

Inhalt

1	Return to Work (RTW) – Begriffsbestimmung und Hintergrund	23			
1.1	Return to Work – Ausgangslage, Definition, Ziele	23			
1.1.1	„Stay at and Return to Work“ – die Lösung des Demografieproblems ...	23			
1.1.2	Return to Work (RTW) – ein multidimensionaler Prozess	25			
1.1.3	Return to Work (RTW) – Klassifizierung fördernder und hemmender Faktoren ..	28			
1.1.4	Return to Work (RTW) – die Rolle der Berufsförderungswerke (BFW)	30			
1.1.5	Return to Work (RTW) – Fazit	32			
1.2	Rechtliche Aspekte – Rückkehr durch Verfahrens-, Präventions- und Anpassungspflichten	34			
1.2.1	Einleitung	34			
1.2.2	Rückkehr durch Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)	35			
1.2.3	Beteiligte und Persönlichkeitsschutz	37			
1.2.4	Arbeitsvertrag und Arbeitsrecht	37			
1.2.5	Sozialrecht	39			
1.2.6	Beschäftigtengerechte Arbeitsorganisation und inklusive Arbeitswelt ..	39			
1.2.7	Ultima ratio: krankheitsbedingte Kündigung	40			
1.3	Ökonomische Aspekte eingeschränkter Erwerbsvermögens: Beispiel Erwerbsminderungsrente	41			
1.3.1	Ambivalenzen der Kostendiskussion	42			
1.3.2	Größenordnungen eingeschränkter Erwerbsvermögens	42			
1.3.3	Fazit	46			
1.4	Work Disability – An International Perspective	48			
1.4.1	Introduction	48			
1.4.2	Disability World Wide	48			
1.4.3	Work Disability in OECD Countries	49			
1.4.4	Assessment of Work Disability	50			
1.4.5	Developments and Trends in Work Disability	51			
1.4.6	Efforts to Manage Work Disability	52			
1.4.7	Outlook	53			
2	Ausgangslage – Mensch/Arbeitswelt/ Gesellschaft	55			
2.1	Arbeit und Gesundheit in der Wettbewerbsgesellschaft	55			
2.1.1	Arbeit und Leben – „Ergozentrie 2.0“ ...	55			
2.1.2	Arbeit in der „24/7-Stand-by-Dienstleistungsgesellschaft“	56			
2.1.3	Die Globalisierung und ihre Folgen für Arbeit und Gesundheit	57			
2.1.4	Gesundheit in der „24/7-Stand-by-Dienstleistungsgesellschaft“	63			
2.1.5	Gesundheit: Wert, Ware oder Utopie?	65			
2.1.6	Krankheit unerwünscht – gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen .	65			
2.1.7	Unternehmen als Gesundheitszentren? .	67			
2.1.8	Ausblick und Fazit	70			
2.2	Demografischer Wandel und Arbeitsmarkt: Fachkräftemangel und Personalreserven in Deutschland	74			
2.2.1	Hintergrund	74			
2.2.2	Die demografische Ausgangslage: Wir werden erst älter, dann weniger	74			
2.2.3	Das Potenzial an Arbeitskräften nimmt ab	75			
2.2.4	Weniger jüngere und mehr ältere Arbeitskräfte	77			
2.2.5	Ergänzende Bemerkungen zur Qualifikation der Arbeitskräfte	78			

2.2.6	Auch künftig braucht die deutsche Wirtschaft viele qualifizierte Arbeitskräfte	79	2.8.2	The ICF as a Classification System	122
2.2.7	Welche heimischen Personalreserven gibt es?	79	2.8.3	The ICF Qualifier	123
2.2.8	Schlussfolgerungen	81	2.8.4	ICF Core Sets: First Step to Making the ICF Practical	124
2.3	Berufliche Bildung in einer Lerngesellschaft	83	2.8.5	The ICF Core Set for Vocational Rehabilitation	126
2.3.1	Problemaufriss	83	2.8.6	Application of the ICF Core Set for Vocational Rehabilitation	126
2.3.2	Beschleunigung, Zeitparadoxon, Belastungsreaktionen	84	2.9	Selbstberichteter Gesundheitszustand von Personen der erwachsenen, nicht-erwerbstätigen Bevölkerung	128
2.3.3	Gesellschaftliche Rahmung	85	2.9.1	Einführung	128
2.3.4	Forschungsfragen und Forschungsprobleme	86	2.9.2	Methode	129
2.3.5	Forschungsergebnisse	87	2.9.3	Ergebnisse	131
2.3.6	Fazit: Emotion, Intention und Zeit – notwendige Konstituenten beruflicher Bildung	91	2.9.4	Diskussion	133
2.4	Die (begrenzte) Rolle der Gesundheit zur Sicherung der Erwerbsteilhabe	93	3	Arbeit und Krankheit	141
2.4.1	Der demografische Wandel und die politische Betonung der Gesundheit im Erwerbsalter	93	3.1	Krankheit – soziale Sicherung und Arbeitswelt	141
2.4.2	Der Gesundheitsstatus der gegenwärtigen Erwerbsbevölkerung	95	3.1.1	Krankheit – Begriffsbestimmungen	141
2.4.3	Die (nur relative) Rolle der Gesundheit bei der Sicherung der Erwerbsteilhabe der älteren Bevölkerung	97	3.1.2	Arbeitsunfähigkeit (AU) – individuelle Perspektive	142
2.4.4	Schlussfolgerungen	100	3.1.3	Arbeitsunfähigkeit (AU) – gesellschaftliche Perspektive	144
2.5	Chronisch krank unter all den Leistungsfähigen – Risiken der prekären Beschäftigung	102	3.1.4	Arbeitsunfähigkeit (AU) – Gesundheitssystem, soziale Sicherung und Arbeitswelt	147
2.5.1	Befristete Arbeitsverhältnisse	103	3.1.5	Arbeitswelt und Versorgungssystem – ein ungelöstes Konvergenzproblem	151
2.5.2	Teilzeitbeschäftigung	105	3.1.6	Arbeitsbezogene integrierte Versorgung – Collaborative Care for Return to Work	152
2.5.3	Geringfügige Beschäftigung	106	3.1.7	Fazit und Ausblick	155
2.5.4	Zeit- bzw. Leiharbeit	107	3.2	Case Management des MDK Bayern bei Langzeiterkrankungen	158
2.5.5	Fazit	109	3.2.1	Statistik	158
2.6	Armut im Alter – Arbeit statt Ruhestand?	110	3.2.2	Ätiologie	158
2.6.1	Einleitung	110	3.2.3	Versorgungsrealität	160
2.6.2	Institutionelle Rahmenbedingungen	110	3.2.4	Die Rolle des MDK in der Krankenfallsteuerung	161
2.6.3	Erwerbstätigkeit im Rentenalter	111	3.2.5	Beispiele	161
2.6.4	Einkommenssituation und Altersarmut	113	3.2.6	Aussicht	164
2.6.5	Ausblick	115	3.3	Arbeitsfähigkeit nach Arbeitsunfähigkeit	165
2.7	(Langzeit)Arbeitslosigkeit	117	3.3.1	Stufenweise Wiedereingliederung	166
2.8	ICF: Concepts and Application to Return to Work	122	3.3.2	Arbeitsmedizinische Vorsorge	166
2.8.1	The ICF as a Conceptual Model	122			

3.3.3	Betriebliches Eingliederungsmanagement	167	4.2.3	Arbeitgeber engagieren sich	203
3.3.4	Begutachtung zur Eignung	168	4.2.4	Herausforderung gegliedertes System der Rehabilitation	205
3.4	Präsentismus	170	4.2.5	Ausblick	206
3.4.1	Präsentismus als unterlassene Krankmeldung („Arbeiten trotz Krankheit“)	171	4.3	Return to Work – gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Reformbedarf aus gewerkschaftlicher Sicht	207
3.4.2	Die Kosten beeinträchtigter Gesundheit („Arbeiten mit Krankheit“)	175	4.3.1	Gute Arbeit oder noch mehr Leistungsdruck – die Arbeitswelt im demografischen Wandel	207
3.5	Identifikation von Reha-Bedarf	179	4.3.2	Gesundheit – zentrales Gestaltungsthema in der alternden Gesellschaft	207
3.5.1	Bedarf und Bedürfnis	179	4.3.3	Psychische Belastungen im Arbeitsleben als Herausforderung für den Arbeitsschutz	208
3.5.2	Anwendungsgebiet Versorgungsforschung	180	4.3.4	Betriebliches Gesundheitsmanagement – wichtiger Baustein von Return-to-Work-Prozessen	209
3.5.3	Bedarfsermittlung in der Rehabilitation	182	4.3.5	Gegliedertes Sozialleistungssystem – Stärken nutzen, Schwächen beseitigen	209
3.5.4	Identifikation und Abklärung von Bedarf	182	4.3.6	Fazit: Handlungsschwerpunkte setzen und angehen	211
3.6	(K)eine Chance auf Arbeit? Ein Profil der Antragsteller auf Erwerbsminderungsrente	185	4.4	Beamte und berufliche Reintegration – aus der Sicht des Bayerischen Beamtenbundes	212
3.6.1	Wer ist typischer EMR-Antragsteller?	186	4.4.1	Die Ausgangssituation: Berufliche Reintegration zur Bewältigung des demografischen Wandels	212
3.6.2	Niedriges Bildungsniveau und lange Arbeitslosigkeit bedrohen die Gesundheit	188	4.4.2	Der öffentliche Dienst: Vorreiter mit besonderen Anforderungen	213
3.6.3	Ablehnung oder Bewilligung – Was macht den Unterschied?	188	4.4.3	Behördliches Gesundheitsmanagement – auch bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz	214
3.6.4	Eine Frage der Würde	190	4.4.4	Auch rechtlich verwandte Instrumente stehen zur Verfügung	214
4	Rahmenbedingungen – Gesellschaft/Wirtschaft/Politik/Sozialpartner	193	4.4.5	Ganzheitlicher Ansatz – Der Einzelne bleibt in der Verantwortung	215
4.1	Der Arbeitsmarkt	193	4.4.6	Fazit: Der bayerische öffentliche Dienst befindet sich auf gutem Weg!	216
4.1.1	Einleitung	193	4.5	Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) als Plattform für Dialog, Koordination, Kooperation und Vernetzung im Bereich von Rehabilitation und Teilhabe	217
4.1.2	Theorie: Matching	193	4.5.1	Rehabilitation im Kontext gesamtgesellschaftlicher Entwicklungen	217
4.1.3	Empirie: Einflüsse des Arbeitsmarktes auf das RTW	193			
4.1.4	Praxis: anwendungsorientierte Arbeitsmarktanalyse	194			
4.1.5	Praxis: anwendungsorientierte Sekundärdatenanalysen	196			
4.1.6	Resümee	200			
4.2	Return to Work – Die Position der Arbeitgeber	201			
4.2.1	Herausforderung demografischer Wandel	201			
4.2.2	Potenziale von chronisch Kranken und Menschen mit Handicap unverzichtbar	202			

4.5.2	Arbeit als zentraler Aspekt von Teilhabe .	218	4.8	Berufliche Rehabilitation und Return to Work von Personen mit Migrationshintergrund	239
4.5.3	Zurück ins Arbeitsleben mit Leistungen der Rehabilitation	219	4.8.1	Einleitung	239
4.5.4	Das gegliederte Sozialleistungssystem ..	220	4.8.2	Zugang zur beruflichen Rehabilitation ..	240
4.5.5	Vernetzung im gegliederten System – Kernauftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V.	221	4.8.3	Berufs- und Maßnahmewahl in der beruflichen Rehabilitation	241
4.5.6	Beschäftigungsfähigkeit – ein zentrales Aufgabenfeld der BAR	222	4.8.4	Maßnahmeablauf in der beruflichen Rehabilitation	242
4.5.7	Wo stehen wir? Was steht an? Wo wollen wir hin?	224	4.8.5	Rehabilitationserfolg	243
4.5.8	Aktuelle Aufgabenfelder der BAR im Kontext von „Erhalt von Beschäftigungsfähigkeit“	225	4.8.6	Fazit	244
4.5.9	Perspektiven	225	4.9	Gender und Return to Work	246
4.6	Chancen auf Teilhabe am Arbeitsleben gezielt fördern – Positionen aus der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR)	226	4.9.1	Auswirkungen der geschlechter-spezifischen Unterschiede im Krankheitsspektrum auf den Krankenstand	246
4.6.1	Teilhabe ist Menschenrecht	227	4.9.2	Auswirkungen der geschlechter-spezifischen Unterschiede im Krankheitsspektrum auf die Beschäftigungsquote	249
4.6.2	Inklusion ist das Ziel	227	4.9.3	Unterschiede im Return to Work bei Frauen und Männern?	250
4.6.3	Verbesserung der Beschäftigungssituation	228	4.9.4	Fazit/Forschungsbedarf	253
4.6.4	Nutzung des Fachkräftepotenzials behinderter Menschen	229	4.10	Die UN-Behindertenrechtskonvention – wichtige Aspekte aus Sicht der nordrhein-westfälischen Landesregierung ...	254
4.6.5	Förderung der Teilhabe und Inklusion durch Rehabilitation	229	5	Rahmenbedingungen – Gesundheitssystem/Soziale Sicherung	257
4.6.6	RehaFutur-Empfehlungen für Veränderungen des beruflichen Rehabilitationssystems	230	5.1	Medizin	257
4.6.7	Was können Betriebe für die berufliche Integration tun?	232	5.1.1	Return to Work aus Sicht einer Hausärztin	257
4.6.8	Gesellschaftlicher Diskurs zu Teilhabe und Inklusion	233	5.1.2	Return to Work aus Sicht des Psychiaters	261
4.7	Freiberufliche/Selbstständige: „Absicherung bei Krankheit/Unterstützung im Return to Work“ durch die private Krankenversicherung	234	5.1.3	Return to Work aus praktischer betriebsärztlicher Sicht	267
4.7.1	Finanzielle Absicherung im Krankheitsfall	235	5.1.4	Die Bedeutung der Arbeitsmedizin in Österreich im Kontext von Return to Work	274
4.7.2	KT-Höchstsätze	235	5.1.5	Zusammenarbeit von Haus-/Fachärzten und Betriebsärzten	279
4.7.3	Unterstützung bei der Wiedereingliederung durch Gesundheitsmanagement	236	5.1.6	Zusammenarbeit von Sozialmedizinern und Betriebsärzten	289
4.7.4	Gesundheitsmanagement	236	5.2	Sozialversicherung – Versicherungswirtschaft	293
4.7.5	Gesundheitsprogramme	237			
4.7.6	Case Management	238			

5.2.1	Return to Work – Gesund leben und arbeiten: ein Kooperationsfeld für Krankenkassen und Arbeitgeber	293	6.3.2	Arbeitskollegen und psychosoziale Gesundheit	377
5.2.2	Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung	301	6.3.3	Arbeitskollegen und Return to Work	378
5.2.3	Return to Work: Ansatzpunkte und Rahmenbedingungen der gesetzlichen Unfallversicherung – ein erfolgreiches Modell	306	6.3.4	Fazit	379
5.2.4	Die Bundesagentur für Arbeit	314	6.4	Rolle und Bedeutung des Betriebs- bzw. Personalrats im BEM	380
5.2.5	Berufliche Rehabilitation in der Grundversicherung nach dem Sozialgesetzbuch II – am Beispiel des Jobcenters Dortmund	320	6.4.1	Verbindlichkeit durch Betriebsvereinbarungen herstellen	381
5.2.6	Integrationsamt/Integrationsfachdienst	325	6.4.2	Beteiligung des Betriebsrats an Gesprächen	382
5.2.7	Gemeinsame Servicestellen – Quo vadis?	332	6.5	RTW – die Situation in KMU	384
5.2.8	Return to Work und Private Versicherungswirtschaft	344	6.5.1	Daten – Fakten – Statistik	385
5.2.9	Beamtenrecht	350	6.5.2	Bezug zum Thema Return to Work	386
6	Rahmenbedingungen – Unternehmen	357	6.5.3	Hemmende Faktoren	387
6.1	Der Betrieb – Hilfen/Zuschüsse der Rehabilitationsträger für Unternehmen .	357	6.5.4	Fördernde Faktoren	387
6.1.1	Einleitung	357	6.5.5	Optimierungsbedarf	387
6.1.2	Handlungsgrundlagen	358	6.5.6	Ausblick „Wo geht die Reise hin?“	388
6.1.3	Die Rehabilitationsträger	360	7	Interventionen	389
6.1.4	Unterstützungsleistungen für Unternehmen	361	7.1	System	389
6.1.5	Zusammenfassung	368	7.1.1	Medizinische Rehabilitation im RTW-Prozess	389
6.2	Gesundheitsmanagement als Bestandteil der Führungskultur	370	7.1.2	Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation	403
6.2.1	Gesundheitsmanagement und Work Life Balance	370	7.1.3	Berufliche Rehabilitation	409
6.2.2	Partizipation der MitarbeiterInnen	372	7.1.4	Zugang zur beruflichen Reha	438
6.2.3	Resultate des Gesundheitsmanagements	373	7.1.5	Berufsförderungswerke – Neues Reha-Modell	444
6.2.4	Betriebliches Eingliederungsmanagement	374	7.1.6	Ambulante Dienstleister (Berufliche Trainingszentren)	448
6.2.5	Gesundheitsmanagement in der Führungsstrategie	375	7.1.7	Unterstützte Beschäftigung (Supported Employment)	456
6.2.6	Work-Life-Balance und Arbeitszeitmodelle	375	7.2	Unternehmen	464
6.3	Return to Work aus Sicht der Arbeitskollegen	377	7.2.1	Innerbetriebliche Umsetzung aus gesundheitlichen Gründen	464
6.3.1	Ausgangslage	377	7.2.2	Betriebliches Gesundheitsmanagement .	467
			7.2.3	Das Betriebliche Eingliederungsmanagement	479
			7.2.4	Externe Mitarbeiterberatung (Employee Assistance Program, EAP) ...	489
			7.2.5	Krankenrückkehrgespräche: Eine überholte Sozialtechnologie	499
			7.3	Individuum	504
			7.3.1	Berufliche Reintegration aus Sicht des SoVD als Betroffenenorganisation ..	504

7.3.2	Stressbewältigung in der beruflichen Rehabilitation	509	8.4.3	Reha-Assessment	578
7.3.3	Berufsbezogene Psychotherapie	519	8.5	FCE-Assessmentverfahren: ERGOS, Sapphire	583
7.3.4	Einsatz, Auswahl und Finanzierung von Hilfsmitteln und technischen Arbeitshilfen im Return-to-Work-Prozess mit Praxisbeispielen	526	8.5.1	ERGOS Work Simulator	584
8	Methoden	541	8.5.2	Gültigkeit von ERGOS	587
8.1	Soziale Beratung und Case Management im Kontext der Rehabilitation	541	8.5.3	Anwendung von ERGOS	587
8.1.1	Krankheit im Kontext von sozialer Beratung	541	8.6	Profilvergleichssysteme: IMBA/MARIE	588
8.1.2	Methodische und konzeptionelle Grundlagen der sozialen Beratung im Handlungsfeld der Rehabilitation ...	543	8.6.1	Aufbau von Fähigkeits- und Anforderungsprofilen bei IMBA und MARIE	589
8.1.3	Case Management – Fachliche Grundlagen	546	8.6.2	Zur Validität der Merkmalsausprägungen bei IMBA und MARIE	590
8.1.4	Case-Management als Handlungsansatz in der Rehabilitation	549	8.6.3	Aufbau von Profilvergleichsbögen bei IMBA und MARIE	591
8.1.5	Schlussbetrachtungen	553	8.6.4	Umgang mit Profilvergleichsbögen bei IMBA und MARIE	591
8.2	Konfliktmanagement und Mediation zur Unterstützung von RTW	555	8.6.5	Vorgehen beim Profilvergleich mit IMBA und MARIE	592
8.2.1	Einleitung	555	8.7	Assessmentverfahren (WAI, SF 36, EFL) ..	593
8.2.2	Konfliktmanagement	556	8.7.1	WAI	594
8.2.3	Mediation	560	8.7.2	Gesundheitsbezogene Lebensqualität – SF-36 Health Survey	595
8.3	Sozialmedizinische Beurteilung des erwerbsbezogenen Leistungsvermögens	568	8.7.3	EFL	595
8.3.1	Definition des Leistungsvermögens im Erwerbsleben	568	9	Befunde und Befinden	599
8.3.2	Ressourcenorientierung statt Defizitorientierung	569	9.1	Arbeitsmotivation	599
8.3.3	Erstellung des sozialmedizinischen Leistungsbildes	570	9.1.1	Grundlagen der Motivation und Motivationskonzepte	599
8.3.4	Positives und negatives Leistungsbild ...	573	9.1.2	Arbeitsgestaltung zur Förderung von Arbeitszufriedenheit und Motivation ...	601
8.3.5	Abgleich von Fähigkeitsprofil und Anforderungsprofil	574	9.1.3	Motivation und Führung	602
8.3.6	Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung	575	9.2	Lautsprachliche Kommunikationsstörungen	606
8.4	Reha-Assessment	576	9.2.1	Tinnitus	606
8.4.1	Einführung	576	9.2.2	Die gestörte Stimme	610
8.4.2	Begriffsklärung – Diagnostik, Assessment, Assessment-Center, RehaAssessment®	577	9.2.3	Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung (AVWS)	613
			9.3	Chronic diseases, comorbidity and employment	617
			9.3.1	Prevalence of chronic diseases	617
			9.3.2	Work-related problems and factors explaining work disability	618
			9.3.3	Managing work-related problems and reducing work disability	619
			9.3.4	Future directions	620

9.4	Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben – Erfordernisse für ein organisationsübergreifendes Schnittstellenmanagement	622	9.8.4	Return to Work – Teilhabe am Arbeits- leben	691
9.4.1	Einleitung	622	9.8.5	Fazit	692
9.4.2	Problemhintergrund und Relevanz des Themas	622	9.9	Return to Work/Berufstätigkeit bei chronischen Lungenerkrankungen ..	693
9.4.3	Grundlagen: Fachkonzept Fallmanage- ment und personelle Ausstattung der Grundsicherungsstellen	632	9.9.1	Berufsrelevante pulmonale Symptome ..	693
9.4.4	Kooperation zwischen Grundsicherungs- stellen und Suchtberatungsstellen	637	9.9.2	Asthma	696
9.4.5	Qualifizierung der Agenturen für Arbeit/ Jobcenter im Umgang mit substanz- bezogenen Störungen	640	9.9.3	COPD	697
9.4.6	Förderung der Teilhabe im Bereich der medizinischen Rehabilitation	641	9.9.4	Lungenfibrose	700
9.4.7	Berufliche (Re-)Integration benötigt passgenaue Arbeitsmarkt- instrumente	651	9.10	Diabetes mellitus – Einstellungen und Chancen im Beruf	701
9.5	Return to Work nach Unfall	656	9.10.1	Einleitung	701
9.5.1	Epidemiologie	656	9.10.2	Negativdarstellung des Diabetes in der Öffentlichkeit	702
9.5.2	Medizinisches Grundwissen	657	9.10.3	Epidemiologie	703
9.5.3	Sozialmedizinische Bedeutung	659	9.10.4	Mehr erwerbstätige Menschen mit Diabetes	703
9.5.4	Return to Work – Teilhabe am Arbeitsleben	662	9.10.5	Metabolisches Syndrom und Komorbiditäten	704
9.5.5	Fazit	665	9.10.6	Therapie	705
9.6	Berufstätigkeit und Rückkehr zur Arbeit bei Patienten mit einer Kreislauferkrankung	666	9.10.7	Determinanten der Arbeitsfähigkeit bei Diabetes mellitus	705
9.6.1	Krebs als chronische Erkrankung	666	9.10.8	Berufliche Einschränkungen	706
9.6.2	Berufstätigkeit und Rückkehr zur Arbeit ..	667	9.10.9	Hypoglykämien am Arbeitsplatz	707
9.6.3	Einflussfaktoren auf Berufstätigkeit	667	9.10.10	Hypoglykämiewahrnehmung	707
9.6.4	Interventionen zur Förderung der Rückkehr zur Arbeit	668	9.10.11	Risikomanagement und Hypoglykämien ..	708
9.7	Return to Work und berufliche Belastbarkeit bei muskuloskelettalen Erkrankungen	670	9.10.12	Verhältnisprävention am Arbeitsplatz ...	710
9.7.1	Epidemiologie	670	9.10.13	Tätigkeitsbezogene Risiken	711
9.7.2	Medizinisches Grundwissen	672	9.10.14	Die Checkliste für risikoreiche Berufe und Tätigkeiten	713
9.7.3	Sozialmedizinische Bedeutung	675	9.11	Epilepsie und Beruf	715
9.9.4	Gedanken zur Prävention	684	9.11.1	Einige grundlegende Informationen zum Einstieg	715
9.8	Erkrankungen des Herz-Kreislauf- Systems	687	9.11.2	„Es bestehen die bei Epilepsie üblichen Einschränkungen ...“	715
9.8.1	Epidemiologie	687	9.11.3	Berufsgenossenschaftliche Grundsätze ..	716
9.8.2	Medizinisches Grundwissen	689	9.11.4	„Empfehlungen zur Beurteilung beruflicher Möglichkeiten von Personen mit Epilepsie“ (BGI 585)(2)	716
9.8.3	Sozialmedizinische Bedeutung	690	9.11.5	Behandlungsstand und Prognose	718
			9.12	Return to Work nach psychischen Erkrankungen	720
			9.12.1	Einleitung	720
			9.12.2	Welche Faktoren wirken auf den RTW- Prozess?	721
			9.12.3	Wie kann der RTW-Prozess gestaltet werden?	724

9.13	Rehabilitation und Return to Work bei neurologischen Erkrankungen	729
9.13.1	Einleitung	729
9.13.2	RTW-Bemühungen in der Phase der medizinischen Neurorehabilitation	732
9.13.3	Erworbene Hirnschäden (v. a. Schlaganfall, Schädel-Hirn-Verletzungen)	737
9.13.4	Multiple Sklerose	745
9.13.5	Zerebrodegenerative Systemerkrankungen, v. a. Parkinson-Syndrome	748
9.13.6	Akute Polyneuropathien und Polyneuritiden	749
9.13.7	Fahrttauglichkeit und RTW	750
9.13.8	Schlussbemerkung	750
9.14	Chronische Müdigkeit	756
9.14.1	Epidemiologie	756
9.14.2	Medizinisches Grundwissen	759
9.14.3	Sozialmedizinische Bedeutung	761
9.14.4	Return to Work – Teilhabe am Arbeitsleben	762
9.14.5	Fazit	762
9.15	Chronischer Schmerz	763
9.15.1	Epidemiologie	763
9.15.2	Medizinisches Grundwissen (Leitlinienorientierung, evidenzbasiert)	767
9.15.3	Sozialmedizinische Bedeutung	768
9.15.4	Return to Work – Teilhabe am Arbeitsleben	769
9.15.5	Fazit	770
10	Gute Praxis – „Leuchttürme“	771
10.1	Anregungen zur Etablierung eines Reha-Managements in der Betriebsarztpraxis – Vom „law in the books“ zur gelebten Praxis	771
10.1.1	Betriebliche Sozialpolitik vor neuen Herausforderungen	771
10.1.2	Was hat sich mit der Novellierung des SGB IX für die Betriebsärzte geändert?	772
10.1.3	Kann jeder Betriebsarzt einen Reha-Antrag stellen? Die Bedeutung des § 13 SGB IX und die gemeinsame Empfehlung der BAR	772
10.1.4	Welche Initiativen wurden ergriffen?	773
10.1.5	Will man können oder kann man Wollen? Die Balint-Hypothese im BEM (Betriebliches Eingliederungsmanagement)	773
10.1.6	Wie hoch ist der Zeitaufwand?	774
10.1.7	Welche Formulare werden für eine Antragstellung benötigt?	775
10.1.8	Was sollte neben den Antragsformularen noch vorhanden sein?	775
10.1.9	Wie kommen Sie möglichst schnell in den Besitz der Befunde?	777
10.1.10	Welche Informationen zum Arbeitsplatz sollten dem Antrag beigefügt werden?	777
10.1.11	Wie bringe ich den zuständigen RV-Träger in Erfahrung? – Die nützliche Rolle der Servicestellen	777
10.1.12	Welche versicherungsrechtlichen Voraussetzungen müssen vorliegen?	777
10.1.13	Welche medizinischen Voraussetzungen müssen erfüllt sein?	778
10.1.14	Was sollte sonst noch besprochen werden?	778
10.1.15	Kann ich die Antragstellung nicht besser dem behandelnden Arzt überlassen oder komme ich seinen Bemühungen in die Quere?	779
10.1.16	Macht es Sinn, den Antrag in der Praxis ausfüllen zu lassen und von dort zu verschicken?	779
10.1.17	Gehört Reha-Management im Sinn der DGUV Vorschrift 2 „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ in die Basis- oder in die betriebs-spezifische Betreuung?	779
10.1.18	Hat der Versicherte ein Mitbestimmungsrecht bei der Auswahl der Reha-Einrichtung?	780
10.1.19	Wie schnell muss ein Reha-Antrag beantwortet werden? Der § 14 SGB IX Zuständigkeitsprüfung	780
10.1.20	Lohnt es sich, bei Ablehnung des Antrags mit dem Gutachter des sozialmedizinischen Dienstes zu sprechen?	781
10.1.21	Wie stelle ich den Kontakt mit der Reha-Einrichtung her? Der Trick mit der Visitenkarte – oder was eine Visitenkarte bewirken kann	781

10.1.22	Zu welchem Zeitpunkt, mit wem und worüber sollte man während der laufenden Reha sprechen?	782	10.4.2	Beratung, Kooperation und Vernetzung – Bausteine für gelungene Integration	799
10.1.23	Gibt es den Kairos in der Reha? Warum und wann kann ein Telefonat „Wunder“ bewirken?	782	10.4.3	Der Modellversuch	802
10.1.24	Haben Sie die Kollegen in der Reha-Einrichtung oder im sozialmedizinischen Begutachtungsdienst schon einmal zu einer Betriebsbesichtigung eingeladen oder sich in eine Reha-Einrichtung einladen lassen?	783	10.4.4	Perspektiven: Wissenschaftlich begleiteter Implementierungsprozess	804
10.2	Plan Gesundheit – vom Pilotprojekt in die Präventionsroutine	784	10.5	Integrationsmanagement in einem Großunternehmen	805
10.2.1	„Für den Chef werd' ich nicht gesund!“	785	10.5.1	Prozessbeschreibung	806
10.2.2	Prävention – eine Leistung des Rentenversicherungsträgers?	786	10.5.2	Erfahrungen	807
10.2.3	„Betsi®“ – Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern	786	11	„Auf dem Weg nach 2020“ – Innovationsbaukasten	811
10.2.4	„FEE“ – Frühintervention zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit	786	11.1	Zukunftsmodell Soziale Marktwirtschaft – Ziele, Herausforderungen und Handlungsoptionen	811
10.2.5	Plan Gesundheit – Tu was wirkt!	787	11.1.1	Soziale Marktwirtschaft – begriffliche Klärung und Zielvorstellungen	811
10.2.6	Erfolgsfaktoren des Modells	787	11.1.2	Erfolgsmodell Soziale Marktwirtschaft – eine Bestandsaufnahme	812
10.2.7	Die Projekte lernen laufen	790	11.1.3	Globale Megatrends als Herausforderung für die Soziale Marktwirtschaft	813
10.2.8	Der Leistungsrahmen	791	11.1.4	Zentrale Handlungsfelder für eine zukunftsfähige Soziale Marktwirtschaft	814
10.2.9	Vernetztes Setting als Ziel	791	11.1.5	Gesellschaftspolitische Implikationen	815
10.2.10	Zusammenfassung	793	11.2	Ein Ziel, verschiedene Ansatzpunkte: Beschäftigungspolitik in Unternehmen und Sozialpolitik enger abstimmen	816
10.3	Pauli: Psychosomatik, Auffangen, Unterstützen, Leiten, Integrieren	794	11.2.1	Ressourcen für den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bereitstellen	816
10.3.1	Die Einrichtung	794	11.2.2	Das Erwerbsminderungsrisiko besser absichern	818
10.3.2	Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden	794	11.2.3	Perspektive 2020: Beschäftigungspolitik in Unternehmen und Sozialpolitik enger abstimmen	818
10.3.3	Die Folgen der beschriebenen Situation	795	11.3	Auf dem Weg nach 2020 – Erfahrungen aus den Niederlanden – ein Modell für Deutschland?	819
10.3.4	Pauli – das Behandlungskonzept	795	11.3.1	Hintergrund	819
10.3.5	Die Kostenträger des Pauli-Behandlungskonzepts	796	11.3.2	Reformen der sozialen Sicherung und der Förderung der beruflichen Wiedereingliederung bei Erwerbsminderung in den Niederlanden	820
10.3.6	Die Ziele des Pauli-Behandlungsprogramms	796			
10.3.7	Erste Ergebnisse	797			
10.3.8	Bewertung der Zwischenbilanz und Ausblick	798			
10.4	Das Modellprojekt RehaFuturReal®: Beratung, Kooperation und Vernetzung – die Schlüssel für eine erfolgreiche berufliche Integration	798			
10.4.1	Die Entstehung des Modellprojekts RehaFuturReal®	798			

11.3.3	Verpflichtungen („Meilensteine“) aus dem Gatekeeper-Gesetz und Praxis der beruflichen Wiedereingliederung in den Niederlanden	821	11.4.4	Werkzeuge der RTW-Arbeitsgestaltung .	830
11.3.4	Zusammenfassung und Diskussion	825	11.4.5	Altersdifferenzierte Arbeitsgestaltung ..	832
11.4	Leidens- und altersgerechte, menschenwürdige Arbeitsplätze	827	11.5	Zukunftsperspektiven aus Sicht der DGRW	836
11.4.1	Arbeitsgestaltung im Rahmen des Return to Work	827	11.6	Zukunftsperspektiven aus Sicht der DGAUM	840
11.4.2	Ansatzpunkte der RTW-Gestaltung	828		Autorenverzeichnis	845
11.4.3	Möglichkeiten der RTW-Arbeitsgestaltung	829		Register	855