

CIP-Kurztitelaufnahme der deutschen Bibliothek

## **Absenz- und Case Management**

Autorin: Brigitte Staub, mit freundlicher Unterstützung von Ursula Uttinger

Projektleitung: Andrea Krugfahrt

WEKA Business Media AG, Schweiz

© WEKA Business Media AG, Zürich, 2011

Alle Rechte vorbehalten, Nachdruck – auch auszugsweise – nicht gestattet.

Die Definitionen, Empfehlungen und rechtlichen Informationen sind von den Autoren und Verlag auf deren Korrektheit in jeder Beziehung sorgfältig recherchiert und geprüft worden. Trotz aller Sorgfalt kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Autoren bzw. des Verlags ist daher ausgeschlossen. Der Einfachheit halber und zwecks besserer Lesbarkeit wurden meist die männlichen Formen verwendet. Die weiblichen Formen sind dabei selbstverständlich mitgemeint.

WEKA Business Media AG

Hermetschloostrasse 77, CH-8048 Zürich

Telefon 044 434 88 88, Telefax 044 434 89 99

[www.weka.ch](http://www.weka.ch)

Zürich • Kissing • Paris • Amsterdam • Wien

---

ISBN 978-3-297-02030-2

1. Auflage 2011

Druck: Kösel GmbH & Co. KG, Layout: Dimitri Gabriel, Satz: Peter Jäggi



*Ein Problem? Kein Problem!*

# Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung und Abgrenzung</b> .....	5
1.1	Case Management: Begriff und Anwendungsgebiete.....	6
1.2	Einbettung von Case Management in einen übergeordneten Kontext .....	9
1.2.1	Case Management im betrieblichen Gesundheitsmanagement .....	9
<b>2.</b>	<b>Gesundheit und Arbeitswelt</b> .....	11
2.1	Definition «Gesundheit» nach WHO.....	12
2.2	Bestimmung der «Arbeitsfähigkeit».....	13
2.3	Wer ist zuständig für die Sicherstellung von «Arbeitsfähigkeit»?.....	16
<b>3.</b>	<b>Ermittlung und Analyse der Risiken</b> .....	19
3.1	Begriffsdefinitionen.....	22
3.2	Fehlzeiten.....	24
3.3	Krankheit.....	26
3.4	Unfall .....	26
3.4.1	Berufsunfälle.....	27
3.4.2	Nichtberufsunfälle.....	28
3.4.3	Berufserkrankungen.....	30
3.5	Ursachen/Risiken .....	31
3.5.1	Psychosoziale Risiken.....	31
3.5.2	Mangelnde Motivation.....	34
3.5.3	Mobbing.....	35
3.5.4	Burnout-Syndrom als Folge chronischen Stresses.....	36
3.6	Vermeidung von Stress und Ausbau psychosozialer Ressourcen .....	37
<b>4.</b>	<b>Kosten</b> .....	39
4.1	Zweige der Sozialversicherung.....	41
4.2	Ausgaben der Sozialversicherung.....	43
4.3	Volkswirtschaftliche Folgen von Krankheiten und Unfällen.....	46
4.4	Verteilung der krankheitsbedingten Kosten.....	47
<b>5.</b>	<b>Leistungen</b> .....	49
5.1	Allgemeines.....	50
5.2	Praxisbeispiel .....	51
5.3	Leistungserbringer bei krankheits- und unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit .....	52
5.3.1	Leistungserbringer bei unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit.....	52
5.3.2	Leistungserbringer bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit.....	54
5.3.3	Arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeit.....	57
5.3.4	Leistungserbringer bei permanenter Arbeitsunfähigkeit.....	59
5.4	Invalidität der aktiven Bevölkerung (d.h. vor Rentenalter) .....	60
<b>6.</b>	<b>Betriebliches Gesundheitsmanagement</b> .....	63
6.1	Argumente für ein betriebliches Gesundheitsmanagement.....	64
6.2	Gesundheitsförderung und Prävention.....	65
6.3	Betriebliche Gesundheitsförderung .....	66
6.3.1	Initiativen des europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung .....	68
6.3.2	Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung .....	69

6.3.3	Arbeitsicherheit und Gesundheitsschutz.....	70
6.3.4	Besondere Zielgruppen.....	71
6.4	Eignungsabklärungen im Rekrutierungsprozess.....	72
6.5	Umsetzung.....	73
6.5.1	Strukturelle Analysen.....	73
<b>7.</b>	<b>Absenzmanagement.....</b>	<b>75</b>
7.1	Zielsetzung.....	76
7.2	Mehrwert für das Unternehmen und die Mitarbeitenden.....	76
7.3	Gesetzliche Grundlagen für ein Absenzmanagement.....	77
7.3.1	Rechtsverhältnis Arbeitgeber – Arbeitnehmer.....	78
7.3.2	Rechtsverhältnis Unternehmen/versicherter Personenkreis – Versicherer.....	79
7.3.3	Rechtsverhältnis Arzt / Patient – Arbeitgeber/Case Manager.....	80
7.3.4	Arztzeugnisse.....	80
7.4	Rollen im Absenz- und Case Management.....	82
7.4.1	Human Resources.....	82
7.4.2	Führungskräfte.....	83
7.4.3	Case Manager.....	83
7.5	Einführung eines Absenzmanagements.....	84
7.5.1	Vorstudie/Analyse der Ausgangssituation.....	85
7.5.2	Zielformulierung.....	85
7.5.3	Commitment der Geschäftsleitung.....	86
7.5.4	Projektorganisation.....	86
7.5.5	Kommunikation.....	87
7.6	Der Prozess «Absenzmanagement».....	88
7.6.1	Meldung der Absenz.....	88
7.6.2	Reporting.....	89
<b>8.</b>	<b>Case Management.....</b>	<b>91</b>
8.1	Der Prozess «Case Management».....	92
8.1.1	Erstgespräch.....	94
8.1.2	Assessment.....	94
8.1.3	Zielvereinbarung.....	96
8.1.4	Massnahmenplanung und -umsetzung/Verlaufskontrolle.....	96
8.1.5	De-Briefing und Berichtswesen.....	98
8.2	Mögliche Formen der Integration.....	98
8.2.1	Schrittweiser Leistungsaufbau.....	98
8.2.2	Re-Placement/interne Versetzung.....	99
8.2.3	Berufliche Standortbestimmung/New Placement.....	100
8.2.4	Beschäftigung von Personen mit Handicap.....	100
8.2.5	Anpassungen an den Arbeitsplatz.....	101
8.2.6	Externe Abklärungs-, Trainings- und Integrationsarbeitsplätze.....	101
8.2.7	Teilpensionierung/Frühpensionierung.....	102
8.3	Case Management in der beruflichen Vorsorge.....	102
8.4	Exkurs: Datenschutz.....	103
8.4.1	Datenschutz im Allgemeinen.....	103
8.4.2	Datenschutz im Case Management.....	104

<b>9.</b>	<b>Das Bilanzgespräch</b> .....	107
9.1	Durchführung .....	108
9.2	Auffälliges Absenzverhalten .....	108
<b>10.</b>	<b>Program Management</b> .....	111
10.1	Prozessüberprüfung .....	112
10.2	Qualitätskontrolle – Satisfaction Survey .....	113
<b>11.</b>	<b>Interne Lösung oder Outsourcing</b> .....	115
11.1	Grundsatzentscheid .....	116
11.1.1	Interne Lösung .....	116
11.1.2	Outsourcing als Alternative zur internen Lösung .....	117
11.1.3	Mischformen .....	118
11.2	Externe Anbieter für Absenz- und Case Management .....	119
11.3	Kompetenzprofil eines Case Managers .....	119
11.4	Rechtslage beim Outsourcing .....	120
<b>12.</b>	<b>Qualität und Kompetenz</b> .....	123
12.1	Zertifizierung von Unternehmen, die Case Management anbieten .....	124
12.2	Kompetenz der Case Manager .....	126
<b>13.</b>	<b>Risikomanagement – HR Kennzahlen und Reporting</b> .....	127
13.1	Kategorien von Kennzahlen .....	129
13.1.1	Kosten .....	129
13.1.2	Abwesenheitsstruktur .....	130
13.1.3	Früh pensionierungen .....	131
13.1.4	Sonstige HR Kennzahlen .....	132
13.2	Reporting – Beispiele aus der Praxis .....	133
13.2.1	Kosten von Absenzen .....	133
13.2.2	Unternehmen A: Grundlagen für Organisationsentwicklungsmassnahmen .....	134
13.2.3	Unternehmen B: Reduktion der Langzeitfälle .....	135
13.2.4	Unternehmen C: Unfallstatistik .....	135
13.2.5	Unternehmen D: Alter und Absenzen .....	137
13.2.6	Unternehmen E: Wochentage und Absenzen .....	138
<b>14.</b>	<b>Ausblick</b> .....	138
<b>15.</b>	<b>Praxisunterlagen/Beispiele</b> .....	141
15.1	Kommunikationskonzept .....	142
15.2	Satisfaction Survey .....	144
15.3	Das Bilanzgespräch .....	147
15.4	Unternehmenscheck «Work in Tune with Life» .....	149
15.5	Broschüre für KMUs zur Gefährdungsermittlung .....	150
15.6	Unternehmenscheck psychische Gesundheit «Move Europe» .....	151
15.7	Unternehmenscheck Life Domain Balance .....	152
15.8	Musterbrief Auskunftsbegehren gemäss Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten .....	153
<b>Autorin</b>	.....	155



# 1.

## Einleitung und Abgrenzung

1.1	Case Management: Begriff und Anwendungsgebiete .....	6
1.2	Einbettung von Case Management in einen übergeordneten Kontext.....	9
1.2.1	Case Management im betrieblichen Gesundheitsmanagement .....	9

# 1. Einleitung und Abgrenzung

Googelt man Case Management auf deutschsprachigen Webseiten, werden 1 370 000 Einträge aufgeführt. Lässt man die sprachliche Eingrenzung weg, sind es 90 300 000 Treffer. Eine ähnlich hohe Trefferzahl erreicht der Begriff Kommunikation (90 100 000).

Alleine diese quantitative Beobachtung zeigt auf, dass dem Begriff Case Management und dessen Anwendungsgebieten eine hohe Aktualität attestiert wird und sicherlich eine nähere Betrachtung verdient. Gleichzeitig könnte es aber auch ein Indiz dafür sein, dass zugunsten aussagekräftiger Inhalte zuerst ein gemeinsames Verständnis der Begrifflichkeiten erarbeitet werden muss, um danach einige Anwendungsgebiete fokussiert zu betrachten.

In diesem Sinne beschäftigt sich Kapitel 1 einerseits mit der Klärung von Begriffen, grenzt Anwendungsgebiete ab und bereitet das Terrain für eine vertiefte Betrachtung des Themas vor.

## 1.1 Case Management: Begriff und Anwendungsgebiete

Der Begriff **Case Management** wird heute in unterschiedlichen Anwendungsgebieten benutzt.

Case Management ist ein ursprünglich amerikanisches Fachwort, ausgelehnt aus dem Gebiet der Sozialarbeit. Der Begriff bezeichnete in den USA ein Konzept von Unterstützungsmanagement für Einzelfallhilfe (Case Work), bei welchem systemische und ökosoziale Sichtweisen zu einer Gesamtbetrachtung verbunden wurden.

Mittlerweile hat sich der Begriff – entweder in seiner englischen, in einer partiellen (Fall Management) oder vollständigen Übersetzung (Fallbetreuung) – auch im deutschen Sprachgebrauch etabliert, wobei es nebst der geographischen Verbreitung gleichzeitig zu einer Erweiterung des begrifflichen Konzeptes kam.

Der Begriff Case Management wird heute nebst der Sozialarbeit auch im Gesundheitswesen für die Betreuung von Patientinnen und Patienten in der integrierten medizinischen Versorgung und im Rahmen der Pflegeberatung verwendet. Gleichzeitig wird er aber auch für die berufliche Wiedereingliederung nach einer Phase der medizinischen Betreuung benutzt, weshalb auch die Verwendung des Begriffes im betrieblichen Gesundheitsmanagement naheliegend ist.

Da der Begriff ein strukturiertes Handlungskonzept zur Gestaltung von Beratungs- und Unterstützungsprozessen für Menschen in komplexen Problemlagen beschreibt, findet er ebenfalls Eingang in weiteren interdisziplinären Feldern, von der Arbeit mit Jugendlichen

bis hin zu der Betreuung von Seniorinnen und Senioren. In allen Anwendungsbereichen scheint ein wesentliches Merkmal die Problemlösung durch eine Zusammenarbeit über die Grenzen von Institutionen und Disziplinen zu sein.

Wo der Begriff «Management» als Tätigkeit verwendet wird, trifft man auch den Begriff «Manager» als Beschreibung einer Rolle derjenigen Person, welche diese koordinative Tätigkeit ausübt. Wir werden uns zu einem späteren Zeitpunkt mit der Bezeichnung Case Manager auseinandersetzen.

Der Begriff Case Management findet sich ebenfalls in einer erweiterten Wortzusammensetzung in der Namensgebung von nationalen oder internationalen Fachverbänden oder Vereinen. Die Mission solcher Fachverbände ist die Verbreitung von Case Management als Methode und gleichzeitig die Definition von Standards zur Sicherung der Qualität.

1990 wurde in den USA die Case Management Society of America (CMSA) gegründet, welche sich als Netzwerkorganisation im Gesundheitswesen etabliert hat und so den Begriff im amerikanischen Sprachraum mehrheitlich besetzt.

Die Case Management Society of America definiert ihre Zielsetzung wie folgt:

*The Case Management Society of America is the leading membership association providing professional collaboration across the healthcare continuum to advocate for patients' well-being and improved health outcomes through:*

- *Fostering Case Management growth and development*
- *Impacting health care policy and*
- *Providing evidence-based tools and resources<sup>1</sup>*

Die Zielsetzungen der deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) sind sehr ähnlich formuliert:

*Die DGCC fördert die Anwendung und Entwicklung von Care und Case Management im Sozialwesen, im Gesundheitswesen, in der Pflege, im Versicherungswesen und in der Beschäftigungsförderung.*

*Dies gilt insbesondere für*

- *die Ausbildung von Case Managern*
- *die Zusammenarbeit der Ausbildungsstätten*
- *die inhaltliche Weiterentwicklung von Care und Case Management*

---

1 [www.cmsa.org/Home/CMSA/OurMissionVision/tabid/226/Default.aspx](http://www.cmsa.org/Home/CMSA/OurMissionVision/tabid/226/Default.aspx)



- *den regelmäßigen, fachspezifischen Erfahrungsaustausch durch Konferenzen, Kongresse und Symposien*
- *die Entwicklung und Vertiefung von Evaluation*
- *die Forschung zu Care und Case Management*

*Darüber hinaus stellt er die fachpolitischen Interessen seiner Mitglieder dar und vertritt diese nach außen. Die DGCC stellt damit eine Plattform und Vertretung für CM-Anwendungspraxis, Aus- und Weiterbildung sowie Forschung im CM dar.<sup>2</sup>*

Nicht weiter erstaunlich ist die Feststellung, dass auch der Verein Netzwerk Case Management Schweiz seine Mission fast mit identischem Wortlaut formuliert: Der Verein positioniert sich auf seiner Web-Seite wie folgt:

*Das Netzwerk Case Management Schweiz<sup>3</sup> ist ein Verein von im Gesundheits-, Sozial- und Versicherungsbereich tätigen Personen und Institutionen, die mit der Methode des Case Management arbeiten. Es bildet die massgebliche Plattform für den fachlichen Erfahrungsaustausch über qualitätsvolle Konzepte, Verfahren und Instrumente des Case Managements.*

Weiter umschreibt Artikel 2 der Vereinsstatuten den Vereinszweck wie folgt:

*Der Verein bezweckt die aktive Förderung des Case Managements in der Schweiz. Er verfolgt insbesondere folgende Ziele:*

- *Erforschung, Weiterentwicklung und Verbreitung von Case Management Verfahren/ Methoden*
- *Förderung des Case Managements und seiner Anwendung in allen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens*
- *Förderung des Fachwissens und des Rollenverständnisses der Case Manager*
- *Förderung und Anerkennung von Weiterbildungsangeboten im Bereich Case Management*
- *Vernetzung der im Bereich Case Management tätigen Personen und Institutionen*
- *Interessenvertretung und Öffentlichkeitsarbeit*
- *Der Verein arbeitet nicht gewinnorientiert*

Gemeinsam scheint allen Zielsetzungen dieser Organisationen ein besonderes Augenmerk auf das «Schnittstellen-Management» zu sein. Schnitt- oder Nahtstellen sind erfahrungsgemäss Momente, in denen leicht Brüche statt Übergänge entstehen; es sind also im weitesten Sinn heikle oder gar kritische Momente, welche über Erfolg oder Misserfolg der vor- und nachgelagerten Phasen entscheiden können.

<sup>2</sup> [www.dgcc.de/dgcc/ziele.html](http://www.dgcc.de/dgcc/ziele.html)

<sup>3</sup> [www.netzwerk-cm.ch/index.php?id=18&F=0](http://www.netzwerk-cm.ch/index.php?id=18&F=0)

Eine dieser Nahtstellen ist der Übergang zwischen Gesundheit und Krankheit und – damit zusammenhängend – bei berufstätigen Erwachsenen zwischen Arbeitsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit. Durch diesen Fokus können wir einem weiten Kreis von Case Management-Interessierten das Konzept und dessen Anwendungsbereiche in einem für sie bekannten und somit nachvollziehbaren Kontext aufzeigen und die Wirksamkeit von Case Management als Methode zur Optimierung der Hilfe im konkreten Fall erläutern.

Dazu kommt, dass der Erhalt der Arbeitsfähigkeit und die Vermeidung oder wenn möglich die Verkürzung von Arbeitsunfähigkeit sowohl aus der Sicht eines Individuums, aber auch aus betriebswirtschaftlicher und nicht zuletzt volkswirtschaftlicher Sicht von Interesse ist, und nicht zuletzt durch die Kostendiskussion im Gesundheitswesen einen hohen Aktualitätsgrad beinhaltet.

## 1.2 Einbettung von Case Management in einen übergeordneten Kontext

Bei einer isolierten Betrachtungsweise von Case Management ohne Berücksichtigung seiner Einbettung in ein betriebliches Gesundheitsmanagement würde Case Management auf seine methodische Anwendung reduziert und sein strategischer Beitrag ausser Acht gelassen.

### 1.2.1 Case Management im betrieblichen Gesundheitsmanagement

Nachdem wir aufgeführt haben, dass wir uns auf die Betrachtung von Case Management innerhalb des betrieblichen Umfeldes fokussieren werden, geht es nun darum, Case Management im betrieblichen Umfeld innerhalb der vor und nachgelagerten Prozesse einzubetten.

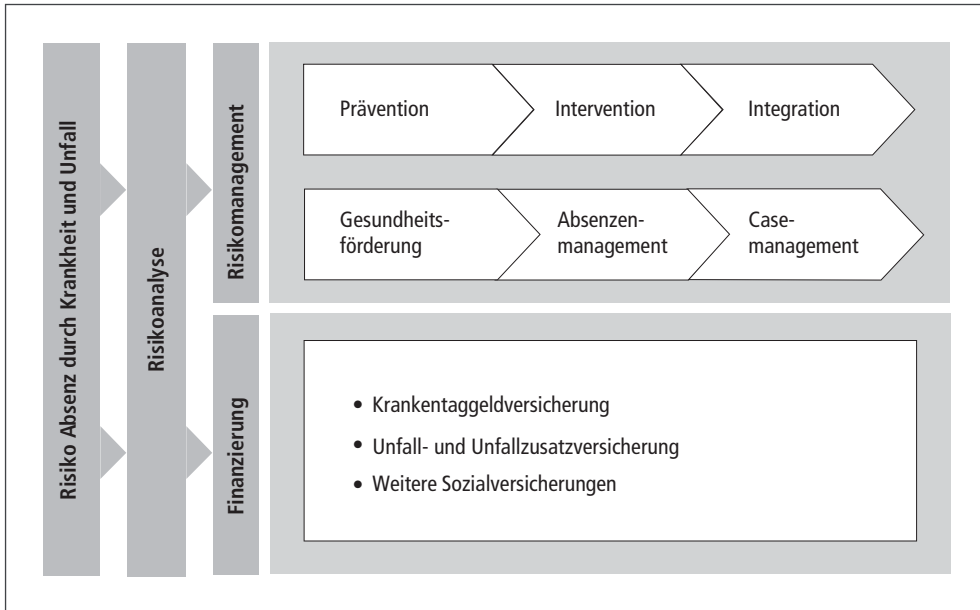
Gesundheitsmanagement ist ein strategischer Schlüsselfaktor, weil die Erhaltung der Gesundheit und der Arbeitsfähigkeit der Mitarbeitenden und die Minimierung des Risikos «Fehlzeiten» respektive des Zustandes «Arbeitsunfähigkeit» wesentlich zur Kostenreduktion und somit zur Wettbewerbsfähigkeit beitragen.

Bereits an dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die Vermeidung von langer oder dauernder Arbeitsunfähigkeit nicht nur im Interesse des Unternehmens und seiner Mitarbeitenden ist, sondern auch die Vorsorgeeinrichtung des Unternehmens sowie die Versicherten ein grosses Interesse daran haben müssten, Berentungen von Mitarbeitenden vor dem Rentenalter wenn immer möglich zu verhindern.

Die Vermeidung von Absenzen im Sinne von Gesundheitsförderung und Unfallprävention, die Analyse von Unfall- und Krankheitsrisiken und die Begleitung von komplexen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigung mit dem Ziel der Integration von erkrankten und verunfallten Personen in die Arbeitswelt setzen eine ganzheitliche Betrachtungsweise

se voraus. Nur so ist es möglich, dass Ursachen, Massnahmen und Wirkung aufeinander abgestimmt sind.

Das nachstehende Modell wird uns dabei als Orientierungshilfe dienen.



Nach einer Gesamtbetrachtung des Konzeptes Gesundheit und dessen Zusammenhang mit der Arbeitswelt werden wir in einem ersten Teil die Risiken von Arbeitsunfähigkeit ermitteln und analysieren. Dabei werden wir die Ursachen Krankheit und Unfall genauer betrachten, die finanziellen Folgen für das Unternehmen und weitere Stakeholder aufzeigen und quantifizieren.

Im Sinne eines umfassenden Risikomanagements werden wir anschliessend präventive und integrative Ansätze aufzeigen. Während die präventiven Massnahmen stark von den unternehmensspezifischen Umständen abhängen, sind Intervention und Prävention mittels Absenzen- und Case Management Prozesse, deren Ablauf nicht durch die Art der unternehmerischen Tätigkeit, sondern höchstens von der Unternehmenskultur beeinflusst werden.

# 2.

## Gesundheit und Arbeitswelt

2.1	Definition «Gesundheit» nach WHO .....	12
2.2	Bestimmung der «Arbeitsfähigkeit» .....	13
2.3	Wer ist zuständig für die Sicherstellung von «Arbeitsfähigkeit»? .....	16

## 2. Gesundheit und Arbeitswelt

Schauen wir uns zuerst an, wann, wo und wie die Konzepte von Gesundheit und Krankheit in der Arbeitswelt zueinander in Beziehung gebracht wurden.

1877 wurde erstmals der Arbeitnehmerschutz im eidgenössischen Fabrikgesetz geregelt, wobei insbesondere das Verbot der Kinderarbeit einen wesentlichen Fortschritt darstellte. Doch das Fabrikgesetz ging weiter: Arbeitszeiten wurden geregelt, Schutzmassnahmen für die Beschäftigung von Jugendlichen und Frauen und Vorschriften zur Verhütung von Berufsunfällen und -krankheiten wurden erlassen. Durch die Ablösung des Fabrikgesetzes im Jahre 1964 durch das Arbeitsgesetz (ArG) erfolgte eine Ausdehnung des Gesundheitsschutzes von den industriellen Betrieben auf die meisten Arbeitsverhältnisse mit dem Ziel, die Arbeitnehmenden vor physischen und psychischen Beeinträchtigungen der Gesundheit zu schützen. Im Jahr 2000 wurde ein weiterer Schritt gemacht, indem das Arbeitsgesetz die Auflagen für Nacht- und Schichtarbeit revidierte und den Schutz werdender Mütter verbesserte.<sup>1</sup>

Obwohl sich im 21. Jahrhundert die berufliche Realität wesentlich anders präsentiert, sind die arbeitsbedingten gesundheitlichen Probleme keinesfalls beseitigt. Parallel zu der Veränderung der Arbeitsumgebung haben sich auch die gesundheitlichen Problemstellungen verändert.

### 2.1 Definition «Gesundheit» nach WHO<sup>2</sup>

#### HINWEIS

WHO-Definition:

«Gesundheit ist ein Zustand des völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Gebrechen.»



Die WHO stellt folgende Gesundheitskriterien auf:

- Stabiles Körpergefühl
- Positives Verhältnis zum Körper
- Fähigkeit zu Freundschaften und sozialen Beziehungen
- Intakte Umwelt
- Sinnvolle Arbeit und gesunde Arbeitsbedingungen

1 Rudolf Knutti und Ulrich Schwaninger, Arbeit und Gesundheit, Seite 29 ff in Gerhard Kocher, Willy Oggier, Gesundheitswesen Schweiz 2007–2009, eine aktuelle Übersicht, Huber-Verlag 2007.

2 Definition des Begriffes Gesundheit gemäss WHO, World Health Organisation, unter [www.who.int/en/](http://www.who.int/en/)

- Gesundheitswissen und Zugang zur Gesundheitsvorsorge
- Lebenswerte Gegenwart und begründete Hoffnung auf eine lebenswerte Zukunft

Diese ganzheitliche Definition umfasst somit

- Körper und Geist des Individuums
- Interaktionen mit Individuen, Organisationen und der gesamten sozialen Umwelt
- Gegenwart und Zukunft

Gesundheit nach dieser weitgefassten Definition ist wohl für jedes Individuum erstrebenswert, kann aber auch vorübergehenden oder dauernden Beeinträchtigungen unterworfen sein.

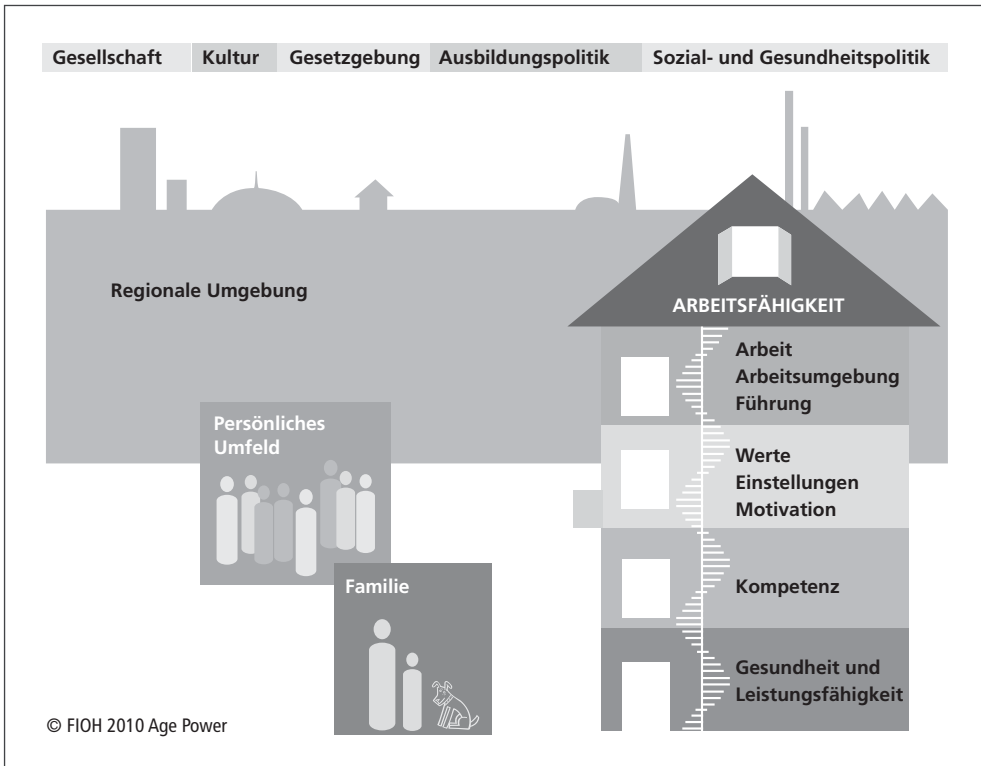
## 2.2 Bestimmung der «Arbeitsfähigkeit»

Um Gesundheit gemäss obigen Kriterien systematisch und konkret zu ermitteln, müssen mittels Modellen vergleichbarer Rahmenbedingungen und Messkriterien definiert werden.

Der finnische Arbeitspsychologe Prof. Juhani Ilmarinen hat ein Modell zur Definition von Arbeitsfähigkeit entwickelt, in welchem er Arbeitsfähigkeit definiert als die Summe von Faktoren, die eine Person in einer bestimmten Situation in die Lage versetzen, eine gestellte Aufgabe erfolgreich zu bewältigen (Arbeitsfähigkeit 2010). Auf der Grundlage dieser Definition geht er davon aus, dass Arbeitsfähigkeit nicht nur auf den Voraussetzungen des Beschäftigten basiert, sondern durch die Interaktion von Individuum und Arbeit definiert wird.

Sein Arbeitsfähigkeitskonzept wird beschrieben durch die 4 Stockwerke im «Haus der Arbeitsfähigkeit» und widerspiegelt die wesentlichen Gesundheitskriterien der WHO-Definition:

- Gesundheit: körperliche, psychische und soziale Ressourcen
- Ausbildung und Kompetenz, einschliesslich spezifischer Fähigkeiten und beruflichen Erfahrungswissens
- Werte und Einstellungen einschliesslich Motivation und Arbeitszufriedenheit
- Körperliche, psychische und soziale Arbeitsanforderungen, Arbeitsgestaltung und Führungsverhalten



Die Arbeitsfähigkeit ist sowohl für das Individuum, für das Unternehmen als auch für die Gesellschaft zur Bewerkstellung des demographischen Wandels von Wichtigkeit. Professor Ilmarinen hat mit dem Work Ability Index (WAI) eine Methode entwickelt, mit der die Arbeitsfähigkeit von Individuen in Unternehmen gemessen werden kann.<sup>3</sup>

Es gibt auch Modelle, welche in einem engeren Sinn den Aspekt Gesundheit und Arbeitswelt umschreiben. Das 3-Ebenen-Modell<sup>4</sup> unterscheidet zwischen den Arbeitsbedingungen, der Arbeitszufriedenheit und der körperlichen Aktivität in der Freizeit sowie dem Gesundheitszustand.

3 Prof. Juhani Ilmarinen, Helsinki, anlässlich der nationalen Tagung für betriebliche Gesundheitsförderung 2005 [http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf\\_doc\\_xls/d/betriebliche\\_gesundheitsfoerderung/allgemeines/BGF\\_Tagung\\_Archiv\\_2005/d/Ilmarinen\\_Juhani\\_\\_Praesentation.pdf](http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/d/betriebliche_gesundheitsfoerderung/allgemeines/BGF_Tagung_Archiv_2005/d/Ilmarinen_Juhani__Praesentation.pdf)

4 Hämmig Oliver, Jenny Gregor, Bauer Georg, Arbeit und Gesundheit in der Schweiz, OBSAN, Arbeitsdokument 12, 2005, S. 21