

EINGLIEDERN STATT AUSGLIEDERN

Klaus Leuchter vom Verein zur Förderung der Betrieblichen Eingliederung im Handwerk e.V. (esa) im Interview

► Mit dem Verein zur Förderung der Betrieblichen Eingliederung im Handwerk e.V. (esa) haben die Kreishandwerkerschaften in Schleswig-Holstein und die Innungskrankenkasse Nord (IKK Nord) eine praxisnahe Unterstützungsleistung für Betriebe und Beschäftigte ins Leben gerufen. Ziel ist u.a. durch Beratung, Informationsarbeit und Tagungen Handwerksbetrieben die Umsetzung der gesetzlichen Bestimmung des § 84 Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) IX zu erleichtern sowie die Weiterbeschäftigung von Fachkräften mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder altersbedingten Einschränkungen zu fördern. Darüber hinaus gehört die Unterstützung bei der Eingliederung in die Arbeitswelt für Menschen mit und ohne Behinderung zu den Vereinszielen. Klaus Leuchter, Geschäftsführer von esa und Disability Manager (CDMP), zeigt an vielen bekannten Schnittstellen typische Problemlagen und praktikable Lösungsmöglichkeiten für eine gelingende Wiedereingliederung auf. Die unverzichtbare Vernetzung und Kooperation zwischen Krankenkasse, Arbeitsagentur, Dienstleistern sowie Betrieb und Betriebsärzten wird anhand zahlreicher Beispiele verdeutlicht.

RP-Reha: Herr Leuchter, Sie beraten seit vielen Jahren Klein- und Mittelbetriebe mit Schwerpunkt im Handwerk. Können Sie bitte beschreiben, worin Ihre Arbeit bei esa besteht?

Die Arbeit begann mit der Gründung des Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e.V. vor gut 25 Jahren. Seither ist die Unterstützung von Betrieben in Krankheitsfällen einschließlich der Hilfe für Beschäftigte zu Fragen der Rehabilitation und Wiedereingliederung ein Teil meiner Tätigkeit. Deshalb bin ich von Beginn an vom Nutzen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) für alle Beteiligten überzeugt. Das Sozialministerium Schleswig-Holstein/Integrationsamt fördert die Arbeit aus den Mitteln der Ausgleichsabgabe seit 2008 im Wege der Projektförderung. Das

BEM hat in diesen Projekten eine zentrale Bedeutung. Hinzu kommt die Beratung zum Thema Arbeit und Schwerbehinderung.

RP-Reha: Sie sagen, Sie unterstützen Betriebe und Beschäftigte. Können Sie bitte ausführen, wie diese Unterstützungsleistungen aussehen?

Ich berate Betriebe bei der Einführung des BEM sowie wenn sie Fragen zur Organisation des BEM oder bei Einzelfällen haben. Häufig geht es auch um Probleme im Zusammenhang mit der Stufenweisen Wiedereingliederung. Bei diesen Betriebsberatungen gebe ich auch Tipps zur Prävention und zum Arbeits- und Gesundheitsschutz.

Ich moderiere BEM-Gespräche und unterstütze Beschäftigte bei Anträgen

auf Leistungen zur Rehabilitation oder zur Anerkennung eines Grades der Behinderung (GdB) und dergleichen und helfe bei Widersprüchen im Falle der Ablehnung der Leistungen. Hinzu kommen Beratungen der Betriebe und der Beschäftigten zu allen Fragen im Zusammenhang mit Behinderung und Arbeit. Diese Beratungen finden in vielen Fällen im Betrieb oder bei den Beschäftigten in der Wohnung statt.

RP-Reha: Sie beschreiben das BEM als zentralen Baustein Ihrer Arbeit. Wie schätzen Sie die Bekanntheit des BEM in den Betrieben ein?

In den meisten kleinen Betrieben ist es nach wie vor unbekannt. Das lässt sich auch mit noch mehr Broschüren, Leitfäden oder Newslettern nur begrenzt

verbessern. Ein Betrieb mit fünf Beschäftigten (das ist in Schleswig-Holstein die Durchschnittsgröße im Handwerk) hat meistens über viele Jahre keinen Krankheitsfall mit einer Dauer von über sechs Wochen. Solche Betriebe folgen einer Einladung zu einer BEM-Infoveranstaltung eher selten. Andererseits trifft es einen so kleinen Betrieb besonders schwer, wenn einer der wenigen Gesellen oder gar der einzige Geselle oder Meister fehlt.

RP-Reha: Wenn Infoveranstaltungen nicht helfen, wie kann man anders dafür sorgen, dass das BEM bei den Betrieben bekannter wird?

Infoveranstaltungen halte ich nach wie vor für unverzichtbar. Das gilt aber auch für Betriebe, die das BEM vorbildhaft umsetzen. Denn auch in der laufenden Arbeit gibt es immer wieder neue Fragen oder auch Schulungsbedarf, z.B. bei personellen Veränderungen im BEM-Team usw. Die Fragen entstehen meist durch die BEM-Fälle, da Krankheitsfälle sehr unterschiedlich verlaufen und sich keine Routine entwickeln lässt. Außerdem ist der Informationsbedarf zum Umgang mit Beschäftigten z.B. bei Epilepsie oder nach einem Schlaganfall sehr hoch.

Der Gesetzgeber hat aber meines Erachtens im Jahr 2004 versäumt, mit der Einführung des BEM die Krankenkassen zu verpflichten, ihre Mitglieder und Arbeitgeber über das BEM zu informieren, kurz bevor die sechswöchige Entgeltfortzahlung endet. Zu diesem Zeitpunkt erhalten die arbeitsunfähigen Mitglieder die Unterlagen für die Krankengeldberechnung. Dazu gehört auch die Verdienstbescheinigung, die der Arbeitgeber ausfüllen muss. Die Unterlagen werden üblicherweise ohne eine Information zum BEM versendet. Anders verhält es sich bei der jetzigen IKK Nord. Bei dieser war ich damals beschäftigt. Auf meine Empfehlung hin werden seit Jahren die arbeitsunfähigen Mitglieder durch die IKK über das BEM informiert und die Mitwirkung empfohlen. Auch der Arbeitgeber wird mit der

Verdienstbescheinigung an das BEM erinnert. Beide Informationen liegen den Unterlagen für die Krankengeldberechnung bei. Dieses Verfahren hatte keine Erhöhung der Kosten für das Briefporto zur Folge. Hätten das alle Krankenkassen seit der Einführung des BEM im Jahr 2004 gemacht, wäre das BEM heute viel bekannter. Mir ist bewusst, dass auch mit diesem Verfahren die BEM-Fälle mit mehreren Arbeitsunfähigkeitszeiten mit verschiedenen Ursachen nicht erfasst werden.

RP-Reha: Wie schätzen Sie die Umsetzung in den Betrieben ein, die das BEM eingeführt haben?

Das ist sehr unterschiedlich. Noch im letzten Jahr hörte ich von einem Mitarbeiter eines Mittelbetriebes, der zum BEM-Team gehörte, dass dort das BEM den Menschen mit Schwerbehinderung angeboten wird. Er war sehr verwundert, als ich ihm sagte, dass es allen Mitarbeiter/innen angeboten werden muss. Manchmal höre ich auch, wenn ich nach dem BEM frage, „Sie meinen das Hamburger Modell? Ja, das gibt es bei uns natürlich auch“. Damit will ich deutlich machen, dass noch lange nicht in jedem Betrieb der Nutzen des BEM erkannt wurde und dass auch noch immer Beschäftigte überzeugt werden müssen, da Sie nicht erkennen, warum es für sie vorteilhaft sein soll, sich auf das BEM einzulassen.¹

Es gibt aber auch bereits viele Betriebe, in denen das BEM vorbildlich geregelt ist und umgesetzt wird. Das wird auch bei den Auszeichnungen mit den BEM-Prämien deutlich, die in den Ländern von einigen Integrationsämtern vergeben werden (www.integrationsaemter.de). In Schleswig-Holstein hatten wir in jedem Jahr auch jeweils einen Klein- oder Kleinstbetrieb aus dem Handwerk unter den Preisträgern.

RP-Reha: Kommen wir zum Thema „Return to Work“. Sie berichten, dass Sie bereits in einer Vielzahl von Fällen beraten haben. Inwieweit gelingt die Wiedereingliederung?

Der Anteil der gelungenen Wiedereingliederungen ist sehr hoch. Geschätzt sind es 80 Prozent. Der Anteil könnte aber noch höher sein.

RP-Reha: Was sind Ihrer Meinung nach Ursachen dafür, dass das BEM in den übrigen ca. 20 Prozent scheitert?

Es kommt bei unterschiedlich zuständigen Leistungsträgern immer noch zu Verzögerungen bei der Leistungsgewährung oder es fehlt an der Bereitschaft, über Leistungen schon zu beraten oder zu entscheiden, wenn die Zuständigkeit noch in der Zukunft liegt.

RP-Reha: Können Sie hierfür Beispiele nennen?

Nehmen Sie die Suchterkrankungen. Hier könnten die Krankenkassen bei Krankenhausaufenthalten zur Entgiftung früher tätig werden, um in Abstimmung mit der Rentenversicherung zu einer medizinischen Rehabilitation Sucht zu motivieren.

Ähnlich ist die Problematik bei psychischen Störungen. Es gibt regionale Initiativen und Projekte, um möglichst schnell Beratungstermine zu ermöglichen. Das muss nicht der Beginn einer langen Psychotherapie sein, denn nicht alle wollen oder können sich darauf einlassen und dafür würde es auch nicht ausreichend Behandlungsmöglichkeiten geben. Die übliche lange Wartezeit auf einen Therapieplatz, den die Patienten auch noch selbst suchen müssen, führt häufig dazu, dass dann doch die Arbeit aufgenommen wird, wenn „es etwas besser geht“. So erlebe ich es häufig bei Handwerkern, die nach drei Anrufen mit dem Ergebnis eines Terminangebotes in sechs oder acht Monaten aufgeben. Einige Zeit später kommt es aber wieder zu Krankheitsausfällen. Auf diesem Gebiet hätten von den Krankenkassen flächendeckend Beratungsangebote geschaffen werden müssen.

Außerdem sollte früher mit der Rentenversicherung Kontakt aufgenommen werden, damit die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation früher be-

ginnen können, die Zahl der Eingliederungen gesteigert und die Zahl der Erwerbsminderungsrenten bei diesen Krankheiten verringert werden kann.

Nehmen wir als weiteres Beispiel die oftmals lange Zeit des Krankengeldbezuges. Einige Monate vor dem Krankengeldende erhält das Mitglied im Regelfall die Mitteilung von seiner Krankenkasse, bis zu welchem Zeitpunkt das Krankengeld gezahlt wird. Mit dem Schreiben wird auch angeraten, sich rechtzeitig bei der Arbeitsagentur zu melden und einen Antrag auf Arbeitslosengeld zu stellen. **In diesen Fällen wäre es aus meiner Sicht zielführend, wenn die Krankengeldempfänger gleich zur Reha-Abteilung der Arbeitsagentur Zugang hätten.** Besonders bei psychischen Krankheiten habe ich häufig erlebt, dass dieser Übergangsprozess den Gesundheitszustand wieder sehr verschlechtert hat. Andererseits kommt es gerade bei diesen Krankheitsfällen vor, dass manchmal erst kurz vor Ablauf des Krankengeldes eine stufenweise Wiedereingliederung möglich wäre. Dies im Wechsel der Zuständigkeit von der Krankenkasse auf die Arbeitsagentur umzusetzen, ist sehr schwierig.²

RP-Reha: Was schlagen Sie für diese Fälle vor?

Hier sollten die Krankenkassen konsequent den Teilhabeplan nutzen, der mit der „Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess“ von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)³ empfohlen wird. Das wird leider von den Krankenkassen nicht gemacht, obwohl das ein klassischer Fall des Wechsels des zuständigen Leistungsträgers für Menschen mit Behinderung ist.

Die Arbeitsagentur wiederum sollte bereits während des Krankengeldbezuges nach Erhalt des Teilhabeplanes die Krankengeldbezieher zum Beratungsgespräch einladen.

Für beide Beispiele gilt: Eine lange Arbeitsunfähigkeit führt zu denselben negativen Folgen wie Langzeitarbeitslosigkeit. „Arbeit macht gesund“ wäre zu einfach. Manchmal führen die Arbeits-

UNSER BUCH-TIPP ZUM THEMA BEM:



Werner Feldes, Mathilde Niehaus, Ulrich Faber

Werkbuch BEM – Betriebliches Eingliederungsmanagement
Strategien und Empfehlungen für Interessenvertretungen

2016, 269 Seiten, gebunden, 1. Aufl.
ISBN: 978-3-7663-6424-1
Verlag: Bund-Verlag

<http://www.bund-verlag.de/shop/arbeits-und-sozialrecht/werkbuch-bem-betriebliches-eingliederungsmanagement.html>

bedingungen auch zu Krankheiten. Da darf man auch nicht wegschauen. Andererseits brauchen die Menschen Arbeit, weil sie dann für sich selber sorgen können, Kontakte und eine geordnete Tagesstruktur haben und Wertschätzung erfahren (und sei es von den Kunden). In der Behandlung wird damit oft noch zu selten gearbeitet. Dabei kann Arbeit gesund machen. Das sollten die Leistungsträger viel mehr nutzen und auf die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung als gemeinsames Ziel setzen.

RP-Reha: Könnte in diesen Fällen das Sozialrechtliche Eingliederungsmanagement (SEM, § 44 Abs. 4 SGB V), das 2015 im Rahmen des GKV – Versorgungsstärkungsgesetz eingeführt wurde, künftig ein hilfreiches Instrument sein?

Das Sozialrechtliche Eingliederungsmanagement könnte sehr hilfreich sein. Allerdings hat es der Gesetzgeber aus meiner Sicht zu sehr in der Zuständigkeit der Krankenversicherung belassen. Die Krankenkassen sollen selbst ihre Krankengeldbezieher informieren und beraten. Dabei können sie auch eigene Einrichtungen oder die Integrationsfachdienste (IFD) einbeziehen. Damit sind

die Krankengeldbezieher darauf angewiesen, dass die Krankenkassen ihre „Fälle“ sehr umsichtig und aufmerksam im Blick haben und bei Bedarf bereit sind, die Kosten für den IFD zu übernehmen. Bisher habe ich noch in keinem Fall eine entsprechende Aktivität einer Krankenkasse erlebt. Ich hätte es begrüßt, wenn sich Krankengeldbezieher auch selbst an den IFD und an andere Stellen wenden könnten und die Krankenkassen dann die Beratungskosten übernehmen müssen.⁴

RP-Reha: Sie sprachen die Gemeinsame Empfehlung der BAR an. Arbeiten Sie mit den Arbeitshilfen und wenn ja, welche finden Sie besonders nützlich?

Ja, sie sind wirklich sehr hilfreich, wie z.B. die „Arbeitshilfe zur Stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess“. In der Krankenversicherung führt wohl die große Zahl der Fälle dazu, dass sich kaum jemand danach richtet. Das hat teilweise schwerwiegende Folgen.

RP-Reha: Können Sie dies anhand eines Beispiels konkretisieren?

In einem Kleinbetrieb mit zwei Gesellen, einem Auszubildenden und dem Meis-

ter fing ein Geselle nach einer längeren Arbeitsunfähigkeit durch zwei erlittene Schlaganfälle mit einer stufenweisen Wiedereingliederung an. Sie sollte sechs Wochen dauern. Der Betrieb sah den ärztlichen Plan als bindend an. Ich wurde eingeschaltet, als der Betrieb sich an die Kreishandwerkerschaft wandte und schilderte, dass ein Auszubildender fast einen Stromschlag erlitten hätte, weil der Geselle die Gefahr durch eine schadhafte Leitung nicht erkannt hatte. Der zweite Geselle griff ein und verhinderte Schlimmeres. Die nach der Gemeinsamen Empfehlung geforderte Prüfung, welche Tätigkeiten konkret von diesem Mitarbeiter zu leisten sind, die Kontaktaufnahme der Krankenkasse und des behandelnden Arztes mit dem Betriebsarzt waren unterblieben. Niemand hatte mit dem Betrieb Kontakt aufgenommen.

RP-Reha: Was liegt Ihnen zum „Return to Work“ noch am Herzen?

Ein zunehmendes Problem ist, dass wir nicht mehr genügend Betriebsärzte haben. In den Kleinbetrieben erlebe ich immer häufiger, dass ich auf meine Empfehlung, den Betriebsarzt wegen einer anlassbezogenen Beratung einzuschalten, zu hören bekomme, dass diese Beratung vom Betriebsarzt aus zeitlichen Gründen abgelehnt wird.

Hier müssen unbedingt Strategien entwickelt werden, um den Betriebsärzten mit umfangreich geschultem Assistenzpersonal mehr Freiraum zu schaffen. Die in einigen Bundesländern mögliche Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen durch Betriebsärzte leidet auch unter diesem Zeitmangel. Hier müssten Lotsen helfen, damit sich die Betriebsärzte auf die medizinischen Feststellungen konzentrieren können und die Beschäftigten „an die Hand genommen werden“. Die jetzige Praxis, dass die Versicherten sich allein um die Antragsformulare kümmern müssen, ist nicht immer zielführend. Die Krankenkassen reduzieren die Zahl ihrer Geschäftsstellen. Die Gemeinsamen Servicestellen sind häufig unbe-

kannt oder nicht wohnortnah. Da wäre es gut, wenn die Betriebsärzte jemanden hätten, den sie einschalten können, z.B. eine Art „Lotse“.

RP-Reha: Was meinen Sie mit dem Begriff „Lotse“?

In den vergangenen Jahren habe ich häufig gehört, dass insbesondere den Klein- und Kleinstbetrieben jemand fehlt, der ihnen in BEM-Fällen schnell vor Ort im Betrieb hilft. Das gilt sowohl für den fehlenden „Wegweiser“ mit Blick auf die bis dahin unbekanntem Träger der Rehabilitation, das Integrationsamt, die Fürsorgestellten usw., aber auch für das Führen der Gespräche mit erkrankten Mitarbeiter/-innen. Gleichzeitig sollten auch die Beschäftigten mit diesem als Lotsen bezeichneten Helfer jemanden haben, der sie berät und im Bedarfsfall bei der Antragstellung und im Laufe des Reha-Prozesses unterstützt.

RP-Reha: Haben Sie noch weitere Anregungen oder Hinweise, über die wir noch nicht gesprochen haben?

Da fällt mir noch sehr viel ein. Nehmen wir den von Prof. Wolfhard Kohle so bezeichneten „kooperativen doppelten Suchprozess“⁵. Der setzt aus meiner Sicht die grundsätzliche Bereitschaft der Betriebe und der Beschäftigten voraus, gemeinsam und partnerschaftlich einen Weg für die Bewältigung von Krankheitsfolgen mit dem Ziel der Weiterbeschäftigung auch unter geänderten Bedingungen (z.B. bezüglich Tätigkeit, Arbeitszeit und ggfs. Bezahlung)

zu finden. Da ließe sich in den Betrieben noch viel optimieren.

Was auch noch viel zu wenig gesehen wird, ist die Chance, die sich über eine Unterstützung zum BEM für die Prävention und den Arbeitsschutz ergibt. Durch die Erkenntnisse aus den BEM-Fällen lässt sich der Bedarf für Präventionsmaßnahmen erkennen. Die oben angesprochenen Lotsen könnten auf die positiven Seiten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes des Betriebes hinweisen. Als Einstieg reicht dabei oftmals die Frage nach der Gefährdungsbeurteilung.⁶ Dazu empfehle ich einen Blick in die Broschüre der BAR „Beschäftigungsfähigkeit durch verbesserte Verzahnung von Rehabilitation mit Prävention in der Arbeitswelt“.

RP-Reha: Herr Leuchter, vielen Dank für das interessante Interview, die Einblicke in Ihre Arbeit und Ihre Einschätzungen zum BEM!

Das Interview führte Cindy Schimank.

¹ Zum BEM vgl. die Beiträge von Wolfhard Kohle sowie von Marcus Schian in diesem Heft.

² Vgl. dazu auch das Interview mit Kay Senius in diesem Heft.

³ www.bar-frankfurt.de.

⁴ Zum SEM vgl. den Beitrag von Marcus Schian in diesem Heft.

⁵ Vgl. dazu auch den Beitrag von Wolfhard Kohle in diesem Heft.

⁶ Vgl. dazu auch den Beitrag von Marianne Giesert, Tobias Reuter und Anja Liebrich zum Arbeitsfähigkeitscoaching in diesem Heft.

Im Interview:

KLAUS LEUCHTER
Geschäftsführer des Vereins zur Förderung der Betrieblichen Eingliederung im Handwerk e.V. (esa) und Disability Manager (CDMP)

