

# Inhalt

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

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 Lern-gesellschaft .....	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 Forschungs-probleme .....	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			
4.6.6	RehaFutur-Empfehlungen für Veränderungen des beruflichen Rehabilitations-systems .....	230	5	Rahmenbedingungen – Gesundheitssystem/Soziale Sicherung	257
4.6.7	Was können Betriebe für die berufliche Integration tun? .....	232	5.1	Medizin .....	257
4.6.8	Gesellschaftlicher Diskurs zu Teilhabe und Inklusion .....	233	5.1.1	Return to Work aus Sicht einer Hausärztin .....	257
4.7	Freiberufliche/Selbstständige: „Absicherung bei Krankheit/Unterstützung im Return to Work“ durch die private Krankenversicherung .....	234	5.1.2	Return to Work aus Sicht des Psychiaters .....	261
4.7.1	Finanzielle Absicherung im Krankheitsfall .....	235	5.1.3	Return to Work aus praktischer betriebsärztlicher Sicht .....	267
4.7.2	KT-Höchstsätze .....	235	5.1.4	Die Bedeutung der Arbeitsmedizin in Österreich im Kontext von Return to Work .....	274
4.7.3	Unterstützung bei der Wiedereingliederung durch Gesundheitsmanagement .....	236	5.1.5	Zusammenarbeit von Haus-/Fachärzten und Betriebsärzten .....	279
4.7.4	Gesundheitsmanagement .....	236	5.1.6	Zusammenarbeit von Sozialmedizinern und Betriebsärzten .....	289
4.7.5	Gesundheitsprogramme .....	237	5.2	Sozialversicherung – Versicherungswirtschaft .....	293
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 Grund- sicherung nach dem Sozialgesetzbuch II – am Beispiel des Jobcenters Dortmund	320	6.4.1	Verbindlichkeit durch Betriebs- vereinbarungen 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 Gesundheits- managements .....	373	7.1.5	Berufsförderungswerke – Neues Reha-Modell .....	444
6.2.4	Betriebliches Eingliederungs- management .....	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 Arbeitszeit- modelle .....	375	7.2	Unternehmen .....	464
6.3	Return to Work aus Sicht der Arbeits- kollegen .....	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 Eingliederungs- management .....	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 Arbeits-hilfen 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 Krebserkrankung .....	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	10.1.4	Welche Initiativen wurden ergriffen? ....	773
9.13.1	Einleitung .....	729	10.1.5	Will man können oder kann man Wollen? Die Balint-Hypothese im BEM (Betrieb- liches Eingliederungsmanagement) ....	773
9.13.2	RTW-Bemühungen in der Phase der medizinischen Neurorehabilitation .....	732	10.1.6	Wie hoch ist der Zeitaufwand? .....	774
9.13.3	Erworbene Hirnschäden (v. a. Schlag- anfall, Schädel-Hirn-Verletzungen) .....	737	10.1.7	Welche Formulare werden für eine Antragstellung benötigt? .....	775
9.13.4	Multiple Sklerose .....	745	10.1.8	Was sollte neben den Antrags- formularen noch vorhanden sein? .....	775
9.13.5	Zerebrodegenerative System- erkrankungen, v. a. Parkinson- Syndrome .....	748	10.1.9	Wie kommen Sie möglichst schnell in den Besitz der Befunde? .....	777
9.13.6	Akute Polyneuropathien und Polyneuritiden .....	749	10.1.10	Welche Informationen zum Arbeitsplatz sollten dem Antrag beigefügt werden? ..	777
9.13.7	Fahrttauglichkeit und RTW .....	750	10.1.11	Wie bringe ich den zuständigen RV-Träger in Erfahrung? – Die nützliche Rolle der Servicestellen ...	777
9.13.8	Schlussbemerkung .....	750	10.1.12	Welche versicherungsrechtlichen Voraussetzungen müssen vorliegen? ...	777
9.14	Chronische Müdigkeit .....	756	10.1.13	Welche medizinischen Voraus- setzungen müssen erfüllt sein? .....	778
9.14.1	Epidemiologie .....	756	10.1.14	Was sollte sonst noch besprochen werden? .....	778
9.14.2	Medizinisches Grundwissen .....	759	10.1.15	Kann ich die Antragstellung nicht besser dem behandelnden Arzt überlassen oder komme ich seinen Bemühungen in die Quere? .....	779
9.14.3	Sozialmedizinische Bedeutung .....	761	10.1.16	Macht es Sinn, den Antrag in der Praxis ausfüllen zu lassen und von dort zu verschicken? .....	779
9.14.4	Return to Work – Teilhabe am Arbeitsleben .....	762	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
9.14.5	Fazit .....	762	10.1.18	Hat der Versicherte ein Mit- bestimmungsrecht bei der Auswahl der Reha-Einrichtung? .....	780
9.15	Chronischer Schmerz .....	763	10.1.19	Wie schnell muss ein Reha-Antrag beantwortet werden? Der § 14 SGB IX Zuständigkeitsprüfung .....	780
9.15.1	Epidemiologie .....	763	10.1.20	Lohnt es sich, bei Ablehnung des Antrags mit dem Gutachter des sozial- medizinischen Dienstes zu sprechen? ...	781
9.15.2	Medizinisches Grundwissen (Leitlinienorientierung, evidenz- basiert) .....	767	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
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 Empfeh- lung der BAR .....	772			



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			
11.4.3	Möglichkeiten der RTW-Arbeitsgestaltung .....	829		Autorenverzeichnis .....	845
				Register .....	855