



Mastering-ConceptConsult
Fit für die Marktdynamik



Reanimation der Arbeitsmotivation

Praxisbewährtes Motivationsmanagement
bei kritischen Personalsituationen



2. Auflage
von Dr. phil.-hist. Hildegard Nibel
Copyright - Alle Rechte vorbehalten: Schröder Consulting

ISBN: 978-3-939255-81-9 (PDF)

Inhaltsverzeichnis

1 HINFÜHRUNG ZUM THEMA	3
2 GESUNDHEITSGEFÄHRDUNGEN ERKENNEN: GEFAHR ERKANNT, GEFAHR GEBANNT?.....	7
2.1 Bisherige Fehlzeiten	8
2.2 Leistungsabfall.....	12
2.3 Verminderte Arbeits- und Lebensfreude	14
2.4 Risikofaktor Geschlecht	17
2.5 ... wenn die Lösung zum Problem wird: der Überkonsum psychoaktiver Substanzen	18
2.6 Sozialer Rückzug.....	23
2.7 Weitere Red Flags für Fehlzeiten oder Fluktuation.....	27
2.8 Risikofaktor: zu hohe Lohnersatzleistungen.....	29
2.9 Systemregeln für die erfolgreiche Rückkehr kranker oder verunfallter Mitarbeitender in den Arbeitsprozess.....	33
3 DREI ERFOLGSFAKTOREN FÜR ERFOLGREICHE WIEDEREINGLIEDERUNG DIREKT AM ARBEITSPLATZ	35
3.1 Kontakt halten.....	37
3.2 Die allerwirksamste und kostengünstigste Massnahme: erleichterte Arbeitsbedingungen anbieten	37
3.3 Abstellgleis Schonarbeitsplatz.....	41
3.4 Sinn und Unsinn von Krankenrückkehrgesprächen.....	43
3.5 Fragen können wie Küsse schmecken	47
3.5.1 Suchen und Finden möglicher Lösungen.....	52
3.5.1.1 Vorbereiten einer Zielvereinbarung	54
3.5.1.2 Zusammenfassung: Was sind gute Zielvereinbarungen?.....	57
3.5.1.3 Abbruchkriterien und Lösungen von einem anderen Stern.....	59
4 CONTROLLING DES FEHLZEITENMANAGEMENTS.....	61
5 DREI ERFOLGREICHE BEISPIELE FÜR FEHLZEITEN- UND CASEMANAGEMENT SOWIE SOZIALER TEILHABE AUS DER PRAXIS	66
5.1 Fehlzeitenmanagement im Pflegebereich.....	66
5.2 Prozessoptimierungen im Casemanagement.....	69
5.3 Das Glück der Erde liegt auf dem Rücken der Pferde	72
6 GLOSSAR	73
7 WISSENSCHAFTLICHE NACHWEISE	74

1 Hinführung zum Thema



Was tun, wenn die Arbeitsmotivation eines Mitarbeitenden unter null gesunken ist und er sich mit einer mehr oder weniger langen Krankschreibung aus dem Arbeitsprozess abgemeldet hat?

Der häufigste Reflex von Arbeitgebern ist: "Das kann ich doch gar nicht beeinflussen. Das entscheiden die Ärzte." Die Vergleichsdaten aus verschiedenen europäischen Ländern zeigen, dass bei der gleichen Diagnose – unspezifische Rückenschmerzen – sowohl die Dauer der Arbeitsunfähigkeit als auch die Rückkehrwahrscheinlichkeit in den Arbeitsprozess sehr unterschiedlich ist: je nach dem, in welchem Land der EU man lebt und arbeitet, ob man eine Familie hat oder alleine wohnt, und wie gut man qualifiziert ist. Bemerkenswerterweise hat die medizinische Therapie keinen Einfluss auf die Rückkehr in den Arbeitsprozess (Bloch & Prins, 2001, p. 278).

Arbeitsstatus nach 3-monatiger Arbeitsunfähigkeit wegen Rückenschmerzen

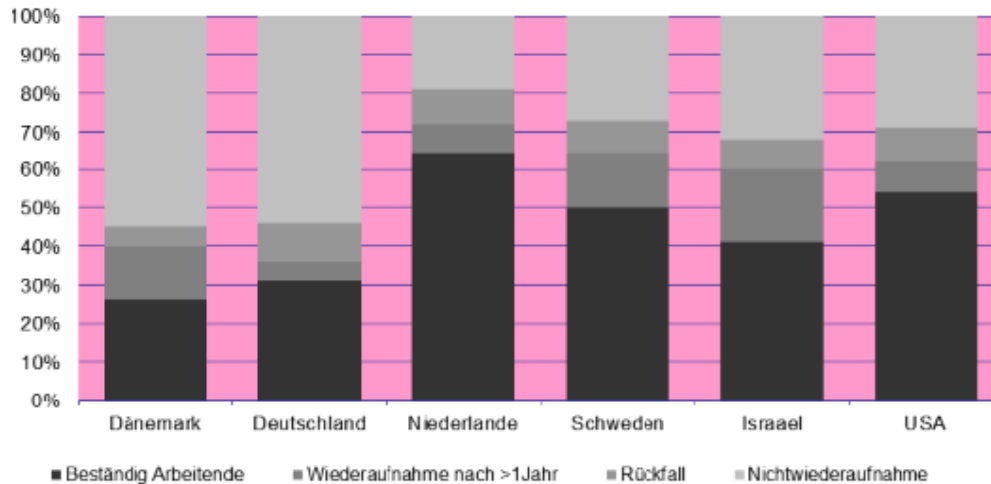


Abb 1 Who returns to work and why? (Bloch & Prins, 2001).

Während in den Niederlanden ca. zwei Drittel der RückenschmerzpatientInnen nach ein bis zwei Jahren in den Arbeitsprozess zurückgekehrt sind, waren es in Deutschland oder Dänemark nur ein Drittel. Der augenfälligste Unterschied zwischen diesen beiden Extrempunkten ist die Verantwortung des Arbeitgebers. In den Niederlanden muss der Arbeitgeber bis zu zwei Jahre nach Beginn der Erkrankung die Lohnkosten übernehmen, in Deutschland oder Dänemark erlischt diese Pflicht nach sechs bzw. acht Wochen. Die Verantwortung für die Mitarbeitenden wird an ein umlagefinanziertes anonymes Versicherungssystem abgegeben – Zyniker würden das als organisierte Verantwortungslosigkeit bezeichnen.

Aber sogar in einem kleinen Land wie der Schweiz – und theoretisch gleichen Rahmenbedingungen durch Arbeitsrecht und Sozialversicherungen – variieren die bewilligten Erwerbsunfähigkeitsrenten bis um das Dreifache. Im schweizerischen Durchschnitt liegt die Neuberentungsquote bei 0,28 % der ständigen Wohnbevölkerung; der Kanton Nidwalden liegt mit 0,13 % deutlich darunter, die Stadt Basel hingegen mit 0,40 % deutlich darüber (IV-Statistik 2017).

Auch beim Bestand von Erwerbsunfähigkeitsrenten sind die BaslerInnen einsame Spitze: 8,5% der versicherten Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter bezieht eine solche Rente, deutlich abgeschlagen dahinter die JurassierInnen mit 6,6 %, ganz am Ende der Tabelle wieder zwei Urkantone, Nidwalden und Uri, wo nur 3,6 bzw. 3,2 % der versicherten Bevölkerung eine Erwerbsunfähigkeitsrente beziehen.

Die vertiefte Untersuchung von Langzeitkranken mithilfe psychologischer Fragebogen zeigt, dass es – neben den systemischen Rahmenbedingungen von Arbeits- und Sozialversicherungsrecht – insbesondere individuelle Merkmale gibt, welche die Rückkehr in den Arbeitsprozess erschweren. Eher depressive Denkmuster, Ängstlichkeit und geringes Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten behindern die Rückkehr in den Arbeitsprozess.

Ebenso eine geringere Arbeitszufriedenheit vor der Erkrankung oder dem Unfall. Eigentlich eine sehr gesunde Reaktion; wäre es nicht selbstzerstörerisch, in eine Situation zurückzukehren, in der man sich nicht wohlfühlt hat? Aber wie eine andere, bessere Arbeit finden, wenn man vielleicht schon längst resigniert hat? Typische Aussagen dazu sind: "Ich muss froh sein, dass ich überhaupt eine Arbeit habe, hier in der Gegend, in meinem Alter, als Frau ... " oder "In anderen Organisationen ist es auch nicht besser." Bruggemann hat diese Form der Arbeitszufriedenheit als resignativ bezeichnet. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass der betroffene Mitarbeiter ursprünglich viel höhere Erwartungen an die Arbeitsinhalte, Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten oder die sozialen Beziehungen bei der Arbeit hatte, und diese Ansprüche angesichts der Realität deutlich reduziert wurden. Hält diese resignative Arbeitszufriedenheit längere Zeit an, wird daraus fixierte Arbeitsunzufriedenheit. Kennzeichnend dafür sind Aussagen wie: "Irgendwie bin ich mit meiner Arbeit unzufrieden, aber ich weiss auch nicht, was ich tun soll" (Baumgartner & Udris, 2006; Bruggemann, Groskurth & Ulich, 1975). - Wunschloses Unglück.

„Es ist der Geist, der sich den Körper baut“

(Friedrich Schiller)

Diese Verbindung zwischen Seele und Körper soll der Ansatzpunkt für diesen Leitfaden zur beruflichen Wiedereingliederung sein. Auch bei scheinbar unumstösslichen medizinischen Diagnosen gibt es einige Möglichkeiten für Arbeitgeber, die Rückkehr in den Arbeitsprozess von erkrankten Mitarbeitenden zu erleichtern, so dass Know-how erhalten und Störungen in bewährten Arbeitsabläufen vermieden werden können; damit kann auch die Qualität von Produkten oder Dienstleistungen gesichert, Kostensteigerungen vermieden und die Rentabilität und Wettbewerbsfähigkeit erhalten werden.

Eine (betriebliche Leistungs-)Kette ist immer nur so stark wie ihr schwächstes Glied: Ein krankgeschriebener Mitarbeiter weist also erst einmal darauf hin, dass die Aufgaben an einem Arbeitsplatz wenig Befriedigungspotential bieten und sich mit hohen Anforderungen zu einem krankmachenden Wirkungsgefüge vereinigen. Dabei sind "hohe Anforderungen" nicht gleichbedeutend mit hoher Qualifikation, sondern häufiger hohe Anforderungen an

Konzentration, Genauigkeit oder Eingehen auf Kundenwünsche wie beispielsweise bei der Fertigungskontrolle oder bei telefonischen Auskunftsdiensten, wo pro Minute durchschnittlich drei Anrufe beantwortet werden. Das sind in einer normalen 8-Stunden-Schicht über 1'000 Anrufe.

Traue (1998, p. 129ff) konnte in seinen Forschungsarbeiten für verschiedene Krankheitsbilder nachweisen, dass schweren körperlichen Erkrankungen jahrelange negative Gefühlszustände vorausgehen, Gefühle von Ohnmacht und Hoffnungslosigkeit. Unbewältigte Verlusterfahrungen beispielsweise erhöhen massiv das Risiko von Herz-Kreislauf- oder Krebserkrankungen. Diese Verlusterfahrungen müssen auch nicht so existentiell sein wie der Verlust enger FreundInnen oder Familienmitglieder. Die stetige Wiederkehr täglicher kleiner Ärgernisse – in der Forschung als "little hazzles" bezeichnet – erhöht das Risiko seelischer und körperlicher Erkrankungen ebenso sehr. Dazu kann auch die als schleichende Dequalifizierung erlebte Veränderung von Tätigkeiten erlebt werden, wenn durch immer mehr Arbeitsvorgaben und Vorschriften der Tätigkeitsspielraum eingeschränkt wird. Angefangen bei den Gesundheitsberufen, wo es zu immer mehr häufigen Diagnosen genaue Empfehlungen zur leitliniengerechten Behandlung gibt. Aber was tun, wenn eine Patientin damit nicht einverstanden ist, sie nicht an die Wirksamkeit der vorgeschlagenen, wissenschaftlich begründeten Behandlung glaubt?

Dieser Leitfaden soll also dazu ermuntern, miese Stimmung und negative Gefühle ernst zu nehmen – auch wenn das auf den ersten Blick eine denkbar unangenehme Aufgabe für Führungskräfte und Personalverantwortliche ist. Aber vielleicht können Sie das auch als Herausforderung nehmen, Ihren Einfallsreichtum zu nutzen und in scheinbar unauflöslich schwierigen Situationen den Funken schlagen, der das schwere Dunkel erhellt? Der Lohn dafür ist, dass Sie von unerwarteten, kritischen Personalsituationen nicht mehr überrascht werden. Stattdessen sind Sie innerlich bereits gut vorbereitet, und haben im besten Fall auch schon einen Plan B bereit (Weick & Sutcliffe, 2010²).

Auf keinen Fall sollten Sie dieses Manuskript so verstehen, dass hier die perfekte Lösung vorgestellt wird, der Sie sich unterwerfen müssen, wenn Sie erfolgreich sein wollen! Verwenden Sie das Buch als Steinbruch, wo Sie umherschlendern und sich das mitnehmen, was Ihnen gefällt, zu Ihren persönlichen Vorlieben und Stärken passt und den Rahmenbedingungen, unter denen Sie arbeiten und leben.

Dieser Leitfaden zur Früherkennung von gesundheitsgefährdeten Mitarbeitenden richtet sich ebenso an Führungskräfte wie an Personalverantwortliche auf allen Stufen der Hierarchie in einer Organisation und soll allen Beteiligten helfen, eine nicht immer einfache Situation mög-

lichst einfach und gut zusammen zu meistern. Sie sollen Hinweise dafür finden, wo und wann ein genaues Hinschauen, Nachfragen und vielleicht sogar entsprechendes Handeln angezeigt ist.

Dieser Leitfaden für den Umgang mit krankheitsgefährdeten Mitarbeitenden bezieht sich bewusst nicht auf die Vielzahl rechtlicher Regelungen zum betrieblichen Eingliederungsmanagement in Sozialgesetzbüchern, Betriebs- oder Tarifvereinbarungen oder auf Feinheiten der medizinischen Diagnostik, mit deren Hilfe bestimmte Krankheitsbilder aus dem Leistungskatalog der Sozialversicherungen ausgeschlossen werden. Dieses kleine Handbuch soll helfen, gesundheitsgefährdete Mitarbeitende sehr früh aufgrund von Informationen zu erkennen, die in einer Organisation normalerweise vorhanden sind und deren Auffinden eigentlich auch keinen grossen zusätzlichen Aufwand verursachen sollte. Die intelligente Verknüpfung und Integration von harten und weichen Daten – Arbeits- und Fehlzeiten sowie Beobachtungsdaten aus dem Arbeitsalltag – kann unnötiges Leiden bei den Mitarbeitenden vermeiden, und im besten Fall deren Selbstheilungskräfte anregen - und nicht zuletzt unnötige Kosten sparen, sowohl betriebs- als auch volkswirtschaftliche.

2 Gesundheitsgefährdungen erkennen: Gefahr erkannt, Gefahr gebannt?

Selten tritt eine schwere Erkrankung von einem Tag auf den anderen auf, wie vom heiteren Himmel herabgefallen. Meist sind Erkrankungen schon lange vorher zu erkennen, häufig aber nicht mit medizinischen Vorsorgeuntersuchungen, sondern mit einer systematischen Auswertung von Fehlzeitendaten und Beobachtungen.

Auf gar keinen Fall soll dieser Leitfaden so verstanden werden, dass alle Mitarbeitenden, die Zeichen einer Gesundheitsgefährdung haben, entlassen werden. Das hatten die Berliner Verkehrsbetriebe vor 100 Jahren bereits in der Unfallprävention versucht. Einige Monate sind die Unfallzahlen bei den Strassenbahnfahrern tatsächlich gesunken. Interessanterweise entwickelten sich aber im Verlauf der Zeit bisher unauffällige Strassenbahnfahrer zu "Unfallfahrern", so dass nach zwei bis drei Jahren die Unfallzahlen wieder genauso hoch waren wie ursprünglich.

Die hier beschriebenen Hinweise sollen dazu dienen genauer hinzuschauen, und bieten damit auch Chancen zur Verbesserung bisheriger betrieblicher Abläufe.

Die Risikoindikatoren sind immer ein Zeichen dafür, dass die Qualifikation eines Mitarbeitenden nicht zu den Anforderungen der Aufgabe passt. Damit ergeben sich aber gleichzeitig auch Chancen, die Arbeit so zu gestalten, dass menschlichen Bedürfnisse mehr beachtet und gleichzeitig Betriebsabläufe verbessert werden.

2.1 Bisherige Fehlzeiten

Ein erhöhtes Risiko für längere Erkrankungen haben Mitarbeitende mit

- mehr als 3 Kurzabsenzen pro Jahr oder
- mehr als 2 Arztzeugnissen pro Jahr oder
- mehr als 3 Wochen krankheits- oder unfallbedingte Abwesenheiten am Arbeitsplatz.

Wie so häufig in der Medizin sind diese Erkenntnisse nicht das Ergebnis gezielter Experimente oder Studien, sondern eher ein Zufallsbefund. Ursprüngliches Ziel dieser Whitehall-Studien Ende der 70-er Jahre des letzten Jahrhunderts in Grossbritannien war es, im Rahmen einer Langzeitstudie die Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen zu ermitteln. Dafür wurden eine Vielzahl medizinischer und psychologischer Variablen erhoben, von der Familiengeschichte, der Herzfrequenz, dem Blutdruck und den Stresshormonen über psychologische Variablen wie Arbeitszufriedenheit und Lebensstile. Die Analyse der Daten konnte kaum eine der ursprünglichen wissenschaftlichen Annahmen bestätigen. Weder gab es geradlinige Beziehungen zwischen Risikofaktoren wie Rauchen, Übergewicht und Salz- oder Alkoholkonsum, noch eindeutige Zusammenhänge zwischen medizinischen Messgrößen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Die einzig sichere Vorhersage von längeren Fehlzeiten am Arbeitsplatz ist aufgrund der bisherigen Fehlzeiten möglich: Je mehr Abwesenheiten jemand hat und je länger diese dauern, umso höher ist auch im kommenden Jahr die Wahrscheinlichkeit krankheits- oder unfallbedingter Abwesenheiten bei der Arbeit.

Auch die Analyse der Arztzeugnisse ergab Überraschungen. Egal ob jemand wegen der immer gleichen Diagnose häufig am Arbeitsplatz fehlt, oder die Diagnose jedes Mal eine andere ist: Mehr als zwei Arztzeugnisse pro Jahr zeigen eine Suche nach Unterstützung an. Möglicherweise ist die benötigte oder gewünschte Unterstützung allerdings eine andere als die, die das Gesundheitssystem bieten kann. Hanne Seemann, eine psychologische Schmerztherapeutin, erklärt es damit, dass der Körper Symptome entwickelt, um uns darauf hinzuweisen, dass etwas in unserem Leben fehlt. Bekämpfen wir nun diese Symptome mit Medikamenten oder medizinischen Prozeduren, entwickelt unser Körper ein anderes Symp-