selbst als Dienstleistungsunternehmen aufzubauen und zu empfinden. Darauf resultieren die Basisannahmen unseres Teilhabeprojektes (Abb. 5).

## 5 Abb. 5 – Basisannahmen des Teilhabeprojekts



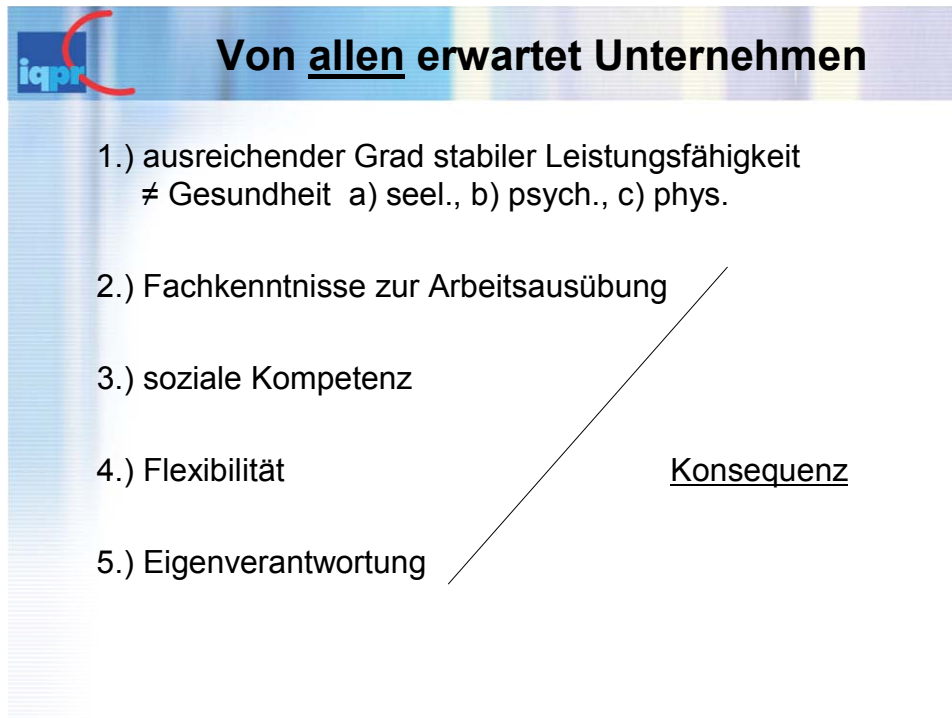
**Basisannahmen des Teilhabeprojekts**

- Der Zugang zur Erwerbsarbeit ist ein Eckpfeiler gesellschaftlicher Teilhabe.
- Berufliche Reha hat die Aufgabe, Brücken in den Arbeitsmarkt zu bauen.
- Teilhabe wird gefördert durch unternehmensnahe Rehaleistungen, die Dienstleistungscharakter haben.
- Betriebliches Gesundheitsmanagement kann als Anknüpfungspunkt für eine stärkere Konvergenz der Systeme dienen
- Die Kooperation der Akteure ist wichtiger denn je.
- Eine stärkere Vernetzung überbetrieblicher und betrieblicher Strukturen ist entscheidend.

- In unserer Leistungsgesellschaft ist Erwerbsarbeit Eckpfeiler gesellschaftlicher Teilhabe. Berufliche Reha ohne Unternehmenskontakt und direkte Brücke in den allgemeinen speziellen Arbeitsmarkt wird auf Dauer scheitern.
- Betriebliches Gesundheitsmanagement kann zum Dreh- und Angelpunkt werden, wenn die Konvergenz des sozialen Systems und des Wirtschaftssystems auf der Agenda steht. Das wäre über die Rehabilitation ein Beitrag zur sozialen Marktwirtschaft.
- Betriebliches Gesundheitsmanagement ist gelebte Vernetzung. Vernetzung lebt von Kooperation der Akteure und umgekehrt. Ein Netz sollte so präzise und transparent gebaut werden wie ein Spinnennetz.

Wenn nun Unternehmenskontakt als wichtiger Knoten im Netz erkannt ist, dann muss man wissen **was Unternehmen** von ihren MitarbeiterInnen erwarten.

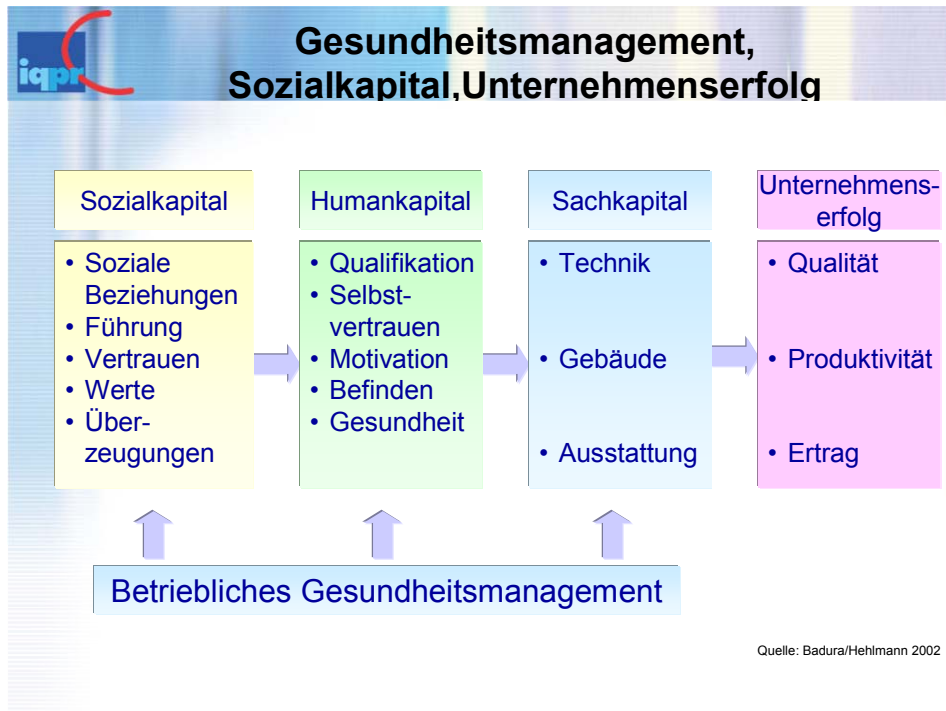
## 6 Abb. 6 – Von allen erwartet Unternehmen



Einen ausreichenden Grad stabiler Leistungsfähigkeit hinsichtlich der funktionellen Gesundheit, Fachkenntnis und Fertigkeit, soziale Kompetenz, Flexibilität und Eigenverantwortung.

Das ist unsere Herausforderung, dass Unternehmen diesen Erwartungen mit einem strukturierten betrieblichen Gesundheitsmanagement begegnen, welches Sozialkapital, Humankapital und Sachkapital bündelt und zum Unternehmenserfolg führt.

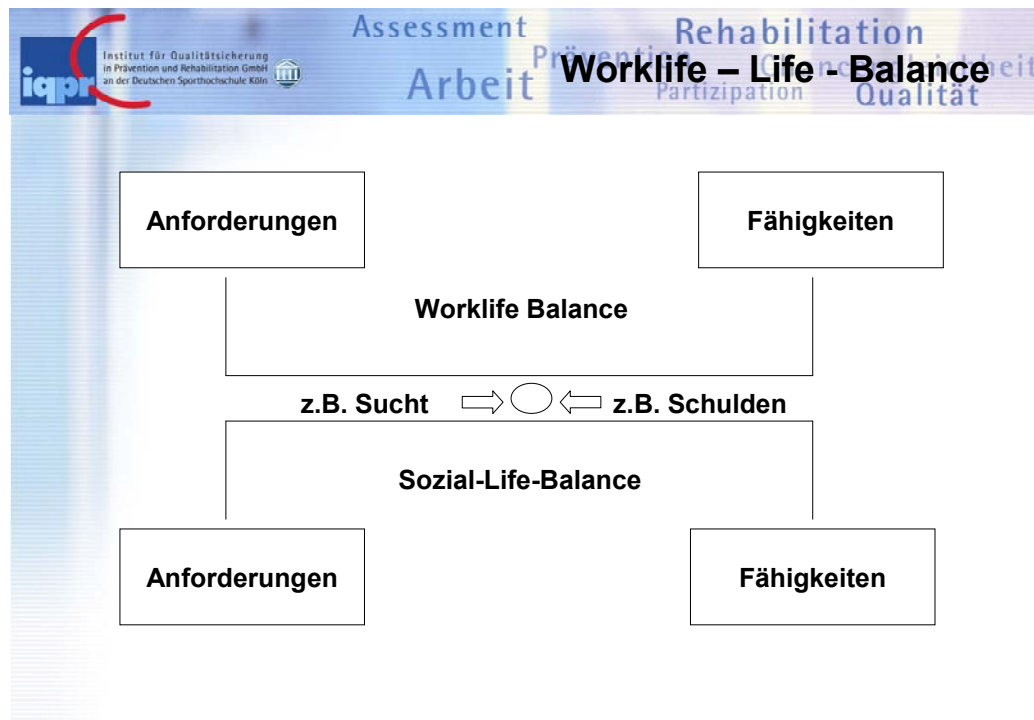
## 7 Abb. 7 – Gesundheitsmanagement, Sozialkapital, Unternehmenserfolg



Sozial- und Humankapital fallen unter die Fähigkeiten des Betroffenen, Sachkapital unter die Anforderungen und Gestaltung. Damit sind wir beim Modell des Work-life-Balance, was wir ausweiten zum Work-life/Social-life Balance (Abb. 8), denn immer ist es so, dass Anforderungen und Fähigkeiten in Balance stehen müssen. Wer eingliedert, muss die Umfeld- und Persönlichkeitsfaktoren und Fähigkeiten genauso beachten wie die Anforderungen, die sich im Leben in der Gesellschaft wie auch im Arbeitsleben stellen.

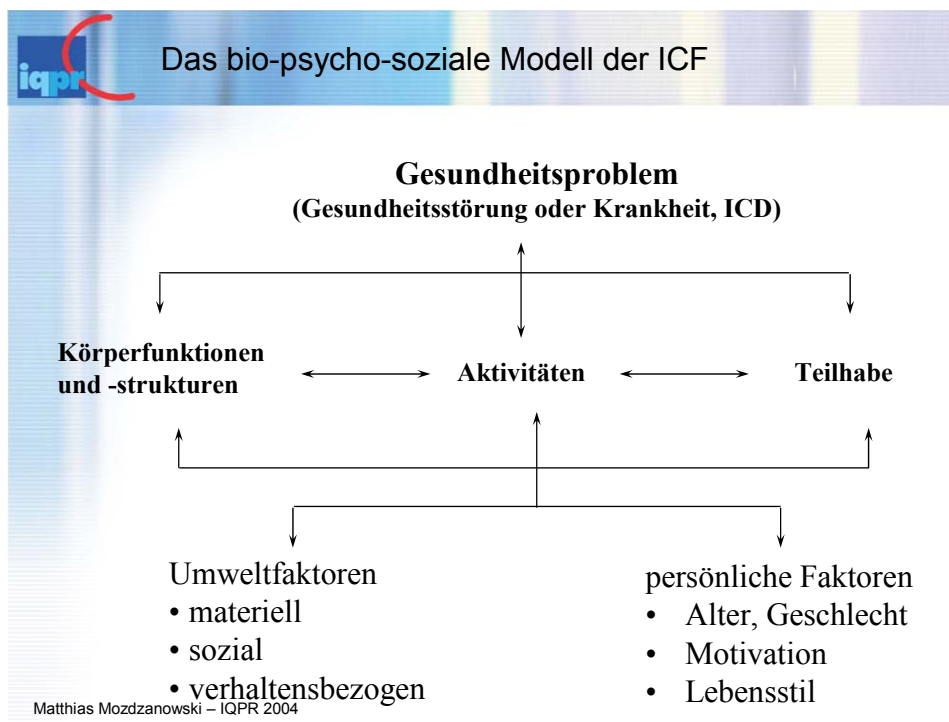


## 8 Abb.8 – Worklife – Life – Balance



Diesem präventiven Ansatz ist der eher rehabilitative - auf funktionale Gesundheit abzielende - Ansatz der WHO (World Health Organization) mit ihrer Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit eng verbunden.

## 9 Abb. 9 – Das bio-psycho-soziale Modell der ICF



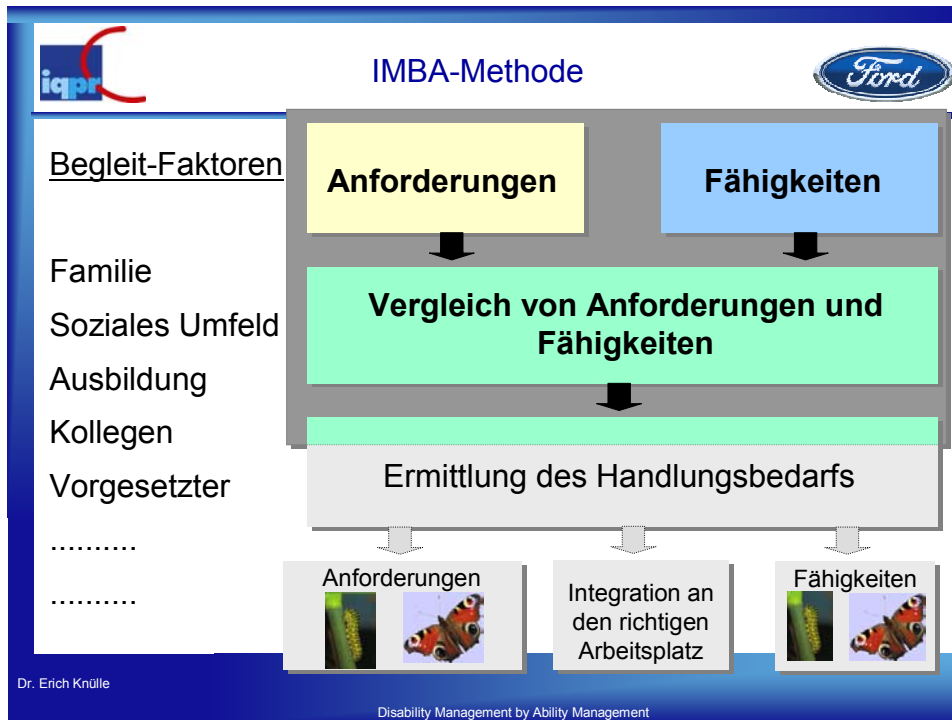
Die ICF beschreibt die „Lebensbalance“ als Teilhabevoraussetzung (u.a. Teilhabe am Arbeitsleben). Sie beschreibt die funktionale Gesundheit sowie die Umweltfaktoren und persönlichen Faktoren als die wesentlichen Einflussfaktoren, damit Teilhabe möglich ist, oder dadurch auch Teilhabe behindert wird. Teilhabe heißt Ausgewogenheit zwischen Fähigkeiten und Anforderungen, Behinderung der Teilhabe heißt ungünstiges Zusammenwirken oder Zusammenstoßen von Gesundheitsproblemen einer Person mit dem Lebensumfeld. Sie klassifiziert die Voraussetzungen und gibt Kriterien vor, um die Frage nach den Möglichkeiten der Teilhabe am Leben in unserer Gesellschaft beantworten zu helfen.

Um das für alle Akteure nicht zu kompliziert zu machen, sind wir seit über zwanzig Jahren in Unternehmen tätig, entwickeln Systeme zur Einschätzung von Anforderungen und Fähigkeiten mit wohlwollender Unterstützung des damaligen BMA für Unternehmen zwecks beruflicher Integration. Diese Entwicklung führte uns zum Europarat, indem wir mit neuen Ländern Profilvergleichssysteme diskutierten und maßgeblich mit beeinflussten, dass Umweltfaktoren, also die Anforderungen in die ICF mit einbezogen wurden.

Das pragmatische Ergebnis war das Profilvergleichsverfahren – IMBA -. Der Umsetzungserfolg war das Projekt – FILM – (Förderung der Integration Leistungsgewandelter Mitarbeiter, s. [www.iqpr.de](http://www.iqpr.de))

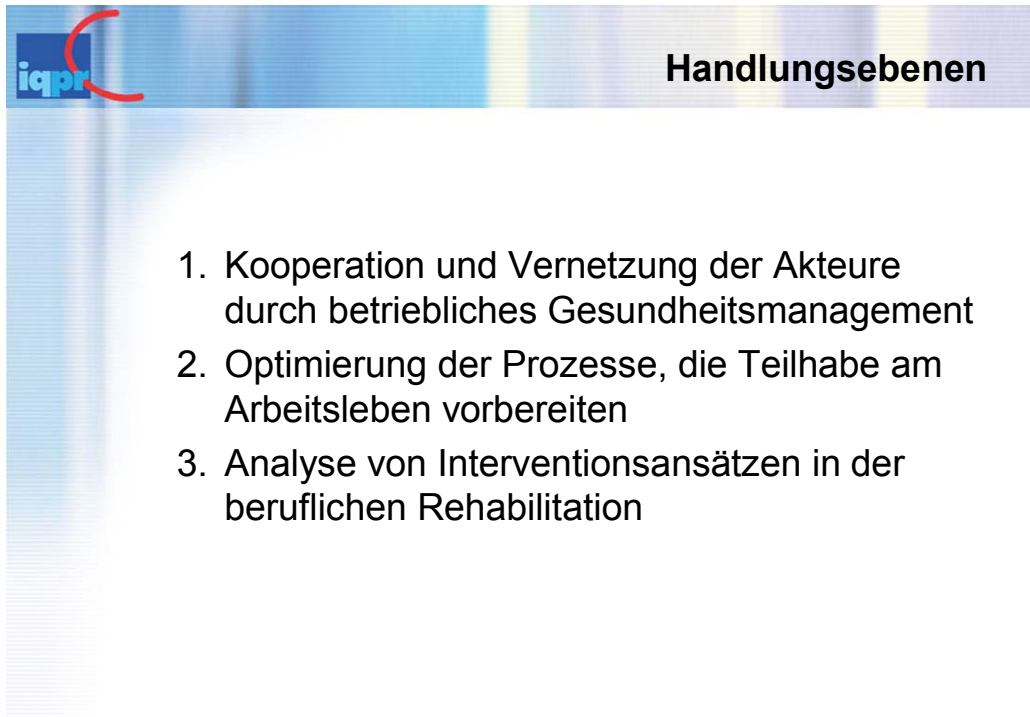
Dies zeigt doch mal deutlich, Abb.10, mit der IMBA- Methode.

### 10 Abb.10 – IMBA-Methode



Daraus resultieren die drei Handlungsebenen (Abb.11) mit denen ich mich hier be-  
fasse, wenn auch das Teilhabeprojekt dies weiter ausdifferenziert.

## 11 Abb.11 – Handlungsebenen




**Handlungsebenen**

1. Kooperation und Vernetzung der Akteure durch betriebliches Gesundheitsmanagement
2. Optimierung der Prozesse, die Teilhabe am Arbeitsleben vorbereiten
3. Analyse von Interventionsansätzen in der beruflichen Rehabilitation

Wir kommen zum ersten Leitziel (Abb.12). Die Vernetzung der Akteure muss einerseits im Unternehmen selbst weiter getrieben werden, davon werden wir noch etwas hören, und andererseits durch die Träger unterstützt werden. Man müsste einmal auswerten, was alles an Argumentationen schon gesammelt worden ist, um Unternehmen den Wert einer betrieblichen Gesundheitspolitik und des Gesundheitsmanagements zu belegen. Neue Impulse entstanden durch das betriebliche Eingliederungsmanagement (SGB IX) und alte Impulse wurden durch das Präventionsgesetz, welches letztendlich ja die betriebliche Gesundheitsförderung manifestieren soll, neu aufgegriffen. Betriebliche Gesundheitspolitik aus einem Guss bedeutet Zusammenwachsen von Prävention im Sinne des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, mit Elementen der betrieblichen Gesundheitsförderung – und – des betrieblichen Eingliederungsmanagements (Abb.13). Wenn hier Staat und Träger mit Unternehmen sinnvoller zusammenarbeiten würden als dies zurzeit geschieht, bis auf einige gute praktische Beispiele, dann wären wir viel weiter. Es gibt nicht drei Gesundheitsmanagements, es gibt nur eins. In großen Unternehmen kann man es selbst machen (Abb.14), in kleinen muss es angeboten werden (Abb.15). Damit ergeben sich die anderen Dinge von selbst: rechtliche Vorgaben offensiv auslegen und umsetzen. Frühzeitige Fehlentwicklungen in Arbeit und Gesundheit zu entdecken, ist Zweck und

hauptsächliches Ziel des Gesundheitsmanagements. Seinen Nutzen in jeder Zeit dokumentieren und berechnen zu können, das muss noch ausgebaut werden. Und dazu gehört die Zusammenarbeit der Akteure im Unternehmen in einem Team, wie das noch Ford darstellen wird. Das zweite Leitziel, eigentlich uralte (Abb.16), man könnte es aus der Qualitätssicherung entnommen haben, ist die Optimierung der Prozesse. Die berufliche Rehabilitation würde dazu die Teilhabeplanung beitragen können, wenn denn die konkrete Kooperation weit ins Unternehmen hineinreicht. Dann wäre es nämlich eine Teilhabeplanung, die Eingliederung durchführt und sichert. Nahe liegender ist zurzeit, erst einmal über Verfahren, Prozesse und Qualitätssicherung und vor allen Dingen Übereinstimmung in der Analyse der Situation zu erreichen. Aber das wäre nur die halbe Miete.

## 12 Abb.12 – Kooperation und Vernetzung der Akteure

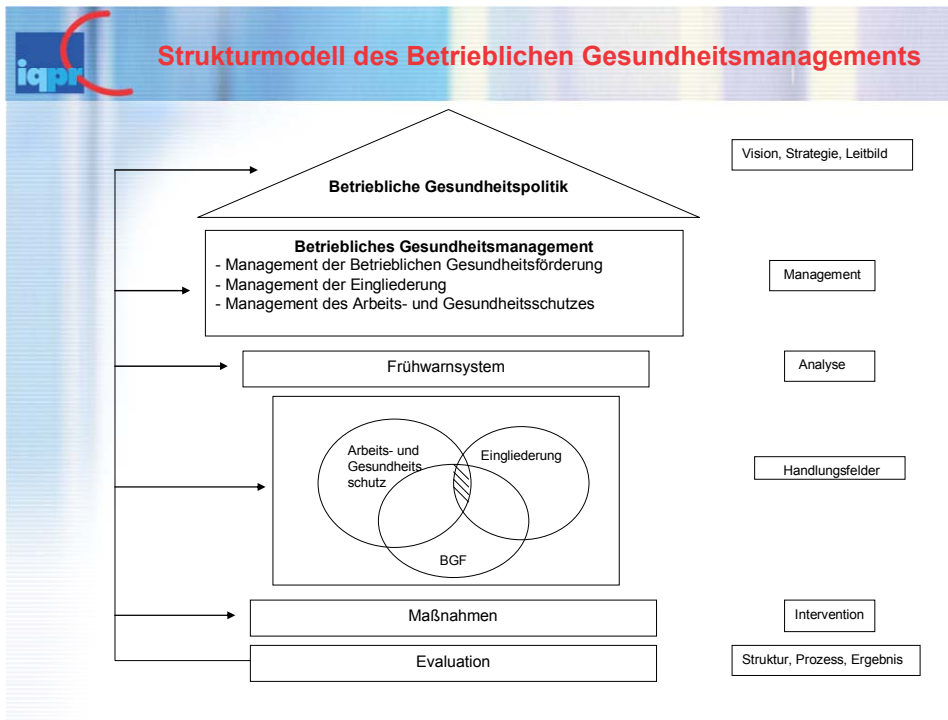


### Kooperation u. Vernetzung der Akteure

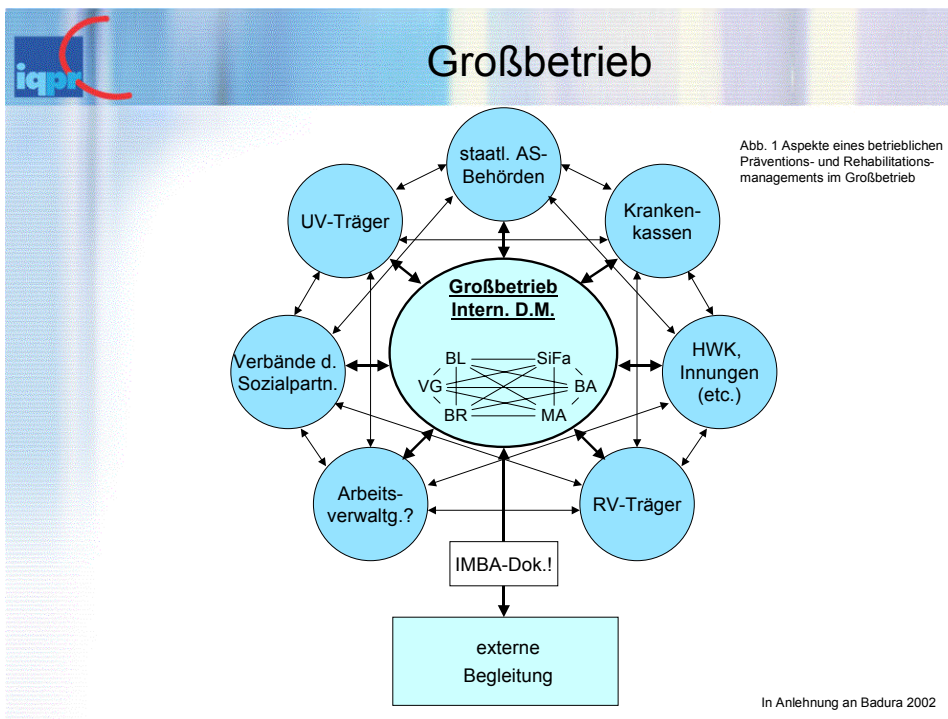
**Leitziel:**  
Vernetzung der Akteure unterstützen und Möglichkeiten aufzeigen, wie Unternehmen über betriebliches Gesundheitsmanagement ihren Wert steigern können.

- systematische Verknüpfung von AGS, BGF und BE
- rechtliche Vorgaben offensiv ausgestalten
- gesundheitliche Fehlentwicklungen frühzeitig erkennen
- Nutzen des BGM für Mitarbeiter, Kunden und Investoren herausstellen
- alle Akteure mit gesundheitsspezifischer Kompetenz zusammenbringen

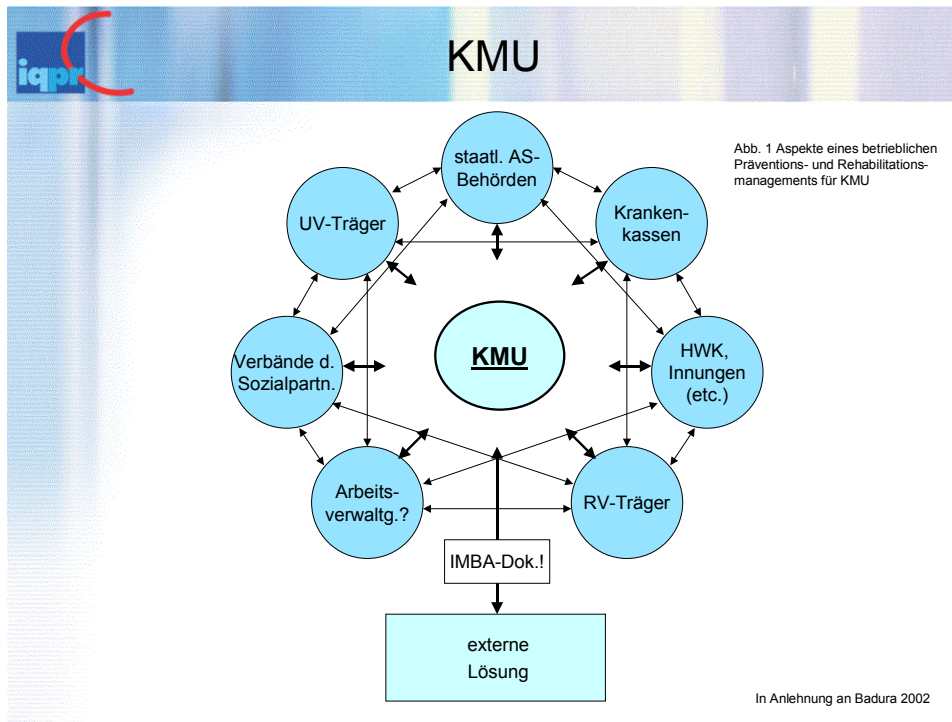
### 13 Abb.13 – Strukturmodell des Betrieblichen Gesundheitsmanagements



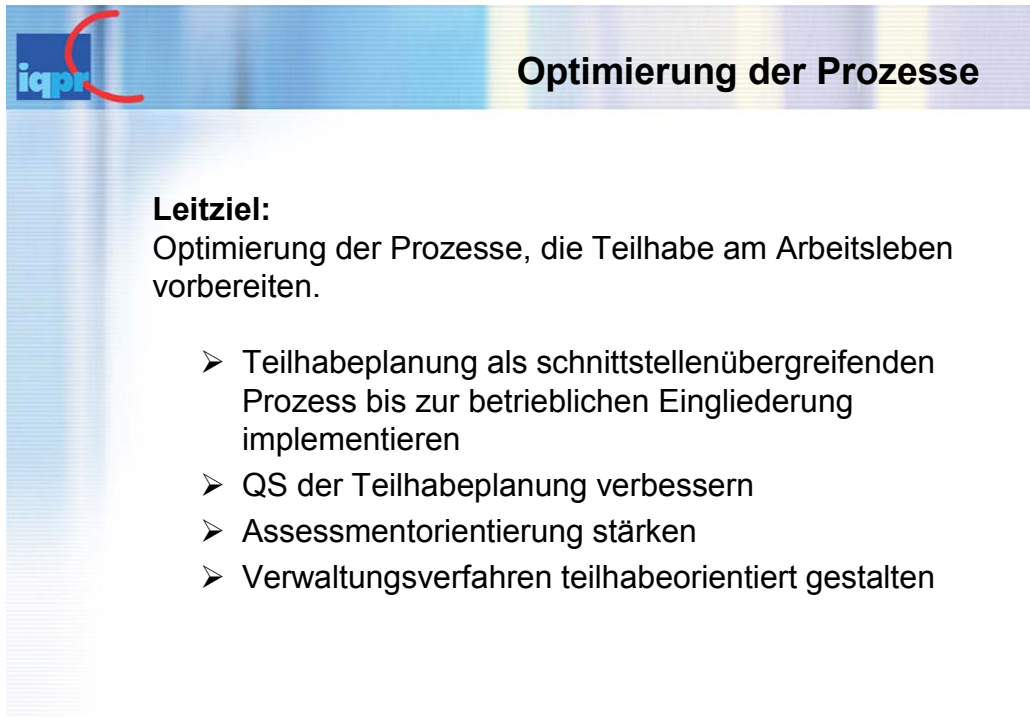
### 14 Abb.14 – Großbetrieb



## 15 Abb.15 – KMU



## 16 Abb.16 – Optimierung der Prozesse



**Optimierung der Prozesse**

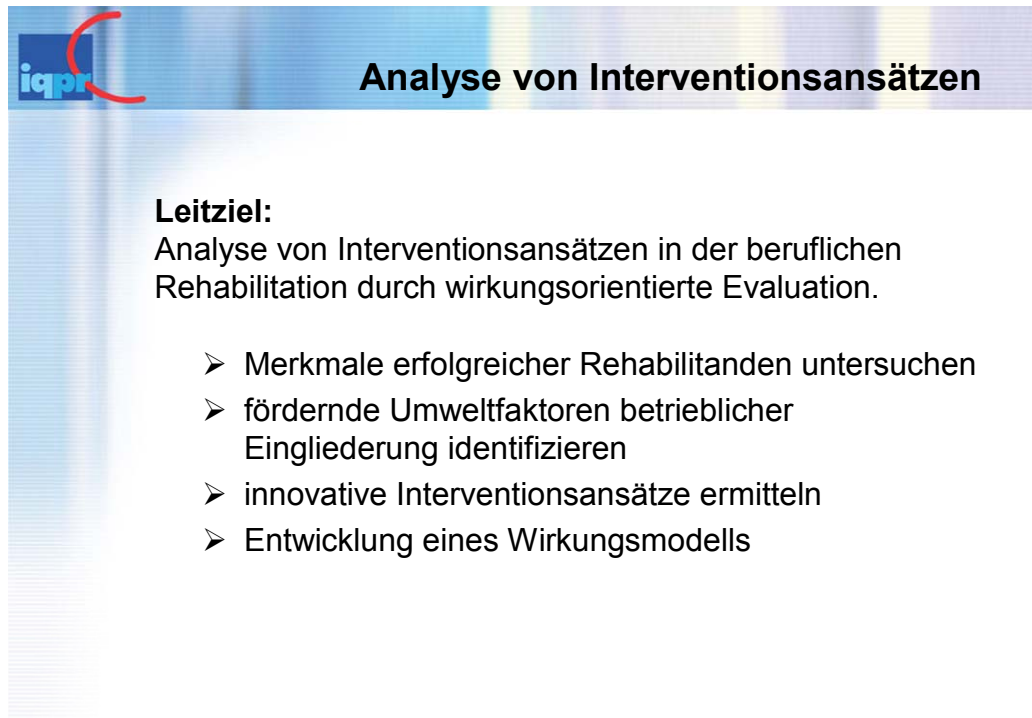
**Leitziel:**  
Optimierung der Prozesse, die Teilhabe am Arbeitsleben vorbereiten.

- Teilhabeplanung als schnittstellenübergreifenden Prozess bis zur betrieblichen Eingliederung implementieren
- QS der Teilhabeplanung verbessern
- Assessmentorientierung stärken
- Verwaltungsverfahren teilhabeorientiert gestalten

Die Unternehmensprozesse müssen ebenfalls erkannt werden. Das führt uns zum dritten Leitziel (Abb.17):



## 17 Abb.17 – Analyse von Interventionsansätzen



**Analyse von Interventionsansätzen**

**Leitziel:**  
Analyse von Interventionsansätzen in der beruflichen Rehabilitation durch wirkungsorientierte Evaluation.


- Merkmale erfolgreicher Rehabilitanden untersuchen
- fördernde Umweltfaktoren betrieblicher Eingliederung identifizieren
- innovative Interventionsansätze ermitteln
- Entwicklung eines Wirkungsmodells

Wie sieht es mit der Analyse von Interventionsansätzen aus, nämlich mit der wirkungsorientierten Evaluation.

Meine Damen und Herren, hier kann man vielleicht die Beispiele nicht nur im Reha-System suchen. Interessant sind Studienansätze und Wirkungs-Faktoren-Analysen für Unternehmensgründungen. Das heißt, u.a. Suche nach persönlichen Merkmalen erfolgreicher Unternehmer, welche Merkmale des Umfeldes fördern und hemmen, wo findet man die Marktlücken und wo ist das Wirkungsmodell? Meine Damen und Herren, man muss einen Businessplan entwickeln. Wenn wir uns denn schon um die Wirtschaft bemühen, wenn wir uns mit der Sprache der Marktwirtschaft in der Rehabilitation schmücken, dann sollten wir es auch ernst nehmen, und sehen, welche Schätze dort begraben liegen. Und Einrichtungen der Rehabilitation, wenn sie sich denn als Dienstleistungsunternehmen verstehen, sollten einmal diese Entwicklung der Studiengänge für Unternehmensgründungen verfolgen. Es würde auch helfen, das - Ich-AG-Problem - differenzierter zu betrachten.

Wo also sieht das IQPR den Schwerpunkt zukünftiger Arbeit? Anbieter (Träger, Leistungserbringer) und Umsetzer (Unternehmen) zu vernetzen, also eine Konvergenz des Systems herbei zu führen (Abb.18).

## 18 Abb.18 – Ausblick: Konvergenz der Systeme



### Ausblick: Konvergenz der Systeme

Differenzierungen des Sozialsystems sollen sich nicht im Unternehmen abbilden!

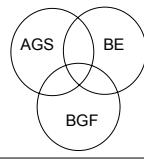
Das Unternehmen benötigt **einen Dienstleister**, der alle Ressourcen des Systems kennt und aktivieren kann!

**Leistungserbringer**

- Prävention
- Kuration
- Rehabilitation
- Pflege

**Unternehmen**

BGM



**Leistungsträger**

- Recht
- Leistung als Dienstleistung
- BEM als Brücke

Meine Damen und Herren, Unternehmen haben Ressourcen so etwas darzustellen, und Lösungsansätze werden wir Heute und Morgen noch von verschiedenen Berufen hören können. Aber das ist die eine Seite der Medaille. Die andere Seite ist die der Träger und Leistungserbringer. Die Konvergenz der Systeme ist ein hochtrabendes Wort. Im Endeffekt heißt die Frage, was ist zu tun, damit die Ansprechpartner im Netz der Leistungserbringer, die Ansprechpartner im Netz der Träger und Ansprechpartner, die Ansprechpartner im Unternehmen sind und/oder Dienstleister für Unternehmen bringen, effektiv und effizient zusammenarbeiten. Die Unternehmensverpflichtung wäre tatsächlich, sich nicht beirren zu lassen durch die Differenzierung und Gliederung des sozialen Systems, sondern erst einmal in den eigenen Reihen zu versuchen, die verschiedenen Ansätze von human resources und deren Pflege zu einer Gesamtorganisation zusammenzufügen, damit nicht Arbeitsschutz, Gesundheitsförderung und Eingliederungsmanagement in völlig verschiedenen Abteilungen aneinander vorbei dann immer von der jeweiligen Initiative einiger herausragender Persönlichkeiten abhängen. Da gehört Transparenz in die Prozesse, wo ist die Leitlinie und wo sind die Kooperationsnotwendigkeiten? Und wer macht den Ansprechpartner für die Leistungserbringer und für die Träger? Die Träger andererseits müs-

sen sich ihrerseits klar werden, dass aus Arbeitsmarktstudien eindeutig hervorgeht, dass man a) mehr Transparenz will und b) Lösungsansätze, die von einer Person, einem qualifizierten Ansprechpartner, angeboten werden sollen. Beachtenswerterweise haben dies auch andere Länder erkannt, und daher ist das Problem des gezielten Disability Managements mit qualifizierten Disability Managern aus dem anglo-amerikanischen Raum quasi als Echo auf das, was wir hier immer versuchen, zu uns zurückgekommen.

Wir haben uns nach dem SGB IX die Service-Stellen und Integrationsfachdienste als kompetente Ansprechorganisationen ausgedacht. Werden sie diesem tatsächlich gerecht? Wir müssen uns fragen lassen, wollen denn alle Beteiligten wirklich mehr Konvergenz und Transparenz, Effektivität und Effizienz?

Warten wir tatsächlich so lange, bis der Arbeitsmarkt uns andere Zwänge auferlegt? Warten wir darauf, dass das, was in der Kuration passiert, nämlich Evidence based medicine uns unvorbereitet in der beruflichen Reha trifft? Warten wir darauf, dass Unternehmen etwas tun, oder tun wir selbst etwas? Meine Herausforderung wäre, dass Unternehmen von sich aus transparenter arbeiten könnten. Vielleicht ist es tatsächlich besser für ein Unternehmen, eine gute betriebliche Gesundheitspolitik entweder selbst zu machen oder sich anbieten zu lassen, und dies nicht nur als wertschöpfend und produktionssteigernd zu betrachten sondern sozusagen als Pflege der Mannschaft. Man sollte diese Frage der Personalentwicklung der human resources nicht in irgendwelchen Ecken verkümmern lassen, sondern für meine Begriffe ist es wirklich eine Aufgabe der Tarifpartner, hier das Beste daraus zu machen. Vielleicht ist es gar nicht so notwendig, mehr Geld zu verdienen, weder für das Unternehmen noch für den Einzelnen, als vielmehr langfristig gesehen, eine leistungsfähige gesunde Mannschaft zu haben, die ruhig auch noch ein paar Jahre älter werden kann, ohne dass alles zusammenbricht.

Viele Veranstaltungen der Jahre 2005 stehen unter dem heutigen Thema: Teilhabe am Arbeitsleben. Für die Betroffenen müssen wir trotz unterschiedlicher Ansichten zum § 84. 2 SGB IX weiterkommen. Lasst uns Taten sehen, Alternativen entwickeln, in die Umsetzung gehen, „good practice“ verbreiten und dann erst über die Ergebnisse diskutieren!