

Stephanie Pöser, Guido Becke, Cora Schwerdt

Psychische Gesundheits- risiken als Herausforderung für das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM)

Problemfelder, Gestaltungsbedarfe
und -ansätze für betriebliche Akteure

Stephanie Pöser, Guido Becke, Cora Schwerdt

Reihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen 19 | 2017

Psychische Gesundheitsrisiken als Herausforderung für das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM)

Problemfelder, Gestaltungsbedarfe und –ansätze
für betriebliche Akteure

Inhalt

Zusammenfassung	5
1 Einleitung – Gefährdung nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit durch psychische Erkrankungen ...	7
Teil A: Forschungsbedarf und Ausrichtung der Studie	11
2 Psychische Erkrankungen als Gestaltungsaufgabe für das Betriebliche Eingliederungsmanagement	11
2.1 Flexibilisierung der Erwerbsarbeit und psychische Gesundheitsrisiken	11
2.2 Das BEM im Überblick – rechtliche Grundlagen, Verfahren und Verbreitung	14
2.3 Zur Mitbestimmung der Betriebs- und Personalräte im BEM	18
2.4 Psychische Störungen und Erkrankungen – neue Herausforderungen für das BEM	19
3 Methodisches Vorgehen der Studie und Überblick über die empirische Basis	21
3.1 Methodisches Vorgehen in der Erhebungsphase	21
3.2 Charakteristik der Expertengespräche und der betrieblichen Kurzfallstudien	22
3.3 Inhaltsanalytische Auswertung	25
Teil B: Empirische Ergebnisse.....	27
4 Psychische Erkrankungen im Rahmen des BEM: Stellenwert, Besonderheiten und arbeitsbezogene Ursachen	27
5 Schlüsselakteure im BEM.....	30
5.1 Rollen und Handlungsperspektiven der Schlüsselakteure	30
5.1.1 Betriebs-/Personalräte.....	30
5.1.2 Betriebsärzte/Betriebsärztinnen	33
5.1.3 Führungskräfte	34
5.1.4 Personaler/Personalerin	36
5.1.5 Disability Manager	36
5.2 Zur Bedeutung persönlicher Haltungen und Gesundheitsbilder der BEM-Akteure	36
6 Öffnung des BEM gegenüber psychischen Erkrankungen.....	41
6.1 Die kommunikative Verankerung des BEM-Verfahrens	41
6.2 Vertrauensbasierte Kooperationskultur im BEM.....	42
6.3 BEM als Verfahren betrieblicher Problemaufdeckung und Prävention psychischer Erkrankungen ..	43
6.4 Einbindung externer Expertise und lokaler Unterstützungsnetzwerke	46
7 Konflikte und Wiedereingliederungshemmnisse im BEM-Verfahren	47
7.1 Zur Bedeutung von Branchenzugehörigkeit und Unternehmensgröße	47
7.2 Interpersonale Konflikte	48
7.3 Wiedereingliederungshemmnisse	49
8 Wünsche und Verbesserungsvorschläge für das BEM	52
8.1 Verbesserungswünsche in Bezug auf das BEM im eigenen Unternehmen.....	52
8.2 Gesetzliche und politische Gestaltungsansätze.....	52

Teil C: Schlussfolgerungen und Gestaltungsempfehlungen.....	54
9 Ansatzpunkte für „Good Practice“: Handlungsempfehlungen zur Gestaltung des BEM bei psychischen Erkrankungen	54
10 Resümee und weiterer Forschungsbedarf.....	63
11 Weiterführende Informationen.....	65
12 Literaturverzeichnis.....	66

Zusammenfassung

Angesichts des demografischen Wandels avanciert der Erhalt der Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten auch für Bremer Unternehmen zu einem kritischen Schlüsselfaktor für ihre Wettbewerbs- und Zukunftsfähigkeit. Inzwischen zählen psychische Erkrankungen zu den häufigsten Ursachen von Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung. Ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für Beschäftigte ergibt sich bei hohen psychischen Belastungen, die sich aus dem Arbeits- und Berufsleben und dem Privatleben ergeben können, und unzureichenden verfügbaren Ressourcen zur Bewältigung dieser Belastungen.

Das im Sozialgesetzbuch (SGB IX § 84 Prävention) geregelte Betriebliche Eingliederungsmanagement bietet ein Verfahren zur beruflichen und betrieblichen Wiedereingliederung von länger erkrankten Beschäftigten, das sich auch für Erwerbstätige eignet, die psychisch erkrankt sind. Es zielt darauf ab, die Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten zu stärken und ihren Arbeitsplatz zu erhalten.

Allerdings liegen zum BEM, insbesondere mit Blick auf psychisch erkrankte Mitarbeitende, bisher relativ wenig empirische Erkenntnisse vor. Gleiches gilt auch für das Handeln betrieblicher Interessenvertretungen im Rahmen von BEM-Verfahren. Diese Forschungsdefizite bildeten die Grundlage für die im Jahre 2016 durchgeführte, explorative qualitative Untersuchung des Instituts Arbeit und Wirtschaft (iaw) der Universität Bremen.

Für den vorliegenden Bericht wurden leitfadengestützte Interviews mit externen und betrieblichen BEM-Experten geführt und wissenschaftlich ausgewertet. Hierbei wurde insbesondere den folgenden Fragen nachgegangen:

- Welche spezifischen Herausforderungen stellen psychische Erkrankungen an das BEM?
- Welche Probleme bringt dies für betriebliche BEM-Akteure mit sich?
- Welche Gestaltungsempfehlungen für eine Wiedereingliederung von psychisch erkrankten Mitarbeitenden lassen sich ableiten?
- Wie lässt sich die Rolle von Betriebs- und Personalräten im BEM beschreiben?
- Wie nehmen sie ihre Mitbestimmungs- und Beteiligungsrechte wahr?

Die Kernergebnisse der Studie verdeutlichen, dass für betriebliche (BEM-)Akteure der Umgang mit psychisch erkrankten Beschäftigten insgesamt und auch im Rahmen von BEM-Verfahren noch durch ein vergleichsweise hohes Maß an Unsicherheit geprägt ist. Überraschend ist vor diesem Hintergrund, dass Betriebe offenbar relativ selten, externe Expertise (z.B. Integrationsämter, Berufsgenossenschaften u.a.) einbinden, um psychisch erkrankte Mitarbeitende wieder betrieblich einzugliedern. Die Studie zeigt, dass betrieblichen Interessenvertretungen – neben Betriebsärzten – eine Schlüsselposition bei der betrieblichen Wiedereingliederung von psychisch erkrankten Beschäftigten zukommt – nicht allein auf Basis ihrer gesetzlichen Beteiligungs- und Mitbestimmungsrechte. So verfügen betriebliche Interessenvertretungen oft über Erfahrungswissen über betriebliche Prozesse, Strukturen und Veränderungen, das sie zur Wiedereingliederung von Beschäftigten einbringen können (z.B. bei der Suche nach alternativen Arbeitsplätzen). Eine erfolgreiche betriebliche Wiedereingliederung von psychisch erkrankten Beschäf-

tigten kann durch eine frühzeitige Sensibilisierung von Führungskräften und Beschäftigten für psychische Gesundheitsrisiken, eine vertrauensorientierte Gestaltung des BEM-Verfahrens (u.a. nach Kriterien der Verfahrensgerechtigkeit) und eine breite Verankerung und Unterstützung des BEM gefördert werden. Gefährdungsbeurteilungen sind auch für das BEM ein geeignetes Arbeitsschutzinstrument, um psychische Gesundheitsrisiken erkennen und passfähige Maßnahmen entwickeln und umsetzen zu können.

1 Einleitung – Gefährdung nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit durch psychische Erkrankungen

Beschäftigte entwickeln ein grundlegendes Interesse daran, ihre Arbeitskraft möglichst langfristig zu nutzen und einem vorzeitigen Verschleiß ihrer Arbeitskraft sowie einer Erschöpfung ihrer psychischen wie physischen Energien entgegenzuwirken. Der Erhalt der Arbeitskraft ist von zentraler Bedeutung für ihre materielle Existenzsicherung sowie für die soziale Teilhabe in der Arbeitswelt. Dieses Erhaltungsinteresse von Beschäftigten erstreckt sich auf ihren gesamten Erwerbsverlauf. Es ist darauf gerichtet, die eigene Arbeitskraft gegenüber Risiken des Erwerbsarbeitslebens (z. B. Arbeitslosigkeit, Dequalifizierung, Erwerbsunfähigkeit) abzusichern (Fürstenberg 1977, S. 34 f.).

Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit unterstützt Beschäftigte darin, ihr Erhaltungsinteresse zu verfolgen. Damit ist eine personen- oder gruppenbezogene Handlungsressource gemeint, die Beschäftigten ermöglicht, über arbeits- und berufsbezogene sowie private Anforderungen und Widrigkeiten hinweg einer bevorzugten Erwerbstätigkeit nachgehen zu können (vgl. Bleses/Ritter 2013, S. 8 f.). Nachhaltigkeit bedeutet hierbei ‚Dauerhaftigkeit im Wandel‘, d. h. die Beschäftigungsfähigkeit in Anbetracht sich verändernder Arbeitsanforderungen, Zumutungen oder Unwägbarkeiten in der Erwerbsarbeit über den gesamten Erwerbsverlauf zu entwickeln und zu erhalten. Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit fragt danach, welche Ressourcen einzelne Erwerbspersonen oder Erwerbsgruppen entwickeln können, um dynamische Veränderungen in der Arbeitswelt konstruktiv zu bewältigen.

Das Konzept der nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit umfasst drei miteinander verwobene Dimensionen (Bleses/Ritter 2013): die Kompetenz- und Qualifikationsentwicklung, den Erhalt bzw. die Förderung der Gesundheit sowie die Entwicklung und den Erhalt von Arbeitsmotivation, insbesondere der Sinnorientierung in der Arbeit. In der Dimension der Qualifikations- und Kompetenzentwicklung geht es darum, dass Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen ihre Beschäftigungsfähigkeit fortentwickeln, indem sie sich neues Wissen aneignen, Qualifikationen erwerben und Handlungskompetenzen entwickeln, die es ihnen ermöglichen, neue Arbeits-, Handlungs- und Wissensanforderungen

zu bewältigen und sie befähigen, ihre Arbeit (mit-)gestalten zu können. Die gesundheitliche Dimension bezieht sich darauf, über den gesamten Erwerbsverlauf die psycho-physische Gesundheit zu erhalten und gesundheitliche Ressourcen (z. B. personale Ressourcen der Zuversicht oder des Erlebens von Selbstwirksamkeit) zu entwickeln. Die Dimension der Arbeitsmotivation und der Sinnorientierung fragt danach, inwiefern es Beschäftigten über ihren Erwerbsverlauf hinweg gelingen kann, ihre Arbeit als Quelle der Sinnstiftung und damit auch als Quelle der Arbeitsmotivation zu erfahren (Hardering et al. 2015). Erwerbsarbeit wird vor allem als eine Quelle der Sinnstiftung erlebt, wenn sie Beschäftigten ermöglicht, darin ihnen bedeutsame soziale Werte, wie Autonomie, Fairness, Umweltschutz, zu verwirklichen oder zumindest zu verfolgen (Van der Klink et al. 2016).

Nun sind einzelne Beschäftigte oder Beschäftigtengruppen keineswegs alleine für ihre Handlungsressource zur nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit verantwortlich. Vielmehr erweisen sich technische, organisatorische bzw. betriebliche Strukturen (z. B. Aufgaben-, Führungs- und Beteiligungsstrukturen), institutionelle und auch rechtliche Rahmenbedingungen als bedeutsam für die Entwicklung und den Erhalt von Ressourcen, welche die nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen fördern und unterstützen können. Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit bildet sich daher in einem dynamischen und komplexen Wechselspiel zwischen den Handlungskompetenzen und -ressourcen von Individuen bzw. Beschäftigtengruppen auf der einen Seite und den betrieblichen, institutionellen und rechtlichen Umwelten der Erwerbsarbeit auf der anderen Seite heraus (siehe Hobfoll 2011). Es kommt darauf an, ob und inwiefern in diesen Umwelten Ressourcen entwickelt und bereitgehalten werden, die Individuen und Beschäftigtengruppen in der Entwicklung bzw. beim Erhalt nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit unterstützen.

Die Begriffe „psychische Erkrankungen“ sowie „psychische und Verhaltensstörungen“ werden in Theorie und Praxis zumeist synonym verwendet. Nach Jacobi und Harfst (2007, S. 3) kann eine psychische Störung/Erkrankung wie folgt definiert werden: „Psychische Störungen werden als komplexe, multifaktoriell bedingte Erkrankungen verstanden, deren Manifestationen auf verschiedenen Ebenen beschreibbar sind: der Ebene der Kognitionen, der Affekte, des motorischen und sozialen Verhaltens, der interpersonellen Probleme und der Neurobiologie. Definitionsgemäß ist eine psychische Störung mit aktuellem Leiden, Belastungen und Beeinträchtigungen in einem oder mehreren wichtigen Funktionsbereichen (Wahrnehmen, Denken, Fühlen etc., Anm. der Autoren) verbunden oder es besteht eine Beeinträchtigung in der Fähigkeit, Entwicklungsaufgaben zu bewältigen.“

Psychische Störungen bzw. Erkrankungen können die nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen in unterschiedlicher Weise beeinträchtigen: Sie können die Teilhabe von Beschäftigten am Arbeitsmarkt erheblich schmälern, denn für Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen besteht ein besonders hohes Risiko, arbeitslos zu werden und (dauerhaft) zu bleiben. Krankheitszeiten sind bei psychischen Erkrankungen in der Regel länger als bei physischen Erkrankungen. Phasen der Arbeitslosigkeit tragen ihrerseits dazu bei, die psycho-physische Gesundheit von Erwerbspersonen (weiter) zu beeinträchtigen (Bäcker 2012, S. 367). Wenn Beschäftigte aufgrund psychischer Erkrankungen frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden und eine Erwerbsminderungsrente beziehen, so ist dies mit einem vergleichsweise höheren Risiko der Altersarmut verbunden. Wenn Erwerbspersonen eine Erwerbsminderungsrente vor dem 60. Lebensjahr erhalten, bedeutet dies merklich geringere Ansprüche an die gesetzliche Rentenversicherung und hohe Rentenabschläge (Kocher/Zimmer 2016, S. 23). So besteht derzeit fast die Hälfte der Beziehenden gesetzlicher Grundsicherung aus Personen, die dauerhaft erwerbsgemindert sind (Bäcker 2012, S. 371).

Psychische Störungen bergen auch Herausforderungen für die kompetenz- und qualifikationsbezogene und die motivationale Dimension nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit. Wenn Beschäftigte infolge psychischer Erkrankungen nicht mehr in der Lage sein sollten, ihre vorherige Arbeitstätigkeit auszuüben, so kann dies erfordern, sich neue Wissensinhalte, Qualifikationen und Kompetenzen für Alternativtätigkeiten anzueignen. Sofern diese Alternativtätigkeiten mit sozialen Statureinbußen oder Kontrollverlusten (z. B. Verlust an Arbeitsautonomie) verknüpft sind, können

betreffene Beschäftigte diese auch als demotivierend bzw. als Sinnkrise erleben. Diese vielfältigen potenziellen Beeinträchtigungen nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit durch psychische Erkrankungen verdeutlichen, dass Maßnahmen der Reintegration in den Arbeitsprozess eine Schlüsselbedeutung zukommen, um die Beschäftigungsfähigkeit psychisch erkrankter Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen über ihren Erwerbsverlauf zu erhalten. Die Reintegration in die Arbeit ist allerdings in einen größeren Zusammenhang einzubinden, denn sie erfordert eine präventive Arbeits- und Organisationsgestaltung, die darauf abzielt, psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt zu vermeiden (vgl. Geisen 2011; Becke 2017).

Eine wichtige institutionelle Ressource und rechtliche Verfahrensinnovation zur Förderung der nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen stellt in Deutschland das im Neunten Sozialgesetzbuch (§ 84) für Arbeitgeber verpflichtende Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) dar. Es ist darauf gerichtet, die Gesundheit von länger erkrankten Beschäftigten und ihren Arbeitsplatz zu erhalten bzw. sie wieder in den Arbeitsprozess zu integrieren. Bisher liegen kaum Erkenntnisse dazu vor, ob und inwiefern das BEM dazu beiträgt, die nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit psychisch erkrankter Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen zu erhalten. Überdies ist bislang wenig erforscht, wie betriebliche Akteure, insbesondere Management, betriebliche Interessenvertretungen und andere unternehmensinterne oder -externe BEM-Akteure (z. B. Disability Manager/Managerinnen, Betriebsärzte/Betriebsärztinnen, Rehabilitationsträger und gesetzliche Krankenkassen) den Prozess der arbeitsbezogenen Wiedereingliederung psychisch erkrankter Beschäftigter im Rahmen des BEM gestalten, welche innovativen Ansätze hierbei entwickelt werden und welche Hindernisse und Konflikte auftreten können. Das Forschungsprojekt »Psychische Gesundheitsrisiken als Herausforderung für das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) – Problemfelder, Gestaltungsbedarfe und -ansätze für betriebliche Akteure« beabsichtigte, dieses aus arbeitswissenschaftlicher Perspektive bisher kaum erforschte, aber für die nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen höchst relevante Praxisfeld näher zu untersuchen. Dieses Projekt wurde in der Zeit vom 01.01.2016 bis 31.12.2016 am Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw) durchgeführt und aus Mitteln des von der Arbeitnehmerkammer Bremen bereitgestellten Forschungsförderungs fonds finanziert.

Das Forschungsprojekt verfolgte ausgehend vom Stand der Forschung zum BEM zwei forschungsbezogene und zwei praxisbezogene Ziele:

1. Es sollte näher untersucht werden, ob und inwiefern in der betrieblichen Praxis des BEM eine verstärkte Öffnung gegenüber psychischen Gesundheitsrisiken und Erkrankungen erkennbar ist. Im Zentrum unseres Forschungsinteresses standen hierbei die Fragen, inwiefern psychische Erkrankungen von Beschäftigten das BEM vor neue Herausforderungen stellt und wie betriebliche BEM-Akteure ggf. mit diesen neuen Anforderungen umgehen.
2. In der Forschung zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement existieren bisher generell noch merkbare Erkenntnisdefizite über das Interessenvertretungshandeln und die Handlungsorientierungen betrieblicher Interessenvertretungen im BEM; dies gilt insbesondere mit Blick auf die betriebliche Reintegration psychisch erkrankter Beschäftigter. Ferner liegen zu den arbeits- und interessenpolitischen Handlungsbedingungen betrieblicher Interessenvertretungen (Betriebs- und Personalräte, Schwerbehindertenvertretungen) mit Blick auf das BEM noch kaum Erkenntnisse vor. Daher zielte das Forschungsprojekt darauf ab, zur Schließung dieser Forschungslücken einen Beitrag zu leisten.
3. Auf der Grundlage der qualitativen empirischen Erhebungen und deren Auswertung sollten Handlungsempfehlungen für betriebliche BEM-Akteure – unter besonderer Berücksichtigung betrieblicher Interessenvertretungen – entwickelt werden, die sich auf die Gestaltung des BEM-Verfahrens, vor allem in Bezug auf die betriebliche Reintegration psychisch erkrankter Beschäftigter richten.
4. Die Kernergebnisse des Forschungsprojekts und die Handlungsempfehlungen sollen auf einer praxisorientierten Transferveranstaltung im Juni 2017 präsentiert und diskutiert werden. Die Veranstaltung, die gemeinsam von der Arbeitnehmerkammer und dem Institut Arbeit und Wirtschaft ausgerichtet wird, wendet sich vor allem an betriebliche und außerbetriebliche BEM-Akteure.

Die vorliegende Studie gliedert sich nach dieser Einleitung in drei Teile mit insgesamt acht inhaltlichen Kapiteln:

Im »Teil A: Forschungsbedarf und Ausrichtung der Studie« werden zunächst psychische Erkrankungen als vergleichsweise neue Gestaltungsaufgabe für das

BEM erörtert (Kapitel 2). Im Blickpunkt steht hierbei die Bedeutungszunahme psychischer Gesundheitsrisiken und Erkrankungen in einer zunehmend flexibilisierten Arbeitswelt. Überdies werden die rechtlichen Grundlagen des BEM und die Mitbestimmungsmöglichkeiten von Betriebs- und Personalräten im BEM skizziert. Das zweite Kapitel schließt damit ab, den aktuellen Forschungsstand zur Bedeutung von psychischen Erkrankungen für das BEM aufzuzeigen. Im Teil A wird darüber hinaus die Ausrichtung unseres Forschungsprojekts vorgestellt: Hierbei handelt es sich um die Erläuterung des methodischen Vorgehens in der Erhebungs- und Auswertungsphase sowie um einen Überblick über die empirische Basis der qualitativen Studie (Kapitel 3).

Im »Teil B: Empirische Ergebnisse« werden die zentralen Befunde unserer qualitativen Studie vorgestellt. Dabei geht es zunächst um die Bedeutung psychischer Erkrankungen im Rahmen des BEM sowie um arbeitsbezogene Einflussfaktoren auf die Entstehung dieser Erkrankungen (Kapitel 4). Im Anschluss daran werden die in den Interviews identifizierten BEM-Schlüsselakteure vorgestellt (Kapitel 5). Im Mittelpunkt stehen dabei zum einen ihre Rollen und Handlungsperspektiven im BEM-Verfahren. Zum anderen haben wir die Motivation dieser Schlüsselakteure und ihre Gesundheitsbilder untersucht. Damit ließen sich die zentralen Motive der Akteure, sich im BEM zu engagieren, näher erschließen. Ihre Gesundheitsbilder, d. h. ihre persönlichen Vorstellungen von Gesundheit, sind unseres Erachtens bedeutsam für ihre Handlungsorientierungen im Umgang mit psychischen Erkrankungen im Betrieb. Danach werden unsere Befunde zur Öffnung des BEM gegenüber psychischen Erkrankungen vorgestellt (Kapitel 6). Als besonders bedeutsam hierfür erwiesen sich u. a. die kommunikative Einbettung des BEM-Verfahrens in die betriebliche Lebenswelt und die Entwicklung einer vertrauensgestützten Kultur der Zusammenarbeit im BEM. Im Anschluss daran werden in diesem Kapitel Konflikte zwischen den beteiligten BEM-Akteuren und weitere (betriebsorganisatorische) Hemmnisse beschrieben, die eine derartige Öffnung des BEM erschweren. Teil B schließt mit einer Darstellung der Wünsche und Vorstellungen der interviewten betrieblichen wie außerbetrieblichen BEM-Akteure zur Verbesserung des BEM ab, die sich sowohl auf die betriebliche Ebene als auch auf die gesetzliche bzw. politische Handlungsebene richten (Kapitel 7).

Im abschließenden »Teil C: Schlussfolgerungen und Gestaltungsempfehlungen« werden auf der Basis unserer Forschungsergebnisse und der Auswertung einschlägiger Fachliteratur zunächst Ansatzpunkte »guter Praxis« zur Gestaltung des BEM-Verfahrens, insbesondere mit Blick auf den gesundheitssensiblen wie vertrauensbasierten Umgang mit psychisch erkrankten Beschäftigten, präsentiert (Kapitel 8). Dieser Teil umfasst zudem ein Resümee unserer Befunde und weist auf weiteren Forschungsbedarf hin (Kapitel 9).

Teil A: Forschungsbedarf und Ausrichtung der Studie

2 Psychische Erkrankungen als Gestaltungsaufgabe für das Betriebliche Eingliederungsmanagement

2.1 Flexibilisierung der Erwerbsarbeit und psychische Gesundheitsrisiken

Seit den 1990er-Jahren ist die Erwerbsarbeit durch einen vielgestaltigen und tief greifenden Strukturwandel geprägt, der durch politische Entscheidungen und Prozesse der ökonomischen Globalisierung, der Liberalisierung von Finanz- und Kapitalmärkten, der teilweisen Privatisierung öffentlicher Dienste und Infrastrukturen, angebotsorientierte politische Reformen im Bereich der Arbeitsmarktpolitik sowie Tendenzen der Digitalisierung von Arbeit ausgelöst wurde bzw. forciert wird. Dieser Strukturwandel ist u. a. gekennzeichnet durch eine erhöhte Flexibilisierung der Erwerbsarbeit, die folgende Dimensionen umfasst:

- Die *Bedeutungszunahmen flexibler Erwerbs- und Beschäftigungsformen*, wie die Befristung von Arbeitsverhältnissen, geringfügige Beschäftigung, Leiharbeit oder Solo-Selbstständigkeit auf der Basis von Werk- und Honorarverträgen. Flexible Erwerbs- und Beschäftigungsformen weisen bei aller Verschiedenheit ein gemeinsames Merkmal auf: Sie unterscheiden sich in mindestens einem Aspekt von Normalarbeitsverhältnissen, die durch unbefristete, abhängige und sozialversicherungsrechtlich abgesicherte Vollzeitwerbstätigkeit sowie die Einheit von Arbeits- und Beschäftigungsverhältnis gekennzeichnet sind (Seifert 2011, S. 51).
- Die *Flexibilisierung von Arbeitszeiten und Arbeitssorten*: Normalarbeitszeiten, wie die Fünftagewoche mit achtstündigem Arbeitstag und geregelten Pausenzeiten, geraten durch auf Flexibilität setzende betriebliche Geschäfts- und Rationalisierungsstrategien sowie veränderte Kundenwünsche verstärkt unter Veränderungsdruck; an ihre Stelle treten zunehmend flexible Arbeitszeitmodelle bis hin zu betrieblichen Konzepten der Vertrauensarbeitszeit, die weitgehend auf eine Regulierung von Arbeitszeit verzichten. Die Nutzung digitaler Medien ermöglicht inzwischen in vielen Dienstleistungs-

branchen mobile, d. h. orts- und betriebsunabhängige Arbeitsformen.

- Die *Flexibilisierung von Arbeitsstrukturen*: Zur Bewältigung hoher Wettbewerbsintensität setzen Unternehmen zunehmend auf flexible Arbeitsstrukturen, wie Projekt- und Teamarbeit. Diese flexiblen Arbeitsstrukturen sind verbunden mit Managementstrategien der ‚Subjektivierung der Arbeit‘ (Moldaschl 2003), die auf eine möglichst umfassende Nutzung der subjektiven Leistungspotenziale von Beschäftigten für unternehmensbezogene Zwecke abzielen. Beschäftigte erhalten dabei eine ergebniskontrollierte Autonomie (Becke 2008): Sie sollen ihre Arbeit und die damit verbundenen Arbeitsprozesse und -strukturen selbsttätig organisieren und sind dabei für das Erreichen vereinbarter oder vorgegebener ökonomischer Ziele des Unternehmens verantwortlich.

Die Flexibilisierung der Erwerbsarbeit zeigt ihr ambivalentes Gesicht: Auf der einen Seite ist sie für Beschäftigte mit Potenzialen guter Arbeitsqualität verbunden. So geht die ‚Subjektivierung der Arbeit‘ mit zuweilen weitreichenden Autonomiezuwächsen in der Arbeit einher, wodurch das Sinnerleben von Beschäftigten gestärkt werden kann. Überdies ermöglichen erweiterte Optionen der flexiblen Arbeitszeitgestaltung Beschäftigten, gesundheitlich belastende Vereinbarkeitskonflikte zwischen Erwerbsarbeit und privater Lebensführung abzubauen. Die Digitalisierung der Arbeit vermag Beschäftigte darin zu unterstützen, sich dezentral im Arbeitsprozess neues Wissen anzueignen. Auf der anderen Seite verdeutlichen empirische Forschungsergebnisse, dass die Flexibilisierung der Erwerbsarbeit insbesondere mit der Zunahme psychischer Arbeitsbelastungen und erhöhten Gesundheitsrisiken korrespondiert (vgl. Lohmann-Haislah/BAUA 2012; Voß et al. 2013). So setzen flexible Unternehmens- und Arbeitsstrukturen Beschäftigte unter einen beständigen Optimierungs- und Bewährungsdruck, da sie gehalten sind, dynamische ökonomische Zielvorgaben im Rahmen der Selbstorganisation ihrer Arbeit zu erreichen. Ungeplant auftretende Probleme und Unwägbarkeiten im Arbeitsprozess erweisen sich bei oft knapper Personal- und Ressourcenausstattung als eine Quelle beständiger Arbeitsintensivierung (vgl. Ahlers 2011). Die Flexibilisierung der Arbeitszeit ist oft mit erhöhten Zumutungen an Beschäftigten verbunden, die private Lebensführung an betriebliche Verfügbarkeitsanforderungen anzupassen, wie im Falle der Rufbereitschaft am Feierabend oder am Wochenende (Bamberg/Dettmers 2015). Durch die

Ausweitung atypischer Beschäftigungsverhältnisse und die nahezu beständige Reorganisation von Unternehmen nimmt bei Beschäftigten die psychische Belastung aufgrund erlebter Arbeitsplatzunsicherheit merklich zu (Rigotti et al. 2014).

Mit der Zunahme psychischer Belastungen geht eine für die Erwerbsbevölkerung problematische Entwicklung einher: der Zuwachs an psychischen Erkrankungen bzw. psychischen und Verhaltensstörungen als medizinische Diagnosen für die Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung von Beschäftigten. Psychische Erkrankungen, psychische und Verhaltensstörungen haben oft multifaktorielle, d. h. personenbezogene bzw. biologische und umweltbezogene Ursachen (vgl. Walter et al. 2015; Heinz 2014; Freigang-Bauer/Göben 2011), die sich wechselseitig beeinflussen. Diese Einflussfaktoren liegen auch außerhalb der Erwerbsarbeit, wie individuelle Prädispositionen, individuelles Gesundheitsverhalten oder soziale Stressoren im unmittelbaren, insbesondere familiären Umfeld von Menschen (z. B. der Tod eines nahen Angehörigen). In der Arbeitswissenschaft existieren immerhin zwei empirisch für unterschiedliche Branchen und Berufsgruppen abgesicherte theoretische Modelle, die einen Zusammenhang zwischen den Arbeitsbedingungen und der Wahrscheinlichkeit, psychisch bzw. physisch zu erkranken, belegen. Diese Modelle erstrecken sich auch auf psychische Belastungskonstellationen, die für die Flexibilisierung der Erwerbsarbeit zutreffend sind: Nach dem *Anforderungs-Kontroll-Modell* (Karasek/Theorell 1990) erhöht sich das Risiko für Beschäftigte psychisch zu erkranken, wenn ihre Arbeit durch eine Kombination von hohen psychischen Arbeitsanforderungen auf der einen Seite (z. B. Zeitdruck, hohe Arbeitsmenge und widersprüchliche Arbeitsanforderungen, z. B. Schnelligkeit und Genauigkeit) sowie geringen arbeitsbezogenen Autonomie-spielräumen bzw. Lernmöglichkeiten in der Arbeit (‘job strain’) auf der anderen Seite geprägt ist. Derartige Konstellationen treten etwa bei Dienstleistungstätigkeiten in Callcentern oder in der Gastronomie auf. Das psychische Erkrankungsrisiko erhöht sich, wenn Beschäftigte in ihrer Arbeit keine soziale Unterstützung durch Vorgesetzte bzw. Kollegen/Kolleginnen erfahren. In diesen Belastungskonstellationen erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, an Depressionen zu erkranken (Mausner-Dorsch et al. 2000).

Nach dem *Modell der Beruflichen Gratifikationskrisen* (Siegrist 2015) erhöht sich für Beschäftigte das Risiko, psychisch zu erkranken, wenn sie über längere Zeit in der Erwerbsarbeit Anerkennungsdefizite erle-

ben, sie also das Verhältnis zwischen fortgesetzter hoher Verausgabung in der Arbeit und den dafür erhaltenen materiellen oder immateriellen Belohnungen als strukturell unausgeglichen erfahren. Mit Blick auf die Flexibilisierung von Arbeit erleben Beschäftigte z. B. die Diskrepanz zwischen hohem Arbeitsengagement, um immer anspruchsvollere ökonomische Ziele zu erreichen, und vergleichsweise geringen Gegenleistungen der Unternehmen als potenziell gesundheits-schädigende Erwartungsenttäuschung. Auch die unzureichende Anerkennung von Fachlichkeit oder berufsspezifischer Normen durch Unternehmen können die Entstehung beruflicher Gratifikationskrisen begünstigen. Ein Beispiel hierfür ist z. B. die oft unzureichende Anerkennung von Interaktionsarbeit mit und am Menschen als Grundlage für das berufliche Ethos fürsorglicher Praxis in der Alten- und Krankenpflege (vgl. Senghaas-Knobloch 2008; Kumbruck 2010). Berufliche Gratifikationskrisen begünstigen u. a. Herz- und Kreislauferkrankungen sowie das Auftreten depressiver Störungen bei Beschäftigten (Siegrist 2015). Diese beiden empirisch bestätigten Erklärungsmodelle verdeutlichen zumindest, dass problematische Arbeitsbedingungen und Beschäftigungsverhältnisse durchaus psychische Erkrankungen begünstigen. Neuere Studien, wie die Studie des Robert Koch Instituts ‚Gesundheit in Deutschland aktuell‘ belegen, dass die Bedeutungszunahme psychischer wie psychosozialer Belastungen, insbesondere erhöhter Zeit- und Leistungsdruck bei der Arbeit, mit der Bedeutungszunahme psychischer Störungen als medizinische Diagnosen für Frühberentungen einhergeht (Kroll et al. 2011, S. 5). So ist hohe Arbeitsintensität mit einem höheren Risiko, an einer Depression zu erkranken, verbunden (Lohmann-Haislah/BAuA 2012). Sie belegen zudem, dass bei Beschäftigten, die sich durch Arbeitsstress belastet fühlen, ein höheres Risiko besteht, psychisch zu erkranken (Roesler et al. 2006, S. 242).

Auch wenn sich keine Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge zwischen der Flexibilisierung der Erwerbsarbeit und der Zunahme psychischer Erkrankungen in der Erwerbsbevölkerung nachweisen lassen (siehe Dornes 2016), sprechen doch einschlägige arbeitswissenschaftliche Studien (Kroll et al. 2011; Lohmann-Haislah/BAuA 2012; Voß et al. 2013) sowie die Entwicklung medizinischer Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen und Frühberentungen dafür, dass psychische Störungen die Gesundheit von Beschäftigten inzwischen in einem bedeutsamen Ausmaß beeinträchtigen. Psychische Störungen bzw. Erkrankungen gehören inzwi-

schen zu den in Bezug auf Sterblichkeit, Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung, Behandlungskosten und verlorene Arbeitsjahre maßgeblichen Krankheiten in der Erwerbsbevölkerung. Nur chronische Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems erweisen sich als noch bedeutsamer (Knoche/Sochert 2013, S. 8). Bei den medizinischen Diagnosen für Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) stehen psychische Störungen an zweiter Stelle nach Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems. Der Anteil an AU-Tagen, die auf psychische Erkrankungen oder Verhaltensstörungen zurückzuführen sind, ist zwischen 2000 und 2008 von 5,3 % auf 9 % angestiegen (BAuA 2010). Im Jahr 2015 entfiel bereits jeder 10. Fehltag (10,5 %) auf psychische Erkrankungen. Seit 2004 nahmen die Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen um beinahe 72 % zu (Bandura et al., 2016). Psychische Erkrankungen sind mit überdurchschnittlich langen Ausfallzeiten der betroffenen Beschäftigten verbunden: Die durchschnittliche Falldauer hierbei beträgt 25,2 AU-Tage, während die durchschnittliche Ausfallzeit aller Erkrankungen von Beschäftigten bei 11,5 Au-Tagen je Fall liegt (Kocher/Zimmer 2016, S. 19). Unter den psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen bilden Depressionen und Angststörungen die häufigsten medizinischen Diagnosen für die Arbeitsunfähigkeit von Beschäftigten (vgl. Rigotti/Mohr 2010; Klinner et al. 2015).

Nach Auswertungen der gesetzlichen Krankenkassen hat sich in Deutschland der Anteil von Frühberentungen von Beschäftigten infolge psychischer Erkrankungen zwischen 2006 und 2010 von 32,2 % auf 39,2 % erhöht (Richter et al. 2012, S. 7). Auf psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen entfiel in 2012 der höchste Anteil an medizinischen Diagnosen für Frühberentungen. Zwischen 1995 und 2012 gewannen psychische Störungen als Hauptgrund für den Erhalt einer Erwerbsminderungsrente erheblich an Bedeutung: Ihr Anteil stieg von 18,6 % auf 42,1 % der Zugänge in Erwerbsminderungsrenten (Kocher/Zimmer 2016, S. 20). Bei Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Störungen zeigen sich merkbare Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Der Anteil von Männern liegt hierbei bei 39,3 %, während bei Frauen 45 % der Frühberentungen auf psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen beruhen (vgl. Richter et al. 2012, S. 7; Freigang-Bauer/Gröben 2011, S. 15). Bei Frauen werden vergleichsweise häufiger Depressionen und Angststörungen, bei Männern hingegen eher psychische Störungen aufgrund

psychotroper Substanzen, insbesondere Alkoholmissbrauch, konstatiert (vgl. Heyde/Macco 2010; Roesler et al. 2006). Bei den Erwerbspersonen, die neuerdings eine Erwerbsminderungsrente erhalten, zeigt sich allerdings, dass in West- und Ostdeutschland sowie in Bremen Arbeitszeitbelastungen und physische Anstrengungen bedeutsamere Belastungsfaktoren sind als psychische Arbeitsbelastungen (Müller 2015, S. 65). Zudem korrespondieren Unzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz und geringeres Einkommen mit dem Zugang zur Erwerbsminderungsrente (ebd.).

Psychische Erkrankungen sowie psychische und Verhaltensstörungen werden nach medizinischen Diagnosegruppen unterschieden, die vor allem auf zwei medizinischen Klassifikationssystemen beruhen (Harder et al. 2014, S. 7 ff.): Dabei handelt es sich erstens um die von der Weltgesundheitsorganisation erarbeitete ‚Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme‘ (ICD-10). Dort werden psychische und Verhaltensstörungen im Kapitel V beschrieben. Zweitens werden im US-amerikanischen Raum psychische Störungen nach ihren Symptomen im ‚Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)‘ klassifiziert. Auf Basis dieser Klassifikationssysteme lassen sich folgende Diagnosegruppen psychischer Erkrankungen bzw. psychischer und Verhaltensstörungen unterscheiden (siehe Heyde/Macco 2010, S. 36-39):

- *Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen*: Diese psychischen Störungen umfassen sehr unterschiedliche Erkrankungsbilder. Belastungsstörungen äußern sich hierbei in normal nicht zu erwartenden Reaktionsweisen auf schwer belastende akute oder bereits länger andauernde Ereignisse (z. B. Tod eines nahestehenden Verwandten, Arbeitsplatzverlust) im beruflichen bzw. privaten Umfeld der betroffenen Person. Bei somatoformen Störungen können für körperliche Erkrankungssymptome keine organischen Ursachen gefunden werden. Bei Angststörungen handelt es sich um besonders starke bzw. beständige Angstreaktionen. Übliche Symptome für psychische Störungen dieser Diagnosegruppe bilden Angst, Besorgnis, Reiz- und Erregbarkeit, Schlafstörungen und das Auftreten depressiver Stimmungen. Auswertungen von Arbeitsunfähigkeitsstatistiken der bei der AOK versicherten Beschäftigten zeigen, dass 2008 nahezu jeder zweite Arbeitsunfähigkeitsfall aufgrund psychischer Erkrankungen dieser Diagnosegruppe zugeordnet werden kann (ebd., S. 36). Frauen sind von derartigen psychischen Störungen häufiger betrof-

fen als Männer. Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Störungen dieser Diagnosegruppe treten insbesondere bei Arbeitnehmern/ Arbeitnehmerinnen des Dienstleistungssektors (Handel, Banken, Versicherungen, Erziehung und Unterricht) auf. Die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit von AOK-versicherten Beschäftigten aufgrund psychischer Störungen in dieser Diagnosegruppe ist mit 18,6 Tagen recht kurz (ebd.).

- *Affektive Störungen* bezeichnen die „krankhafte Veränderung der Stimmung hin zu einer gedrückten (Depression) oder euphorisch-gehobenen Stimmung (Manie)“ (Heyde/Macco 2010, S. 37 f.). Nach den AOK-Daten sind 2008 knapp 40 % der Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) infolge psychischer Erkrankungen auf diese Diagnose zurückzuführen. Besonders bedeutsam in dieser Diagnosegruppe sind depressive Episoden, die immerhin mehr als 25 % aller AU-Tage infolge psychischer Erkrankungen ausmachen (ebd., S. 38). Typische Symptome hierfür sind Gefühle der Hoffnungslosigkeit, Niedergeschlagenheit sowie Antriebslosigkeit und der Verlust von Interessen. Affektive Störungen sind mit vergleichsweise längeren Zeiträumen der Arbeitsunfähigkeit (durchschnittlich 28,6 Tage nach den AOK-Daten) verbunden. Eine höhere Betroffenheit von affektiven Störungen zeigt sich bei weiblichen und älteren Beschäftigten. Auch affektive Störungen treten als medizinische Diagnosen für AU-Tage häufiger im Dienstleistungssektor auf.
- *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* (Alkohol, Tabak und andere Betäubungsmittel) sind mit vergleichsweise längeren Ausfallzeiten von ca. 21 AU-Tagen bei den AOK-versicherten Beschäftigten 2008 verbunden. Psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol, Tabak und Betäubungsmittel treten bei Männern deutlich häufiger als bei Frauen auf. Sie sind vor allem in der Bau-, Land- und Forstwirtschaft und im Produktionsbereich von Bedeutung. Die Betroffenheit von diesen Verhaltensstörungen unterscheidet sich auch nach dem Bildungsniveau von Beschäftigten: Der Anteil von AU-Tagen ist bei ungelernten Beschäftigten und Facharbeitern/Facharbeiterinnen deutlich höher als bei Hochschulabsolventen/-absolventinnen (ebd., S. 39). Bedenkenswert ist, dass Verhaltensstörungen durch erhöhten Alkoholkonsum bei Auszubildenden eine bedeutsame Diagnose für AU-Tage bildet (ebd.).

- *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* sind dadurch charakterisiert, dass „der Betroffene starre Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigt, die auf tief verwurzelten, anhaltenden und weitgehend stabilen Verhaltensmustern basieren“ (Heyde/Macco 2010, S. 39). Sie äußern sich nicht nur in nicht normalen Gefühls- und Denkmustern, sondern oft auch in deutlich gestörtem Sozialverhalten. Zwar sind diese psychischen Störungen mit 3,2 % nur von geringer anteiliger Bedeutung unter den AU-Tagen wegen psychischer Erkrankungen. Wenn Beschäftigte daran erkranken, so ist dies allerdings mit einer recht langen durchschnittlichen Ausfallzeit von 34,5 Krankheitstagen (2008) verbunden. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen treten häufiger in Kombination mit anderen psychischen Erkrankungen auf. Dies gilt vor allem für Angststörungen, Depressionen, Essstörungen und die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (ebd.).

2.2 Das BEM im Überblick – rechtliche Grundlagen, Verfahren und Verbreitung

Krankheit erweist sich als ein Risikofaktor für die Arbeitsplatzsicherheit von Beschäftigten. Insbesondere chronisch und langzeiterkrankte ältere Beschäftigte (55-67 Jahre) weisen ein hohes Risiko krankheitsbedingter Kündigung auf. Der Verlust des Arbeitsplatzes erschwert Arbeitssuchenden mit gesundheitlichen Einschränkungen, eine neue Arbeitsstelle zu finden (Vater/Niehaus 2013, S. 13). Häufig mangelt es in Betrieben auch an Maßnahmen zur Anpassung von Arbeitsplätzen für chronisch bzw. länger erkrankte Beschäftigte. Die krankheitsbedingte Kündigung erscheint dabei aus Unternehmenssicht zuweilen als der einfachere Weg (Kocher/Zimmer 2016, S. 25). Der Gesetzgeber hat 2004 auf die Problematik chronischer und langzeitiger Erkrankungen als Kündigungsgrund mit der Neufassung des § 84 Abs. 2 SGB IX geantwortet. Diese gesetzliche Regelung verpflichtet Arbeitgeber dazu, allen Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres insgesamt länger als sechs Wochen arbeitsunfähig gewesen sind, ein ‚Betriebliches Eingliederungsmanagement‘ anzubieten und – im Falle der Einwilligung der betroffenen Beschäftigten – dies auch gemeinsam mit betrieblichen Interessenvertretungen umzusetzen (vgl. Kohte 2016, S. 28; Oppolzer 2011, S. 209; ANK 2014, S. 1). Der Gesetzgeber trägt mit der Regelung des BEM der gesundheitspolitischen Problematik Rechnung, dass bei Beschäftigten mit höherem Le-

bensalter und Erwerbsdauer arbeitsbedingte Belastungen kumulieren, sodass sie einem höheren Risiko der Chronifizierung von Erkrankungen und – häufig infolge chronischer Krankheitsverläufe – der Frühinvalidität bzw. der Entstehung von Behinderungen ausgesetzt sind (vgl. Frerichs 2009; Bolwig/Eberhard 2014). Ältere Beschäftigte sind in der Regel zwar seltener krank als jüngere Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen, ihre Arbeitsunfähigkeitsdauer pro Fall steigt mit zunehmenden Lebensalter allerdings stark an (Frerichs 2009, S. 62), sodass sich das Risiko krankheitsbedingter Kündigung erhöht.

Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX), § 84 Prävention:

„(2) Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (betriebliches Eingliederungsmanagement). Soweit erforderlich wird der Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen. Die betroffene Person oder ihr gesetzlicher Vertreter ist zuvor auf die Ziele des betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie auf Art und Umfang der hierfür erhobenen und verwendeten Daten hinzuweisen. Kommen Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht, werden vom Arbeitgeber die örtlichen gemeinsamen Servicestellen oder bei schwerbehinderten Beschäftigten das Integrationsamt hinzugezogen. Diese wirken darauf hin, dass die erforderlichen Leistungen oder Hilfen unverzüglich beantragt und innerhalb der Frist des § 14 Abs. 2 Satz 2 erbracht werden. Die zuständige Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem die Schwerbehindertenvertretung, können die Klärung verlangen. Sie wachen darüber, dass der Arbeitgeber die ihm nach dieser Vorschrift obliegenden Verpflichtungen erfüllt.“

Das gesetzlich geregelte Verfahren zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) verfolgt drei zentrale Ziele: die Überwindung von Arbeitsunfähigkeit, die Vermeidung erneuter Arbeitsunfähigkeit und damit die Stabilisierung und Sicherung des Beschäftigungsverhältnisses. Im Mittelpunkt des BEM stehen

betriebliche Maßnahmen zur Anpassung des Arbeitsplatzes und – sofern dies nicht möglich ist – die nachrangige Suche nach einem anderen betrieblich geeigneten Arbeitsplatz (Kohte 2016, S. 30). Mit dem Kriterium der sechswöchigen Arbeitsunfähigkeit wird ein Zeitraum festgelegt, in dem das BEM in der Regel noch chronischen Erkrankungen von Beschäftigten vorbeugen kann.

Das BEM-Verfahren verbindet das Einzelfallmanagement mit individuellen Hilfs-, Qualifizierungs- und Unterstützungsangeboten für die länger erkrankten Beschäftigten. Es weist jedoch über das Einzelfallmanagement hinaus: Über die gesetzlichen Regelungen zum BEM hinaus können die beteiligten betrieblichen Akteure das BEM z. B. dazu nutzen, aus tätigkeitsbezogenen Gefährdungsbeurteilungen Erkenntnisse zur Verbesserung der Arbeitsqualität an vergleichbaren Arbeitsplätzen und -bereichen zu gewinnen (Bolwig/Eberhard 2014). Das BEM-Verfahren kann damit im günstigen Fall nicht nur die betriebliche Prävention insgesamt voranbringen, sondern sich auch als ein Ansatz erweisen, mit dem in Unternehmen menschengerechte Arbeitssysteme entwickelt werden und ein nachhaltiges Personalmanagement unterstützt wird (vgl. Becke 2017; Geisen 2011).

Der rechtliche Geltungsbereich des BEM ist umfassend (ebd., S. 29): Es bezieht sich auf alle abhängig Beschäftigten in der Privatwirtschaft wie im öffentlichen Dienst. Die BEM Verpflichtung erstreckt sich auf alle Arbeitgeber unabhängig von der betrieblichen Größe. Bei der gesetzlichen Regelung des BEM handelt es sich um eine Verfahrensregelung, bei der keine konkreten rechtlich verbindlichen und messbaren Vorgaben definiert werden. Vielmehr geht es um die Regelung eines beschäftigungssichernden und gesundheitspräventiven Verfahrens (Feldes 2009, S. 223), das einen verlaufs- und ergebnisoffenen, gleichwohl organisierten und kooperativen Suchprozess (Kohte 2010) beschreibt

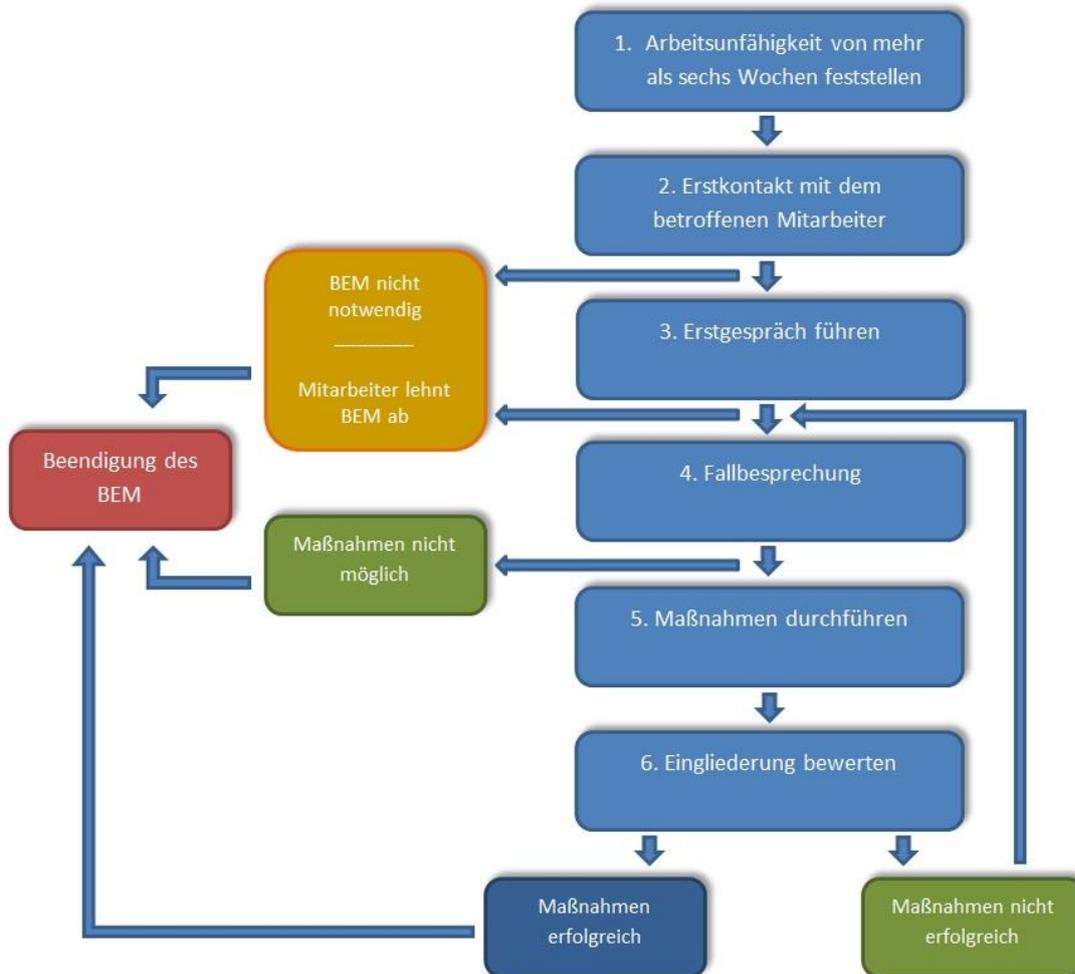
Zentrale Akteure des BEM-Verfahrens sind der Arbeitgeber (bzw. dessen Vertreter/Vertreterinnen) und der oder die länger erkrankte Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin. Als weiterer unverzichtbarer Akteur ist gesetzlich – soweit im Betrieb vorhanden – die betriebliche Interessenvertretung (Betriebs- und Personalrat) bzw. bei schwerbehinderten Beschäftigten die Schwerbehindertenvertretung ausgewiesen. Diese Akteure verfügen demnach über ein obligatorisches Teilhaberecht, das sie im Konfliktfall mit dem Arbeitgeber auch im Rahmen einer betrieblichen Eini-

gungsstelle bzw. vor einem Arbeitsgericht durchsetzen können (siehe Kohte 2010, S. 375). Allen weiteren Akteuren wird im Rahmen des § 84 Abs. 2 SGB IX nur ein optionales Teilhaberecht eingeräumt. Dies gilt je nach Erfordernis für Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit oder aber für andere einschlägige Fachkräfte. Die Gesetzesgrundlage für das BEM umfasst insofern eine verfahrensrechtliche Innovation, als nun auch externe Experten/Expertinnen in das BEM-Verfahren einzubeziehen sind, sofern es sich dabei um sozialrechtliche Hilfen handelt bzw. die betrieblichen Akteure nicht in der Lage sind, geeignete Gestaltungsmaßnahmen zu entwickeln und umzusetzen. In solchen Fällen sind vor allem die Servicestellen der Rehabilitationsträger und die Integrationsämter am BEM-Verfahren zu beteiligen (ebd.). Externe Expertise ist einzubeziehen, um sicherzustellen, dass tatsächlich alle Lösungsoptionen sondiert und ausgeschöpft werden. Diese können Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation, zur Arbeitsassistenz oder zum Einsatz technischer Arbeitshilfen umfassen. Eine Orientierungshilfe zur Vielfalt von Lösungsoptionen im BEM bietet der Katalog des § 33 SGB IX (Kohte 2016, S. 33).

Die Gestaltung des BEM-Verfahrens ist gesetzlich nicht weiter geregelt, sodass betriebliche Freiräume in der Ausgestaltung des BEM bestehen, die tätigkeits- und betriebsspezifische bzw. branchenbezogene Besonderheiten berücksichtigen und dem jeweiligen Einzelfall gerecht werden können (Knoche/Sochert 2013). Mitbestimmungsmöglichkeiten betrieblicher Interessenvertretungen im Rahmen des BEM werden im Kapitel 2.3 behandelt. Auf der gesetzlichen Grundlage des BEM und der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts (BAG) lassen sich gleichwohl bestimmte Mindeststandards für ein BEM-Verfahren benennen (Kohte 2016, S. 32), die durch weitere Verfahrensanforderungen im Sinne guter BEM-Praxis zu ergänzen sind. Hierauf wird in Kapitel 8 näher eingegangen, das sich mit Empfehlungen für die Gestaltung des BEM-Verfahrens, vor allem bei psychisch erkrankten Beschäftigten, befasst.

Das nachfolgende Schaubild beschreibt einen grundsätzlich denkbaren Ablauf des BEM, wie er in der praxisorientierten Fachliteratur oftmals anzutreffen ist:

Abbildung 1: Exemplarischer Ablauf eines BEM-Verfahrens



Quelle: Eigene Abbildung nach: Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen in Zusammenarbeit mit der Bundesagentur für Arbeit (2008)

Das BEM-Verfahren ist auch hinsichtlich der möglichen betrieblichen und am Einzelfall der betroffenen Beschäftigten orientierten *Gestaltungsmaßnahmen* ergebnisoffen. Hierbei können unterschiedliche Maßnahmen, auch in Kombination, zum Einsatz kommen (siehe Kocher/Zimmer 2016, S. 25), wie:

- Arbeitszeitverkürzungen;
- ergonomische Umgestaltung des Arbeitsplatzes und technische Arbeitshilfen;
- Abbau von Arbeitsbedingungen, die den Beschäftigten oder die Beschäftigte überfordern;
- Maßnahmen der gesundheitsförderlichen Arbeits- und Organisationsgestaltung (z. B. Stärkung der Arbeitsautonomie zur gesundheitsförderlichen Selbstgestaltung der Arbeit);
- Maßnahmen zur Qualifizierung und Einarbeitung;
- Veränderung der Art der Beschäftigung oder Veretzung auf einen (leidensgerechteren oder belastungsärmeren) Arbeitsplatz;
- die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess (nach § 28 SGB IX). Demnach wird erkrankten Beschäftigten nach einem ärztlich vorgeschlagenen Eingliederungsplan schrittweise die volle Aufnahme einer geeigneten bzw. der bisherigen Arbeitstätigkeit ermöglicht. Die stufenweise Wiedereingliederung soll den Übergang zwischen längerer Erkrankung und voller Aufnahme der Berufstätigkeit unterstützen;

- die Anpassung des Arbeitsorts, z. B. Ausweitung von Arbeitszeiten im ‚Homeoffice‘.

2.3 Zur Mitbestimmung der Betriebs- und Personalräte im BEM

Die gesetzliche Grundlage des BEM, d. h. § 84 Abs. 2 SGB IX, eröffnet Betriebs- und Personalräten rechtlich abgesicherte Möglichkeiten zur betrieblichen Ausgestaltung und Kontrolle des BEM. Diese ergeben sich erstens aus dem obligatorischen Teilhaberecht der Betriebs- und Personalräte, wonach sie gemeinsam mit dem Arbeitgeber und dem oder der länger erkrankten Beschäftigten Möglichkeiten klären sollen, „wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann“ (§ 84 Abs. 2 SGB IX). Dieses obligatorische Teilhaberecht definiert eine mitgestaltende, aktive Rolle der Betriebs- und Personalräte im BEM. Darin spiegelt sich die Auffassung des Gesetzgebers wider, dass betriebliche Interessenvertretungen über Kompetenzen und betriebsbezogenes Erfahrungswissen verfügen, betriebliche Maßnahmen zur Prävention von (erneuter) Arbeitsunfähigkeit sowie zur Sicherung der Beschäftigung länger erkrankter Beschäftigter zu entwickeln. Das obligatorische Teilhaberecht der betrieblichen Interessenvertretungen bedeutet, dass diese gegenüber dem Arbeitgeber einen Anspruch auf Durchführung eines konkreten BEM-Verfahrens haben (Kohte 2016, S. 38).

§ 84 Abs. 2 SGB IX geht über eine mitgestaltende Rolle betrieblicher Interessenvertretungen hinaus: Erstens wird ihnen das Recht eingeräumt, eine Klärung herbeizuführen, die sich auf die Beantragung und Erbringung von Leistungen zur Teilhabe oder begleitender Hilfen bezieht, die durch das Integrationsamt bzw. die gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger gewährleistet werden. Zweitens werden den betrieblichen Interessenvertretungen Kontroll- und Überwachungsfunktionen gegenüber dem Arbeitgeber übertragen, d. h. betriebliche Interessenvertretungen sind rechtlich dazu befugt, darüber zu wachen, „dass der Arbeitgeber die ihm nach der Vorschrift obliegenden Verpflichtungen erfüllt“ (§ 84 Abs. 2 SGB IX).

Die Qualität der rechtlich verbrieften Einfluss- und Gestaltungschancen der betrieblichen Interessenvertretungen lässt sich näher bestimmen. Sie ergibt sich u. a. aus dem verfahrensrechtlichen Schwerpunkt des BEM sowie aus den Mitbestimmungsrechten des Betriebsverfassungsgesetzes in Kombination mit dem rechtlich

institutionalisierten Arbeits- und Gesundheitsschutz. Hier werden nur die zentralen rechtlichen Grundlagen skizziert (siehe ausführlich Kohte 2016). Analog zum modernisierten Arbeitsschutzgesetz (siehe Blume et al. 2011) bildet die gesetzliche Grundlage des BEM eine verfahrensbezogene Rahmenregelung, die dem Arbeitgeber vergleichsweise große Entscheidungsmöglichkeiten zur Ausgestaltung des BEM-Verfahrens sowie der damit verbundenen Aufbau- und Ablaufstrukturen eröffnet. Die Organisation und das Verfahren des BEM können demnach betriebspezifisch ausgestaltet werden. Regelungen, die der innerbetrieblichen Konkretisierung dieser Rahmenvorschrift dienen, unterliegen nach einer Grundsatzentscheidung des Bundesarbeitsgerichts der Mitbestimmungspflicht (Kohte 2016, S. 36). Die Mitbestimmung betrieblicher Interessenvertretungen erstreckt sich u. a. auf die Entwicklung einer Verfahrensordnung zum BEM, zu der betriebliche Interessenvertretungen mit dem Arbeitgeber eine Betriebsvereinbarung aushandeln und abschließen können. Bei der Verfahrensordnung handelt es sich um betriebliche Regelungen, mit denen das BEM-Verfahren strukturiert und konkretisiert wird. Diese Regelungen können sich z. B. auf das abgestufte Vorgehen beziehen, nach einem Erstgespräch gemeinsam mit dem länger erkrankten Beschäftigten in einem BEM- oder Integrationssteam nach geeigneten Gestaltungsmaßnahmen zu suchen. Grundlage hierfür bildet § 87 Abs. 1 Nr. 1 Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG), wonach der Betriebsrat über ein erzwingbares Mitbestimmungsrecht bei „Regelungen über die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten sowie über den Gesundheitsschutz im Rahmen der rechtlichen Vorschriften“ verfügt (vgl. Blume et al. 2011, S. 36; Kohte 2016, S. 36). Die Mitbestimmung des Betriebsrats bei BEM-relevanten Datenschutzregelungen lässt sich aus § 87 Abs. 1 Nr. 6 BetrVG ableiten. Nach § 87 Abs. 1 Nr. 7 Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG) und im Anschluss an § 5 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) hat die betriebliche Interessenvertretung Mitbestimmungsrechte, eine Gefährdungsbeurteilung als Grundlage für die Planung und Umsetzung geeigneter Maßnahmen durchzuführen.

Die genannten Bestimmungen nach § 87 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 7 BetrVG räumen der betrieblichen Interessenvertretung ein umfassendes Mitbestimmungsrecht bei der BEM-Durchführung ein, die auch ein Initiativrecht bei der Einführung und Ausgestaltung der BEM-Verfahrensordnung einschließt (Oppolzer 2011, S. 210 f.). Wenn der Arbeitgeber den Betriebsrat in der

Ausübung seiner rechtlich verbrieften Initiativ-, Mitbestimmungs- und Kontrollrechte behindert, so kann der Betriebsrat diese über die betriebliche Einigungsstelle oder per arbeitsgerichtliche Verfahren zur Geltung bringen (ebd., 211).

Die skizzierten Mitbestimmungsrechte betrieblicher Interessenvertretungen bilden den gesetzlichen Rahmen, den betriebliche Interessenvertretungen im Betrieb nutzen können, um die Ausgestaltung und Durchführung des BEM mitzugestalten. Darüber, ob und inwiefern betriebliche Interessenvertretungen das BEM-Verfahren tatsächlich mitgestalten, welche arbeits-, gesundheits- und betriebspolitischen Strategien sie dabei verfolgen, welche sozialen Praktiken der Interessenvertretung sie einsetzen, existieren bislang kaum Forschungsergebnisse. In unserem Projekt soll ein Beitrag dazu geleistet werden, diese Forschungslücke zu schließen.

2.4 Psychische Störungen und Erkrankungen – neue Herausforderungen für das BEM

In Unternehmen, die bereits das BEM eingeführt und umgesetzt haben, zeigen sich überwiegend positive Wirkungen: Die für Deutschland bisher einzige repräsentative Studie der Universität zu Köln (Niehaus et al. 2008) kommt zu dem Ergebnis, dass ungefähr jede zweite länger erkrankte Person mithilfe des BEM wieder erfolgreich in den Arbeitsprozess eingegliedert werden konnte. Durch das BEM konnten so krankheitsbedingte Fehlzeiten um mehr als ein Drittel sowie krankheitsbedingte Kündigungen um immerhin 18 % reduziert werden. Überdies hat das BEM in rund einem Drittel der Unternehmen zu einer Verbesserung des Arbeitsklimas beigetragen (ebd.). Das BEM ist also dort, wo es eingeführt und weiterhin praktiziert wird, eine tendenzielle Erfolgsgeschichte: Es trägt dazu bei, die Beschäftigung von langzeiterkrankten Erwerbstätigen zu erhalten und ihre Gesundheit zu verbessern. Für Unternehmen bietet es Vorteile, Neueinstellungs- und Einarbeitungskosten zu vermeiden und vor allem ältere, erfahrene und qualifizierte Arbeitnehmer/ Arbeitnehmerinnen weiterbeschäftigen zu können (Knoche/Sochert 2013, S. 8 f.).

Gleichwohl stellen psychische Erkrankungen das BEM und seine zentralen Akteure vor neue Herausforderungen. Diese ergeben sich aus der Unsicherheit von Führungskräften, Beschäftigten und auch betrieblichen Interessenvertretungen im Umgang mit psychisch erkrankten Beschäftigten, den besonderen

Merkmale psychischer Störungen sowie aus dem organisations- und arbeitskulturell geprägtem Umgang mit psychischen Erkrankungen. In der BEM-Praxis und in der betrieblichen Lebenswelt sind körperliche Erkrankungen (z. B. Muskel-Skelett-Erkrankungen, Beinbrüche) als Grund für längere krankheitsbedingte Ausfallzeiten Führungskräften, Beschäftigten und ihren Interessenvertretungen recht vertraut. Dies gilt in geringerem Maße auch für lebensbedrohliche körperliche Krankheiten, etwa Krebserkrankungen. Die Vertrautheit rührt öfters aus individuellen Erfahrungen mit solchen Erkrankungen, betrieblichen Erfahrungen im Umgang mit körperlichen Erkrankungen und bekannten medizinischen Diagnosen; sie wird durch verbreitete Wahrnehmungsmuster und Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit gestützt. Psychische Erkrankungen und Störungen sind hingegen für betriebliche Akteure oft eine Quelle der Irritation und des weitgehenden Nichtwissens. Dies gilt für die multikausalen Entstehungszusammenhänge dieser Erkrankungen, ihre durchaus vielfältigen Erscheinungsformen und Verlaufsformen sowie die Frage nach verlässlichen Erkennungsmerkmalen, geeigneten Therapien und betrieblichen Handlungsansätzen (LaMontagne et al. 2014). Diese Wissens- und Kompetenzdefizite bewirken eine Handlungsunsicherheit bei Führungskräften, Beschäftigten und ihren Interessenvertretungen, die frühzeitige und vorausschauende Interventionen auf betrieblicher Ebene verhindern können (Moll 2014). Die Unsicherheit betrieblicher Akteure im Umgang mit psychischen Erkrankungen kann im ungünstigsten Fall dazu beitragen, dass sich in Unternehmen ein ‚Netz der Stille und Untätigkeit‘ („web of silence and inaction“) herausbildet (Moll 2014, S. 142). Damit sind betrieblich ausgeprägte Handlungsmuster gemeint, die sich als individuelle, soziale und strukturelle Barrieren in Bezug auf einen inklusiven und gesundheitsförderlichen Umgang mit psychischen Erkrankungen und den davon betroffenen Beschäftigten erweisen. Im Folgenden werden diese Herausforderungen an das BEM skizziert.

Eine zweite Herausforderung ergibt sich aus dem spezifischen Charakter der psychischen Störungen: Es handelt sich dabei häufig um Erkrankungen, die oft chronisch verlaufen und mit dementsprechend längeren, z. T. mehrwöchigen und -monatlichen Ausfallzeiten der erkrankten Beschäftigten verbunden sind (vgl. NCCMH 2011; Voswinkel 2016). Hinzu kommt, dass psychische Störungen im Unterschied zu den meisten körperlichen Erkrankungen durch eine Unabgeschlossenheit (Voswinkel 2016, S. 224) gekennzeichnet

sind. Diese bezieht sich erstens darauf, dass betroffene Beschäftigte häufig ihre Arbeitstätigkeit wieder aufnehmen, ohne dass die Erkrankung vollständig ausgeheilt ist (ebd.). Dies kann z. B. bei der stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess nach § 28 SGB IX der Fall sein. An die BEM-Akteure stellt die potenzielle Unabgeschlossenheit psychischer Erkrankungen neue Anforderungen. Diese beziehen sich auf eine betriebliche Begleitung der wiederingegliederten Beschäftigten im Sinne der Nachsorge. Dies ist zuweilen eine Gratwanderung, denn gemeinsam mit den betroffenen Beschäftigten ist auszuloten, inwieweit eine solche Begleitung durch das BEM-Team bzw. entsprechende Vertrauenspersonen gewünscht ist, ohne dass der oder die Beschäftigte sich kontrolliert oder weiterhin als psychisch erkrankte Person etikettiert, ja vielleicht sogar stigmatisiert fühlt (vgl. Voswinkel 2016; Andersen et al. 2012).

Die Unabgeschlossenheit psychischer Erkrankungen äußert sich zweitens darin, dass psychische Störungen öfters erneut auftreten. So können Beschäftigte u. U. in ihrem Erwerbsverlauf wiederholt an depressiven Störungen erkranken; dies schlägt sich in mehrmonatigen Episoden depressiver Störungen nieder (siehe NCCMH 2011, S. 23). Die potenzielle Unabgeschlossenheit psychischer Störungen bedeutet, dass eine Vulnerabilität der betroffenen Beschäftigten, d. h. eine Verwundbarkeit oder Verletzlichkeit durch belastende Erfahrungen (Voswinkel 2016, 24), bestehen bleibt. Für das BEM bedeutet dies, dafür Sorge zu tragen, dass arbeitsbezogene Risikofaktoren (z. B. Zeitdruck und Arbeitsintensivierung), die psychische Erkrankungen auslösen oder die Wahrscheinlichkeit ihres erneuten Auftretens erhöhen, frühzeitig erkannt und soweit wie möglich reduziert werden (Prävention). Hierfür bieten sich z. B. Gefährdungsbeurteilungen als ein Instrument an, das auch zur Abschätzung psychischer Gesundheitsrisiken einsetzbar ist. Auf ihrer Grundlage können Arbeitsbedingungen, welche die psychische Gesundheit beeinträchtigen, erkannt, reduziert bzw. beseitigt werden. Die Einsicht in die Unabgeschlossenheit psychischer Erkrankungen kann in der betrieblichen Praxis überdies als Ausgangspunkt dafür genutzt werden, die gesundheitlichen Ressourcen von Beschäftigten zu stärken (LaMontagne et al. 2014), z. B. durch Beteiligungsmöglichkeiten für Beschäftigte, die eigene Arbeit, ihr Umfeld und ihre Rahmenbedingungen aktiv mitzugestalten (Gesundheitsförderung).

Vorliegende Studien verweisen auf die erlebte Unsicherheit psychisch erkrankter Beschäftigter in Verbindung mit ihrer Wiedereingliederung in die Arbeit

(siehe als Überblick Andersen et al. 2012): Diese Unsicherheit bezieht sich auf die Wahl des für sie richtigen Zeitpunkts der Wiederaufnahme ihrer Erwerbstätigkeit. Das Gefühl, aufgrund der psychischen Erkrankung den Arbeitsanforderungen nicht (mehr) gewachsen zu sein, kann zur Entstehung einer Arbeitsplatzphobie beitragen. Die Annäherung an den Arbeitsplatz bzw. Betrieb ist in solchen Fällen angstbesetzt. Die Verlängerung der Krankschreibung erscheint dabei als geeignetes Vermeidungsverhalten (siehe Muschalla/Linden 2009). Die individuelle Unsicherheit richtet sich überdies darauf, die für die Person geeignete Balance zwischen ihrem Anliegen nach schrittweiser, allmählicher Wiedereingliederung und dem Bestreben, von Führungskräften und Kollegen/Kolleginnen wieder als vollwertige, d. h. leistungsfähige, verantwortungsvolle und gesundete Arbeitskraft anerkannt zu werden, herzustellen. Diese Unsicherheit kann bei betroffenen Beschäftigten in eine selbstinduzierte Überforderung der eigenen Leistungsfähigkeit münden (Andersen et al. 2012, S. 100). Für die BEM-Akteure bedeutet dies, eine hohe Sensibilität für individuelle Unsicherheiten der psychisch erkrankten Beschäftigten zu entwickeln, die im Zusammenhang mit ihrer Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess stehen. Sie setzt voraus, in der Wiedereingliederungsphase und möglichst auch davor, d. h. während der Erkrankungsphase, mit den betroffenen Beschäftigten im Gespräch zu bleiben.

Das BEM orientiert sich primär am Einzelfall der psychisch erkrankten Person und der Anpassung ihres Arbeitsplatzes (Voswinkel 2016). Diese Einzelfallorientierung ist erforderlich, um an den Befindlichkeiten, Wahrnehmungen und Problemlagen der erkrankten Person anzusetzen und diesen gerecht zu werden. Die Einzelfallorientierung unterstützt die berufliche Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, indem sie mit Blick auf für die erkrankte Person geeignete, möglichst passgenaue Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen vermag sowie die individuellen Ressourcen der erkrankten Person stärken kann. Eine weitere Herausforderung an das BEM besteht darin, die Einzelfallorientierung möglichst mit Ansätzen der präventiven Arbeitsgestaltung, z. B. durch die Anwendung von Gefährdungsbeurteilungen, zu verknüpfen.

Die Wiedereingliederung kann scheitern, wenn BEM-Maßnahmen sich zu stark am Einzelfall ausrichten und dabei die konkreten Arbeitsbedingungen und betriebliche Leistungsanforderungen als zu beeinflussende Faktoren ausklammern. Durch die Begrenzung auf den Einzelfall gerät aus dem Blick, dass Arbeitsbedingun-

gen, die in einem Fall zur psychischen Erkrankung beigetragen haben, auch für andere Beschäftigte einen Risikofaktor für die psychische Gesundheit darstellen könnten. Überdies besteht bei der Begrenzung auf den Einzelfall die Gefahr, dass Beschäftigte in ein unverändertes Arbeitsumfeld zurückkehren, das z. B. durch nach wie vor hochgradig belastende Arbeitsbedingungen (z. B. hoher Termin- und Leistungsdruck) und eine ausgeprägte Orientierung an ökonomischen Ergebniszielen gekennzeichnet ist (Andersen et al. 2012). In Anbetracht der vergleichsweise höheren psychischen Verwundbarkeit der Rückkehrer/Rückkehrerinnen erhöht sich hierbei das Risiko, erneut psychisch zu erkranken (ebd.). Die Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen bietet den BEM-Akteuren einen geeigneten Ansatzpunkt, um auch die konkreten Arbeits- und Leistungsbedingungen gesundheitsförderlich zu gestalten und damit über die Einzelfallorientierung hinauszugehen (Voswinkel 2016). Dabei ist mit Widerständen von Fach- und Führungskräften zu rechnen, die bestehende Arbeitsstrukturen, Arbeitsbedingungen und die betriebliche Leistungs politik als alternativlos betrachten (Moll 2014).

Schließlich besteht eine besondere Herausforderung an das BEM darin, dass psychische Arbeitsbelastungen und erst recht psychische Störungen in Unternehmen mitunter normalisiert oder tabuisiert und verleugnet werden. Die Normalisierung psychischer Belastungen äußert sich darin, dass ein hohes Maß an psychischer Belastung in betrieblichen Arbeits- und Leistungskulturen als unhinterfragter, ja selbstverständlicher Normalfall gilt. Beschäftigte, die über hohe (psychische) Belastungen klagen, laufen Gefahr, im Kollegenkreis bzw. von Vorgesetzten als wenig belastungsresistent abgestempelt zu werden (Becke et al. 2010). In einem solchen Arbeitsklima neigen psychisch erkrankte Beschäftigte dazu, solange wie möglich ihre Erkrankung zu verschweigen und die Normalitätsfassade hoher Leistungsbereitschaft und -verausgabung aufrechtzuerhalten. Dies kann einer Chronifizierung psychischer Erkrankungen Vorschub leisten. Die Normalisierung hoher psychischer Belastungen kann in leistungsorientierten Arbeits- und Organisationskulturen mit einer Tabuisierung bzw. Verleugnung psychischer Störungen einhergehen (vgl. Kocyba/Voswinkel 2007; Becke et al. 2010). Psychische Störungen werden von betroffenen Beschäftigten, aber auch von ihrem sozialen Umfeld im Unternehmen nicht (betriebsöffentlich) angesprochen, da sie mit Ängsten vor krankheitsbedingter Kündigung und Verlust des Arbeitsplatzes sowie mit der Angst vor

sozialer Ausgrenzung und Stigmatisierung als Außen-seiter verbunden sind (Voswinkel 2016). In Unternehmen mit einer hohen ökonomischen Ergebnis- und Leistungsorientierung trägt der erlebte hohe Zeit- und Termindruck zu einer stressbedingten Indifferenz bei. In der täglichen Hetze bleiben kaum Zeiten des Gewahrseins für Kollegen und Kolleginnen, die unter hohem Stress oder gar psychischen Störungen leiden (Moll 2014). Die arbeits- und organisationskulturellen Barrieren stellen an das BEM und seine zentralen Akteure hohe Anforderungen, psychische Störungen organisationsintern zu enttabuisieren und ein Arbeits- und Organisationsklima psychologischer Sicherheit (Edmondson 1999) zu entwickeln, in dem psychische Erkrankungen ohne Angst vor Ausgrenzung, Stigmatisierung und Arbeitsplatzverlust ansprechbar sind.

Psychische Erkrankungen stellen besondere Herausforderungen an das BEM. Die durchgeführte Studie hatte zum Ziel, empirische Erkenntnisse über die Öffnung des BEM gegenüber psychischen Gesundheitsrisiken und Erkrankungen zu gewinnen. Die Ergebnisse werden auf den folgenden Seiten beschrieben.

3 Methodisches Vorgehen der Studie und Überblick über die empirische Basis

In diesem Kapitel wird die methodische Vorgehensweise der iaw-Studie erläutert und ein Überblick über die empirische Untersuchungsbasis gegeben. Dies schließt eine Charakteristik der durchgeführten Betriebsfallstudien ein, in der die jeweiligen Besonderheiten des Betrieblichen Eingliederungsmanagements skizziert werden.

3.1 Methodisches Vorgehen in der Erhebungsphase

Bei dem durchgeführten Forschungsprojekt handelt es sich um eine explorative, qualitative Studie, die zunächst leitfadengestützte Interviews mit außerbetrieblichen Experten/Expertinnen aus unterschiedlichen institutionellen Settings (z. B. Rehabilitationsträger, Integrationsamt) vorsah. Auf dieser Basis wurden danach unterschiedliche betriebliche Kurzfallstudien durchgeführt, die Gruppendiskussionen bzw. leitfadengestützte Interviews mit unterschiedlichen betrieblichen BEM-Akteuren und ergänzende Dokumentenanalysen umfassten. Das qualitative und explorative Vorgehen wurde gewählt, da zum Forschungsge-

genstand der Studie bisher kaum arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse vorlagen. Dies gilt vor allem für die Rolle und die Handlungsorientierungen betrieblicher Interessenvertretungen im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements.

Für die Expertengespräche mit den externen institutionellen BEM-Experten wurde zunächst ein Interviewleitfaden erstellt. Es folgte die Kontaktaufnahme zu den Experten/Expertinnen, die Terminabstimmung und die Durchführung der Gespräche.

Für die Betriebsfallstudien wurde unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus den Expertengesprächen ein weiterer Interviewleitfaden erstellt, der problemzentrierte Interviews mit unterschiedlichen betrieblichen BEM-Akteuren, insbesondere betrieblichen Interessenvertretungen, ermöglicht hat.

Die Expertengespräche und die Interviews bzw. Gruppendiskussionen im Rahmen der Betriebsfallstudien dauerten jeweils zwischen 90 und 120 Minuten. Alle Gespräche wurden aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert.

Es wurden

- fünf Interviews mit neun außerbetrieblichen Experten aus Arbeitnehmer-/Arbeitnehmerinnen-Vertretungen, Versorgungsamt, öffentlichem Dienst und betriebsärztlichen Dienstleistungsunternehmen und
- sechs Interviews mit 13 Experten aus fünf Betrieben, darunter einem Technologieunternehmen für wissenschaftliche Anwendungen, einem Krankenhaus, einem großen Mobilitätsdienstleister, einem großen Finanzdienstleister sowie einer Hochschule

geführt. Insgesamt basiert die Empirie des vorliegenden Berichtes demnach auf insgesamt 22 Expertenmeinungen.

3.2 Charakteristik der Expertengespräche und der betrieblichen Kurzfallstudien

Expertengespräche:

In die Expertengespräche waren neun Personen aus den folgenden institutionellen Kontexten einbezogen:

- Arbeitnehmerkammer Bremen,
- Betriebsärztlicher Dienst,
- Interessenvertretung aus dem öffentlichen Dienst im Lande Bremen,

- Amt für Versorgung und Integration des Landes Bremen sowie
- gesetzliche Unfallversicherung für nichtstaatliche Einrichtungen im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege.

Die befragten Experten verfügen über spezielles Expertenwissen und Erfahrungen in unterschiedlichen Betrieben. Sie werden von den betrieblichen BEM-Akteuren und auch von betroffenen Beschäftigten als Experten bei bestimmten Fragestellungen zum BEM-Prozess hinzugezogen.

Betriebsfallstudien:

Im Rahmen der Betriebsfallstudien wurde ein Technologieunternehmen für wissenschaftliche Anwendungen, zwei Parteien eines Maximalversorger-Krankenhauses, ein großer Mobilitätsdienstleister, ein Finanzdienstleister sowie eine Hochschule aus dem Lande Bremen befragt.

Die untersuchten Betriebe sowie die betriebspezifischen Regelungen zum BEM sollen im Folgenden näher erläutert werden:

- I. Das Technologieunternehmen für wissenschaftliche Anwendungen kommt aus der Privatwirtschaft und bietet sowohl Dienstleistungen als auch die Entwicklung von Technologien an. Die Interviewpartner kamen aus dem Betriebsrat eines Standorts und hatten einen ingenieurwissenschaftlichen Professionshintergrund.

Es gibt eine Rahmenbetriebsvereinbarung auf der Konzernebene zur Regelung des BEM. Die BEM-Betriebsvereinbarung am Standort der Befragten wurde in Zusammenarbeit mit externen Institutionen entwickelt und unterscheidet sich in einigen Aspekten von der Rahmenbetriebsvereinbarung zum BEM. Wenn die Voraussetzungen für ein BEM bei einem/einer Beschäftigten erfüllt sind, erfolgt der Anstoß zum BEM durch die Personalleitung. Diese regelt die Formalitäten und koordiniert den Prozess. Der Betriebsrat ist ein zusätzlicher Promotor des Betrieblichen Eingliederungsmanagements.

Optional am BEM beteiligte Akteure sind: der Betriebsarzt, die Personalabteilung, eine Fachkraft für Arbeitssicherheit und der Betriebsrat. Das erste Gespräch wird mit der Personalabteilung geführt. Darüber hinaus gibt es eine Regelung dazu, bis wann der Betroffene auf das Anschreiben reagiert haben muss.

- II. An den Interviews im Maximalversorger-Krankenhaus waren Vertreter des Betriebsrats sowie die Betriebsärzte beteiligt. Die befragten Experten gehören fast ausschließlich der medizinischen Branche an. Das Durchschnittsalter der Mitarbeiter des Krankenhauses ist mit ca. 45 Jahren vergleichsweise hoch, zudem ist die Betriebszugehörigkeit mit im Durchschnitt etwa 15 Jahren relativ lang. Bemerkenswert ist zudem, dass der Fachärzteanteil sowie der Anteil examinierter Pflegekräfte über dem Bundesdurchschnitt liegen.

Zu den Besonderheiten des BEM dieses Dienstleisters gehört, dass eine Betriebsvereinbarung zu psychischen Erkrankungen vorhanden ist. Es wurde ein besonders offener Umgang mit psychischen Störungen beschrieben, der mit dem bestehenden professionsgebundenen Hintergrund des Krankenhauses begründet wurde. Das BEM funktioniert entsprechend der Aussagen beider Parteien sehr gut. Hervorgehoben wurde zudem die gute Vernetzung und Zusammenarbeit im Unternehmen, die kurze Wege der internen Kommunikation sowie einen guten Austausch und eine schnelle Hilfestellung ermöglichen.

Das Unternehmen schloss sich einem größeren Konzern an, es folgten Umstrukturierungs- und Reorganisationsprozesse des Konzerns, wodurch das BEM-Verfahren etwas verändert wurde und zunächst einen holprigen (Neu-)Start hatte. Die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure funktioniert nach Angaben der Interviewpartner in diesem Unternehmen besonders gut. Sofern die Betriebsärzte bei einer Untersuchung von einer langwierigen Erkrankung erfahren, versuchen sie das BEM-Verfahren frühzeitig anzustoßen. Bei Bedarf klären sie Betroffene, die sie aufsuchen, über das BEM-Verfahren und dessen Sinn auf. Die Betriebsärzte verstehen sich u. a. als erste Ansprechpartner für das BEM, neben Vorgesetzten und dem Betriebsrat.

Als eine Besonderheit ist zudem ein organisationsinternes Projekt zu nennen, dass die kollegiale Unterstützung befördert und Kollegen und Kolleginnen bei Problemen im Privatleben unterstützen soll (z. B. finanzielle Probleme, Suchtprobleme, Unfälle, Erkrankungen oder Pflegefälle von Angehörigen).

- III. Der Mobilitätsdienstleister ist ein großer, privatrechtlicher Konzern. Der Interviewpartner/die Interviewpartnerin war hier ein Mitglied des Betriebsrates.

Dieser Dienstleister hat eine besondere Trennung des BEM-Prozesses in zwei Schritten vorgenommen. Zuerst erfolgt ein BEM zur Prävention als erster Schritt, nach Abschluss dieses ersten Schrittes kann anschließend ein BEM zur Integration eingeleitet werden, dass der beruflichen Wiedereingliederung dient.

Nach längerer Erkrankung des/der Beschäftigten wird zunächst ein Präventionsgespräch (BEM zur Prävention) angeboten. Bei diesem Gespräch werden organisationale Veränderungen besprochen und es wird der/die Beschäftigte gefragt, ob er/sie ein BEM benötigt, womit der Arbeitgeber seine gesetzlichen Verpflichtungen erfüllt. Das Präventionsgespräch ist zunächst eine verpflichtende Maßnahme. Ob der Mitarbeiter ein BEM wünscht oder nicht, wird in einem Präventionsbogen festgehalten. Zum sogenannten „BEM zur Prävention“ lädt die Führungskraft ein und die Interessensvertretung wird informiert.

Viele Mitarbeiter benötigen nach einer längeren Erkrankung Zeit, sich wieder am Arbeitsplatz zurechtzufinden. Bestehen weiterhin Probleme, die Arbeitsanforderungen zu bewältigen, haben die betroffenen Mitarbeitenden auch zu einem späteren Zeitpunkt noch die Möglichkeit, ein BEM zu nutzen.

Muss ein Ersatz-Arbeitsplatz gefunden werden und wird dieser nicht im eigenen Betrieb/Geschäftsbereich gefunden bzw. kann der Beruf trotz Maßnahmen des Arbeitgebers nicht mehr ausgeübt werden, ist das BEM zur Prävention beendet und das BEM zur Integration startet. Der/die Beschäftigte muss dabei aktiv mitwirken. Personalreferenten/-referentinnen oder Führungskräfte begleiten dann nur noch das BEM, die Prozessleitung geht dann an den Eingliederungsmanager/die Eingliederungsmanagerin über.

Mögliche Teilnehmer am BEM sind die (unmittelbare) Führungskraft oder der Personaldienst, Personalabteilung, Fachkraft für Arbeitssicherheit und Betriebsarzt/Betriebsärztin. Bei BEM-Fällen, in denen es um Mobbing oder (sexuelle) Belästigung geht, kann eine Ombudsfrau zur psychologischen Beratung hinzugezogen werden.

Das BEM zielt hier darauf ab, für Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen und das Unternehmen Ressourcen zu entwickeln. Voraussetzung dafür, ein BEM-Gespräch führen zu können, ist in diesem Unternehmen eine Schulungsmaßnahme. Außerdem werden Führungskräfte, die nicht gerne Gespräche führen, mit den Schulungsmaßnahmen entsprechend qualifiziert.

Die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen bekommen für einen Zeitraum von bis zu 36 Monaten 84 % ihres Gehalts weiter ausgezahlt und werden in dieser Zeit für einen Ersatz-Arbeitsplatz im eigenen Betrieb bzw. für einen Arbeitsplatz an einem anderen Standort qualifiziert. Eine interne Personalagentur ist dafür zuständig gegebenenfalls die langzeiterkrankten Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen an einen anderen Standort zu vermitteln. Die Versetzung an einen anderen Standort wird unter sozialverträglichen Bedingungen vollzogen. Fahrtzeiten von bis zu 150 Minuten müssen jedoch in Kauf genommen werden. Anspruch auf diese Förderung besteht nach fünf Jahren Betriebszugehörigkeit.

- IV. Bei dem großen Finanzdienstleister kümmern sich insbesondere die Personalbetreuenden und der Betriebsrat gemeinsam um das BEM. Für das Interview erklärten sich ein Beschäftigter/eine Beschäftigte aus der Personalabteilung sowie eine/einer aus dem Betriebsrat bereit. Beide Interviewpartner haben jahrzehntelange Berufserfahrung im Unternehmen und einen kaufmännischen Hintergrund. Die beiden Gesprächspartner arbeiten bereits seit Längerem beim BEM eng zusammen und beschreiben ein beiderseitig ausgeprägtes Vertrauensverhältnis. Des Weiteren schätzen sie den gegenseitigen Meinungs-austausch. Die Personalbetreuenden sind immer im BEM-Prozess eingebunden und sehen sich selbst als elementar für den Start des Prozesses.

Aufgrund der Größe des Konzerns ist das BEM regional etwas differenziert aufgebaut. Jedoch wurde mit der Betriebsvereinbarung ein Standard geschaffen, durch den die Akteure und der Ablauf des BEM konkret festgelegt wurden. Die Betriebsvereinbarung ist im Intranet den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen zugänglich. Die Experten/Expertinnen sehen den Vorteil der Betriebsvereinbarung darin, dass die Beschäftigten so über den Prozess des betrieblichen Eingliederungsmanagements – neben dem üblichen Anschreiben – informiert werden. Sie beinhaltet unter anderem

die Verfahrensregelungen zum BEM und legt optionale Akteure fest. Betriebsrat, Schwerbehindertenvertretung, Führungskraft und Personalbetreuer können von Betroffenen optional als Ansprechpersonen gewählt werden. Darüber hinaus sind die Personalbetreuenden (fast) immer dabei. Zusätzlich können noch der Betriebsarzt/die Betriebsärztin oder unter „Sonstiges“ individuelle Optionen/Wünsche für den BEM-Prozess mit aufgenommen werden.

Das Anschreiben wird per Post von der Zentrale an den Beschäftigten/die Beschäftigte in dessen/deren krankheitsbedingter Abwesenheit geschickt. Anschließend schickt der/die Beschäftigte das Schreiben zurück und es erfolgt eine Mitteilung, ob und wann bzw. wie ein BEM erfolgt. So wird der formale Prozess sichergestellt.

Die besondere Rolle und Verantwortung der Führungskraft im BEM setzt einen erhöhten Bedarf an Wissen voraus. Daher werden Führungskräfte speziell geschult und das Wissen regelmäßig aufgefrischt, zum Beispiel über sogenannte Leiterrunden, also Besprechungskreise von Führungskräften.

Der Betriebsrat wird über den Beginn eines BEM-Prozesses durch die Personalbetreuenden informiert, wenn das Anschreiben verschickt wird. Der persönliche Kontakt zwischen Betriebsrat oder Personalbetreuenden und den erkrankten Betroffenen ergänzt hier in den meisten Fällen den formalen Prozess. Die konkrete Ansprache erfolgt eher direkt und persönlich als offiziell. Ein Telefonat zwischen Personalbetreuenden und Beschäftigten mit ersten BEM-Gesprächsanteilen wird dem BEM-Prozess zunächst vorangestellt. Dies dient der allgemeinen Information der Betroffenen. Meist werden die beiden Ansprechpartner freiwillig auch über die konkrete medizinische Diagnose informiert, was als hilfreich für den Prozess angesehen wird.

Zu Anfang des Gesprächs wird von dem/der Beschäftigten eine Aufklärung in Form einer Checkliste unterschrieben. Dies soll dazu dienen, die Vertraulichkeit, die Möglichkeit der Beendigung oder des Wiederaufleben-Lassens des BEM dem/der Beschäftigten deutlich zu machen.

Nach längerer Erkrankung und Abwesenheit gibt es in den ersten Wochen ein Fresh-Up für den Betroffenen/die Betroffene und zunächst eine Frei-

stellung vom Kundengeschäft.

Bezüglich der Maßnahmen ist in Einzelfällen ein Arbeitsplatzwechsel möglich. Manchmal wird ein Ortswechsel und/oder Teamwechsel als einfacher eingeschätzt, auch wenn ggf. Nachteile wie längere Anfahrtswege damit einhergehen.

- V. Die in unsere Studie einbezogene Bremer Hochschule hat fünf Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen aus den Verwaltungs- und Technikbereichen zu Disability Manager/Managerinnen schulen lassen, von denen vier an dem Interview teilnehmen konnten. Sie bilden eine Gruppe Disability Manager und sind Ansprechpartner für die Betroffenen. Betroffene Beschäftigte wählen eine Ansprechperson aus der Gruppe aus, die sich dann um den jeweiligen Fall kümmert. Es gibt einen Hauptverantwortlichen/eine Hauptverantwortliche der Gruppe mit halber Stelle. Die anderen Teammitglieder sind nicht von ihrer eigentlichen Arbeit freigestellt, sondern bearbeiten die BEM-Fälle zusätzlich zu ihrer eigentlichen Arbeit, da die BEM-Fälle laut Expertenteam unterschiedlich zeitaufwendig und in ihrer Häufigkeit nicht planbar seien.

Das Verfahren im Unternehmen ersetzt seit 2014 ein bisheriges Vorgehen und es gibt zunehmend Betroffene, die das Angebot in Anspruch annehmen. Die Annahmequote hat sich nach Aussage der Befragten seit 2014 von 17 % auf 49-50 % erhöht. Vor dem jetzigen System wurden Gespräche mit direkten Vorgesetzten und einer Person aus dem Personalrat, eventuell der Frauenbeauftragten und jemandem von der Personalabteilung geführt. Dies wurde von den Betroffenen nicht gut angenommen.

Im jetzigen BEM-Verfahren werden die Betroffenen nach sechs Wochen Krankheit von der Personalabteilung angeschrieben. Dies geschieht auch dann, wenn der/die Betroffene noch krankgeschrieben ist. Zudem können Beschäftigte sich auch präventiv, bereits nach weniger als sechs Wochen Krankheit, an das Integrationsteam wenden. Durch die händische Auszählung der Tage in der Personalabteilung kann es jedoch zu einer Zeitverzögerung bei der Prozessaufnahme kommen.

Das Integrationsteam wird informiert, wenn das Schreiben verschickt wird. Sofern der oder die Betroffene nicht antwortet, nehmen Mitglieder des Integrationsteams persönlich Kontakt auf.

Betroffene können dann entscheiden, ob und wann sie das BEM beginnen wollen und mit welcher Person aus dem Integrationsteam das BEM durchgeführt werden soll. Weitere Personen werden dann nach Absprache mit der ausgewählten Person aus dem Integrationsteam und mit Zustimmung der/des Betroffenen dazu geholt. Das Integrationsteam sieht sich als Mittler zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Veränderungen/Maßnahmen werden vom Team nicht aktiv für den Betroffenen eingeführt, sondern es regt diese an bzw. bezieht die dafür notwendigen Personen in den BEM-Prozess ein. Möglich ist der Abschluss des BEM auch nach bereits einem Gespräch, sofern das vom Betroffenen gewünscht wird. Der Abschluss wird an die Personalabteilung weitergeleitet. Sofern ein BEM-Prozess bzw. die beschlossenen Maßnahmen misslingen, wird eine Beratungsrunde einberufen.

3.3 Inhaltsanalytische Auswertung

Die Auswertung der Gespräche erfolgte in Anlehnung an die „Qualitative Inhaltsanalyse“ nach Philipp Mayring (2015). Bei der qualitativen Inhaltsanalyse handelt es sich um eine Familie von Verfahren zur systematischen, regel- und theoriegeleiteten Analyse von Kommunikation (ebd., S. 13). Das Herzstück einer qualitativen Inhaltsanalyse ist die Kategorisierung. Hierfür wurde das vorliegende Textmaterial in seiner Komplexität reduziert, indem es theoretisch, im Voraus festgelegten Kategorien zugeordnet wurde (deduktive Kategorienbildung) oder indem neue Kategorien aus den Ausführungen der Gesprächspartner entwickelt wurden (induktive Kategorienbildung) (vgl. ebd. 2015).

In unserem Fall ergaben sich die Kategorien einerseits aus den Themenfeldern, die in den Interviewleitfäden auf Grundlage von Theorie und Forschungsstand festgelegt und abgefragt wurden (deduktiv) sowie andererseits aus Aspekten, die die Befragten zusätzlich im Gespräch thematisierten (induktiv).

Die induktive Datenauswertung erfolgte in Tabellenform, wobei die inhaltstragenden Textteile zunächst paraphrasiert, d. h. lediglich den Inhalt wiedergebend, dargestellt wurden. (Abweichend von Mayring wurden in diesem Auswertungsschritt auch vollständige Zitate übernommen, in denen prägnante Aussagen der Befragten grob gekürzt kopiert wurden statt sie in grammatikalischer Kurzform darzustellen.)

Aus der Paraphrase wurde im nächsten Schritt eine sogenannte „Generalisierung“ abgeleitet, d. h., die Paraphrase wurde umgewandelt in konkrete Aussagen, die den untersuchten Themenkomplex BEM berührten.

In einem dritten Schritt wurden die Aussagen dann nochmals auf ein Oberthema reduziert. Die vorgefundenen Oberthemen mit den dazugehörigen Inhalten wurden einerseits deduktiv den bereits existenten Kategorien zugeordnet bzw. es wurden induktiv neue Kategorien gebildet (für eine tiefer gehende Darstellung des durchgeführten inhaltsanalytischen Verfahrens siehe Mayring (2015, S. 69 ff.). Auf eine weitere Reduktion des Datenmaterials wurde verzichtet.

Die bereits existenten bzw. neu vorgefundenen Kategorien strukturieren den vorliegenden Bericht. Die Inhalte wurden zu einem Text verarbeitet, wobei ein besonderes Augenmerk auf Kategorien/Themen gelegt wurde, die von mehreren/allen Gesprächspartnern genannt wurden, sodass auch quantitative Aspekte bei der inhaltlichen Schwerpunktlegung Berücksichtigung fanden. Zur Dokumentation werden einzelne, besonders prägnante Aussagen wortwörtlich zitiert.

Die wörtlichen Zitate im Text wurden bewusst nicht mit einer Quellenangabe versehen, da aufgrund des kleinen Samples und des regionalen Bezugs der Unternehmen/Institutionen die Anonymität der Gesprächspartner/Gesprächspartnerinnen nicht mehr gewährleistet wäre.

Teil B: Die empirischen Ergebnisse

Im Folgenden werden die empirischen Ergebnisse aus den Expertengesprächen und den Betriebsfallstudien dargelegt. Grundlage hierfür sind die durchgeführten inhaltsanalytischen Auswertungen (vgl. Kapitel 3.3).

4 Psychische Erkrankungen im Rahmen des BEM: Stellenwert, Besonderheiten und arbeitsbezogene Ursachen

Die Befragten berichten fast durchgängig davon, dass sie beobachten können, dass BEM-Fälle wegen psychischer Erkrankungen ansteigen.

Als Grund für die steigenden Fälle psychischer Erkrankungen werden unterschiedliche Ursachen vermutet. Als eine mögliche Ursache wird genannt, dass die gesellschaftliche Akzeptanz gegenüber psychischen Erkrankungen gestiegen ist.

„Ich glaube, dass psychische Erkrankungen (...) bei uns anders wahrgenommen werden. Das ist eher 'ne gesellschaftliche Komponente, dass man eben vor 20 Jahren, da hat keiner darüber gesprochen (...). Das wurde ja eher irgendwie verschleiert (...). Und ich glaube, dass heute Menschen damit offener umgehen, weil sich die Gesellschaft verändert hat. So würde ich persönlich das interpretieren – und vielleicht auch mehr Wissen da ist.“

Aus der Perspektive der befragten Experten/Expertinnen ist die Arbeitswelt inzwischen offener geworden für eine öffentliche Thematisierung und den Umgang mit psychischen Erkrankungen und damit einhergehenden gesundheitlichen wie leistungsbezogenen Einschränkungen von Beschäftigten. Unabhängig davon wird es aber auch für Arbeitgeber immer schwerer, das Thema psychische Erkrankungen in der betrieblichen Lebenswelt unbeachtet zu lassen, da auch die Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen eine Auseinandersetzung erfordern, z. B. auf Basis des Arbeitsschutzgesetzes.

Die befragten Experten/Expertinnen gehen davon aus, dass der Stellenwert von BEM steigen wird: Ganz allgemein aufgrund alternder Belegschaften infolge des demografischen Wandels und damit ansteigenden chronischen Erkrankungen der Beschäftigten, aber

auch, weil der Druck auf viele Beschäftigte aufgrund einer verstärkten Ökonomisierung von Arbeit in Unternehmen steigt (Stichworte: Arbeitsverdichtung, Arbeitsplatzunsicherheit etc.). Befragt nach den psychischen Erkrankungen, mit denen die Befragten es größtenteils zu tun haben, dominiert das Thema Depression; es werden aber auch stoffgebundene und nicht stoffgebundene Abhängigkeiten, psychotische Erkrankungen und Phobien genannt.

Auch können die Befragten teilweise beobachten, dass Frauen häufiger an psychischen Erkrankungen leiden als Männer. (Anmerkung: Diese Beobachtung findet auch in der Wissenschaft ihre Bestätigung, vgl. beispielsweise Riecher-Rössler/Rohde, 2001.) Die Gründe hierfür werden in der bei Frauen häufiger vorkommenden Doppel- bzw. Dreifachbelastung durch Beruf, Haushalt und Familie oder auch durch zu pflegende Angehörige vermutet. Darüber hinaus wird diese Beobachtung aber auch damit erklärt, dass Frauen ihre Erkrankung eher öffentlich machen als Männer.

Gefahr der Individualisierung psychischer Erkrankungen

Ungeachtet der beschriebenen, teilweise erhöhten gesellschaftlichen Offenheit gegenüber psychischen Erkrankungen beurteilt ein Teil der Befragten psychische Erkrankungen aber als in der Arbeitswelt weniger akzeptiert als physische Erkrankungen.

„... weil man muss ja funktionieren als Mensch oder als Arbeitnehmer, egal wer, männlich, weiblich. Ich funktioniere und da darf ich nicht rausfallen. In 'ne psychische Erkrankung? Das geht nicht. Wenn ich mir den Arm breche, das ist okay. Das kann passieren, das kann auf dem Weg passieren. Aber psychisch?“

Psychische Erkrankungen werden aus Sicht der befragten Experten/Expertinnen gesellschaftlich eher als selbstverursacht bzw. als persönliches Versagen beurteilt als physische Erkrankungen. Dies beinhaltet die Gefahr einer Individualisierung psychischer Erkrankungen, bei der arbeitsbezogene Einflussfaktoren oft außer Acht gelassen werden.

Es wird zum Teil kontrovers diskutiert, ob sich aus psychischen Erkrankungen spezifische Anforderungen an das BEM ergeben. Der Großteil der Befragten hält ein BEM bei psychischen Erkrankungen jedoch für schwieriger in der Umsetzung bzw. bei der Lösungsfindung.

„Ich finde beim BEM-Verfahren mit psychischen Erkrankungen viel, viel schwieriger, gemeinsam zu erarbeiten, wie ist der Weg zurück. (...) Bei psychischen Erkrankungen ist es ungleich schwerer, weil man hat nicht ein Instrument, was man einfach nehmen kann - Stuhl, Tisch, Wippe - das geht einfach nicht. Und da finde ich es viel herausfordernder: Wie können wir dem Menschen helfen, ohne dass wir Ärzte sind und beurteilen können, wie ist jetzt das Beste? (...) All diese kleinen Feinheiten und woran merken wir, dass die Belastung zu groß wird?“

Zum einen hätten psychische Erkrankungen oft multifaktorielle Ursachen, die nur teilweise auf die Arbeitsbedingungen zurückzuführen seien. Zum anderen bereitet offensichtlich der innerbetriebliche Umgang mit psychisch erkrankten Beschäftigten bzw. psychischen Erkrankungen Probleme:

Es wird überwiegend deutlich, dass betriebliche Akteure – sowohl Führungskräfte als auch Kollegen/Kolleginnen und andere am BEM-Prozess Beteiligte – oft verunsichert sind im Umgang mit psychisch erkrankten Beschäftigten („Hilflosigkeit“). Hierbei spielt sicherlich auch eine Rolle, dass die Befragten es überwiegend schwieriger fanden, Maßnahmen bei psychischen Erkrankungen zu entwickeln und umzusetzen, als bei physischen Erkrankungen, für die es bereits eine Vielzahl von Standard-Lösungen gibt.

Unklarheit besteht auch darüber, wie das Thema psychische Erkrankungen innerbetrieblich kommuniziert werden kann. Psychische Erkrankungen scheinen weniger als noch vor einigen Jahren tabuisiert zu werden, gleichwohl erweist sich der Umgang mit ihnen, v. a. in konkreten Fällen, offenbar als schwierig. So sei es einfacher nach physischen als nach psychischen Erkrankungen zu fragen (vgl. auch Kapitel 7).

„Ich glaube, das eine ist schon mal die Frage, wie gehe ich mit denen um? Und zwar ganz normal auf der Ebene der Mitarbeiter, Mitarbeiterin dann auch. Wie spricht man das eigentlich an? (...) ... man kann besser nach Knieerkrankungen, Meniskus, oder: Geht dein Kreuz wieder? Oder wie war denn die Augen-OP? Als jetzt zu sagen: Wie geht es denn deiner Psychose? Hast du die Depression denn gut im Griff?“

Einige Befragte nennen als einen Grund für den vorsichtigen Umgang mit psychischen Erkrankungen aber auch, dass eine intensive Auseinandersetzung mit diesem Thema ja bedeuten würde, dass die Unternehmen sich dann auch näher mit psychischen Belastun-

gen und deren möglichen arbeitsbezogenen bzw. leistungspolitischen Ursachen beschäftigten müssten. Psychische Belastungen gehen aber u. a. oftmals einher mit hohen Leistungsansprüchen seitens des Unternehmens und somit mit den ökonomischen Zielen des Unternehmens. Sie können die Entstehung psychischer Erkrankungen begünstigen.

Ursachen psychischer Erkrankungen:

Befragt, wo sie die Ursachen psychischer Erkrankungen sehen, beschreiben die Befragten unterschiedliche Themenfelder, die sowohl in der Arbeit als auch im Privatleben der Betroffenen begründet liegen. Im Privatleben können dies zum Beispiel Doppelbelastungen durch zu pflegende Angehörige, problematische Lebensverhältnisse, Suchterkrankungen des Partners etc. sein (siehe auch Kapitel 7.2 Wiedereingliederungshemmnisse).

Beschrieben wird aber beispielsweise auch die Komorbidität (Begleiterkrankung) von psychischen Erkrankungen bei physischen Erkrankungen. So können beispielsweise Krebserkrankungen oder andere chronische Erkrankungen mit Depressionen einhergehen.

Aber auch arbeitsbezogene Belastungen können in psychischen Erkrankungen münden, wenn Beschäftigte über zu wenige Bewältigungsressourcen verfügen oder Verhaltensdispositionen aufweisen, die eine Entstehung von psychischen Erkrankungen begünstigen (z. B. eine übersteigerte Verausgabungsneigung, vgl. Siegrist, 2007):

Von einem/einer Befragten aus einem Dienstleistungsbereich wurde die Angst der Beschäftigten vor Handgreiflichkeiten/Übergriffen durch Kunden/Kundinnen als eine Ursache psychischer Erkrankungen genannt und als ein gestiegenes gesellschaftliches Problem thematisiert, dass auch andere Dienstleistungsbranchen betrifft.

Neben diesen Belastungen, die aus der Interaktion mit Kunden/Kundinnen resultieren, finden sich aber auch Belastungen, die ihre Ursache in Unternehmenszielen/Markterfordernissen bzw. in den persönlichen Zielen der Beschäftigten selbst haben. So nennen mehrere Befragte die hohen Leistungsansprüche des Unternehmens an die Beschäftigten, aber auch die hohen Leistungsansprüche der Beschäftigten an sich selbst als Quellen psychischer Erkrankungen. Sie sind Ausdruck von Managementstrategien einer ‚Subjektivierung von Arbeit‘, die darauf abzielen, die passfähigen Leistungspotenziale von Beschäftigten

möglichst umfassend für betriebliche Zwecke zu nutzen (siehe Moldaschl 2003).

Der Wunsch nach beruflichem Fortkommen motiviert insbesondere jüngere Beschäftigte zu mehr Leistung. Hierbei befürchten die Befragten, dass das Tempo und die Arbeitsmenge mittel- bis langfristig ein Problem für die (psychische) Gesundheit der Beschäftigten werden könnte.

„Ich hab' immer so 'n bisschen Bedenken. Das ist ja 'ne junge Belegschaft. (...) Ich sag' nur, die machen das nicht zehn Jahre auf diesem Niveau weiter.“

Bei Leistungsansprüchen des Unternehmens gegenüber den Beschäftigten steht die Forderung nach mehr Produktivität im Vordergrund. Insbesondere im privatwirtschaftlichen Bereich müssen Termin-, Zeit- und Projektpläne eingehalten werden, um etwa Umsätze stichtagsgenau zum Quartalsende abrechnen zu können. So verfolgt die Einstellung neuer Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen auch in der Regel nicht das Ziel, die Bestandsbelegschaft zu entlasten, sondern bringt weitere Forderungen nach mehr Produktivität mit sich. Ist die angestrebte Gewinn-/Umsatzsteigerung nicht mit den eingestellten Beschäftigten zu realisieren, müssen alle Beschäftigten mehr arbeiten.

Zudem wird bei einem befragten Unternehmen eine Konzernstruktur beschrieben, die anstelle des Standorts über Personalbedarfe entscheidet. Als ein weiterer Stressfaktor – und damit mögliche Ursache psychischer Belastungen/Erkrankungen – wird die Matrix-Organisation des Unternehmens genannt, die dazu führt, dass die Beschäftigten verschiedene Vorgesetzte (auf Standort- und Konzernebene, national und international) haben, die unterschiedliche und zum Teil widersprüchliche Anforderungen an die Beschäftigten stellen, wodurch Arbeitsstress entsteht bzw. verschärft wird.

Die betrieblichen Interessenvertretungen beschreiben hier, dass die Einhaltung von Arbeitszeiten ein wichtiges Thema ist, Überlastungen vorzubeugen. Gerade Beschäftigte mit akademischem Hintergrund sind es jedoch aufgrund ihrer Ausbildung gewöhnt, sich ihre Arbeit(szeiten) frei einzuteilen und Arbeit zum Beispiel auch mit nach Hause zu nehmen, wo sie sich der betrieblichen Kontrolle entziehen. Eine Arbeitszeitregelung zu finden, gestaltet sich hier schwierig und es ist darum notwendig, Überzeugungsarbeit zu leisten. Die Beschäftigten geraten so jedoch in das Dilemma, dass sie vonseiten des Unternehmens Druck erhalten, ihre Arbeit termingerecht fertigzustellen und vonseiten

der betrieblichen Interessenvertretung unter Druck geraten, sich an die geltenden Arbeitszeitregelungen zu halten.

Aber auch strukturelle Veränderungen am Arbeitsplatz beeinflussen die seelische Gesundheit aus Sicht der Befragten: So wird zum Beispiel für den öffentlichen Dienst der Personalabbau als wesentlicher Stressfaktor beschrieben, der eine Mehrbelastung der verbliebenen Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen zur Folge hat. Hinzu kommen neue Aufgabenfelder für die bereits hoch belasteten Beschäftigten, wie beispielsweise die Flüchtlingskrise, die die Einarbeitung einer großen Anzahl neuer Beschäftigter erforderlich macht, oder die Einführung neuer Verwaltungsstrukturen, die ein erhöhtes Arbeitsaufkommen mit sich bringen und die Belastungsproblematik noch verschärfen.

Urlaubs- und Krankheitszeiten der Beschäftigten erhöhen den Stress nochmals, weil oftmals keine ausreichende Urlaubs- oder Krankheitsvertretung existiert. In vielen Bereichen werden Überstunden geleistet, um die Arbeitsmenge zu schaffen. Hinzu kommen nach Aussage der Befragten auch geteilte Arbeitsplätze (jeweils eine halbe Stelle bei zwei verschiedenen Arbeitgebern/Vorgesetzten) sowie eine zu geringe Vergütung.

Aus anderer Perspektive, aber ähnlich beschreibt es ein Gesprächspartner eines weiteren befragten Unternehmens, dass zu wenig Zeit für die Arbeit zur Verfügung steht:

„Ich sag' ja immer: Nicht die Probleme machen uns den Ärger, den Kummer, weil das ist unser täglich Brot, weil wir sind dafür da, um Probleme zu lösen (...). Gut, die für die Lösung der Probleme zur Verfügung stehende Zeit, das ist unser Problem.“

Perspektivisch sind die Befragten sich weitestgehend einig, dass in naher Zukunft keine Entschärfung der Situation zu erwarten ist:

„Ich glaube, das wird zunehmen. Weil ich glaube nicht, dass wir das Tempo rausnehmen, das wird eher noch zunehmen. Und ich sage, die Kollegen werden das auf Dauer nicht durchhalten. Auch diesen Druck, den Druck. Die Projekte werden immer schneller, die Zeiten werden immer schneller.“

Folgen psychischer Belastungen:

Die Folgen psychischer Belastungen beschreiben die Befragten sowohl in manifesten psychischen Störungen – wie beispielsweise Ängste und Depression – als auch in einer veränderten Haltung am Arbeitsplatz.

Ein Befragter/eine Befragte beschreibt hier eine zynische Grundhaltung im Umgang mit den Kunden/Kundinnen. Dies belastet dann auch die Kollegen/Kolleginnen, die noch Spaß an ihrer Arbeit haben.

Instrumente Arbeitsschutz und Gesundheit:

Wie bereits beschrieben, hält ein Großteil der Befragten ein BEM bei psychischen Erkrankungen für schwieriger als bei physischen Erkrankungen. Sie teilten aber die Ansicht, dass hier auch fehlendes Wissen über bereits existente Instrumentarien zur Begegnung dieser Schwierigkeiten eine Rolle spielt. Viele Vorgesetzte wissen nicht, welche Maßnahmen sie zur Verringerung von psychischen Belastungen anbieten können und welche Möglichkeiten es gibt, zu entlasten und zu unterstützen. So betonen mehrere Gesprächspartner, dass bereits eine Vielzahl von Instrumenten existiert, die psychische Belastungen und Erkrankungen berücksichtigen (für den öffentlichen Dienst z. B. die neue Leitlinie zum Thema Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen). Es bedarf also weniger der Entwicklung neuer Instrumente, sondern vielmehr der Information der BEM-Akteure und der konsequenten Nutzung des bestehenden Instrumentariums. Hierzu verweisen wir in Kapitel 11 auf einige frei verfügbare Handlungsempfehlungen, die bei der Entwicklung und dem Abschluss von BEM, Betriebsvereinbarung zum BEM sowie Gefährdungsbeurteilungen helfen könnten.

„Die Schwierigkeit ist, dass die Kolleginnen und Kollegen oftmals gar nicht wissen, was wir alles haben. Das ist ein großes Problem. Da sind (...) wir (...) gefordert, die Kolleginnen und Kollegen auch drauf hinzuweisen, welche Möglichkeiten es (...) gibt.“

Psychischen Belastungen/Erkrankungen kann demnach im Rahmen des BEM also gut begegnet werden, wenn man das vorhandene Instrumentarium nutzt. Es passiert jedoch oft in der Praxis, dass nur auf die psychische Erkrankung geschaut wird, anstatt in den Blick zu nehmen, welchen Belastungen Beschäftigte ausgesetzt sind und wie diese minimiert werden können.

„Es ist völlig egal, warum ich ausgefallen bin. Hier geht's um die Frage von, was können wir tun, um uns den Arbeitsplatz anzugucken, was können hier für Möglichkeiten ausgeschaltet werden, damit Belastungen hier minimiert werden.“

Die Schwierigkeiten liegen also laut den Befragten in erster Linie in der fehlenden Transparenz und Infor-

mation über bestehende Instrumente und Strukturen (zum Beispiel Betriebsvereinbarungen).

5 Schlüsselakteure im BEM

5.1 Rollen und Handlungsperspektiven der Schlüsselakteure

Als Schlüsselakteure im betrieblichen Eingliederungsmanagement sind zuallererst die betriebliche Interessenvertretung, die Schwerbehindertenvertretung sowie der Arbeitgeber als gesetzlich vorgeschriebene Akteure nach SGB IX, § 84 (2) zu nennen (vgl. Kapitel 2.2).

Neben den genannten Muss-Akteuren, gibt es jedoch auch noch eine Vielzahl von Kann-Akteuren. An dieser Stelle soll jedoch nur auf jene Akteure näher eingegangen werden, deren Partizipation die Befragten besonders hervorgehoben haben. In unserem Fall waren dies Betriebsräte/Personalräte, Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen der Personalabteilung, Betriebsärzte/Betriebsärztinnen, Führungskräfte und Disability Manager/Managerinnen.

5.1.1 Betriebs-/Personalräte

In den Gesprächen wurde deutlich, dass die betriebliche Interessenvertretung im BEM-Prozess eine Schlüsselrolle einnimmt. Fast durchgängig wurde betont, dass ein Engagement von Betriebs- bzw. Personalrat wichtig ist: Einerseits im individuellen BEM-Verfahren, andererseits auch bei der Umsetzung des BEM im Unternehmen. Auch wird die Vertrauensstellung der Betriebs-/Personalräte gegenüber den Beschäftigten in der Regel als gut bewertet.

In den durchgeführten Interviews werden unterschiedliche Funktionen des Betriebsrats mit Blick auf das BEM deutlich:

Schutzfunktion

Der Betriebs-/Personalrat hat gegenüber den betroffenen, psychisch erkrankten Beschäftigten eine Schutzfunktion, mit dem Ziel, den Arbeitsplatz zu erhalten. Diese Schutzfunktion hat mehrere Facetten.

Beschrieben wurde in den Gesprächen ein taktisches Vorgehen, um im Sinne des Betroffenen den BEM-Prozess zu verzögern bzw. vorschnelle Entscheidungen zu vermeiden und den Erkrankten/die Erkrankte vor Kündigung bzw. unzumutbaren Anforderungen des Arbeitgebers zu schützen.

„... wenn ich jemanden habe, wo ich weiß, da kann man was machen, dann schieb ich. Dann mach ich dieses gewisse Katz-und-Maus-Spiel.“

Darüber hinaus beschrieben die befragten Betriebs- und Personalräte in mehreren Gesprächen aber auch, dass es Fälle gibt, in denen Beschäftigte sich aufgrund fehlenden Wissens ärztlich bescheinigen lassen, ihre bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben zu können. Das würden Unternehmen dann auch nutzen, um die Kündigung auszusprechen. Hier besteht die Schutzfunktion der Interessenvertretung im Schutz des/der Betroffenen vor sich selbst im Sinne einer Verhinderung strategischen Fehlverhaltens.

Ein Betriebsrat gibt die Einstellung eines Betroffenen wie folgt wieder:

„Mein Arzt hat mich jetzt kaputt geschrieben, ich brauch keinen Kundendienst mehr machen. Hahaha, wie schön ist das!‘ So, was mach ich als Arbeitgeber mit denen? Den schmeiß ich raus.“

Die befragten Betriebs-/Personalräte raten in diesen Fällen nicht zur Vorlage eines solchen Attests, sondern zum Gegensteuern, um die Betroffenen nicht in die Arbeitslosigkeit zu entlassen:

„Und dann muss man sagen: ‚Stopp, stopp, stopp!‘, weil das haben wir auch erlebt. Und dann heißt 's meist, das Ding liegt vor, dann kann der Arbeitgeber sagen: ‚Wir haben keinen Einsatz, keine Einsatzmöglichkeiten mehr hier. Gibt nichts anderes mehr. Schwierig, aber Tschüss‘, so ungefähr.“

Ebenfalls eine wichtige Rolle nimmt die Interessenvertretung bei der Überwachung des Datenschutzes ein. Hierbei kann eine Betriebsvereinbarung die nötigen Rahmenbedingungen festlegen.

Neben der individuellen Schutzfunktion gegenüber dem/der langzeiterkrankten Beschäftigten besteht aber auch eine Schutzfunktion gegenüber dem Kollektiv der (direkt und indirekt von BEM-Maßnahmen betroffenen) Beschäftigten. Hier bedarf es also einer Abwägung der Handlungsoptionen hinsichtlich der Zumutbarkeit sowohl für den betroffenen Beschäftigten/die betroffene Beschäftigte als auch für seine/ihre Kollegen und Kolleginnen:

„Wenn ich merke, dass da jemand ist, der uns auf der Nase herumtanzt, habe ich kein Verständnis mehr dafür. Mit denen mach‘ ich auch kurzen Prozess, weil die anderen leiden darunter. Ich will ja den schützen, der Hilfe braucht, aber nicht den, der das Thema ausnutzt.“

In diesem Zitat spiegelt sich die intermediäre Rolle betrieblicher Interessenvertretungen wider, die damit verbunden ist, zwischen unterschiedlichen Interessen im Unternehmen zu vermitteln (Kotthoff 1995). In diesem Fall geht es um die Vermittlung zwischen den Ansprüchen und Erwartungen der langzeiterkrankten Beschäftigten auf der einen Seite und den Erwartungen an Kollegialität, welche Kollegen/Kolleginnen an die erkrankte Person richten. Der Betriebsrat verdeutlicht, dass er seine Unterstützung für die erkrankte Person nicht aufrechterhält, wenn er den Eindruck hat, dass diese Kollegialitätsnormen verletzt bzw. lediglich ihren eigenen Nutzen verfolgt. Der Betriebsrat verdeutlicht, dass er als Hüter der betrieblichen Lebenswelt stets auch die Belegschaft als Ganzes repräsentiert und im Blick hält.

Initiativfunktion

Der Betriebs-/Personalrat ist Promotor für den Abschluss von Betriebs-/ Dienstvereinbarungen zum BEM. Damit eröffnet die Interessenvertretung die Möglichkeit eines geregelten Verfahrensablaufs sowohl für Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer. Die Initiativfunktion kann überdies darin zum Ausdruck kommen, dass die betriebliche Interessenvertretung die Anwendung von Gefährdungsbeurteilungen durchsetzt, um damit eine präventive Arbeitsgestaltung im Rahmen des BEM zu ermöglichen.

Wächter des BEM-Verfahrens

Die Interessenvertretung ist ein wichtiger Akteur bei der Überwachung der Einhaltung von Betriebsvereinbarungen zum BEM und der Wahrung der Verfahrensgerechtigkeit im BEM. So wurde in mehreren Gesprächen beschrieben, dass BEM-Gespräche – oftmals aufgrund mangelhafter Gesprächskompetenz der Führungskräfte – schnell zu Krankenrückkehrgesprächen abzugleiten drohen. Hier ist eine Aufgabe der Interessenvertretung regulierend einzugreifen.

Strategiefunktion

Das Betriebsratshandeln im Bereich der betrieblichen Gesundheitspolitik verfolgt strategische Ziele, unter anderem die Verknüpfung von Gefährdungsbeurteilungen mit BEM oder die Integration des BEM in das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM). Mit der Strategiefunktion geht offenbar einher, sich eher an Strukturen des BGM bzw. BEM, denn an konkreten Einzelfällen von psychisch erkrankten Personen zu orientieren. Die Interessenvertretungen bringen damit potenziell eine Handlungskompetenz ein, die stärker

einzelfallorientierten BEM-Akteuren fehlt und damit komplementär wirksam sein kann.

Vermittelnde Funktion

Der Betriebs-/Personalrat vermittelt zwischen Beschäftigten und Arbeitgeber. Ein Befragter/eine Befragte beschrieb sich im Rahmen der Gespräche als „Katalysator“. In anderen Gesprächen wurde deutlich, wie wichtig die Beziehung zwischen Beschäftigten und Betriebs-/Personalrat ist, indem beschrieben wurde, dass die Beschäftigten den Betriebs-/Personalrat regelmäßig um Rat fragen, ob man am BEM teilnehmen soll oder nicht. Darin spiegelt sich ein großes Vertrauen der erkrankten Person in den Betriebsrat wider, die sich durch dessen Nähe zur betrieblichen Lebenswelt und positive Vorerfahrungen mit dem Betriebsrat erklären lassen.

Aber auch innerhalb der Belegschaft, z. B. wenn psychisch erkrankte Beschäftigte in einem neuen Arbeitsbereich integriert werden sollen, bedarf es der Problemlösungskompetenz des Betriebs-/Personalrats. So ist beispielsweise der Betriebsrat als Verhandlungspartner wichtig, wenn Maßnahmen abseits der üblichen betrieblichen Strukturen erwogen werden.

Ein Verhandlungspartner des Managements erklärt, warum die Mitwirkung des Betriebsrates wichtig ist:

„... weil wir da auch manchmal Sachen gebaut haben, die vielleicht nicht immer nach den Strukturen, nach den Profilen, ganz sauber waren, sondern im Interesse des Mitarbeiters etwas gebaut haben (...) dann brauchen wir auch einen Verhandlungspartner, der das genauso versteht und ein ähnliches Verständnis hat von der Situation, um das mitzutragen.“

Zugleich wird in mehreren Interviews deutlich, dass der Betriebsrat offenbar aufgrund seiner Nähe zur betrieblichen Lebenswelt der Beschäftigten und der Tatsache, dass er die Belegschaft als Ganzes repräsentiert, über quasi implizite betriebsbezogene „globale“ Wissensbestände verfügt, die er in das BEM situativ als Handlungsressource einbringen kann, um konkrete Problemlösungen in BEM-Prozessen zu ermöglichen oder aufzuzeigen.

„Es ist, glauben Sie gar nicht, als Interessenvertretung ist man auch so ein kleiner Pastor. Also man kriegt unwahrscheinlich viele Sachen mit. Ist enorm.“

Aufgrund des Wissens über Betriebsinterna ist es deshalb im öffentlichen Dienst und in Unternehmen

mit mehreren Standorten auch oftmals zielführender, wenn an BEM-Verfahren an Ort und Stelle der dafür zuständige Personal-/Betriebsrat beteiligt wird. Insbesondere wenn es um den Arbeitsplatz geht, sind die betrieblichen Interessenvertreter/Interessenvertreterinnen vor Ort wichtig, um sich für die betroffenen Beschäftigten einsetzen zu können.

„Ja, wenn das zum Beispiel um die Frage der Belastung geht. (...) ... das ist ja leider das Problem beim BEM (...): ‚Es liegt nur an Dir. Andere haben das Problem nicht.‘ Dann kann nämlich die Interessenvertretung sagen: ‚Stopp, wir wissen, dass in dem Bereich es an mindestens sieben Stellen so ist, dass die Büros so sind, dass dauernd Leute vorbeilaufen und dass andauernd 'ne Unterbrechung stattfindet. Oder aber die Telefone dauerhaft klingeln‘“

Die anderen BEM-Akteure verfügen in der Regel nicht über diese betriebliche und erfahrungsgestützte Handlungsressource, denn:

- Sie haben keinen oder nur einen begrenzten Zugang zur betrieblichen Lebenswelt von Beschäftigten, kennen also häufig die Erwartungen und Perspektiven von Beschäftigten zu wenig.
- Sie haben kaum einen funktions- und bereichsübergreifenden Einblick in betriebliche Veränderungen, der sich für das BEM nutzen ließe.
- Sie sind z. T. betriebsfremd oder nur marginal eingebunden, wie Betriebsärzte in kleinen und mittleren Unternehmen oder Vertreter/Vertreterinnen des Integrationsamts.

Neben der besonderen Stellung des Betriebs-/Personalrats im Betrieb wird zudem die Vertrauensstellung betont, die Betriebs-/Personalräte innehaben. Die Interessenvertretung wird nach Aussage der befragten Unternehmensvertreter von den betroffenen Beschäftigten in den meisten BEM-Fällen hinzugezogen. Eine Ausnahme bildet hierbei das BEM-Team der Hochschule, die als ausgebildete Disability Manager eine ähnliche Stellung im Betrieb einnehmen wie die Interessenvertretung. Dies mache die Beteiligung des Personalrats in ihren Augen obsolet.

Gleichwohl werden in den Experteninterviews aber auch einige Begrenzungen betrieblicher Interessenvertretungen mit Blick auf das BEM deutlich: Betriebliche Interessenvertretungen haben heute eine Vielzahl von arbeits- und betriebspolitischen Themen zu bearbeiten. BEM droht dabei leicht eine marginale Bedeutung zu erhalten; insbesondere, wenn Fragen der

Standort- und Beschäftigungssicherung Vorrang haben und betriebliche Interessenvertretungen nur über sehr begrenzte Personalkapazitäten verfügen, z. B. keine Freistellungen vorhanden sind. Einzelne Befragte äußerten sich hier dahingehend, dass das Thema BEM zwar nicht dauerhaft im Mittelpunkt der Arbeit steht, einzelne Betriebs-/Personalratsmitglieder hier aber – im Sinne von Arbeitsteilung – Arbeitsschwerpunkte setzen würden. In einem Betriebs-/Personalrat mit vertrauensvollem Umgang untereinander können sich andere Mitglieder dann den Entscheidungen anschließen, ohne eigene Kapazitäten überlasten zu müssen.

Darüber hinaus wurde in der Mehrheit der Gespräche deutlich, dass zwischen Betriebsrat und Unternehmensleitung nicht selten Konflikte bestehen, die im BEM-Verfahren (erneut) zutage treten und den Ablauf/Erfolg des BEM-Verfahrens beeinflussen bzw. behindern können (siehe Kapitel 7.2 Interpersonale Konflikte).

Eine gut funktionierende Kommunikation mit der Unternehmensleitung/den Führungskräften bzw. Personalverantwortlichen wird jedoch als für den Erfolg des BEM grundsätzlich wichtig erachtet:

„... das ist am Ende ein gemeinschaftliches Thema und ich glaube nur, wenn Menschen in diesem Team sich austauschen, sich Gedanken machen im Interesse des Mitarbeiters, dann wird das von Erfolg gekrönt sein. Und ich glaub, da bringt jeder sein Know-how und seine Erfahrung gleichermaßen ein. Das würde ich für die Führungskräfte genauso sehen.“

5.1.2 Betriebsärzte/Betriebsärztinnen

„Soweit erforderlich wird der Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen“ besagt § 84 Abs. 2 SGB IX. Der Betriebsarzt/die Betriebsärztin muss demnach nicht verpflichtend am BEM beteiligt werden. Aufgrund seines/ihrer medizinischen Fachwissens hinsichtlich Diagnosen und Heilungsverläufen kann ein Betriebsarzt/eine Betriebsärztin aber entscheidend für den Erfolg eines BEM sein. Da sie zudem der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, können Betriebsärzte/Betriebsärztinnen auch eine Vertrauensinstanz im BEM darstellen.

Auch in den Interviews wird durchgängig deutlich, dass der Betriebsarzt/die Betriebsärztin eine Schlüsselrolle im BEM spielen kann; nicht nur aufgrund seiner Fachkompetenz, sondern auch als neutraler Ansprechpartner für die erkrankte Person (zum Beispiel in ei-

nem Erstgespräch) und in der möglichen Vermittlungsfunktion zum Hausarzt/zur Hausärztin der erkrankten Person, um nähere Auskünfte über dessen medizinische Behandlung einzuholen bzw. mit dem Hausarzt/der Hausärztin weitere Behandlungsschritte/Maßnahmen (v. a. Maßnahmen zur Rehabilitation) zu erörtern (vgl. Kapitel 6.4). Zudem kennt der Betriebsarzt – im Gegensatz zum Hausarzt/zur Hausärztin – die genauen Gegebenheiten des Arbeitsplatzes des Betroffenen, sodass die Erstellung eines Fähigkeitsprofils, aber auch eines Wiedereingliederungsplans (ggf. in Kooperation mit dem Hausarzt/der Hausärztin) eine wichtige und sinnvolle Aufgabe sein kann.

Dem Betriebsarzt/der Betriebsärztin kommt zudem auch eine Schlüsselrolle im Umgang mit sensiblen gesundheitsbezogenen Daten des psychisch erkrankten Mitarbeitenden zu. Betriebsärzte/Betriebsärztinnen dürfen nur über Krankheiten und Einschränkungen sprechen, wenn die Betroffenen es wünschen.

Hierbei konnte jedoch ein Unterschied dahingehend festgestellt werden, dass das Vertrauensverhältnis zu internen Betriebsärzten als besser beurteilt wurde, als es bei externen Betriebsärzten der Fall ist. Externe Betriebsärzte sind den Beschäftigten aufgrund der geringeren Anwesenheitszeit in der Regel kaum bekannt.

Ein Befragter/eine Befragte berichtet zudem von seiner Erfahrung, dass der Betriebsarzt/die Betriebsärztin nicht nur den medizinischen Blick auf den Betroffenen im BEM hat, sondern als neutrale Person auch beurteilen kann, ob zum Beispiel eine Führungskraft den BEM-Prozess blockiert.

„Der Betriebsarzt, der sieht Betrachtungen einfach mal aus (...) medizinisch, arbeitsmedizinischer Sicht, der kann natürlich feststellen, braucht der Mitarbeiter diesen höhenverstellbaren Tisch? (...) Und für mich ist, persönlich, dieser Betriebsarzt unwahrscheinlich ausschlaggebend. Wenn man da ein gutes Verhältnis hat, auch als Interessenvertretung, dann kann man schon mal sagen: ‚Du, pass mal auf, der sträubt sich doch auch.‘ Und das ist auch irgendwie so ‚ne neutrale Person. Der merkt ja auch, wenn dort gegenüber ‚ne Führungskraft ist, der nicht so mitzieht. Das merken die ja auch.“

Als hindernder Faktor für einen verstärkten Einbezug des Betriebsarztes/der Betriebsärztin wird von den Befragten das Thema Kosten genannt. Dies kann gerade bei kleineren Unternehmen ein Argument sein,

den Betriebsarzt/die Betriebsärztin möglichst nicht zu stark in das BEM-Verfahren zu involvieren, da zu den Krankheitskosten des Betroffenen so auch noch Kosten für die betriebsärztliche Betreuung hinzukommen.

Insbesondere aufgrund fehlenden Vertrauens wird der Betriebsarzt/die Betriebsärztin von Betroffenen aber nur gelegentlich zum BEM hinzugezogen. Oftmals ist der Betriebsarzt/die Betriebsärztin – bei externen Betriebsärzten/Betriebsärztinnen noch weniger – den Beschäftigten nicht bekannt, sodass kein Vertrauensverhältnis entstehen kann bzw. der Betriebsarzt/die Betriebsärztin nur als Unterstützer des Arbeitgebers betrachtet wird. Hier spielt sicherlich auch fehlendes Wissen zur Rolle des Betriebsarztes/der Betriebsärztin aufseiten der Betroffenen eine Rolle.

In den Gesprächen wird der Betriebsarzt/die Betriebsärztin durchweg als wichtiger Akteur beschrieben, dessen Kompetenzen im BEM hilfreich sein können. An einzelnen Stellen wird jedoch auch Kritik laut.

So kritisierten zwei der Befragten, dass es bei den Betriebsärzten/Betriebsärztinnen an Kompetenz hinsichtlich des Themas psychische Erkrankungen fehlt: Bei den Betriebsärzten/Betriebsärztinnen im öffentlichen Dienst werden dringend Psychiater/Psychiaterinnen benötigt, es können aber fast nur Psychologen/Psychologinnen gefunden werden.

So wird über Ärzte/Ärztinnen berichtet, die zwar medizinisch kompetent sind, im zwischenmenschlichen Umgang aber Defizite aufweisen.

„Ich würde mir da auf dieser Seite öfter aber auch mal ein bisschen mehr Kompetenz eigentlich wünschen, weil das sind halt Ärzte, auch wenn sie Betriebsärzte sind, ja, mein Gott, wenn ich eben Notfallarzt bin, kann ich auch bloß eben: Wenn Puls noch da, ja, Patient lebt, alles ist in Ordnung.“

So wird auch in einem anderen Gespräch deutlich, dass der Patient nur medizinisch, aber nicht im Ganzen als biopsychosoziales Wesen betrachtet wird.

An anderer Stelle wird beklagt, dass ein ständiger Wechsel bei den zuständigen Betriebsärzten die gemeinsame Arbeit erschwere, weil neue Betriebsärzte sich die Arbeitsplätze der Beschäftigten ja erst einmal anschauen müssten und Vertrauen zu den Beschäftigten erst aufbauen müssten.

Insgesamt wird die Hinzuziehung eines Betriebsarztes/einer Betriebsärztin aber als ein Gewinn für das BEM-Verfahren betrachtet – sowohl für den Betroffenen/die Betroffene als auch für den Betrieb.

5.1.3 Führungskräfte

Führungskräfte nehmen eine differenzierte Rolle im BEM ein und können je nach Führungskompetenz den Erfolg des Verfahrens entscheidend beeinflussen.

Führungskräfte agieren im BEM-Verfahren mitunter in der Rolle des Fallmanagers, also des Beauftragten des Arbeitgebers. Sie können aber genauso Wunsch-Teilnehmer des/der Betroffenen sein.

Die Teilnahme der direkten Führungskraft im BEM ist immer dann sinnvoll, wenn Maßnahmen entschieden werden, die den Arbeitsplatz und ggf. auch die Kollegen und Kolleginnen des/der Betroffenen betreffen.

Insbesondere bei psychischen Erkrankungen ist das Fingerspitzengefühl der Führungskraft bei der Wiedereingliederung der betroffenen Person in das Kollegen-/Kolleginnen-Team erforderlich.

„Wichtig in diesem Prozess ist natürlich auch, dass man die übrigen Beteiligten dann auch mit einbindet. Man muss den Kollegen, den übrigen Kolleginnen und Kollegen klarmachen, dass es hier eben besondere Umstände gibt, die eben halt eine besondere Maßnahme erforderlich machen (...) ohne jetzt die Persönlichkeit oder Intimsphäre der Betroffenen oder des betroffenen Kollegen zu beeinträchtigen, aber auf der anderen Seite eben halt so viel Kompetenz, Sozialkompetenz reinspielen zu lassen, dass man eben deutlich macht, dass es sich hier um eine einmalige Aktion aus nicht näher zu erläuternden Gründen handelt. (...) da spielt auch die Führungskraft vor Ort eine wichtige Rolle.“

Wichtig ist bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Wiedereingliederung die Einhaltung der Schweigepflicht nach den Vorgaben des/der Betroffenen. Es gilt zu beachten, welche Informationen die Führungskraft an die Kollegen/Kolleginnen kommunizieren darf. Hier ist die Führungskraft gefragt, eine Balance herzustellen zwischen einem fairen Vorgehen für den Betroffenen einerseits und einer hinreichenden Kommunikation an die Kollegen und Kolleginnen im Team andererseits.

„Also, ich persönlich hab' das von meiner Vorgesetzten in der Vergangenheit mal so bekommen, deswegen weiß ich, wie sich so was anfühlt, wie entlastend das sein kann und wie mir das helfen kann. Die hat aber auch dafür gesorgt, mit mir zusammen, dass das Team das versteht und nicht irgendjemand dann sagt: ‚Ach, das ist ja toll! Ich hab' ja auch ein kleines Kind und ich würd' auch gern mal und schenkt mir doch auch

mal ab und zu was. 'Also, die müssen dann auch dafür sorgen, dass das getragen wird und dass das Team dann nicht am Ende mir das Gefühl gibt, wenn ich von meinem Arzttermin wiederkomme, dass die dann da schon wieder stehen und tuschel-tuschel, nach dem Motto: 'Super, hat sie ja wieder toll hingekriegt.' Also, solche Dinge, es gibt manchmal so ganz banale Sachen, das kann man sich gar nicht vorstellen, das macht für Menschen ganz viel aus.“

Ähnlich wie betriebliche Interessenvertretungen haben auch Führungskräfte oft eine Vielzahl unterschiedlicher Aufgaben zu bewältigen. Im Rahmen der Interviews wurde deutlich, dass Führungskräfte daher dem BEM nicht immer die notwendige Aufmerksamkeit im Arbeitsalltag einräumen und, dass auch Wissenslücken hinsichtlich möglicher Maßnahmen – insbesondere bei psychischen Belastungen und Erkrankungen – bestehen.

„Und was wir eher als Erfahrung machen, ist das vielen Vorgesetzten die Fantasie fehlt, was kann man als Maßnahmen anbieten.“

Vielen Führungskräften fehlt es an Wissen, welche Möglichkeiten es gibt, zu entlasten und zu unterstützen. Darum wird an mehreren Stellen auch der Appell der Befragten an die Führungskräfte laut, sich vermehrt Hilfe und Unterstützung zu holen:

„Deshalb erkläre ich den Führungskräften in den Einführungsstunden sozusagen immer: 'Wenn ein Mitarbeiter kommt und sie stellt eine Frage, wir haben bestimmt eine Lösung. Rufen Sie mich an.' Weil das kann sich keine Führungskraft mehr merken. Ich hab ja nun dieses Gebiet, die Führungskraft hat ja auch fachliche, andere Gebiete. Und deshalb sag ich immer: 'Rufen Sie mich an, dafür bin ich da', weil es einfach zu viel wird (...), weil es einfach zu komplex ist.“

Betont wird fast durchgängig, wie wichtig eine Schulung der Führungskräfte für das BEM ist, damit ein BEM-Gespräch nicht die Züge eines Krankenrückkehrgesprächs annimmt, die noch immer in vielen Betrieben praktiziert werden. Krankenrückkehrgespräche sind dadurch gekennzeichnet, dass vonseiten des Arbeitgebers häufig Druck auf die Beschäftigten ausgeübt wird, Kranken- und Ausfalltage zu reduzieren. Das primäre Ziel dabei ist die kurzfristige Kostensenkung (Bolwig/Eberhardt, 2014).

„Was ein großes Hemmnis in dem Zusammenhang ist, dass diejenigen, die das BEM gesprächsführend leiten, oft nicht ausreichend in Gesprächsführung

geschult sind. Weil die haben früher diese Krankenrückkehrgespräche geführt und die fangen im selben Stil an. So, ne? Und ich find's immer sehr ungünstig, wenn man das BEM-Gespräch ... Eben so ein paar einleitende Worte sagt, dann eben auch gleich mit einfließen lässt: 'Aber Du weißt ja: Hohe Krankheitszeiten könne auch mal zur Kündigung führen.' Das ist nicht der Sinn und Zweck des BEM.“

Für derartige Schulungen bleibt Führungskräften neben den fachlichen Aufgaben jedoch zuweilen kaum Zeit. Überdies ist das BEM oftmals auch kein Bereich, dem Führungskräfte Priorität einräumen.

„... also die haben ja so ihre Managementhandbücherprozesse, wo alles drinne steht. (...) Nicht nur, dass ich über Betriebssicherheit, über Ordnung, über Personalführung, Personalstruktur, Personalmanagement, -planung und den ganzen Kram. Und jetzt soll ich mich noch mal mit Gefährdungsbeurteilung, Gesundheitsmanagement und BEM noch auseinandersetzen? (...) Wie soll das denn funktionieren? Mal allen Ernstes: Also ich möchte da auch keine Führungskraft sein. Das Geld ja, aber nicht mit der Aufgabe.“

Der Umgang von Führungskräften mit den betroffenen Beschäftigten wird höchst unterschiedlich beschrieben. Hier gehen die Erfahrungen der Gesprächspartner deutlich auseinander, ob zum Beispiel eher jüngere oder eher ältere Führungskräfte sich unsensibel im Umgang mit Betroffenen zeigen. Auf der einen Seite wird jüngeren Führungskräften die Lebenserfahrung und Sozialkompetenz im Umgang mit Betroffenen abgesprochen und ein höheres Streben nach beruflichem Aufstieg als Hinderungsgrund für einen positiven Umgang mit Betroffenen im BEM unterstellt. Auf der anderen Seite wird ihnen aufgrund von Unsicherheit und fehlender Führungserfahrung eine zu starke Schonung der Betroffenen attestiert bzw. ein höheres Interesse an Fragen der Wiedereingliederung und eine hohe Sensibilität im Umgang mit den Betroffenen zugeschrieben. Letztlich bleibt der Eindruck bestehen, dass der Umgang mit Betroffenen keine Frage des Alters, sondern eine Frage der Sozial- und Führungskompetenz der betreffenden Führungskraft ist. Wiederholt wird zudem beschrieben, dass Vorerfahrungen der Führungskraft hinsichtlich psychischer Erkrankungen (zum Beispiel im eigenen Umfeld) die Akzeptanz für und das Verständnis gegenüber psychischen Erkrankungen erhöhen und Schulungsmaßnahmen die Verfahrenskompetenz von Führungskräften erhöhen können.

Auch wird die grundsätzliche Einstellung der Führungskraft, Kontakt zu seinen/ihren Beschäftigten zu halten und das Gespräch zu suchen, als eine wichtige Grundlage für einen funktionierenden Kommunikationsprozess im BEM angesehen. Wenn die Führungskraft zudem deutlich macht, dass sie hinter dem BEM-Konzept steht und die Maßnahmen grundsätzlich mitträgt, erhöht das aus Sicht der Befragten auch die grundsätzliche Akzeptanz sowohl des BEM als auch der daraus resultierenden Maßnahmen für die Betroffenen.

„... Wenn jemand sich sowieso mit seinen Leuten nicht auf einer bestimmten Ebene beschäftigt, wenn der auf einmal im BEM-Gespräch so vor einer Person sitzt und ich rede sonst auch mit dem nicht groß über irgendwelche anderen Dinge, dann komm' ich mal mit so was und hau das auf den Tisch und sage: ‚Da brauch' ich jetzt Hilfe.‘ Und das ist dann ein ganz starrer Systemvorgesetzter, der sich irgendwie das so gar nicht vorstellen kann: ‚Wie soll ich das denn machen?‘ Das ist Vorgesetzten-Sache! Wenn mein Vorgesetzter sagt: ‚Tipp Dich ein, Du bist jetzt freigestellt, Du kannst das machen‘, dann kann ich das machen, das ist mein Vorgesetzter, der das gesagt hat. (...) Der muss das vertreten.“

Neben der beschriebenen Rolle im BEM nach Eintreten einer Langzeiterkrankung können Führungskräfte aber auch (Mit-)Ursache des BEM sein, beispielsweise aufgrund eines Führungsstils, der die Beschäftigten belastet. Die Hinzuziehung der Führungskraft in das BEM-Verfahren kann dann durchaus problematisch sein (siehe hierzu Kapitel 7: Konflikte und Wiedereingliederungshemmnisse).

5.1.4 Personaler/Personalerin

Neben der (direkten) Führungskraft tritt ein Vertreter/eine Vertreterin der Personalabteilung im BEM oftmals als Fallmanager des Arbeitgebers auf.

Positiv bewertet wurde von den Gesprächspartnern, dass die Beteiligung der Personalabteilung dazu führt, dass eine neutrale Person teilnimmt, die in der Regel nicht direkt mit der/dem Betroffenen zusammenarbeitet. Wenn diese Person regelmäßig mit BEM-Fällen betraut wird, erhöht sich die Erfahrung der- oder dessen/jenigen zum einen hinsichtlich der Durchführung, aber auch in Bezug auf die realistische Einschätzung, welche Maßnahmen letztlich umgesetzt werden können.

Ein Nachteil beim Einbezug der Personalabteilung besteht im fehlenden Bezug zum Arbeitsplatz der/des Betroffenen. Ein Einbezug weiterer Personen – wie

beispielsweise der direkten Führungskraft – wird dann insbesondere bei der Umsetzung von Maßnahmen als wichtig erachtet.

Deutlich wurde in den Gesprächen, dass es für das Verfahren förderlich ist, wenn eine solche Fachkraft das Vertrauen von (psychisch) erkrankten Beschäftigten genießt. In solchen Fällen sollte diese Fachkraft in das BEM-Verfahren eingebunden werden.

5.1.5 Disability Manager

Einen Sonderstatus nehmen Disability Manager als Fallmanager im BEM ein. Hierbei handelt es sich in der Regel um externe, neutrale Personen, die das BEM begleiten (Riechert/Habib, 2016, S. 23 f.). Von den befragten Bremer Unternehmen findet sich lediglich die Hochschule, die speziell ausgebildete Disability Manager als Fallmanager für den Arbeitgeber im BEM einsetzt, diese aber aus den eigenen Beschäftigten ausgewählt hat. Disability Manager sind sowohl in rechtlichen Aspekten des BEM als auch hinsichtlich stufenweiser Wiedereingliederung ausgebildet. Ähnlich wie auch Betriebsärzte nehmen sie eine neutrale Vermittlerposition zwischen Arbeitgeber und Betroffenen ein:

„Wir sind dann auch, ich sag mal, so 'n bisschen mit der Mittler zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Wir sitzen ja im Prinzip zwischen den Stühlen. Wir müssen ja beiden dienen. Und da kommt man manchmal auf ganz kreative Ideen.“

Insbesondere die Neutralität der Disability Manager/Managerinnen betrachtet das BEM-Team der Hochschule als einen Erfolgsfaktor für das BEM.

5.2 Zur Bedeutung persönlicher Haltungen und Gesundheitsbilder der BEM-Akteure

In den bisher vorliegenden Studien zum BEM wird kaum untersucht, wie die betrieblichen Akteure des Eingliederungsmanagements das BEM erleben und welche Haltungen und Motive ihrem Handeln im Rahmen des BEM Orientierung bieten. Die Kenntnis dieser Haltungen und Motive ist allerdings wichtig, da sie die konkreten BEM-Praktiken der Akteure beeinflussen. Darüber hinaus wurden in unserer Studie die Gesundheitsbilder, d. h. die Vorstellungen bzw. Haltungen der BEM-Akteure in Bezug auf (psychische) Gesundheit eruiert. Im Mittelpunkt standen dabei das Gesundheitsverständnis der BEM-Akteure und ihr Umgang mit der eigenen Gesundheit. Persönliche Haltungen und Gesundheitsbilder der BEM-Akteure,

so die Vorannahmen zu dieser Studie, sind mitverantwortlich für den Erfolg eines BEM-Prozesses. Die eigene Haltung zum Thema Gesundheit nimmt Einfluss auf die Motivation der Akteure im BEM, hat aber auch Einfluss auf die Ernsthaftigkeit und Nachhaltigkeit, mit der die Teilnehmer des Integrations-teams die Thematik verfolgen. Die Sondierung von Motiven und gesundheitsbezogenen Haltungen der BEM-Akteure weist in unserer Studie einen stark explorativen Charakter auf. Es ist davon auszugehen, dass die Befragten im Rahmen der Expertengespräche und Betriebsfallstudien eine Positiv-Auswahl unter betrieblichen BEM-Akteuren bilden, da – vermittelt über die Arbeitnehmerkammer Bremen – Unternehmen in unser Sample betrieblicher Kurzfallstudien einbezogen wurden, die bereits über ein etabliertes BEM verfügten, d. h. auf einen mehrjährigen betrieblichen Erfahrungshorizont im Hinblick auf die Wiedereingliederung langzeiterkrankter Beschäftigter zurückblicken konnten. Neben der Haltung zum Thema Gesundheit bei den Mitgliedern des Integrations-teams ist aber auch die Haltung der erkrankten Beschäftigten zum BEM entscheidend, ob das BEM ein Erfolg wird.

Motivation der Akteure im Integrationsteam

In den Interviews wurde die Motivation, sich im BEM zu engagieren, erfragt. Dabei wurde trotz der unterschiedlichen beruflichen wie betrieblichen Positionen, welche die betrieblichen Akteure innehaben, eine grundlegende, übergreifende Motivation der BEM-Akteure deutlich, die sich als praktische Fürsorge für andere, hilfebedürftige Beschäftigte kennzeichnen lässt:

„Also, ich sag mal, ich hab ja erst mal 'ne Verpflichtung. Also es ist mein, es gehört zu meinem Aufgabenprofil, dass genauso zu leben. Das ist erst mal Punkt eins. (...) Ich glaub, ein Stück weit ist es eben auch, dass wenn ich selbst so sagen, wir müssen kranken Menschen helfen und ich versuche immer so zu handeln, wie möchte ich selbst behandelt werden.“

„... das Interesse, die gute Wiedereingliederung des Mitarbeiters absolute Priorität hat und keine anderen, sei's geschäftliche Interessen oder persönliche Interessen wie, kann ich mein Team gut aufstellen, was auch immer. Aus meiner Wahrnehmung steht immer als Erstes, dass wir den Mitarbeiter gut integrieren und ihm die Wiedereingliederung so einfach, angenehm wie möglich gestalten, damit er

eben wieder nach der Wiedereingliederung fit, gesund wieder durchstarten kann.“

In diesem für die befragten BEM-Akteure typischen Zitat spiegelt sich eine Fürsorgerationalität (Waerness 2000) wider, die der verantwortungsvollen Fürsorge für hilfebedürftige andere Vorrang vor ökonomischen Interessen einräumt. Die Mitarbeit im BEM-Team wird hier als Fürsorgearbeit verstanden, die auf eine gute Gestaltung der beruflichen Wiedereingliederung langzeiterkrankter Beschäftigter abzielt. Die im Zitat ausgedrückte Zurückweisung des Vorrangs ökonomischer Interessen im Falle erkrankter Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen verdeutlicht, dass aus der Sicht der befragten BEM-Akteure der Betrieb nicht allein als Ort der Kapitalverwertung und des Gewinnstrebens, sondern als sozial-moralischer Raum gesehen wird, der ökonomische Interessen einhegt. Soziale Zugehörigkeit zum Betrieb bzw. Unternehmen bedeutet demnach, dass diese auch mit sozial-moralischen Ansprüchen auf Fürsorge und Unterstützung verbunden ist, wenn Beschäftigte in ihrer Gesundheit und Leistungsfähigkeit beeinträchtigt sind.

Diese Fürsorgeorientierung der BEM-Akteure geht einher mit einem entsprechenden Menschenbild:

„Wir sprachen da in unserer Vorbesprechung auch über Haltung. Man muss sich doch mal klarmachen: Jeden von uns kann es treffen, dass wir in so eine Situation kommen, in irgend so eine Fachbehandlung oder, oder, ne? Und dann muss man sich das doch mal klarmachen, dass solche Dinge so einen Druck aufbauen können und der Vorgesetzte hat dann allein schon die Angst: ‚Okay, ich kann das verstehen, ich würd' Dir das auch gerne eingestehen, zugestehen.“

Dieses Menschenbild geht von der wechselseitigen Angewiesenheit von Menschen in sozialen Gebilden bzw. der Gesellschaft aus. Menschen erscheinen hier als soziale und verletzbare Wesen, die in „fürsorgliche Beziehungen und Verantwortung für andere“ (Gerhard 2008, S. 24) eingebunden sind. Der Grundgedanke der wechselseitigen Angewiesenheit berücksichtigt, dass jeder Mensch im Laufe seines (Erwerbs-)Lebens in Situationen geraten kann, in denen er auf die Fürsorge, Hilfe und Unterstützung anderer Menschen (existenziell) angewiesen ist, wie im Falle langwieriger bzw. gravierender Erkrankungen.

In diesem Zitat wird zugleich deutlich, dass diese Fürsorgerationalität bei betrieblichen Akteuren nicht unbedingt vorausgesetzt werden kann, sondern zuwei-

len im BEM-Verfahren die fürsorgliche Verantwortung für langzeiterkrankte Beschäftigte auch erst reklamiert oder eingefordert werden muss, z. B. von direkten Führungskräften der erkrankten Person. Eine Praktik der BEM-Akteure, die Übernahme fürsorglicher Verantwortung für langzeiterkrankte Beschäftigte durch Führungskräfte zu fördern, besteht offenbar darin, Letztere mit ihrer eigenen, grundsätzlichen Verletzlichkeit zu konfrontieren. Die Einsicht in die eigene Verletzlichkeit ermöglicht Empathie in die Situation langzeiterkrankter Beschäftigter.

Die Motivation und Haltung der praktischen Fürsorge wird offenbar auch positiv durch die jeweilige berufliche bzw. betriebliche Position der BEM-Akteure beeinflusst. So gehören die gesundheitliche Wiederherstellung von langzeiterkrankten Beschäftigten und die Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen zum Aufgabenkanon und zum professionellen Selbstverständnis von Betriebsärzten/Betriebsärztinnen. Ähnlich stellt sich dies auch bei betrieblichen Interessenvertretern/Interessenvertreterinnen dar:

„... wenn jetzt ein Kollege ankommen würde und würde mich fragen in meiner Eigenschaft als Interessenvertretung, würde ich natürlich dem auch hilfreich zur Seite stehen. Das ist klar. Also man arbeitet auch übergreifend, einmal erst mal, weil ich seh's einfach als Berufung, dass man eben all sowas eben auch machen soll, und wo ich dann auch helfen kann (...), ja, dann helf' ich da schon mal und steh' halt auch beratend zur Seite.“

In dem Zitat des betrieblichen Interessenvertreters wird deutlich, dass die praktische Fürsorge für Beschäftigte Bestandteil seines Selbstverständnisses als Betriebsrat ist. Offenbar gehört die praktische Fürsorge zum Ethos seines Interessenvertretungshandelns, da er sie als Element seiner Berufung als betrieblicher Interessenvertreter beschreibt. Der befragte Betriebsrat verweist hier auf die Schutz- und Unterstützungsfunktion gegenüber Belegschaftsangehörigen, die mit der institutionell geprägten Rolle als betriebliche Interessenvertretung verbunden ist.

Des Weiteren wird von BEM-Akteuren auch der Wunsch nach einem insgesamt guten Miteinander über den Kontext des BEM hinausgehend geäußert. Im größeren Kontext geht es also um eine gute Arbeitsfähigkeit aufgrund eines grundlegenden Wohlbefindens bei der Arbeit:

„... also ich bin grundsätzlich eben halt irgendwo daran interessiert, dass die Kolleginnen und Kolle-

gen, dass ihnen die Arbeit hier Spaß macht und dass sie dabei gesund sind, das ist mir persönlich, ist mir das sehr wichtig, dass das so ist. Aufgrund der Tatsache, also erst mal denke ich mal, also ich glaube, dass eben halt irgendwo auch solche Themenfelder wie das betriebliche Eingliederungsmanagement auch so 'ne Stellschraube ist eben halt für dieses Thema Spaß an der Arbeit, weil man da eben halt irgendwo dann so einen Wohlfühleffekt bei den Kolleginnen und Kollegen auslösen kann.“

Die praktische Fürsorgearbeit für langzeiterkrankte Beschäftigte betrachten die BEM-Akteure keineswegs als Einbahnstraße. Vielmehr weisen sie darauf hin, dass sie dafür auch Anerkennung seitens der wieder-eingegliederten Beschäftigten erhalten oder aber positive Ergebnisse ihrer BEM-Aktivitäten unmittelbar erfahrbar sind; Anerkennung und Feedback für das BEM-Engagement bilden eine Quelle der Sinnhaftigkeit:

„Das ist eben auch wirklich das Schöne an diesem Job, dass man auch viel zurückkriegt. ‚Och Mensch, vielen Dank, dass Sie das und das erreicht haben.‘ Oder man sieht dann irgendwann: Mensch, der Kollege, ach der arbeitet wieder. Das ist auch toll! Das hat auch was. Ansonsten ist es ja so, na ja, wenn der Chef nicht meckert, dann ist er wohl zufrieden.“

Allerdings umfasst das BEM-Engagement zuweilen auch negative Aspekte, die die Arbeit im BEM-Team belastend machen können. So erlebt ein interviewter Betriebsrat seine Mitarbeit im BEM-Team insbesondere dann als emotional belastend, wenn er an seine persönlichen Grenzen kommt oder wenn keine positiven Veränderungen beim Betroffenen erreicht werden können.

„Und es ist manchmal auch sehr, sehr, sehr frustrierend, für mich ist es immer sehr frustrierend, wenn ich persönlich nichts erreichen kann. Wo ich wirklich sagen kann, also da komm' ich selber an meine Grenzen, da ist nichts mehr. Da kann man nichts mehr machen, weil wir alles abgearbeitet haben. Und sehr, sehr, sehr tragisch ist das immer für mich, wenn's dann ein Jungkollege ist, der aufgrund Krebserkrankung ... Und dann pensionieren wir den oder er geht nach Hause, kriegt seine Rente und hinterher, nach 'nem halben Jahr ist er tot. Das sind natürlich so Dinge, die emotional einen unwahrscheinlich auch belasten. Also das nimmt man mit.“

Die Mitarbeit im BEM-Team verlangt den betrieblichen BEM-Akteuren daher auch ein gewisses Maß an

Frustrationstoleranz ab. Der Umgang mit Krankheit, Leiden und u. U. auch Tod bedeutet, dass die BEM-Akteure mitunter hohe emotionale Belastungen zu bewältigen haben. Ihr Umgang mit solchen existenziellen Fragen, Widrigkeiten, Rückschlägen und Grenzerfahrungen im BEM-Verfahren erweist sich als bedeutsam für ihre eigene (psychische) Gesundheit.

Umgang mit der eigenen Gesundheit bei den Akteuren des Integrationsteams

Neben der persönlichen Motivation ist von Interesse, wie die BEM-Akteure mit ihrer eigenen Gesundheit umgehen, um für die Betroffenen authentisch agieren zu können. In den Interviews wurde deutlich, dass Akteure im BEM z. T. persönliche Haltungen zu psychischen Erkrankungen haben, die dem BEM-Verfahren abträglich sein können, z. B. wenn eine Führungskraft die psychische Erkrankung von Beschäftigten unterschätzt und die baldige Erfüllung von Leistungsanforderungen durch die Betroffenen betont wird. Dahinter verbergen sich – so unsere bisherige Vermutung – oft spezifische Gesundheitsbilder der Akteure.

Bezüglich der eigenen Gesundheit ist in diesem Kontext zum einen entscheidend, wie mit Belastungen umgegangen wird und zum anderen, wie auf die eigene physische und psychische Gesundheit geachtet wird.

In den meisten Interviews wurde erkennbar, dass die Befragten nicht durchgängig in ihrem Erwerbsleben auf die eigene Gesundheit geachtet haben und bei vielen erst die Erfahrung belastender Situationen und Ereignisse dazu geführt hat, sich gesundheitsgerechter zu verhalten. Es wird in den meisten Fällen über Sport oder den kollegialen Austausch versucht, sich einen Ausgleich zu schaffen. Zur Förderung der eigenen Gesundheit bzw. zum Ausgleich ist nahezu allen interviewten BEM-Akteuren Sport oder Bewegung wichtig. Häufig genannt werden vor allem die Teilnahme an Firmenfitness, das Joggen oder Radfahren. Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen beim Arzt werden nur von wenigen Interviewpartnern/Interviewpartnerinnen genannt.

Bei einem Interviewpartner hat ein Umdenken erst durch die berufliche Nähe zum Thema Gesundheit stattgefunden. Er/sie hat zuvor keinen Sport getrieben und geht nun dreimal die Woche ins Fitnessstudio.

„Vorbild mit der Beschäftigung, mit 'm Gesundheitsmanagement oder mit 'm BEM hat eben auch dazu geführt, dass ich jetzt wieder Firmenfitness,

ne? Also ich bin jetzt auch dreimal die Woche im Fitnessstudio.“

In einem Interview berichtet ein Betriebsrat, dass er fünfzehn Jahre lang in seiner Betriebsratsstätigkeit nicht gemerkt hat, dass mit der damit verbundenen Mehrarbeit auch die Belastung stieg. So führten die Teilnahme an vielen Veranstaltungen sowie die Anforderungen an ständiges Funktionieren und vorbereitet sein müssen zu ständiger Unruhe. Der Befragte hat daraufhin mit seinem Hausarzt gesprochen und diesem gegenüber auch den Wunsch geäußert, einmal zu Hause bleiben zu können. Mit einer Psychologin oder einem Psychologen, hier als „Seelenklempner“ bezeichnet, wollte der Betriebsrat jedoch nicht sprechen, da er wenig Vertrauen in die Fachkompetenz dieser Berufsgruppe setzt. Daher hat er eigene Wege gesucht, gesundheitsförderliche Ressourcen zu entwickeln. So schafft zum Beispiel das Fahrradfahren einen Ausgleich und ist eine Art persönliche Therapierform.

„Also (...) in diesen 15 Jahren bin ich relativ wenig krank gewesen. Ich habe eigentlich immer funktioniert. (...) wissen Sie, es ist so, je höher Sie kommen, je größer wird die Bühne. Sie merken das nicht, dass Sie 'ne Bühne betreten (...) So, Sie merken das nicht mehr, dieses Politische, ne? Und viele Veranstaltungen und dann, wo ich dann irgendwann mal gemerkt habe, so geht das nicht weiter. Also immer diese ständige Unruhe, dieses immer Funktionieren. Was kommt da auf mich zu? Wie bereite ich mich vor? Und, und, und. Und da hab' ich selber jetzt mal für mich mal 'ne Zeit, wo ich mit meinem Arzt gesprochen hab, und hab gesagt: ‚Einfach mal zu Hause.‘ Ich bin auch nicht der Mensch, das sag ich Ihnen ganz ehrlich, der da zum Seelenklempner geht, und redet über Burn-out. Der könnte mir nichts erzählen. Ich würde den gar nicht für bare Münze nehmen. Nicht, dass ich nicht den Respekt davor habe. Aber ich denke einfach mal, ich glaube selber, also, man kennt sich ja selber und weiß, woran das liegt und deswegen. Also ich geh damit um, ich fahr viel Fahrrad. Das ist so, wenn ich so hier durch den (...) (Park) oder weiß ich wo, wo 's schön ist, oder ich fahr an die See, dann ist das meine Therapie. Mehr brauch ich nicht.“

Er hat gelernt sich zurückzunehmen und nicht mehr alles wissen zu wollen oder für jeden da sein zu wollen. Sich Grenzen zu setzen, ist hier zum Beispiel eine persönliche Art des Umgangs mit Arbeitsbelastungen.

Ein anderer interviewter BEM-Akteur setzte hingegen auf eine psychotherapeutische Behandlung, um die eigene psycho-physische Erschöpfung zu bewältigen:

„... ich hab' schon einmal eine Burn-out-Kur gemacht tatsächlich. (...) So. Und aber da musste ich für mich auch erst mal so akzeptieren: Okay, dann bist du jetzt wirklich mal an so 'nem Punkt angekommen, wo's einfach nicht mehr machbar ist, ne?“

Insgesamt ist es auch für andere BEM-Akteure wichtig, sich abgrenzen zu können:

„Das ist schon schwierig. Man muss dann aufpassen selber auch, seine eigenen Grenzen dann auch zu kennen. Wir müssen uns dann auch abgrenzen, dass wir eben halt bis zu bestimmten Punkten gehen und dann eben halt nicht weiter. Wichtig ist aber auch, dass sich die Kolleginnen und Kollegen sich uns gegenüber öffnen, damit wir die ganzen Dinge auch erkennen können.“

Eine spezifische Form der Abgrenzung gegenüber den Anforderungen der eigenen Arbeit und der BEM-Aktivitäten besteht darin, sich eine Auszeit zu nehmen, d. h. einfach einmal nichts zu tun, um die eigene mentale Gesundheit zu erhalten:

„... ich persönlich mit Überlastung oder so, ich klink mich wirklich auch aus. Also, ich hab dann so Zeiten, wo ich mich ausklink', wo ich nichts mach und mich nur hinsetz' und (...) nichts machen muss.“

In einem anderen Interview berichtet eine befragte Person, dass ein gutes Netzwerk mit Ansprechpersonen aufgebaut wurde, bei dem es ums Erzählen geht. Es wird sich gegenseitig von aktuellen Belastungen berichtet, was die sogenannte „eigene (mentale) Hygiene“ zum Ziel hat. Dabei ist das gegenseitige Erzählen ein „akzeptiertes Vorgehen“ und hilft der Person im Umgang mit Stress, indem ihr ein Kollege oder eine Kollegin als beratende Person zur Seite steht.

„... wir haben ein gutes Netzwerk sozusagen, sodass wir gegenseitig uns Themen berichten und da geht es nicht um eine Bewertung, sondern es geht manchmal einfach nur ums Erzählen. Und ich glaube dieses Netzwerk ist so, dass wir alle ein Verständnis davon haben, das man es für die eigene Hygiene sozusagen manchmal braucht, zu sagen: ‚Ich hatte heute folgendes Erlebnis.‘ Und das ist ein akzeptiertes Vorgehen sozusagen. Und es gibt auch Situationen, wo wir uns gegenseitig als Berater zur Seite stehen, so würde ich mal nennen.“

Dieser Umgang wird auch von einem anderen Interviewpartner beschrieben, bei dem es um das „sich reinigen“ durch Erzählen geht.

„Dann reinigen wir uns hier sozusagen selbst. Ja. (...) Ich geh' nicht konsequent genug damit um, aber“ (lacht) ...

Tendenziell wird der Austausch mit Kolleginnen und Kollegen als wichtig eingeschätzt, da er eine psychoemotionale Katharsis ermöglicht. Die Perspektiven und Erfahrungen der anderen Beteiligten werden zur Sortierung der eigenen Situation benötigt und als Form von Lösungsansätzen geschätzt.

Allerdings suchen nicht alle BEM-Akteure den Austausch mit ihren Kollegen/Kolleginnen, um psychosoziale Belastungen zu bewältigen; ein Teil dieser Akteure wendet sich vertrauten Personen aus dem privaten Umfeld für solch einen Austausch zu.

Bei den befragten Interessenvertretungen ergab sich ein differenziertes Bild hinsichtlich ihrer Arbeitsbelastung und damit einhergehenden Beanspruchungsempfindungen. Vereinzelt wird von sehr hoher Arbeitsintensität und hohen Belastungen berichtet, der überwiegende Teil der Befragten berichtet jedoch, sich zurückzunehmen, wenn die Belastungen zu groß werden. Insbesondere dann, wenn viele private „Baustellen“ als Stressfaktoren hinzukommen, wird es für einige schwierig, sich zurückzunehmen und einen Ausgleich zu finden. Auch die eigene Familie spielt hier eine Rolle. Der Faktor Familie wird jedoch unterschiedlich wahrgenommen. Einmal wird die Familie als belastend beschrieben durch pflegebedürftige oder kranke Angehörige, ein anderes Mal wird die Familie im positiven Sinn als soziale Unterstützung gesehen, die einen auch im sportlichen Sinne fordert.

Allerdings berichten unsere Interviewpartner/Interviewpartnerinnen z. T. auch davon, dass sie mit ihrer eigenen Gesundheit besser umgehen könnten:

„Bei dem Thema schon, aber sagen wir mal, mit Gesundheit oder wie gehe ich mit meiner eigenen Gesundheit um, da übe ich gerade Konsequenz.“ (lacht)

Stellenweise gibt es in den Interviews auch Hinweise darauf, dass die BEM-Akteure ihre eigenen gesundheitlichen Ressourcen überbeanspruchen. So neigen diese Akteure zu einer individuellen Verausgabung, um die langzeiterkrankten Beschäftigten im BEM-Verfahren zu unterstützen. Die Gefahr einer Erschöpfung eigener psychischer Energien besteht eher, wenn

BEM-Akteure mit einer hohen individuellen Verausgabungsneigung keine zusätzlichen arbeitszeitlichen Ressourcen erhalten, d. h. ihrem BEM-Engagement zusätzlich zu ihrer regulären Arbeitszeit nachgehen.

6 Öffnung des BEM gegenüber psychischen Erkrankungen

6.1 Die kommunikative Verankerung des BEM-Verfahrens

Die kommunikative Verankerung des BEM ist einerseits von den betrieblichen Kommunikationswegen (wie?), andererseits aber auch von den kommunizierenden Akteuren (wer?) abhängig. Den Weg dafür bereitet die in den Unternehmen vorherrschende Organisationskultur: Wie wird mit psychischen Erkrankungen bzw. generell mit erkrankten Beschäftigten umgegangen? Welche Bedeutung misst die Unternehmensleitung der Wiedereingliederung zu? Wie werden die Betroffenen angesprochen?

Die kommunikative Einbettung kann sich förderlich oder hemmend auf den BEM-Prozess auswirken. In den Interviews konnten folgende förderliche Kommunikationsstrukturen identifiziert werden:

Regelmäßige, wiederkehrende Information der Beschäftigten

Um das BEM im Unternehmen bekannt zu machen, wird die immer wiederkehrende Kommunikation des Angebots von den Interviewpartnern als wichtig gesehen. Häufig müssen Betroffene – aber auch betriebliche Akteure – erst über Ziele und Absichten des BEM-Prozesses aufgeklärt werden.

„... es gibt meines Erachtens da auch ein Problem in der Transparenz, weil viele Kollegen kennen den Unterschied nicht zwischen Wiederkehrergespräch und BEM-Gespräch.“

In einem Unternehmen werden z. B. auch Besprechungen genutzt, insbesondere die der Führungskräfte, um hier die Angebote zu kommunizieren und weitere Informationsquellen vorzustellen.

„Und wichtig ist da auch so eine gewisse Kontinuität, dass man eben halt irgendwo den Kolleginnen und Kollegen bestimmte Dinge einfach immer auch nicht nur einmal erzählt, sondern eben halt auch ein paar Mal erzählt. Das gehört einfach irgendwo dazu. Wir nutzen die Publikationen, die wir haben oder die Möglichkeiten, die wir haben immer wieder, die

Kolleginnen und Kollegen auf bestimmte Dinge hinzuweisen.“

Die Wissensvermittlung zum BEM an alle Beschäftigten verfolgt das Ziel, dass Betroffene nicht von der Ankündigung eines BEM überrascht werden und dass auch die Kollegen und Kolleginnen der Betroffenen eine Vorstellung von dem Verfahren bekommen und Verständnis für durchgeführte Maßnahmen entwickeln.

Prinzipiell dient in den Unternehmen aller Gesprächspartner das formale Anschreiben an die erkrankten Beschäftigten nach sechswöchiger Krankheit als primäre Informationsquelle und Einstieg zum BEM-Verfahren (vgl. auch Kapitel 5.2).

„Insbesondere in der Anfangszeit des BEM haben die Anschreiben an die Beschäftigten, dass sie zum BEM eingeladen werden, bei den Betroffenen auch Angst um den Arbeitsplatz ausgelöst. Die Anschreiben in dieser Zeit waren katastrophal. Die Anschreiben waren zu Anfang formal und unpersönlich. Wenn man nicht in der Verwaltung beschäftigt ist und BEM nicht kennt, denkt man schnell, dass man die Kündigung bekommen soll.“

Ergänzend zu den formalen Aspekten wird von vielen BEM-Akteuren das Vieraugengespräch geschätzt, das das formale Anschreiben unterstützt. Hier können Unsicherheiten besprochen und Unklarheiten beseitigt werden. Zudem dient das Gespräch meist auch als Vorbereitung der BEM-Akteure für die anschließenden BEM-Gespräche in größerem Kreis.

„Wobei wir aber auch festhalten können, dass viele oder man kann das kaum in Prozenten sagen, die meisten Dauerkranken auch einen persönlichen Kontakt halten. Das ist unterschiedlich, der eine hält den Kontakt zum Betriebsrat, der andere zu HR, der nächste zu seiner Führungskraft, das ist sehr unterschiedlich, wie Menschen eben so ticken. Sodass ich sage, wir haben einen formalen Prozess, aber ... Und den find' ich auch richtig und gut, aber nichtsdestotrotz gibt es daneben immer auch eine zweite Schiene und die ist der persönliche Kontakt.“

Häufig wird daher von den BEM-Akteuren besonderes Gewicht auf den persönlichen Kontakt gelegt, um so unterstützend Informationen zu geben, das Verfahren erklären und die Betroffenen beruhigen zu können. Eine starke Bedeutung hat dies insbesondere in Unternehmen, in denen die BEM-Akteure bereits mehr Erfahrung haben und größere Bekanntheit genießen.

Die Ansprache erfolgt daher meist über eine Vertrauensperson vor Ort.

In den meisten Interviews wird deutlich, wie wichtig die Entwicklung betrieblicher Kommunikationsstrategien zum BEM ist, gerade um mögliche Vorbehalte, Ängste und Unsicherheit gegenüber dem BEM abzubauen und vertrauensbildend zu wirken, sodass das BEM von betroffenen Mitarbeitenden auch in Anspruch genommen wird. Wichtig ist zudem, welche Akteure die BEM-Kommunikation in Unternehmen aktiv unterstützen (vgl. Kapitel 5).

6.2 Vertrauensbasierte Kooperationskultur im BEM

Sowohl in der Fachliteratur als auch in den durchgeführten Interviews im Rahmen des Projekts zeigte sich, dass das Thema Vertrauen als immer wiederkehrender und grundlegend wichtiger Aspekt des Themas BEM eine entscheidende Rolle spielt. Wenn über BEM gesprochen wird, wird immer auch über Vertrauen gesprochen.

Unser alltägliches Leben wird in hohem Maße von Vertrauen bestimmt. Vertrauen ist die wohl wichtigste Komponente für das Gelingen und die Entwicklung zwischenmenschlicher Kommunikation (vgl. hierzu unter anderem Bolle 1998, Petermann 1996), wobei Luhmann (2014, S. 1) sogar so weit geht, dass ohne Vertrauen kein menschliches Leben möglich wäre. Vertrauen im BEM ist insbesondere für die Glaubwürdigkeit der Ernsthaftigkeit, mit der in Unternehmen das BEM verfolgt wird und natürlich auch mit Blick auf das Vertrauen (betroffener) Beschäftigter in das BEM bedeutsam. Der erkrankte Mensch als vulnerable Person ist in dieser besonderen Situation verstärkt auf eine vertrauensbasierte BEM-Kultur angewiesen. In den Expertengesprächen schienen auf, dass die Vertrauensproblematik bei psychischen Erkrankungen tendenziell noch bedeutsamer ist als bei physischen Erkrankungen, gerade weil erstere weniger sichtbar sind und Betroffene oftmals doch stigmatisiert werden. Vertrauen hat hierbei unterschiedliche Facetten/Adressaten (vgl. Luhmann 2014, S. 47 ff.):

- Erstens als *systemisches Vertrauen* in das Unternehmen sowie in das BEM-Verfahren an sich, d. h., ist das Unternehmen, repräsentiert vor allem durch die Unternehmensleitung, glaub- und vertrauenswürdig mit Blick auf das BEM?
- Zweitens als *interpersonelles Vertrauen* in die am BEM-Verfahren beteiligten Akteure: Wie wird mit

den persönlichen gesundheitsbezogenen/medizinischen Daten der erkrankten Beschäftigten umgegangen? Kann sich die erkrankte Person darauf verlassen, dass keine Informationen an Dritte weitergegeben werden, die von ihr nicht autorisiert wurden?

- Drittens ist bedeutsam, inwiefern erkrankte Beschäftigte Vertrauen in das BEM-Verfahren hegen. Das *Verfahrensvertrauen* wird z. B. durch die die Transparenz des Verfahrens, die Einhaltung des Datenschutzes und die Beteiligungsmöglichkeiten der erkrankten Person gefördert. Als hilfreich für den Aufbau verfahrensorientierten Vertrauens können sich Betriebsvereinbarungen erweisen, in denen betriebliche Rahmen und Verfahrensschritte des BEM geregelt werden.
- Viertens dürfte eine Rolle spielen, inwieweit erkrankte Betroffene *in sich selbst* und ihre Fähigkeiten vertrauen, den Anforderungen aus dem BEM gerecht werden zu können.
- Schließlich kann Vertrauen sich auf bestimmte institutionelle Akteure, wie den Betriebsrat oder den Betriebsarzt richten. Hier spielt nicht nur das interpersonale Vertrauen eine Rolle, sondern auch das Vertrauen, ob erkrankte Betroffene institutionelle Akteure per se als glaub- und vertrauenswürdig einschätzen.

Vertrauen im BEM-Verfahren ist – so zeigen die Interviews zum Teil auf – nicht nur an den Schutz persönlicher Daten gebunden. Vertrauen scheint auch davon beeinflusst zu werden, ob die psychisch erkrankten Personen das BEM-Verfahren insgesamt als gerecht erleben oder sich als im oder durch das Verfahren benachteiligt erleben. Transparenz des Verfahrens, Kommunikation auf Augenhöhe, Wertschätzung, Respekt, Anerkennung und die ernsthafte Suche nach gemeinsamen Lösungen sind Beispiele für wesentliche Grundvoraussetzungen eines erfolgreich empfundenen BEM.

Vertrauensaufbau im BEM-Verfahren durch Verfahrensgerechtigkeit kann ein Klima psychologischer Sicherheit ermöglichen, das erkrankte Personen darin bestärkt, sich aktiv in das BEM-Verfahren und in die Entwicklung von Problemlösungen einzubringen.

Als ein immer wiederkehrendes Thema nannten die Gesprächspartner das erste Anschreiben des Unternehmens/Betriebs an die betroffenen Beschäftigten, dass ein BEM stattfinden soll. Dieser erste Schritt

wird als ausgesprochen wichtige, vertrauensbildende Maßnahme betrachtet:

„... wie kann die Dienststelle einfach so komische, bescheuerte Briefe schicken und alle kriegen das P im Gesicht. Und die Langzeiterkrankten denken: ‚Jetzt hab' ich meine Kündigung.‘ Das war's jetzt irgendwie oder ich muss hier Seelenstriptease machen oder was weiß ich.“

Misstrauen kann bereits dadurch entstehen, dass die Anschreiben von den Betroffenen unbekanntem Personen verfasst werden. Von mehreren Interviewpartnern wird berichtet, dass die Anonymität des Anschreibens von Betroffenen beanstandet wird. Durch zentralisierte Prozesse werden diese offiziellen Schreiben meist von fremden Personen verschickt. Diese Anonymität wird insbesondere in Bezug auf dieses sehr sensible Thema Krankheit von den Mitarbeitern als verunsichernd bis verletzend empfunden.

„Und gerade wenn es eben halt eine Erkrankung ist, die doch, wo man doch mit der externen Wahrnehmung ein bisschen vorsichtig ist als Mitarbeiter, wenn man dann auch noch ein Schreiben bekommt mit zwei Unterschriften von Personen, die man nicht kennt, dann gibt es natürlich schon gewisse Ressentiments und das ist das, was im Prozess vielfach von den Kolleginnen und Kollegen moniert wird, eben halt dass da Personen eingebunden sind, die sie nicht kennen. Das kann man aber in einem persönlichen Gespräch, da kann man dann eben halt schon noch mal darauf hinweisen, dass es eben zentral erstellt ist und es entsprechend eben die Zeichnungsberechtigten vor Ort dann eben halt diesen Brief dann verschicken. Und dann ist die Wiese, denk' ich mal, auch überwiegend wieder grün. Was das, dieses Thema angeht.“

Vertrauensförderlich kann zum Beispiel sein, wenn sich bestimmte Personen für das BEM besonders engagieren und als BEM-Akteur betriebsöffentlich in Erscheinung treten. Vertrauen in das BEM kann natürlich auch darauf beruhen, dass Personen eine betriebliche Schlüsselstellung innehaben, wie Betriebs- und Personalrat, die generell relativ stark in Belegschaften vernetzt sind, und von daher dann auch einen Vertrauensvorsprung in Bezug auf BEM haben. Es kann sich natürlich hierbei auch um eine Überschneidung beider Aspekte handeln. Wichtig wird erachtet, Vertrauenspersonen vor Ort zu haben. Neben dem Wissen um die Vertrauenswürdigkeit dieser Personen ist zudem wich-

tig, dass die Person Kenntnisse des Arbeitsplatzes des/der betroffenen Beschäftigten hat.

Für die Akzeptanz des BEM bei den Beschäftigten ist es außerdem von immenser Bedeutung, dass Informationen über ihre eigene Erkrankung nicht von anderen Beschäftigten diskutiert werden.

„Also, der Datenschutz ist ein Thema. Die haben einfach Angst, dass irgendwas von dem, was sie da preisgeben, die Runde machen könnte. Das heißt, es ist aus meiner Sicht ein ganz wichtiges Argument zu sagen, diejenigen, die das BEM im Betrieb machen, die müssen, das darf nicht die größte Quatschnudel im Betrieb sein.“

Die Angst davor, dass sensible Daten der Beschäftigten von den BEM-Beteiligten an Personen außerhalb des Verfahrens weitergegeben werden könnten, kann die Kooperationswilligkeit der Betroffenen stark beeinträchtigen. Für den Erfolg des BEM ist die Offenheit und Kooperationsbereitschaft des/der Betroffenen jedoch entscheidend. Wenn der/die Betroffene z. B. nicht möchte, dass zu weiteren Personen Kontakt aufgenommen wird, ist das BEM-Team nicht mehr handlungsfähig.

Gerade, wenn bei den Betroffenen Unsicherheiten bestehen, ist es notwendig, dass das Vertrauen durch das Gewähren ausreichender Zeitressourcen im Verfahren aufgebaut wird.

Auch durch eine Betriebsvereinbarung können vertrauensbildende betriebliche Strukturen gefördert werden, die dem Verfahren dienen. So kann zum Beispiel durch eine Betriebsvereinbarung sichergestellt werden, dass die Informationen des BEM von der Personalakte getrennt aufbewahrt und nach einer festgesetzten Frist vernichtet werden; es können Regelungen zur Wiedereingliederung festgelegt werden, konkrete Ansprechpartner und deren Qualifikationen genannt werden etc. Eine Betriebsvereinbarung dient durch Verfahrenstransparenz sowohl dem Arbeitgeber als auch den Betroffenen, weil sie Handlungssicherheit im BEM-Verfahren erhöht.

6.3 BEM als Verfahren betrieblicher Problemaufdeckung und Prävention psychischer Erkrankungen

In der Mehrheit gaben die Befragten an, dass (sich anbahnende) psychische Erkrankungen viel schwerer zu erkennen bzw. zu diagnostizieren sind als physische Erkrankungen, was zumindest die Früherkennung

erschwert. So könnten beispielsweise auch Kollegen/Kolleginnen und Vorgesetzte einen Beitrag leisten, wenn sie bei Mitarbeitenden auffällige Verhaltensweisen feststellen. Hierfür bedarf es jedoch einer besonderen Sensibilisierung bzw. Schulung der Kollegen/Kolleginnen und Vorgesetzten.

Tenor aus den Gesprächen ist jedoch, dass Unternehmen sich noch immer schwertun, die Thematik „psychische Belastungen und Erkrankungen“ in die Diskussion zu bringen. Es bestehen sowohl aufseiten des Unternehmens als auch der Beschäftigten Berührungspunkte und Unsicherheiten. Dies steht dann aber im Umkehrschluss auch einer dem BEM vor- und nachgestellten Prävention im Wege. Die präventive Nutzung der Erkenntnisse aus den BEM-Verfahren findet nur in den wenigsten Unternehmen systematisch statt und bedarf aus Sicht der Mehrzahl der befragten Experten/Expertinnen zudem auch der Etablierung von sich ergänzenden, systematischen Strukturen z. B. Arbeitsschutz, BGM und Instrumenten, wie Gefährdungsbeurteilungen oder auch lediglich interner Kommunikationswege. Insbesondere die Gefährdungsbeurteilung wird – wie auch in der einschlägigen Literatur – von den Befragten genannt und der besondere Nutzen aufgezeigt, dass bei der Feststellung einer (psychischen) Erkrankung die Analyse des Arbeitsplatzes und die Ermittlung möglicher gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen wichtig ist, die Gefährdungsbeurteilung aber auch als Mittel der Prävention dient, um erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen.

Das BEM-Verfahren ist – folgt man dem zugrunde liegenden Gesetzestext – im Kern einzelfallorientiert und mehr auf die Problemlösung der betrieblichen Wiedereingliederung als auf die Lösung genereller Probleme im Unternehmen ausgerichtet. Die Expertengespräche verdeutlichen jedoch, dass das BEM-Verfahren zugleich dazu beitragen kann, betrieblich vorhandene Probleme (z. B. direkte Vorgesetzte ohne Führungskompetenz als Mitverursacher hoher psychischer Belastungen, die von ihren eigenen Führungskräften gedeckt werden), die bis dato verdeckt/verschleiert oder tabuisiert wurden, ans Tageslicht zu holen – und damit erst (betriebsöffentlich) thematisierbar und bearbeitbar zu machen.

„Und das müsste mehr werden (...), eben weg von den individuellen BEM-Problemen, hin zum Kollektiv, zu sagen: ‚Wie sind die Strukturen hier insgesamt?‘ Und das würd' ich mir auch wünschen für die

Dienststellenleitung, dass das mehr und mehr erkannt wird.“

Die Problemaufdeckung hat in den Experteninterviews noch eine zweite Facette, nämlich die Komplexität psychischer Erkrankungen bzw. längerer Erkrankungen zu erschließen. So werden längere krankheitsbedingte Absenzen, die zur Einleitung eines BEM führen, oftmals durch private Probleme im unmittelbaren Lebensumfeld eines erkrankten Beschäftigten (z. B. Scheidung, Suchtabhängigkeit oder schwerwiegende Erkrankung des Lebenspartners etc.) mitverursacht, d. h., dass nicht die Arbeit allein krankheitsauslösende Ursache ist. Derartige problematische Lebensumstände wären dann bei der Entwicklung von BEM-Problemlösungen einzubeziehen, wenn der Betrieb sich überhaupt diesbezüglich in der Verantwortung sieht bzw. bereit ist, auch über den Arbeitsplatz hinaus Engagement zu zeigen. Hier ergaben die Gespräche unterschiedliche Ergebnisse hinsichtlich der Intensität des Engagements der Betriebe, doch wurden in allen befragten Betrieben Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen bei privaten Problemen angeboten (zum Beispiel über den Kontakt zu einer betrieblichen Sozialberatung, der Vermittlung von Hilfsangeboten, dem Entgegenkommen bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf etc.).

Ein sich Öffnen der Betroffenen in Bezug auf private Probleme setzt allerdings Vertrauen der erkrankten Beschäftigten voraus, sich hierzu im BEM-Verfahren zu äußern. Hier können beispielsweise der Betriebsrat oder der Betriebsarzt als vertrauensschaffende Personen einen wichtigen Beitrag leisten. Gleichzeitig werden aber auch die Grenzen betrieblichen Handelns deutlich, denn das betreffende Unternehmen kann im Rahmen seiner Möglichkeiten Hilfe anbieten, aber nicht (alle) privaten Probleme lösen, die für eine psychische Erkrankung relevant sind.

Trotz der Einzelfallorientierung des BEM rät die Fachliteratur dazu, die BEM-Ergebnisse – unter Beachtung des Datenschutzes – auch präventiv zu nutzen (Riechert/Habib 2016, S. 189 ff.; Nebe 2016).

„... wenn die erste Kassierererin kommt und sagt: ‚Immer wenn ich an Kasse 15 sitze, dann hab ich's mit der Blase, ich hab' Schnupfen, ich hab' Heiserkeit, da zieht's wie Hechtsuppe.‘ Die ist halt empfindlich. Wenn die zweite oder dritte Kassierererin das Gleiche sagt, dann kommt man vielleicht schon mal eher auf den Gedanken, wir müssen uns den Bereich doch mal angucken, da scheint was dran zu sein. Genauso ist es doch auch mit dem Thema psychische

Belastung. Kommt der Erste und sagt: ‚Wisst Ihr, mein Vorgesetzter ist ein furchtbar netter Mensch, aber als Führungskraft ist der einfach ‘ne Nieter.‘ Die können halt nicht miteinander. Kommen die Zweiten oder Dritten und sagen das Gleiche: ‚Der macht mich krank! Der kann nicht führen‘ Dann ist aber das Ergebnis eben auch, dass man mal eine Rückmeldung geben muss und sagen muss, wir müssen wahrscheinlich auch mal mit diesem Vorgesetzten reden.‘

Externe Akteure, wie beispielsweise das Integrationsamt oder die Arbeitnehmerkammer, können bei Problemen zwar vom Einzelfall auf die Allgemeinheit im Betrieb schließen, sind jedoch selten wiederkehrend in einem Betrieb am BEM beteiligt und erleben aus diesem Grund keine Häufung von Krankheitsfällen in bestimmten Bereichen. Insgesamt zeichnet sich in den Gesprächen ab, dass in erster Linie die Betriebs- und Personalräte (aufgrund ihrer Nähe zur betrieblichen Lebenswelt) bei der Aufdeckung betrieblicher Probleme und Krankheitsursachen als Schlüsselakteure infrage kommen. Die Aufdeckung von Problemen kann jedoch auch von Akteuren wie dem Betriebsarzt erfolgen.

Insgesamt wurde in der überwiegenden Anzahl der Gespräche aber der Wunsch geäußert, dass sich Maßnahmen im BEM stärker an der Reduktion von Belastungen aller Beschäftigten orientieren.

„Und das müsste mehr werden, dass in den BEM-Gesprächen, eben weg von den individuellen BEM-Problemen, hin zum Kollektiv, zu sagen: ‚Wie sind die Strukturen hier insgesamt?‘“

In den befragten Unternehmen findet bislang keine strukturelle Auswertung der BEM-Fälle und nur eine teilweise Verknüpfung mit anderen betrieblichen Strukturen wie dem BGM oder der Gefährdungsbeurteilung statt, obwohl eine Verknüpfung für sinnvoll erachtet wird.

„Also wir haben Hinweise aus verschiedenen Quellen, die fließen natürlich auch in das betriebliche Gesundheitsmanagement, das zentral gemacht wird, ein. Da finden dann eben irgendwo dann natürlich auch bestimmte Dinge statt, wo man dann eben halt dann auch Schlussfolgerungen zieht beziehungsweise auf bestimmte Dinge dann auch noch mal hinweist.“

Als besondere Hürde bei der Umsetzung wird der Datenschutz gesehen. Für eine belastbare Analyse des BEM wird eine gewisse Anzahl von Fällen gebraucht,

damit keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen möglich sind. Neben betrieblichen Datenschutz-Hürden existieren aber auch Ängste aufseiten der Beschäftigten, ob mit ihren Krankheitsdaten verantwortungsvoll umgegangen wird. Dies kann zum Beispiel die Angst sein, ob das Wissen über die Erkrankung aktuell oder zukünftig Personalentscheidungen beeinflussen bzw. anderweitig negative Konsequenzen, wie beispielsweise Stigmatisierung im Unternehmen, zur Folge haben könnten.

Ein Betrieb schildert – was insbesondere auch hinsichtlich psychischer Erkrankungen interessant ist – die Dienste einer Sozialberatung zur Prävention für Beschäftigte und deren Familienmitglieder in Anspruch zu nehmen. Dort können die Beschäftigten anonym anrufen und werden dann von geschulten Fachkräften beraten. Die Sozialberatung unterstützt beispielsweise bei Wartezeiten auf Kuren oder bei familiären Problemen. Dem Betrieb werden die Anzahl der Anrufe und die Problemfelder mitgeteilt. Das Unternehmen kann die Ergebnisse dann als Frühwarnsystem nutzen, wenn vermehrt Probleme auftauchen.

Auch wurde deutlich, dass das Thema Gefährdungsbeurteilung als Präventionsinstrument in allen befragten Betrieben eine wachsende Bedeutung einnimmt. Eine Gefährdungsbeurteilung für die physischen Belastungen existiert bei allen befragten Betrieben, eine Gefährdungsbeurteilung zu psychischen Belastungen ist in Arbeit oder Planung. Gleichzeitig aber stellte die überwiegende Anzahl der Gesprächspartner fest, dass – ähnlich wie beim Thema psychische Erkrankungen allgemein – auch die Gefährdungsbeurteilung in Bezug auf psychische Belastungen von vielen Arbeitgebern noch mit Argwohn betrachtet wird. Problematisiert wird vor allem, welche unvorhersehbaren Folgen die Erhebung psychischer Belastungen für die Unternehmen hat („Büchse der Pandora“). Dabei betonen die Gesprächspartner aber auch, dass das Thema oftmals überschätzt wird. Man könne sich dem Thema systematisch nähern und zunächst die einfachsten Sachen bei der Maßnahmenplanung und -entwicklung angehen.

„Weil, wenn ich da rangeh' und da irgendwo kratze, habe ich das Gefühl, eine Lawine überrollt mich (...) Aber wir können da systematisch rangehen und dann gucken: Wo fangen wir an? Und wir fangen auch nicht mit dem Schwersten an, sondern wir fangen mit den einfachsten Sachen an, damit man Erfolgserlebnisse hat.“

Eine weitere Schwierigkeit wird aber auch darin gesehen, die Beschäftigten dazu zu bewegen, sich dann den Personen, die die Gefährdungen erheben, gegenüber zu öffnen.

„Also eine, die Fachkraft für Arbeitssicherheit, die sieht einen Mitarbeiter alle drei Jahre und die Betriebsärztin einmal im Jahr oder was, wenn überhaupt. So, und da von einer vertrauensvollen Situation zu sprechen, ist relativ schwierig.“

6.4 Einbindung externer Expertise und lokaler Unterstützungsnetzwerke

Die befragten Betriebe berichten insgesamt von nur einer geringen bis gar keiner Nutzung externer Dienstleister im BEM. Gleichzeitig gaben einzelne Gesprächspartner aber durchaus an, dass es wichtig wäre, externe Dienstleister einzubeziehen. Das kann beispielsweise wichtig sein, wenn sensible Daten nicht im Unternehmen bekannt werden sollen.

„Aber auch da ist es halt für die Betroffenen ganz, ganz wichtig, teilweise, dass es wirklich extern gemacht wird und nicht intern im Hause, weil für viele ist halt der Buschfunk das Schlimmste, was es gibt, weil wenn so was rumgeht, dann ist dieser Mitarbeiter oder Mitarbeiterin verbrannt, muss man ganz klar sagen.“

Das Gros der Befragten gab aber an, dass ausschließlich betriebsinterne Akteure am BEM beteiligt sind. Der Erfolg eines BEM wird als abhängig von den handelnden Personen betrachtet und hierbei ist es unerheblich, ob es sich um betriebsfremde oder betriebsinterne Akteure handelt.

Trotz dieser Einschätzung wurden im Rahmen der Gespräche einzelne externe Akteure von den Befragten genannt, mit denen es bereits eine Kooperation gegeben hat.

So wurden beispielsweise sehr unterschiedliche Erfahrungen mit dem **Integrationsamt** gemacht. Mit dem Integrationsamt in Bremen laufe die Zusammenarbeit sehr gut, mit dem Integrationsamt eines anderen Bundeslandes funktioniere die Kooperation weniger gut.

Der/die externe **Betriebsarzt/Betriebsärztin** wird als wichtiger Akteur im BEM genannt, aber auch der sozialpsychiatrische Dienst spielt eine Rolle, wenn es um psychische Erkrankungen geht.

Mehrfach wurde aber betont, dass **die behandelnden Ärzte/Ärztinnen** (Hausärzte, Fachärzte) der betroffe-

nen Beschäftigten wichtige Akteure im BEM sein können. Haus- und Fachärzte sind zwar nicht per se in das BEM eingebunden, sie können jedoch eine wichtige Brückenfunktion zwischen Erkrankten und Betrieben übernehmen. Insbesondere bei Hausärzten laufen meist viele Informationen aus der Krankengeschichte der Patienten/Patientinnen zusammen und es besteht oftmals eine langjährige Arzt-Patient-Beziehung, die es dem Hausarzt ermöglicht, den Patienten/die Patientin in seiner/ihrer Gesamtheit zu betrachten (vgl. auch Kapitel 5.1.2).

Ärzte bereiten die Beschäftigten sehr unterschiedlich auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz vor. Je nachdem wie viele Informationen der Arzt/die Ärztin dem/der Betroffenen mitgibt, desto einfacher oder schwerer gestaltet sich die Wiedereingliederung.

„Es gibt Ärzte, die das sehr gut vorbereiten – das ist meine Erlebniswelt – wo der Arzt dann auch sagt (...) Bitte versuchen Sie bei Ihrem Arbeitgeber einen anderen Arbeitsplatz zu bekommen, der diese oder jene Ausprägungen nicht hat oder der einfach örtlich ein Wechsel ist, damit Sie eben in neuer Umgebung es schaffen, die neu erlernten Verhaltensmuster besser zu etablieren (...) Wenn aber die Mitarbeiter unvorbereitet von ihren Ärzten in das Gespräch geschickt werden, dann müssen wir erarbeiten, was helfen könnte und das finde ich sehr schwierig.“

Für wichtig wird die Information erachtet, welche Arbeitstätigkeiten er/sie mit Blick auf die Wiedereingliederung von Beschäftigten für medizinisch vertretbar hält. Die Gesprächspartner wünschen sich eine verbesserte Schulung der Ärzte zum Thema BEM, aber auch, dass der Hausarzt möglichst frühzeitig über die stufenweise Wiedereingliederung informiert, so dass Vorbereitungen für den Arbeitsplatz der/des Betroffenen getroffen werden können.

Zwei Gesprächspartnern fehlt es an Unterstützung durch die **Krankenkassen**, die lediglich Kurse anbieten würden, aber wo es keinen persönlichen Kontakt oder Unterstützung im BEM geben würde.

Kaum genannt wurden im Zusammenhang mit dem BEM die Gewerkschaften. Kein Befragter/keine Befragte nannte die Gewerkschaften als einen hilfreichen Partner im BEM. Die Gewerkschaften werden offenbar nicht als potenzieller externer BEM-Akteur betrachtet, da sie als thematisch zu wenig einschlägig ausgewiesen gelten und doch noch weiter von der

betrieblichen Lebenswelt entfernt sind als betriebliche Interessenvertretungen:

„Also (...) die Gewerkschaft ist meines Erachtens nicht dafür prädestiniert, mich in diesem Thema zu unterstützen.“

Zwei der Befragten nennen die **Arbeitnehmerkammer** als eine Institution, in der sie sich Hilfe suchen (würden). Sie wird als engagiert wahrgenommen, zum Beispiel auch wenn die Geschäftsführung hinsichtlich bestimmter Inhalte einer Betriebsvereinbarung überzeugt werden soll.

Bei der **Fachkraft für Arbeitssicherheit** fallen die Einschätzungen der Befragten sehr unterschiedlich aus. So variieren die Erfahrungen mit der Fachkraft für Arbeitssicherheit im Betrieb von sehr hohem Engagement bis hin zu geringer Anwesenheit und dem Erteilen von Anweisungen:

„Einmal in drei Jahren sieht man den. Ja, (...) der rennt noch rum und sagt noch irgendwie: ‚Hier Ihr Bildschirm steht schief und Sie müssen sich anders hinsetzen.‘ Und dann ist das Thema gleich durch, ne? Weil das will man nicht hören. ‚Ich sitz schon seit 30 Jahren so hier. Und mein Bildschirm steht schon seit 25 Jahren hier, und Ende der Durchsage.‘ So, das ist leider so.“

Zudem ist – ähnlich wie bei den Betriebsärzten/Betriebsärztinnen – auch hier ein Unterschied zwischen externen und internen Fachkräften für Arbeitssicherheit auszumachen. So werden die betriebsinternen Fachkräfte für Arbeitssicherheit als engagierter wahrgenommen, was vermutlich auch an deren besserer zeitlicher Verfügbarkeit und häufigerer Anwesenheit im Betrieb liegt.

7 Konflikte und Wiedereingliederungshemmnisse im BEM-Verfahren

Das BEM-Verfahren birgt ein hohes Konfliktpotential auf unterschiedlichsten Ebenen (interpersonal, betriebsorganisatorisch, persönlich etc.). Wo Personen miteinander kommunizieren, können Konflikte nicht immer verhindert werden. Das frühzeitige Erkennen und Auflösen möglicher Konfliktpotenziale ist für ein optimales BEM-Verfahren jedoch wichtig, um erfolgreich miteinander kommunizieren zu können. In den Expertengesprächen und den Betriebsfallstudien haben die Gesprächspartner unterschiedliche Konfliktur-

sachen und Hemmnisse bei der Wiedereingliederung beschreiben können.

7.1 Zur Bedeutung von Branchenzugehörigkeit und Unternehmensgröße

Die Ergebnisse aus den Expertengesprächen und Betriebsfallstudien stellen lediglich einen Ausschnitt aus der Bandbreite an möglichen Unternehmensformen und -größen sowie Branchen dar. Trotzdem bestätigt sich auch in den Gesprächen, was die Literaturrecherche im Vorfeld der Gespräche ergeben hat.

Bisher existiert nur eine repräsentative Studie (Universität zu Köln) zur *Verbreitung* und zum Umsetzungsstand des *BEM in deutschen Unternehmen*, die allerdings bereits fast zehn Jahre alt ist (Niehaus et al. 2008). Zum Zeitpunkt der Berichterstellung liegen die Befunde einer neuen, bisher nicht abgeschlossenen repräsentativen Studie, die durch das Bundesministerium für Arbeit und soziale Sicherheit gefördert wird, noch nicht vor.¹ Die ältere Studie kommt zu dem Ergebnis, dass der Bekanntheitsgrad und die Verbreitung des BEM deutlich mit der Unternehmensgröße ansteigen. Vor allem in Kleinunternehmen, in denen mehr als 50 % aller Beschäftigten in Deutschland tätig sind, ist das BEM kaum bekannt und selten betrieblich verankert (vgl. Niehaus/Vater 2010; Niehaus et al. 2008). Dieser Befund wird auch durch andere, nicht repräsentative Studien bestätigt (vgl. Freigang-Bauer/Gröben 2011; Geisen et al. 2008); in derartigen Studien reicht die Bandbreite der Umsetzung von ca. 70 % bei Großunternehmen bis zu unter 10 % bei Klein- und Kleinstunternehmen (Knoche/Sochert 2013, 52).

In den vorliegenden Studien wird die fehlende Bereitschaft der länger erkrankten Beschäftigten, sich für eine Teilnahme am BEM zu entscheiden, als eine zentrale Erklärung für die relativ geringe Verbreitung des BEM identifiziert. Hinter dieser geringen Teilnahmebereitschaft verbirgt sich – neben Bekanntheitsproblemen aufgrund intransparenter Prozesse (Vater 2011) – oftmals ein Vertrauensproblem (vgl. Niehaus/Vater 2010; Kaiser et al. 2010; Knoche/Sochert 2013). Beschäftigte setzen in das BEM-Verfahren zu wenig Vertrauen, dass ihre Verfahrensteilnahme nicht doch letztlich zu ihren Ungunsten, d. h. zur Vorberei-

¹ <http://www.re-bem.de>: ‚Unterstützende Ressourcen für das Betriebliche Eingliederungsmanagement. Analyse der BEM-Einflussfaktoren und Erprobung eines modellhaften BEM-Ansatzes‘ (RE-BEM).

tung einer krankheitsbedingten Kündigung, genutzt wird. In kleineren Unternehmen schrecken Führungskräfte vor der Einführung des BEM-Verfahrens zurück, da sie den damit verbundenen hohen Aufwand fürchten, wenig alternative Arbeitsplätze für länger erkrankte (ältere) Beschäftigte sehen und über zu geringe externe Unterstützung klagen (Niehaus/Vater 2010, 192).

Die im Rahmen unserer Studie vorgefundenen Betriebe stellen mit Sicherheit eine Positiv-Auswahl hinsichtlich des Engagements zu diesem Thema dar. Folgende Erkenntnisse konnten hinsichtlich Branchenspezifität und Unternehmensgröße im Rahmen der Interviews gewonnen werden:

Der Umgang mit psychischen Erkrankungen wird in den Unternehmen durchweg als schwieriger bewertet als bei physischen Erkrankungen. Ausnahmen bilden hierbei das Maximalversorger-Krankenhaus sowie die Institution zur Vertretung von Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen, die beide keinen Unterschied beim BEM bei psychischen und physischen Erkrankungen sehen. Im Falle des Maximalversorger-Krankenhauses ist von einem größeren Vorwissen bei psychischen Erkrankungen auszugehen; die Institution zur Vertretung von Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen verwies insbesondere auf die Vielzahl an Instrumentarien, die vorhanden sind, um Lösungen bei BEM-Fällen mit psychischen Erkrankungen zu finden.

Insgesamt haben größere Unternehmen mehr Möglichkeiten bei der Maßnahmengestaltung als kleinere. Das liegt zum einen an der (in der Regel) besseren finanziellen Ausstattung, aber auch daran, dass eine größere Anzahl Arbeitsplätze und Beschäftigte vorhanden sind, sodass mehr Optionen für Arbeitsplatzwechsel und mehr Flexibilität in der Freistellung gegeben sind.

Gleichzeitig bringt eine differenzierte Unternehmensstruktur aber auch Nachteile mit sich: In kleineren Unternehmen sind die Wege kürzer und es können schneller unbürokratische Lösungen gefunden werden, die bei größeren Unternehmen durch den Einbezug verschiedener Instanzen verlangsamt sein können.

Für den öffentlichen Dienst wurde beklagt, dass Maßnahmen aufgrund fehlender finanzieller Möglichkeiten und langer Dienstwege manchmal nur langsam umgesetzt werden können. Beklagt wird auch das mangelnde präventive Agieren. Im öffentlichen Dienst sind dafür die Möglichkeiten eines Arbeitsplatzwechsels noch in vielen Bereichen gegeben.

7.2 Interpersonale Konflikte

In den Interviews wurde deutlich, dass mitunter Konfliktpotenziale zwischen BEM-Akteuren in BEM-Runden/Integrationsteams aufbrechen bzw. inszeniert werden, die einer konstruktiven Lösungsentwicklung im Wege stehen.

„Haken tut's oft noch an dem alten Lagerdenken, also wir sind die Interessenvertreter, wir sind die Guten und da sitzt der Feind, das ist der böse Personaler und umgekehrt. Man hat sich eben 'n Tag vorher noch auf 'ner anderen Ebene zu 'nem anderen Thema die Feinheiten an 'n Kopf geworfen und nun soll man auf einmal als Team gemeinsam hier im Einzelfall Lösungen finden. Das ist nicht immer ganz einfach. Also, da kommen wir, da schließ' ich jetzt mal meine Kolleginnen und Kollegen mit ein, kommen da oft in hochbelastete Situationen und dazwischen sitzt dann dieser arme Mitarbeiter, um den es geht. Die hauen sich da ihre Nettigkeiten an den Kopf und ihre süffisanten und ironischen Bemerkungen und man merkt nur, wie der Blutdruck langsam beim Gegenüber nach oben geht und die eigentlich ganz was anderes ausdiskutieren möchten und eigentlich auch ganz was anderes ausdiskutieren. Und der Betroffene sitzt dann da, rutscht, wird auf seinem Stuhl immer kleiner. Also, im Extremfall hab' ich hier schon erlebt, dass ich gesagt hab', wir sollten das Gespräch hier an dieser Stelle erst mal abbrechen und es wäre mir lieb, wenn sie sich erst mal untereinander da erst mal verständigen würden und wir dann hier wieder zusammenkommen.“

Dies ist einerseits der Fall, wenn BEM-Akteure aktuelle oder latente Konflikte, deren Konfliktgegenstand außerhalb des BEM liegt, in das BEM-Verfahren hineinragen. Hierzu bedarf es offenbar einer guten Moderation und z. T. auch Mediation, um mit derartigen Konflikten konstruktiv umzugehen. Andererseits aber können auch Konflikte, die den BEM-Fall direkt betreffen bzw. ihn mit verursacht haben, ein Hemmnis für die erfolgreiche BEM-Gestaltung darstellen. Eine Reintegration in das bisherige Arbeitsumfeld kann sich offenbar als problematisch erweisen, wenn bereits zuvor die Zusammenarbeit zwischen der erkrankten Person und seinen Vorgesetzten/Kollegen/Kolleginnen stark beeinträchtigt war („verbrannte Erde“). Vorhandene, ungelöste Konflikte am Arbeitsplatz bilden demnach ein Reintegrationshemmnis.

Die Interviewpartner beschreiben aber auch die Nutzung des BEM als disziplinarische Maßnahme im

Sinne eines Krankenrückkehrgesprächs, wo vonseiten des Arbeitgebers Druck auf den erkrankten Beschäftigten/die erkrankte Beschäftigte aufgebaut werden soll:

„Und wo ich dann manchmal denke: Mensch, müssen wir da wirklich ein BEM machen? Das ist ein bisschen mehr, muss man auch 'n bisschen gucken, ob das nicht nur 'ne – wie soll ich's sagen? – 'ne disziplinarische Sache ist, um 'n bisschen Druck aufzubauen. Das will ich nicht damit sagen, aber manchmal denk ich schon, müsste nicht sein.“

Externe Akteure, wie das Integrationsamt, Betriebsärzte oder Disability Manager können hierbei oft eher als interne Akteure die Moderationsfunktion wahrnehmen, da sie nicht in die Konflikte verstrickt sind und sich nicht in Abhängigkeitsverhältnisse zu betrieblichen Akteuren befinden. Derartige Konflikte können überdies das Vertrauen der erkrankten Person in das BEM und in die Ernsthaftigkeit der BEM-Akteure, gemeinsam eine gute Wiedereingliederungslösung zu entwickeln, beeinträchtigen.

7.3 Wiedereingliederungshemmnisse

Aber selbst wenn ein BEM erfolgreich beginnt, die Teilnehmenden aufgeschlossen mit der Erkrankung umgehen und mit dem Ablauf sowie den geplanten Maßnahmen zufrieden sind bzw. diese als Erfolg versprechend beurteilen, besteht noch immer die Möglichkeit, dass ein BEM an betrieblichen oder persönlichen Hürden der Betroffenen scheitert.

„Aber es ist übrigens auch das Problem beim BEM, ne? Da werden Situationen letztendlich identifiziert, die dazu führen, dass die Leute krank werden, aber dann (...) bei der Findung der Maßnahmen und wie ich denn damit um, und wie setz ich's letztlich auch durch, und wie bleib ich dran, da sind die großen Mängel.“

Psychische Belastungen am Arbeitsplatz: Wo anfangen, wo aufhören, wie lösen?

Wie bereits in Kapitel 2.4 Psychische Störungen und Erkrankungen – neue Herausforderungen für das BEM beschrieben, löst das Thema „psychische Belastungen am Arbeitsplatz“ in vielen Unternehmen noch Unsicherheit und Ängste aus. Das betrifft zum einen den Umgang mit den betroffenen Beschäftigten, aber auch die Bearbeitung des Themas im Unternehmen selbst.

Als ein Konfliktpotenzial wird hier die Nähe psychischer Erkrankungen zu betrieblichen Leistungskultu-

ren gesehen, die kaum veränderbar/verhandelbar sind und bei denen eher die Anpassung des Verhaltens der Betroffenen an die betrieblichen Vorgaben, als die Anpassung der betrieblichen Verhältnisse an die erkrankten Beschäftigten erwartet wird.

„Und es hat ja ungeahnte Auswirkungen. Das ist ja im Endeffekt irgendwie so. Weil wir, weil, wenn wir das Thema, wenn ich als Betriebsrat hier das Thema psychische Belastungen aufmache, dann (...) bin ich ja sehr schnell irgendwo bei den Vertriebssteuerungsmaßnahmen (des Unternehmens). So, und da wird (das Unternehmen) sich ja nun von mir nicht gerade reinreden lassen, wenn sie es nicht unbedingt muss.“

Probleme bei der Maßnahmenumsetzung

Stellt sich im Rahmen eines BEM heraus, dass der Arbeitsplatz des Betroffenen angepasst werden muss, ist es wichtig, dass die besprochenen Maßnahmen auch umgesetzt werden. Hier – so haben die Interviews gezeigt – kann es in Betrieben aber auch zu Problemen, zum Beispiel durch Verzögerungen, kommen.

Insbesondere im öffentlichen Dienst können Arbeitsplatzmaßnahmen aufgrund langer Wege hinsichtlich Beschaffung und Übernahme von Kosten manchmal gar nicht, manchmal nur nach längerer Wartezeit durchgeführt werden. Das gilt zum Beispiel für ergonomisch gestaltete Büromöbel, wie höhenverstellbare Schreibtische.

Oftmals betreffen Maßnahmen aber auch die Arbeitsorganisation der erkrankten Beschäftigten. Beispielsweise müssen Arbeitszeiten und regelmäßige Arzttermine koordiniert werden.

„Es gibt auch manchmal nur Kleinigkeiten, Kleinigkeiten, wo zum Beispiel jemand eine bestimmte Erkrankung dann hat, also wirklich 'ne Erkrankung hat, dann aber ganz viele Arzttermine hat. Und diese Arzttermine kann man in der Regel nicht außerhalb der Arbeitszeit machen, sondern die muss man so nehmen heutzutage, wie Fachärzte sie mir geben. (...) ... und ich persönlich saß schon in Gesprächen, wo es dann dieser betroffenen Person im Rahmen eines BEMs in erster Linie dann darum ging, Verständnis dafür zu bekommen, dass diese Zeiten nicht mehr als Minus aufaddiert werden. (...) Und dann muss man vermitteln. Das ist unglaublich.“

Umgang mit Betroffenen im Unternehmen

Die Interviewpartner beschreiben hier sehr unterschiedliche Szenarien des Umgangs von Kollegen und Kolleginnen mit Betroffenen. Hier reicht der Umgang von sehr hoher Sensibilität und höchstem Verständnis für die Erkrankung des Betroffenen bis hin zu wenig Verständnis und geringer Unterstützung vonseiten der Kollegen und Kolleginnen.

Als entscheidend für einen positiven Umgang mit erkrankten Kollegen und Kolleginnen werden der Umgang der Führungskräfte mit Erkrankten, aber auch eine entsprechende Unternehmenskultur beschrieben (vgl. Kapitel 5.1.3). Wichtig scheint es, die Balance zu finden zwischen zu starker Rücksichtnahme und Überforderung des/der erkrankten Kollegen/Kollegin. Insbesondere bei psychischen Erkrankungen führt laut zweier Interviewpartner die Unsicherheit im Umgang mit den Betroffenen wohl vermehrt zu übertriebener Rücksichtnahme und verhindert so, dass der/die betroffene Beschäftigte wieder zurück in die Routine des Arbeitsalltags findet.

„Also, ich find es immer wieder schwieriger, jemanden wieder zu integrieren bei so einer Krankheit in ein bestehendes Team, wo er das vielleicht auch erzählt hat, der Mitarbeiter. Weil die fangen dann manchmal an, so Wattebüschchen um den herumzubauen.“

„... wir hatten eine Kollegin mit schwerer psychischer Erkrankung. Und wenn irgendwie was war und man noch mal gesagt hat: ‚Aber man kann doch nicht immer nur für diese Kollegin ‚nen roten Teppich ausrollen und doch nicht immer nur sagen, die ist von allem ausgenommen, was irgendwie negativ ist und so weiter.‘ (...) Also wortwörtlich hat mein damaliger Chef damals mal zu mir gesagt: ‚Das können wir nicht machen, nicht dass die sich am nächsten Baum aufhängt.‘ Dass das natürlich irgendwann noch mal ein Selbstläufer werden kann und sich jemand in seiner Situation sehr komfortabel einrichten kann, das ist dabei ein ganz großes Problem, das ich sehe, ein ganz großes Problem.“

Betriebsorganisatorische Wiedereingliederungshemmnisse

Wenn eine Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz nicht mehr möglich ist, aber eine Auflösung des Arbeitsverhältnisses vermieden werden soll, bieten sich u. a. arbeits- und betriebsorganisatorische Veränderungen, wie die Übernahme neuer/anderer Aufgaben

oder die Versetzung von erkrankten Personen auf andere Arbeitsplätze, an.

So kann zum Beispiel die Größe des Unternehmens für die Suche nach einer Ersatztätigkeit oder einem gleichwertigen Arbeitsplatz an anderem Ort ein Hemmnis bei der Wiedereingliederung darstellen. Ein Wiedereingliederungshemmnis kann auch in der (fehlenden) Ausbildung der Betroffenen liegen, welche nur die Ausübung eines eher eng begrenzten Aufgabenspektrums ermöglicht. Im Falle der stufenweisen Wiedereingliederung kann sich die zeitliche Begrenzung für bestimmte Aufgaben als Problem erweisen, wenn die erkrankte Person deutlich länger als erwartet benötigt, um bestimmte Arbeitsaufgaben zu erledigen.

Arbeits- oder betriebsorganisatorische Veränderungen erweisen sich aber offenbar auch aus Sicht von Führungskräften als „heiße Eisen“: Sie stören bisher eingespielte Formen der Zusammenarbeit und Aufgabenverteilung und bedeuten für Führungskräfte einen Mehraufwand, denn sie setzen u. U. Prozesse der Rotation von weiteren Beschäftigten auf andere Arbeitsplätze in Gang, um die erkrankte Person besser reintegrieren zu können. Dies kann den Unmut der von der Rotation betroffenen Beschäftigten hervorrufen. Hinzu kommt, dass es im Falle von Kostendruck und knappen Personalkapazitäten in Unternehmen tendenziell schwieriger wird, andere geeignete Arbeitsplätze für psychisch erkrankte Personen zu finden.

Einer erfolgreichen Wiedereingliederung können aber auch die Kollegen/Kolleginnen der Betroffenen im Wege stehen, die ggf. nicht bereit sind, einen Arbeitsplatzwechsel zu vollziehen. Oder es müssen räumliche Veränderungen am Arbeitsplatz vorgenommen werden, was die Kooperation der Kollegen und Kolleginnen notwendig macht.

„Und dann geht's nur um banale Dinge wie: ‚Können wir mit jemandem das Büro tauschen? Kann ich ein Einzelbüro kriegen?‘, was weiß ich. Und das sind, das wäre der originäre Wunsch, dann wäre alles besser. Aber das ist überhaupt nicht möglich, weil wir diese Räume nicht haben. Und oder weil andere sagen: ‚Ich beweg' mich eben nicht.‘ Weil welche im Team sagen: ‚Nee, wieso wir jetzt tauschen? Ich soll da rein? Nee! Ich will da nicht hin.‘“

Wie aus den Interviews hervorgeht, können auch betriebsinterne Veränderungen die erfolgreiche Wiedereingliederung erschweren: Einsparungen, Arbeitsplatzrationalisierungen etc. erschweren die Suche nach

alternativen Beschäftigungsmöglichkeiten, wie beispielsweise ‚Schonarbeitsplätzen‘, die möglicherweise aufgrund von Gewinnmaximierungsbestrebungen abgebaut werden. Die Gespräche haben gezeigt, dass sowohl im öffentlichen Dienst als auch in der Privatwirtschaft die Möglichkeiten, Beschäftigte an einen Schonarbeitsplatz zu versetzen, begrenzt sind bzw. zunehmend geringer werden, da aufgrund von Rationalisierungsbestrebungen bzw. durch Fremdvergabe bestimmter Arbeitsbereiche sogenannte ‚Schonarbeitsplätze‘ abgebaut werden.

Als ein weiterer Konfliktherd wird die Gestaltung von Schichtplänen und der Arbeitszeit der Betroffenen genannt, der oftmals zu Konflikten zwischen Arbeitgebern und Interessenvertretung führt.

Persönliche Haltungen als Wiedereingliederungshemmnis

Neben den innerbetrieblichen Problemen bei der Wiedereingliederung, spielen aber auch Wiedereingliederungsprobleme bei den betroffenen Beschäftigten eine Rolle, dass ein BEM nicht funktioniert.

Zu nennen ist hier zum Beispiel der Anspruch oder Ehrgeiz der Betroffenen, möglichst schnell wieder zurück an den Arbeitsplatz zu finden und zu „funktionieren“. Das kommt nach Erfahrung der Gesprächspartner in erster Linie bei (älteren) Beschäftigten vor, die ein hohes Pflichtbewusstsein an den Tag legen.

Der beschriebene Ehrgeiz kann jedoch auch aus Angst vor Arbeitsplatzverlust resultieren. Diese Sorge ist zumeist jedoch unbegründet, wie alle Befragten unisono berichten. In der überwiegenden Zahl der BEM-Fälle besteht aufseiten des Arbeitgebers ein aufrichtiges Interesse an der Wiedereingliederung des Beschäftigten. So beschreibt ein Teil der befragten Betriebsräte, dass Beschäftigte sich scheuen würden, den Schwerbehindertenstatus zu beantragen, obwohl sie die Voraussetzungen erfüllen, weil die Angst vor Kündigung seitens des Arbeitgebers besteht.

Beschrieben werden außerdem (Einzel-)Fälle, in denen eine Anforderungshaltung der Beschäftigten oder unrealistische Erwartungen den Erfolg des Verfahrens erschweren. Das BEM wird hierbei von den jeweiligen Betroffenen nicht als gemeinsamer Klärungsprozess, für dessen Erfolg die Verantwortung auf beiden Seiten liegt (Mitwirkungspflicht), betrachtet. Vielmehr erwarten die betroffenen Beschäftigten in diesen Fällen, dass der Arbeitgeber bzw. die beteiligten Personen den „idealen“ Arbeitsplatz für ihn/sie schaffen sollen. Hier wird die Notwendigkeit einer rechtzeiti-

gen und deutlichen Kommunikation der tatsächlichen Ziele des BEM im Unternehmen deutlich.

„Es gibt natürlich auch Bereiche, wo viel gemeckert wird, und wenn Sie dann dort sind und sich mal den Platz angucken, sieht die Realität ganz anders aus. Es gibt einfach auch Kollegen, (...) die einfach nur motzen, stänkern, und benutzen auch mich als Interessenvertretung.“

„Ich kann nicht mehr die Hände vor Augen, vor Ohren, vor Mund halten, sondern dann ist auch mal Tacheles angesagt. Und eben auch so 'ne Erkenntnis: Nicht nur der Arbeitgeber hat seine Verpflichtung zu erfüllen, sondern wenn ich als Betroffener nicht meinen Anteil dazu beibringe und nicht auch mitwirke im erforderlichen Rahmen, dann hat das Ganze auch nicht immer ganz den großen Sinn.“

Weiterhin kann entscheidend sein, ob die Beteiligten den Prozess als gerecht empfinden. So ließ ein Betriebsratsmitglied erkennen, dass Verfahren, bei denen der/die Beschäftigte wirklich Hilfe braucht, befördert werden, während in Verfahren, in denen der/die Beschäftigte das BEM (aus Sicht des Betriebsratsmitglieds) ausnutzt, das Engagement zurückgehalten wird.

Den Ergebnissen der Experteninterviews zufolge ist es ideal, wenn die BEM-Akteure an einem Strang ziehen, d. h. die Wiedereingliederung und der Erhalt des Arbeitsplatzes das gemeinsame Ziel ist. Die Haltung von Führungskräften zum BEM wird von mehreren Befragten klar als Erfolgsfaktor betont. Das BEM-Verfahren sollte vom Unternehmen/den Unternehmensvertretern gewollt sein, das BEM sollte von allen Beteiligten „gelebt“ werden, um erfolgreich sein zu können.

Private Einflüsse

Wie bereits in den vorherigen Kapiteln beschrieben, haben psychische Störungen/Erkrankungen häufig multifaktorielle Ursachen, die nicht allein in der belastenden Arbeitssituation begründet liegen, sondern auch aus privaten Problemen resultieren können.

Die von den Gesprächspartnern beschriebenen BEM-Fälle mit psychischen Erkrankungen bestätigen diese Annahmen. Mögliche Einflussfaktoren können u. a. private Überlastungen (zum Beispiel Doppel- und Dreifachbelastungen durch Familie, Arbeit, Pflege von Angehörigen), Süchte, Partnerschaftsprobleme oder finanzielle Sorgen sein.

Wie bereits in Kapitel 2.4 beschrieben, zeigen die befragten Unternehmen unterschiedlich starkes Engagement hinsichtlich privater Einflussfaktoren auf die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten. Einerseits wird gesehen, dass private Probleme die Arbeit beeinflussen (können), andererseits muss der Arbeitgeber auch für sich Grenzen ziehen:

„Wir müssen auch als Arbeitgeber erkennen, wo unsere Grenzen sind. Wir können manche Sachen nicht regeln. (...) Wir können ein Feedback geben, können sagen, was wir wahrgenommen haben, was auch immer, aber es gibt eine Grenze und als Arbeitgeber sind sie nicht für das Leben eines Menschen in Gänze verantwortlich. Das können sie auch gar nicht leisten (...) weil Sie ja so fragten, was machen wir noch so in Familie und so weiter. Es gibt bestimmte Grenzen, wo wir auch mal erkennen müssen, wir sind Arbeitgeber und nicht Therapeut oder Arzt oder der beste Freund.“

Hier gilt es, eine „gesunde“ Balance als Unternehmen zu finden: Bei Problemen im persönlichen Bereich können Unternehmen Lösungswege aufzeigen und den Betroffenen Hilfe anbieten. Es können jedoch nicht immer alle Probleme gelöst werden.

8 Wünsche und Verbesserungsvorschläge für das BEM

Die Interviewpartner wurden nach Wünschen und Verbesserungsvorschlägen für das hauseigene BEM und nach gesetzlichen Verbesserungsbedarfen befragt.

8.1 Verbesserungswünsche in Bezug auf das BEM im eigenen Unternehmen

Die meisten Befragten zeigten sich zufrieden mit dem BEM in ihrem Unternehmen/Bereich. Verbesserungswünsche betrafen dann zum Beispiel nicht das BEM-Verfahren selbst, sondern den Wunsch nach einer besseren strukturellen Anbindung, zum Beispiel an das Betriebliche Gesundheitsmanagement, um schneller und unbürokratischer auf Belastungen der Beschäftigten reagieren zu können, auch bereits präventiv.

Im öffentlichen Dienst wurde u. a. der Wunsch nach einer Stabsstelle für einen BEM-Beauftragten genannt, um insgesamt die Professionalität des Verfahrens zu erhöhen, da der Erfolg des BEM maßgeblich von den handelnden Akteuren abhängig ist. So spielen in der

Dienstvereinbarung des öffentlichen Dienstes des Landes Bremen (siehe Anhang) Führungskräfte eine wichtige Rolle im BEM. Vorgesetzte können aber auch mit ein Grund für die Erkrankung des Beschäftigten sein, sodass Betroffene hier in einen Konflikt geraten können.

Ein solcher BEM-Verantwortlicher sollte Entscheidungsbefugnisse über Maßnahmen haben und könnte an einer Stabsstelle angebunden sein, die nur dem Senator/Staatsrat gegenüber weisungsgebunden ist und bei der ein Abteilungsleiter verpflichtet ist, mit dieser Person zu sprechen.

Auch könnten große Bereiche des öffentlichen Dienstes eine eigene Stelle zur Sozialberatung schaffen, weil die Interessenvertretung Aufgaben übernimmt, für die eigentlich eine Sozialberatung zuständig wäre (zum Beispiel Unterstützung in Lebenskrisen). Sozialberatungen könnten da professionelle Hilfen anbieten, die nicht aus dem Betrieb kommen. Zudem fällt es Betroffenen leichter, sich gegenüber neutralen Personen zu äußern, als gegenüber Personen, die im eigenen Unternehmen tätig sind.

So können auch Vorgesetzte zwar Verständnis für die Situation der Betroffenen haben, aber nicht unbedingt helfen.

„Da ist 'ne Sucht oder wenn ich solche Probleme habe, das will ich doch hier nicht auf den Tisch legen. So, aber vielleicht mach' ich das dann in der Sozialberatung, wenn ich feststelle, da gehe ich hin und die kann dann eher dazu helfen zu sagen: ‚Ich glaube, es wäre dann sinnvoll, Sie machen 'ne Therapie oder Sie machen dies oder Sie machen das. Oder Sie sollten vielleicht noch mal mit Ihrem Arzt sprechen‘. Weil das ist ... Manchmal fehlt es an solchen Unterstützungsmöglichkeiten.“

Insbesondere bei den externen Experten war ein häufig geäußerter Wunsch, dass sie über den Ausgang des BEM informiert werden. Oftmals endet ihre Beratungstätigkeit vor Abschluss des Falles.

In einem Betrieb wünschten sich die befragten BEM-Akteure insgesamt eine bessere Systematik im Verfahrensablauf.

8.2 Gesetzliche und politische Gestaltungsansätze

Im Rahmen der Experteninterviews wurden die Befragten bezüglich ihrer Ideen oder Wünsche hinsichtlich gesetzlicher Änderungen für das BEM befragt.

Genannt wurde von einem befragten Betriebsarzt/einer Betriebsärztin in diesem Zusammenhang der Wunsch, den Betriebsarzt im Gesetzestext verpflichtend einzubinden – sei es im SGB IX § 84 oder § 28, aber auch im SGB V § 74, zum Beispiel als Mittler zwischen dem niedergelassenen Arzt, dem Betrieb und dem Betroffenen.

In einem anderen Gespräch wurde der Wunsch geäußert, dass erkrankte Beschäftigte nicht nach sechs Wochen aus der Lohnfortzahlung fallen, weil durch die längerfristige finanzielle Verpflichtung auch das Verantwortungsbewusstsein des Arbeitgebers für seine Beschäftigten längerfristig gegeben sei.

Ein weiterer Gesprächspartner nannte eine stärkere Herausstellung der Eigenverantwortung und Mitwirkungsverpflichtung der Betroffenen im Gesetzestext als Wunsch.

Auch eine explizitere rechtliche Verknüpfung mit Arbeitsschutz und Gesundheit, konkretere Mitbestimmungstatbestände im Betriebsverfassungsgesetz und den Bundesvertretungsgesetzen, eine verpflichtende Information der Interessenvertretungen bei Überschreitung der Sechs-Wochen-Frist und einer Verdeutlichung, dass die Gefährdungsbeurteilung eine mitbestimmungspflichtige Maßnahme ist, wurden als weitere Wünsche an den Gesetzgeber formuliert.

Auch die Gesprächspartner in den Betriebsfallstudien wurden nach gesetzlichen Änderungswünschen befragt. Hier herrschte jedoch ausnahmslos die Einstellung vor, dass ein Mehr an gesetzlichen Vorgaben das BEM-Verfahren einengen würde:

„Das Betriebliche Eingliederungsmanagement bezieht sich auf den Betrieb oder die Dienststelle, das muss und soll ganz individuell ablaufen, auf die Bedürfnisse auch im jeweiligen Betrieb. Deswegen denk' ich, je mehr man da vorgibt, an ... Je mehr Vorgaben da sind, desto mehr wäre das einengend.“

So beschreiben einzelne Gesprächspartner die Betriebsvereinbarung als das für das BEM wichtigste, das Verfahren regelnde Instrument. Je mehr Mitbestimmung möglich sei, desto leichter sei das Finden einer Regelung. Eine gesetzliche Nachbesserung wird für überflüssig erachtet und die Gesprächspartner schätzen gerade die Freiheitsgrade bei der innerbetrieblichen Ausgestaltung durch eher geringe gesetzliche Vorgaben. Auch werden die betrieblichen Gegebenheiten als zu unterschiedlich eingeschätzt, als dass eine allgemeingültige gesetzliche Regelung gefunden werden könnte.

„... ich kann nicht 'ner 20-Mann-Klitsche vorschreiben, dass sie jetzt ein BEM-Team gründen muss.“

In einem Gespräch wird über die Möglichkeit nachgedacht, Betriebe, die kein BEM anbieten, zu sanktionieren – ähnlich wie es beim Thema Schwerbehinderung mit der Ausgleichsabgabe gemacht wird. So würde man das Thema in den Betrieben auch bekannter machen. Insgesamt sei beim BEM in vielen Betrieben der Mehrwert noch nicht erkannt worden.

Teil C: Schlussfolgerungen

9 Ansatzpunkte für „Good Practice“: Handlungsempfehlungen zur Gestaltung des BEM bei psychischen Erkrankungen

Es gibt keinen „one best way“, d. h. kein ideales Vorgehen im BEM – so zeigt es auch die Praxis in den befragten Betrieben. Gute BEM-Lösungen können – je nach Unternehmensgröße oder auch Branche – völlig unterschiedlich aussehen. Es müssen die individuellen Belange eines Betriebs betrachtet werden, um betriebsspezifische Regelungen zu finden.

Die nachfolgenden Handlungsempfehlungen basieren einerseits auf umfangreichen Literaturrecherchen und andererseits auf den gewonnenen Erkenntnissen aus den Expertengesprächen und Betriebsfallstudien. Hierbei soll zudem die Perspektive der betrieblichen Interessenvertretung eine besondere Aufmerksamkeit erfahren.

Für ein erfolgreiches BEM konnten die folgenden Gestaltungsbereiche identifiziert werden:

1. die Schaffung förderlicher Rahmenbedingungen für das BEM,
2. die BEM-Akteure – Eignung und Kompetenzentwicklung sowie
3. die Gestaltung und Verstetigung des BEM.

Die genannten Gestaltungsbereiche werden im Folgenden näher vorgestellt.

1. Schaffung förderlicher Rahmenbedingungen für das BEM

Allein die Einführung, Ausgestaltung und Verstetigung eines BEM (siehe 3. Gestaltung und Verstetigung des BEM) ist nicht entscheidend für dessen Erfolg in der Praxis. Neben engagierten und kompetenten BEM-Akteuren (siehe 2. Die BEM-Akteure – Eignung und Kompetenzentwicklung) ist die Schaffung eines verlässlichen strukturellen Handlungsrahmens notwendig (vgl. Breit/Feldes, 2016, S. 137).

Umfassende und kontinuierliche Informationen über das BEM

Möchte ein Unternehmen ein BEM einführen, ist es gut beraten, die Beschäftigten rechtzeitig über das Vorhaben zu informieren. Hierfür kommen zum Beispiel Betriebsversammlungen, Artikel in der Betriebszeitung, das Intranet oder schriftliche Informationen, die den Gehaltsabrechnungen beigelegt werden, infrage (Riechert/Habib, S. 15). Die Informationen sollten an alle Beschäftigten gerichtet sein – und nicht alleine erkrankte Beschäftigte ansprechen.

Wenn ein Unternehmen auf einer Betriebsversammlung das BEM der Belegschaft vorstellt, empfiehlt es sich zudem, dass Betriebs-/Personalräte möglichst gemeinsam mit der Unternehmensleitung auftreten, um zu unterstreichen, dass es ein von Management und betrieblicher Interessenvertretung gemeinsam getragenes Verfahren ist. Grundtenor einer gemeinsamen Erklärung sollte dabei sein, dass die Wiedereingliederung in den Betrieb und der Erhalt des Arbeitsplatzes der/des erkrankten Beschäftigten das vorrangige Ziel des BEM ist.

Wie bereits dargelegt ist das BEM für viele erkrankte Beschäftigte ein angstbesetztes Thema. Sie fürchten den Arbeitsplatzverlust oder andere arbeitsrechtliche Konsequenzen. Diese Ängste gilt es ernst zu nehmen sowie durch eine frühzeitige und kontinuierliche Information über die Ziele und die Ausrichtung des BEM möglichst zu reduzieren, sodass bei Beschäftigten Akzeptanz und Vertrauen in das BEM aufgebaut werden.

Gleiches gilt insbesondere bei psychischen Erkrankungen. Hier sollten Beschäftigte und Führungskräfte bereits frühzeitig, d. h. idealerweise bereits vor Eintreten eines BEM-Falles, über psychische Erkrankungen und betriebliche Maßnahmen, wie das BEM bzw. Seminarangebote für Führungskräfte und Beschäftigte sowie über außerbetriebliche Hilfs- und Unterstützungsangebote informiert werden. So können Schulungsangebote für Führungskräfte und Beschäftigte dazu beitragen, Unsicherheit und Berührungsängste im Umgang mit psychisch erkrankten Personen abzubauen sowie die Sensibilität der Belegschaft für das Erkennen psychischer Erkrankungen erhöhen, sodass Erkrankungen möglicherweise bereits im Vorfeld einer Arbeitsunfähigkeit entdeckt werden können. Hier könnten Krankenkassen, Betriebsärzte/Betriebsärztinnen und Betriebs-/Personalratsmitglieder in die Schulungen einbezogen werden.

Informationen und Schulungsangebote zum BEM und zur Prävention psychischer Erkrankungen sollten möglichst kontinuierlich erfolgen, um die Aufmerksamkeit und den Rückhalt in der Belegschaft für diese Themen zu stärken.

Formale Regelung des Prozesses

Der Arbeitgeber ist nicht verpflichtet, das BEM systematisch zu regeln. Je nach Größe des Unternehmens ist eine entsprechende Systematik zweckmäßig oder nicht. Bei kleineren Unternehmen ist dies sicherlich auch nicht sinnvoll, da BEM-Fälle nur in geringem Umfang zu erwarten sind und sich dann eine individuelle Lösung anbietet. Bei Unternehmen mit mehr als 200 Beschäftigten ist es jedoch sinnvoll, das Verfahren zu vereinheitlichen (vgl. Versorgungsamt Bremen, 2010, S. 24). Eine formale Regelung bzw. Standardisierung des Prozesses kann zum Beispiel durch eine Betriebsvereinbarung bzw. durch eine betriebliche Handlungsrichtlinie sichergestellt werden.

Eine Betriebsvereinbarung (im öffentlichen Dienst: Dienstvereinbarung) ist ein Vertrag zwischen Arbeitgeber und Betriebsrat, in dem Rechte und Pflichten im Rahmen der Arbeitsverhältnisse von Beschäftigten formuliert werden. In Unternehmen mit betrieblicher Interessenvertretung bietet sich eine Betriebsvereinbarung als betriebliche Rahmensetzung für das BEM an. In Unternehmen ohne betriebliche Interessenvertretung kann das BEM zum Beispiel durch eine betriebliche Handlungsrichtlinie geregelt werden, die in ihrem Aufbau einer Betriebsvereinbarung ähneln kann, ohne jedoch deren rechtliche Verbindlichkeit zu haben.

Als wichtige Bestandteile sollte die Betriebsvereinbarung/Handlungsrichtlinie mindestens beinhalten:

- einen Ablaufplan des BEM-Verfahrens,
- das Benennen konkreter Ansprechpartner sowie
- ein formalisierter Umgang mit den Daten,
- eine regelmäßige Überprüfung des BEM-Verfahrens und der Wirksamkeit ergriffener Maßnahmen.

Eine formale Regelung des BEM-Prozesses kann z. B. durch transparente Ablaufregeln bei der Fallbearbeitung, Maßnahmenplanung und -umsetzung erfolgen.

Hilfe bei der Erstellung einer Betriebsvereinbarung erhalten Sie unter anderem auf den Seiten der Hans-Böckler-Stiftung (<http://www.boeckler.de/betriebsvereinbarungen>, siehe auch Kapitel 11, Weiterführende Informationen).

Eine Betriebsvereinbarung kann aber auch regeln, dass Beschäftigte bereits freiwillig an einem BEM teilnehmen können, wenn sie noch keine sechs Wochen erkrankt sind (Riechert/Habib, 2017, S. 114; Eberhardt/Bolwig, 2014, S. 17). Dies hat den Vorteil, dass das Unternehmen frühzeitig auf eine Erkrankung reagieren bzw. gegebenenfalls sogar eine Chronifizierung von Beschwerden vorbeugen kann, indem umgehend auf auftretende Beschwerden reagiert wird.

Entwicklung und Förderung einer gesundheitssensiblen Unternehmenskultur

Eine Unternehmenskultur umfasst die betrieblich bedeutsamen Grundannahmen (z. B. zum Umgang mit Krankheit und Gesundheit im Betrieb, zum Menschenbild oder zur Unternehmensumwelt), Normen und Werte, die das Handeln von Führungskräften, betrieblichen Interessenvertretungen und Beschäftigten im betrieblichen Alltag prägen (Schein 1985). Die Unternehmenskultur ist zumeist eine Melange aus veröffentlichten Leitwerten oder Grundsätzen, an denen sich Unternehmen orientieren (z. B. Führungs- oder Unternehmensleitbilder) und der oft unhinterfragten, da als selbstverständlich angesehenen Grundannahmen, die sich im Laufe der Zeit in einem Unternehmen herausgebildet haben und die Beschäftigte sich oft informell angeeignet haben (Becke 2014). Sie liegen der Art und Weise, wie in Unternehmen mit Problemen umgegangen wird, zugrunde. Grob verkürzt könnte man Unternehmenskultur in dieser Hinsicht auch beschreiben mit: „So machen wir das hier“ (Bright/Parkin 1997, S. 13).

Die betriebliche Wiedereingliederung von länger erkrankten Beschäftigten und eine hohe Achtsamkeit in Organisationen auf psychische Gesundheitsrisiken lassen sich durch die Entwicklung und Förderung einer gesundheitssensiblen Unternehmenskultur unterstützen. Hilfreich kann hierfür die Entwicklung eines Unternehmensleitbilds bzw. betrieblicher Grundsätze zur Förderung der (psychischen wie physischen) Gesundheit von Führungskräften und Beschäftigten sein. Solch eine nach innen wie außen zu kommunizierende veröffentlichte Unternehmenskultur ist betrieblich handlungsrelevant, wenn sie von der Unternehmensleitung, Führungskräften und der betrieblichen Interessenvertretung im betrieblichen Alltag unterstützt und selbst gelebt wird. Es empfiehlt sich, solche Grundsätze gemeinsam mit Führungskräften und Beschäftigten zu entwickeln, da dadurch die Bereitschaft der Beteiligten, diese Grundsätze im Betriebsalltag auch umzusetzen, gefördert und (vor-)gelebt wird.

Unternehmensleitbilder sind von Vorteil, um eine gesundheitsensible Handlungsorientierung von Beschäftigten wie Führungskräften zu stärken. Sie reichen alleine aber nicht aus, denn es braucht Strukturen und Prozesse, in denen Führungskräfte und Beschäftigte ihre Arbeit auch gesundheitssensibel gestalten können. Hilfreich hierfür kann die Einführung und Weiterentwicklung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements sein, gerade in mittleren und größeren Unternehmen. Doch auch in kleineren Unternehmen ohne ein fest etabliertes betriebliches Gesundheitsmanagement bieten sich hierfür gute Möglichkeiten, z. B. indem das Thema Gesundheit im Sinne einer ‚Huckepack-Strategie‘ systematisch in vorhandenen betrieblichen Strukturen und Gesprächsrunden (z. B. Leitungs- und Teambesprechungen) eingebunden wird, dort zur Sprache kommt und gemeinsam nach Möglichkeiten gesucht wird, Gesundheitsrisiken zu verringern und gesundheitliche Ressourcen zu stärken (siehe Schmidt 2013).

Ein professionell durchgeführtes BEM mit engagierten, kompetenten Akteuren benötigt eine unterstützende und gesundheitsensible Unternehmenskultur. Diese „begünstigt die Kooperation und sozialen Kompetenzen im betrieblichen Alltag und fördert den Ausbau des Verfahrens durch gezielte Verknüpfung von Personal- und Organisationsentwicklungsprozessen. Dadurch entsteht erst die belastbare Basis, auf der Führungskräfte und Beschäftigte unterstützt und zu Handlungen ermutigt werden, die Garanten für ein erfolgreiches BEM bilden“ (Breit/Feldes 2016, S. 141). Das BEM kann nur dann erfolgreich umgesetzt werden, wenn im Unternehmen eine vertrauensvolle Unternehmenskultur vorherrscht (vgl. Vater 2016). Die Annahme eines BEM – und noch viel mehr die freiwillige Annahme eines BEM bevor die sechs Wochen Arbeitsunfähigkeit erreicht sind – setzt voraus, dass das Unternehmen betriebliche Rahmenbedingungen entwickelt hat, die es den Beschäftigten erlauben, in einem Unternehmensklima ohne Krankheits- und Behinderungstabus sowie ohne Ängste vor arbeitsrechtlichen Konsequenzen ihre gesundheitlichen Schwierigkeiten anzusprechen.

Hier liegt auch ein Handlungsfeld für BEM-Akteure – und insbesondere die betriebliche Interessenvertretung –, von Zeit zu Zeit zu überprüfen, ob (nach wie vor) günstige Rahmenbedingungen für die Entwicklung/Verankerung und Weiterentwicklung des BEM bestehen – mit Blick auf neue Herausforderungen, die aus der Zunahme psychischer Gesundheitsrisiken bzw. Erkrankungen entstehen.

Gefährdungsbeurteilung

Im Rahmen eines BEM sollte allein der Umstand, dass ein Beschäftigter/eine Beschäftigte längerfristig erkrankt, Anlass genug sein, eine bereits bestehende Gefährdungsbeurteilung eines Arbeitsbereiches/einer Arbeitstätigkeit zu aktualisieren bzw. eine Gefährdungsbeurteilung zu erstellen (Nebe 2016, S. 194).

Nach Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) § 4 ist „die Arbeit ist so zu gestalten, daß [sic] eine Gefährdung für das Leben sowie die physische und die psychische Gesundheit möglichst vermieden und die verbleibende Gefährdung möglichst gering gehalten wird“. In § 5 Abs. 1 ist die Verpflichtung zur Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung geregelt: „Der Arbeitgeber hat durch eine Beurteilung der für die Beschäftigten mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdung zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind.“

Für eine Gefährdungsbeurteilung ist nicht wichtig, wie gut Beschäftigte Belastungen aushalten können, sondern sie geht der Frage nach, welche Belastungen es auf der Arbeit gibt und wie diese vermieden werden können. Die Gefährdungsbeurteilung legt also den Fokus nicht auf die einzelne Arbeitsperson und ihre Leistungsfähigkeit, sondern auf die Arbeitstätigkeit. „Letztlich legt ein ordnungsgemäß durchgeführtes BEM im Einzelfall die arbeitsschutzrelevanten Schutzlücken am konkreten Arbeitsplatz offen und lenkt das Augenmerk auf den Pflichtenkatalog im gesetzlichen und autonomen Arbeitsschutz“ (Nebe 2016, S. 192). Folgt aus der Beurteilung der Gefährdungen ein Maßnahmenplan, der auch durchgeführt wird, kann der BEM-Einzelfall eine präventive Wirkung für alle Beschäftigten entfalten, die diese Arbeitstätigkeit ausüben.

Die Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen ermöglicht arbeitsbezogene Gesundheitsrisiken im Betrieb zu ermitteln und auf dieser Grundlage Präventions- und Gestaltungsmaßnahmen zu entwickeln und umzusetzen. Vorausgesetzt wird dabei ein breiteres Verständnis von Gefährdungsbeurteilung, das sich nicht nur auf arbeitsbezogene Gesundheitsrisiken bezieht, sondern auch Ressourcen sondiert, die es Menschen in der Arbeit ermöglichen, ihre Gesundheit zu erhalten.

Bei psychischen Erkrankungen herrscht jedoch – stärker als bei physischen Erkrankungen – häufig Unsicherheit in Unternehmen vor, wie eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt wird und wie mit den resul-

tierenden Ergebnissen umgegangen werden soll. Das spiegelt sich in der Fachliteratur (vgl. Paridon 2015; Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016), aber auch in den durchgeführten Interviews im Rahmen dieser Studie wider (Kapitel 7.3). So sind psychische Belastungen im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung rechtlich verpflichtend zwar bereits seit 1996 zu erheben, ein solches Vorgehen wurde in der Praxis jedoch nur in wenigen Unternehmen umgesetzt. Seit Ende 2013 fordert das Arbeitsschutzgesetz nun explizit die Berücksichtigung psychischer Belastungen.

Eine erfolgreiche Planung und Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung setzt voraus, „dass die beteiligten Akteure für die Bedeutung des Themas sensibilisiert sind und Basiskenntnisse zu grundlegenden Zusammenhängen des Auftretens und der Wirkung psychischer Belastungen bei der Arbeit haben“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016, S. 7).

Auch ist die Gefährdungsbeurteilung zwar für die Diagnose psychischer Belastungen in Zusammenhang mit der Arbeitstätigkeit geeignet, löst aber nicht das Problem, dass psychischen Erkrankungen in der Regel multifaktorielle Ursachen zugrunde liegen, die auch außerhalb der Arbeit liegen können.

Die betriebliche Interessenvertretung hat bei der Gefährdungsbeurteilung als klassisches Arbeits- und Gesundheitsschutzthema Mitbestimmungsrechte im BEM-Prozess.

Anders als der Betriebsrat kann der Personalrat laut Rechtsprechung des BVerwG vom 14.10.2002 nicht bei der Durchführung der Gefährdungsbeurteilung mitbestimmen, wohl aber über Maßnahmen mitbestimmen, die aus der Durchführung resultieren. So ist es zum Beispiel möglich, Maßnahmen abzulehnen, wenn die Gefährdungsbeurteilung aus Sicht des Personalrats mangelhaft durchgeführt wurde.

Der Personalrat hat nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 05.03.2012 (6 PB 25/11) die folgenden Handlungsmöglichkeiten:

1. Er kann schriftlich Einwände gegen das Verfahren der Gefährdungsbeurteilung im Zusammenhang mit Maßnahmen geltend machen,
2. er kann seine Zustimmung gegen eine beabsichtigte Maßnahme im Falle einer unzureichenden Gefährdungsbeurteilung verweigern und
3. einen Initiativantrag auf andere Maßnahmen stellen.

2. Die BEM-Akteure – Eignung und Kompetenzentwicklung

Ein BEM kann nur dann erfolgreich sein, wenn die Einstellung/Haltung der handelnden Akteure (zum Beispiel von Vertretern der Arbeitgeberseite, vom Betriebsrat, aber auch von den erkrankten Beschäftigten selbst) zu diesem Thema stimmt. Der Abschluss einer Betriebsvereinbarung (bzw. zum Beispiel ein Handlungsleitfaden zum Verfahrensablauf in Unternehmen ohne Interessenvertretung) kann hierfür ein erster wichtiger Schritt sein, aber das BEM muss im Unternehmen nicht allein in struktureller Hinsicht „gelebt“ werden, auch die handelnden Akteure müssen das Verfahren engagiert unterstützen.

Handelnde Personen

Die handelnden Personen spielen eine entscheidende Rolle für den Erfolg des BEM: „Eine wichtige Voraussetzung für kompetente und professionell agierende Eingliederung und erfolgreiche Teamarbeit ist dabei persönliches Interesse und Engagement. Es reicht nicht, jemanden einfach ‚abzukommandieren‘, der Dienst nach Vorschrift verrichtet, sondern es muss sich um Personen handeln, die nicht nur über fachliche und soziale Kompetenzen verfügen, sondern sich der Aufgabe regelrecht verpflichtet fühlen, vielleicht sogar Leidenschaft für die Thematik aufbringen. Darüber hinaus sind erforderlich: der Wille zur vertrauensvollen Zusammenarbeit innerhalb und außerhalb des Teams, Konfliktfähigkeit, Verschwiegenheit, Zuverlässigkeit und Belastbarkeit“ (Breit/Feldes, 2016, S. 135 f.).

Neben dem Engagement für das BEM sollten die handelnden Personen aber noch weitere Eigenschaften mitbringen, damit das BEM erfolgreich werden kann. Hierbei ist insbesondere das Thema Kompetenz von großer Bedeutung. Das BEM kann trotz großem Engagement der Akteure ein Misserfolg werden, wenn die fachlichen und sozialen Kompetenzen der handelnden Personen nicht ausreichen, um zum Beispiel passgenaue Maßnahmen für die erkrankten Beschäftigten zu finden. Insbesondere psychische Erkrankungen bedürfen (weil oftmals nicht abgeschlossen geheilt) eines besonderen Umgangs sowohl im Rahmen des BEM als auch bei der Durchführung der Maßnahmen.

Wichtig ist, dass das BEM-Verfahren von relevanten betrieblichen Akteuren, vor allem Unternehmenslei-

tung und betrieblicher Interessenvertretung, getragen wird.

Gesetzlich vorgeschrieben sind laut SGB IX § 84 Absatz 2 ein Vertreter/eine Vertreterin des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin, die betriebliche Interessenvertretung sowie die erkrankte Person selbst. Darüber hinaus können jegliche Personen hinzugezogen werden, die für das Verfahren förderlich sind.

Betriebs-/Personalräte

Die betriebliche Interessenvertretung nimmt eine entscheidende Rolle im BEM ein (Kapitel 5.1.1): „Entscheidend ist, dass Betriebsräte ihr Selbstverständnis überdenken, dass sie Gestaltungsmacht und nicht nur Schutzmacht werden“ (Breit/Feldes, 2016, S. 137). So kann die betriebliche Interessenvertretung im BEM eine strukturell gestalterische Rolle hinsichtlich des Verfahrens einnehmen – zum Beispiel bei der Ausgestaltung einer Betriebsvereinbarung oder betrieblicher Handlungsrichtlinien (siehe 1. Schaffung förderlicher Rahmenbedingungen für das BEM). Als wichtige Vertrauensinstanz für erkrankte Beschäftigte nimmt sie im Rahmen des BEM eine vermittelnde Funktion zum Arbeitgeber ein, behält aber auch die Interessen der Gesamtbelegschaft im Auge.

Fallmanager/Fallmanagerinnen

Es empfiehlt sich, einen Fallmanager/eine Fallmanagerin in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) zu benennen oder in größeren Unternehmen ein Integrationsteam zu bilden. Als Fallmanager/Fallmanagerin bzw. Teilnehmer/Teilnehmerin des Integrationsteams kommen neutrale Person oder – so haben die Gespräche ergeben – auch eine Vertrauensperson aus dem Unternehmen infrage.

Für die Auswahl des Fallmanagers/der Fallmanagerin ist der Arbeitgeber verantwortlich. Es empfiehlt sich aber eine Zusammenarbeit mit der betrieblichen Interessenvertretung bei der Auswahl geeigneter Personen. Die Interessenvertretung verfügt, wie in den empirischen Ergebnissen der vorliegenden Studie dargelegt, oftmals über breite, betriebsbezogene lebensweltliche Wissensbestände. Das heißt, dass die Interessenvertretung sowohl Unternehmen als auch Beschäftigte gut kennt. Dieses Wissen kann hilfreich bei der Suche nach einer geeigneten Person sein, die einen gewissen Vertrauensstatus im Unternehmen innehat.

Personalverantwortliche geraten leicht in Rollenkonflikte zwischen ihre arbeitgebernahen Funktionen und

der Berücksichtigung von Interessen der erkrankten Personen. Sie sollten daher die Funktion eines Fallmanagers nur ausüben, wenn ihnen im Unternehmen ein großes Vertrauen der Beschäftigten entgegengebracht wird.

Handelt es sich um ein größeres Unternehmen, ist die Bildung eines Integrationsteams angeraten. In der Praxis kann sich ein Integrationsteam aus mehreren und jeweils gleichsam vertrauenswürdigen Personen zusammensetzen, aber allein aufgrund der Größe des Gremiums den erkrankten Beschäftigten einschüchtern. Das betriebliche Integrationsteam besteht nach §§ 93, 95 und 98 SGB IX aus Vertretern der betrieblichen Interessenvertretung, der Schwerbehindertenvertretung und dem Beauftragten des Arbeitgebers (Fallmanager). Es ist verständlich, wenn der/die Betroffene Hemmungen hat, vor einer Gruppe über persönliche Probleme und Erkrankungen zu sprechen. Eine Lösung könnte auch hier sein, dass der Fallmanager erkrankte Beschäftigte durch das Verfahren begleitet und weitere Personen des Integrationsteams nur nach Bedarf hinzuzieht. Der Vorteil für das Unternehmen liegt dabei auch in der Begrenzung personeller Ressourcen, wenn das Integrationsteam möglichst klein gehalten wird. BEM-Beauftragte des Arbeitgebers sollten jedoch in der Lage sein, gesundheitliche Einschränkungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beurteilen zu können. Hier käme beispielsweise ein ausgebildeter Disability Manager infrage (siehe Kapitel 5.1.5). Zudem könnte der Betriebsarzt/die Betriebsärztin hinzugezogen werden.

Eine Kompetenzentwicklung der handelnden Akteure ist insbesondere bei psychischen Erkrankungen notwendig. Hier gilt es, bereits im Vorfeld einer Erkrankung Wissen hinsichtlich des Erhalts der psychischen Gesundheit, des Erkennens psychischer Störungen und der Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung zu vermitteln (siehe 1. Schaffung förderlicher Rahmenbedingungen für das BEM). Gerade beim Auftreten psychischer Erkrankungen neigen betriebliche Akteure dazu, den Fall zu individualisieren – und so die Notwendigkeit der Veränderung von Arbeitsbedingungen nicht die hinreichende Aufmerksamkeit zukommen zu lassen (Voswinkel 2016, S. 221). Da psychische Erkrankungen in der Regel jedoch multifaktorielle Ursachen haben, also aus privaten und betrieblichen Belastungsfaktoren resultieren bzw. von ihnen beeinflusst werden, gilt hier besondere Aufmerksamkeit bei der Maßnahmenfindung.

Betriebsarzt/Betriebsärztin

Der Betriebsarzt/die Betriebsärztin eignet sich als neutrale Person im BEM-Team. Laut Arbeitssicherheitsgesetz § 3 Abs. 1 müssen Betriebsärzte/Betriebsärztinnen den Arbeitgeber im Arbeitsschutz und bei der Unfallverhütung beraten und unterstützen.

Der Betriebsarzt/die Betriebsärztin konnte im Rahmen unserer Studie als ein ausgesprochen wichtiger und für den Erfolg des BEM nützlicher Akteur identifiziert werden (vgl. Riechert/Habib 2016, S. 58). Die große Bedeutung dieses Akteurs ergibt sich aus seiner arbeitsmedizinischen Expertise zur (behindertengerechten) Arbeits(platz)gestaltung, der Möglichkeit der Kooperation mit den behandelnden Ärzten/Ärztinnen sowie aus seiner Funktion als Ratgeber im Rahmen der stufenweisen Wiedereingliederung.

Aufgrund der oft genannten Unsicherheit von Betriebsangehörigen im Umgang mit psychischen Erkrankungen, ist davon auszugehen, dass der Betriebsarzt/die Betriebsärztin bei psychischen Erkrankungen aufgrund seiner/ihrer Fachkompetenz von besonders hoher Bedeutung sein kann.

Aber auch als Initiatoren bzw. Unterstützer bei der Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung bietet sich die Hinzuziehung eines Betriebsarztes/einer Betriebsärztin an.

Führungskräfte und Personalverantwortliche

Entscheidend sind hier die Führungskräfte und Personalverantwortlichen, die durch ihren Führungsstil die Vertrauensneigung der erkrankten Beschäftigten in das BEM beeinflussen. Wichtig ist insbesondere die Empathie der Führungskräfte und Personalverantwortlichen in die Situation der erkrankten Beschäftigten sowie die Bereitschaft, die betriebliche Wiedereingliederung aktiv zu unterstützen. Eine solche Haltung von Führungskräften und Personalverantwortlichen unterstützt im Rahmen des BEM die Kooperationsbereitschaft und die Wiedereingliederungsmotivation der erkrankten Person.

In den Gesprächen wurde zudem deutlich, dass Schulungen für alle Personen, die BEM-Gespräche führen, ausgesprochen wichtig sind, damit das BEM ein Erfolg wird. Dies gilt natürlich auch für Führungskräfte und Personalverantwortliche.

Kollegen/Kolleginnen

Neben der betroffenen Person, die im Mittelpunkt des einfallorientierten BEM-Verfahrens steht, ist es

jedoch auch wichtig, dass die Kollegen und Kolleginnen Beachtung finden. Durch den Ausfall des/der erkrankten Kollegen/Kollegin kann es zum Beispiel zu einer Mehrbelastung der verbliebenen Belegschaft kommen. Wird diese aufgefangen, führt das in der Regel zu einer Unterstützung des BEM-Verfahrens durch die Kollegen und Kolleginnen (vgl. Vater, 2016, S. 115).

3. Gestaltung und Verstetigung des BEM

Als Erfolgsfaktoren für ein BEM konnten die Schaffung förderlicher Rahmenbedingungen und die Eignung und Kompetenz der BEM-Akteure identifiziert werden. Hinzu kommt – zumindest bei größeren Unternehmen – die Notwendigkeit einer systematischen Gestaltung des BEM-Verfahrens selbst. Diese sollte möglichst bereits vor dem Eintritt eines BEM-Falls beginnen (siehe auch *1. Schaffung förderlicher Rahmenbedingungen für das BEM* über die kontinuierliche und umfassende Information über das BEM).

Arbeitsunfähigkeit von mehr als sechs Wochen feststellen

Ein BEM startet in der Regel dann, wenn ein Beschäftigter in einem Zeitraum von einem Jahr mehr als sechs Wochen arbeitsunfähig war. Hierfür muss das Unternehmen Arbeitsunfähigkeitsdaten erheben, speichern und auszählen. Wichtig ist hierbei, dass nicht das Kalenderjahr vom 01.01. bis 31.12. als Grundlage für das BEM herangezogen wird, sondern immer die vergangenen 12 Monate. Ist ein Beschäftigter/eine Beschäftigte zum Beispiel im August 3 Wochen krankgeschrieben und erneut im März, ist ein BEM durchzuführen, auch wenn sich die Krankmeldung über zwei Kalenderjahre erstreckt.

Laut Betriebsverfassungsgesetz ist der Betriebsrat dazu verpflichtet, darüber zu wachen, dass die geltenden Gesetze, Tarifverträge und Betriebsvereinbarungen eingehalten werden. Das Bundesarbeitsgericht hat geurteilt (Beschluss vom 07.02.2012, Aktenzeichen: 1 ABR 46/10), dass der Betriebsrat darüber informiert werden muss, welche Beschäftigten in einem Zwölfmonatszeitraum länger als sechs Wochen arbeitsunfähig erkrankt sind. Nur so wird der Betriebsrat in die Lage versetzt, seiner Pflicht nach § 84 Abs. 2 Satz 7 SGB IX nachzukommen und zu überprüfen, ob der Arbeitgeber seinen gesetzlichen Pflichten zur Einlei-

tung eines BEM nachkommt. Die Nennung der Namen der Beschäftigten darf dabei auch nicht abhängig von der Einwilligung der erkrankten Beschäftigten erfolgen.

Erstkontakt mit dem betroffenen Mitarbeiter

Nach der Feststellung längerer Arbeitsunfähigkeit sollte durch das BEM- oder Integrationsteam bzw. den Fallmanager der Erstkontakt zum betroffenen Beschäftigten hergestellt werden.

Das SGB IX § 84 Absatz 2 gibt hierzu vor: „Die betroffene Person oder ihr gesetzlicher Vertreter ist zuvor auf die Ziele des betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie auf die Art und Umfang der hierfür erhobenen und verwendeten Daten hinzuweisen.“

Der Kontakt zur/zum erkrankten Beschäftigten erfolgt in der Regel über ein Anschreiben, kann aber auch persönlich am Arbeitsplatz oder telefonisch erfolgen.

Egal in welcher Form der Erstkontakt erfolgt: Diskretion ist das oberste Ziel! Gerade bei der persönlichen Ansprache am Arbeitsplatz sollte darauf geachtet werden, dass die Vertraulichkeit gewahrt bleibt (Versorgungsamt Bremen, 2010).

Das Anschreiben (Einladung zum BEM) ist die wohl gängigste Form der Kontaktaufnahme. Es ist allerdings zu empfehlen, bereits vor dem Versand der Einladung zum BEM mit dem/der erkrankten Beschäftigten telefonischen oder persönlichen Kontakt aufzunehmen, um Missverständnisse zu vermeiden und mögliche Ängste oder Vorbehalte der erkrankten Beschäftigten gegenüber dem BEM-Verfahren abzubauen. Auch wenn die Belegschaft eines Unternehmens im Vorfeld eingehend über das BEM informiert wurde, sollten trotzdem der länger erkrankten Person noch weitere Informationen zum BEM über das Anschreiben hinaus vermittelt werden. Wichtig ist zudem auch, dass die Freiwilligkeit des BEM betont wird (vgl. u. a. Versorgungsamt Bremen, 2010).

Die Inhalte des Anschreibens können und sollten übrigens auch in einer Betriebsvereinbarung festgelegt werden.

Wenn ein Betriebs- oder Personalrat von einem BEM-Fall erfährt, kann dieser auch bereits im Vorfeld des BEM Kontakt zu dem/der erkrankten Beschäftigten aufnehmen.

Erstgespräch führen

Nach dem grundsätzlichen Einverständnis des/der Beschäftigten, sich am BEM-Verfahren zu beteiligen, sollte ein *Erstgespräch* über Ziele, Verfahren und Ablauf des BEM sowie über die darauf bezogenen Erwartungen mit einer Vertrauensperson (zum Beispiel der Fallmanager oder eine andere Person aus dem BEM-Team) des oder der betroffenen Beschäftigten erfolgen. Wichtig ist es hier, dass die Personen, die das BEM durchführen sollen, ausreichend geschult wurden, damit das BEM nicht zu einem Krankenrückgespräch wird. Eine Schulung der Teilnehmer/Teilnehmerinnen kann auch dazu beitragen, dass BEM-Gespräche professionalisiert und in ihnen keine innerbetrieblichen oder interpersonalen Konflikte ausgetragen werden.

Auch kann die Erstellung eines Gesprächsleitfaden hilfreich sein, dass im Gespräch keine wichtigen Aspekte außen vor gelassen werden (beispielhaft ist ein Gesprächsleitfaden in den Handlungsempfehlungen zum BEM des Versorgungsamts Bremen zu finden, S. 53 ff., siehe auch: Weiterführende Informationen).

Darüber hinaus sollte im Erstgespräch geklärt werden, welche weiteren Personen in das konkrete BEM-Verfahren mit einbezogen werden sollen.

Fallbesprechung

Die im Erstgespräch ausgewählten Personen, die am BEM teilnehmen sollen, kommen zusammen, um den Fall zu besprechen.

Vorrang sollte hierbei die Anpassung des bisherigen Arbeitsplatzes haben. Zur weiteren Klärung der Ausgangslage empfiehlt sich die Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung (siehe 1. Schaffung förderlicher Rahmenbedingungen für das BEM) des (bisherigen oder alternativen) Arbeitsplatzes, um auf dieser Grundlage Anpassungs- und Gestaltungsmaßnahmen im BEM-Team unter Beteiligung der oder des betroffenen Beschäftigten zu entwickeln.

Bei der Maßnahmenentwicklung sollten alle eingebrachten Vorschläge erörtert werden. Sinnvoll ist es sicherlich auch, festzulegen, in welchen Abständen überprüft wird, ob die beschlossenen Maßnahmen auch durchgeführt wurden.

Ein systematisches Vorgehen auf dem Papier im Sinne einer Betriebsvereinbarung oder Verfahrensweisung garantiert noch keinen erfolgreichen Abschluss des BEM-Verfahrens. „Besteht der Verdacht, dass die Einstellung und das Verhalten des Unternehmens als

unehrlich, unzuverlässig und inkonsistent einzuschätzen ist, wird sich die betroffene Person nicht auf das BEM einlassen“ (Vater, 2016, S. 115). Das Unternehmen muss in der Praxis den Ablauf des BEM unterstützen, zum Beispiel im Sinne von (anteiligen) Freistellungen für beteiligte Akteure für ihre BEM-Aktivitäten, und die Umsetzung von beschlossenen Maßnahmen befördern.

Maßnahmen durchführen

Die entwickelte *Maßnahmenplanung* sollte – auch mithilfe externer Stellen und Expertise – umgesetzt werden. Kollegen und Kolleginnen der erkrankten Person sind mit einzubeziehen, um Akzeptanz und Verständnis für die Maßnahmen zu erhalten. Hierbei ist es wichtig, dass die Einhaltung des Datenschutzes gewährleistet bleibt.

Die betriebliche Interessenvertretung darf an der Gestaltung des Verfahrens mitwirken, aber nicht über die Maßnahmen entscheiden. Da die Interessenvertretung aber Teil des BEM-Teams ist, ergeben sich alleine daraus auch Einflussmöglichkeiten auf die Maßnahmengestaltung.

Datenschutz

Auf einen sorgsamen Umgang mit persönlichen und gesundheitssensiblen Daten der betroffenen Beschäftigten ist im gesamten Verfahren zu achten. Die Aufbewahrung der Daten zum BEM sollte nur solange erfolgen, wie die Daten weiterhin vonnöten sind und das BEM-Verfahren noch nicht abgeschlossen ist. Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (§ 35 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 BDSG) müssen Daten immer dann gelöscht werden, wenn eine Speicherung nicht mehr erforderlich ist. Es empfiehlt sich darum, feste Löschungsfristen in der Betriebsvereinbarung festzulegen (Feldes, 2016, S. 61) oder den Arbeitgeber auf die Pflicht hinzuweisen, die Daten rechtzeitig zu löschen. „Regelungen, die den Datenschutz im BEM betriebspezifisch konkretisieren“ sind mitbestimmungspflichtig (Feldes, 2016, S. 63).

Zudem gilt es sicherzustellen, dass die BEM-Akte nicht zusammen mit der Personalakte aufbewahrt wird. Auch dies kann in einer Betriebsvereinbarung geregelt werden.

Die Interessenvertretung muss über BEM-Fälle im Unternehmen informiert werden. Ein Recht auf die Teilnahme am BEM-Verfahren hat sie aber nur dann,

wenn der/die betroffene Beschäftigte dem zustimmt.

Verstetigung

Die Umsetzung der Maßnahmen ist in Bezug auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen, das heißt, das überprüft werden sollte, ob die richtigen Maßnahmen ausgewählt wurden, die es der erkrankten Person ermöglichen, wieder ihrer Arbeit nachzukommen. Auch hier ließe sich eine Regelung im Rahmen einer Betriebsvereinbarung oder einer Handlungsrichtlinie treffen, in welchen Abständen eine Überprüfung der Maßnahmen stattfinden soll und wer hierfür verantwortlich ist.

Das BEM-Verfahren selbst „muss in der Regel mehrere Entwicklungsschleifen durchlaufen, um auch unter den oft schwankenden betrieblichen und außerbetrieblichen Umfeldverhältnissen stabile Rahmenbedingungen und Interventionsmuster auszubauen“ (Breit/Feldes, 2016, S. 134). Das heißt, dass die Einführung eines BEM nicht bedeutet, dass das Verfahren somit dauerhaft festgelegt wurde. Vielmehr sollten Unternehmen das BEM durch regelmäßig Revision und Auswertung weiterentwickeln, sodass alle Beteiligten daraus lernen können. Eine systematische Revision des BEM sollte mindestens alle drei bis fünf Jahre erfolgen.

Nach dem Abschluss eines BEM-Falles kann der/die erkrankte Beschäftigte dem BEM-Team/Fallmanager Rückmeldung zu Stärken und Schwächen des Verfahrens geben, zum Beispiel:

- zur Zufriedenheit der erkrankten Person mit dem Verfahren,
- zur Verständlichkeit der Einladung,
- zur ausreichenden Information über das Verfahren selbst,
- zu den Fallgesprächen,
- zu den entwickelten und umgesetzten Maßnahmen (Riechert/Habib 2016, S. 190).

Die erhaltenen Informationen sollten genutzt werden, das BEM-Verfahren stetig an die Bedürfnisse und Wünsche der Beteiligten anzupassen, um eine möglichst ideale Wiedereingliederung zu ermöglichen.

Neben der individuellen Auswertung eines BEM bietet sich aber auch die übergreifende Auswertung aller BEM-Verfahren an. So kann – eine gewisse Anzahl von Fällen vorausgesetzt – ausgewertet werden, wie

im Rahmen der BEM-Fälle vorgegangen wurde (vgl. Riechert/Habib 2016, S. 190):

- Wie viele gelungene Maßnahmen?
- Wie viele gescheiterte Maßnahmen?
- Wie viele stufenweise Wiedereingliederungen?
- Wie viele Arbeitsplatzwechsel?

Ein weiteres Augenmerk sollte aber auch auf Häufungen von Erkrankungen in einzelnen Abteilungen oder wiederholt genannte Konflikte gelegt werden.

Auch eine geringe Annahmequote des BEM sollte dazu führen, dass ein Unternehmen das Verfahren, die handelnden Akteure und die Rahmenbedingungen für das BEM im Unternehmen überprüft.

Es bietet sich zudem an, eine Verknüpfung des BEM mit dem betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz (falls vorhanden: idealerweise mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement) anzustreben.

Es empfiehlt sich, Unterstützung durch externe Experten sowohl bei der Einführung eines BEM als auch in laufenden BEM-Verfahren einzuholen. Externe Experten werden bislang jedoch nur wenig nachgefragt. Laut Niehaus et al. (2008) sind Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen des Integrationsamts die am häufigsten angefragten, externen Experten. Von 451 befragten Unternehmen gaben 190 (entspricht 42 %) an, sich Unterstützung bei den Integrationsämtern geholt zu haben. In den betriebsbezogenen Interviews unserer Studie zeichnete sich jedoch eher ab, dass kaum ein Unternehmen auf regelmäßige externe Unterstützung zurückgreift.

Aber nicht allein bei konkreten BEM-Fällen bietet sich ein Einbezug externer Experten an. Unternehmen könnten bei einer regelmäßigen Revision des BEM gezielt externe Akteure mit BEM-Expertise einbeziehen, um das eigene BEM durch den „fremden Blick“ weiterzuentwickeln.

10 Resümee und weiterer Forschungsbedarf

Mit Wirkung zum 01.05.2004 wurde § 84 SGB IX novelliert und verpflichtet Arbeitgeber, ihren Beschäftigten ein BEM anzubieten, wenn diese länger als sechs Wochen im Jahr erkrankt sind.

Arbeitnehmer, die häufig und längerfristig arbeitsunfähig erkrankt sind, sind in hohem Maße von Arbeitsplatzverlust und Frühverrentung bedroht. Das BEM bietet sowohl Arbeitgebern als auch Arbeitnehmern die Chance, (systematisch) auf die Erkrankung des/der Beschäftigten reagieren zu können und kann somit als wichtiges Instrument zur Beschäftigungssicherung und -förderung betrachtet werden.

Bislang gibt es jedoch keine flächendeckende Untersuchung, inwieweit diese gesetzliche Regelung auch umgesetzt wird. Die wohl bekannteste und umfangreichste Studie, die sich mit der Thematik befasst hat, ist die Studie „Betriebliches Eingliederungsmanagement. Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX“ von Niehaus et al. aus dem Jahre 2008. Inhalt dieser Studie war eine bundesweite Erhebung zum BEM, die sowohl die Perspektiven der Arbeitgeber als auch der Arbeitnehmer berücksichtigte und die Auswirkungen des Verfahrens auf Unternehmen und Beschäftigte erhoben hat.

Aktuell läuft eine empirische Studie des DGB-Bildungswerks zum BEM unter der Leitung von Christine Zumbeck (Unterstützende Ressourcen für das betriebliche Eingliederungsmanagement, www.re-bem.de), die eine Online-Befragung, begleitende Forschung im Sinne einer Vergleichsstudie sowie einer sich anschließenden Praxisphase beinhaltet. Hier konnten bereits förderliche Faktoren und Ressourcen (Vertrauenkultur, funktionierendes Gesundheitsmanagement, Impulsgeber/Schlüsselpersonen, Handlungsspielräume) sowie hemmende Faktoren (Misstrauenskultur, Gesundheitsthemen mit weniger Priorität als Alltagsgeschäft, betriebsinterne Ablauf- und Betriebsstrukturen, Wissens-/Kenntnisstand) ermittelt werden. Abschließende Ergebnisse sind jedoch erst im Jahre 2018 zu erwarten.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sowie die Erkenntnisse aus der Literaturanalyse legen nahe, dass bei einer Vielzahl an Themen im BEM noch erheblicher Forschungsbedarf besteht. So ist insbesondere die

Rolle der betrieblichen Interessenvertretung als ein Pflicht-Akteur im BEM bislang nur marginal untersucht worden. Unsere Studie verdeutlicht, dass betriebliche Interessenvertretungen eine wichtige und oftmals entscheidende Rolle im BEM spielen, da sie der zumeist einzige Akteur in Unternehmen sind, der einen unmittelbaren Zugang zur betrieblichen Lebenswelt der Beschäftigten hat und in der Lage ist, zwischen unterschiedlichen unternehmensinternen Akteuren und ihren Handlungsperspektiven zu vermitteln. Beide Merkmale sind von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Wiedereingliederung länger erkrankter Beschäftigter. Forschungsbedarf besteht hier hinsichtlich Fragen der Kompetenzentwicklung und Sensibilisierung: Was brauchen betriebliche Interessenvertretungen, um ihre Rolle als BEM-Akteure kompetent ausfüllen zu können? Welche neuen Kompetenzanforderungen und Gestaltungsanforderungen ergeben sich an betriebliche Interessenvertretungen als BEM-Akteure bei psychischen Erkrankungen von Beschäftigten? Auf diese Forschungsfragen konnte die vorliegende explorative Studie erste Antworten geben. Es besteht in diesem noch vergleichsweise neuen Forschungsfeld allerdings noch weiterer Erkenntnisbedarf.

Zudem scheint das BEM als wichtiges Handlungsfeld in der Mitbestimmung von den Gewerkschaften bislang kaum besetzt. Weitere Forschung könnte sich daher darauf richten, zu analysieren, weshalb Gewerkschaften bisher in der Wahrnehmung von Beschäftigten nicht als relevanter Akteur in Bezug auf das BEM in Erscheinung treten. Darüber hinaus wäre zu untersuchen, welche arbeitspolitischen Anknüpfungspunkte es für Gewerkschaften gibt, sich dem Thema BEM stärker zuzuwenden. Beispielsweise besteht auch bei betrieblichen Interessenvertretungen ein Bedarf an Weiterbildung und z. T. auch Kompetenzentwicklung in Bezug auf psychische Erkrankungen, deren betriebliche Prävention und die berufliche wie betriebliche Wiedereingliederung von psychisch erkrankten Beschäftigten. Gewerkschaften könnten hierzu z. B. das BEM verstärkt in ihre Arbeitsschutz- und Gesundheitspolitik aufnehmen und entsprechende Schulungs- und Beratungskonzepte für betriebliche Interessenvertretungen entwickeln. Die Arbeitnehmerkammer Bremen ist in dieser Hinsicht mit ihren Beratungsangeboten für betriebliche Interessenvertretungen sicherlich bundesweit ein Vorreiter, von dem Gewerkschaften durchaus im Feld des BEM lernen können.

Neben der Qualifizierung der betrieblichen Interessenvertretungen ist aber – so zeigt es die vorliegende

Studie – die Schulung und Qualifikation aller beteiligten BEM-Akteure notwendig. Hierbei reicht nicht allein das Wissen über rechtliche Hintergründe des Verfahrens, damit das BEM ein Erfolg wird. Auch Gesprächsführungskompetenz, Wissen über Instrumente und Maßnahmen, um psychischen Belastungen zu begegnen bzw. Wissen um Personen und unterstützende Institutionen (z. B. Integrationsämter), die einbezogen werden können, um Erfolg versprechende Maßnahmen auf den Weg zu bringen, sind entscheidend für den BEM-Verlauf und -Erfolg.

Darüber hinaus konnte als ein wichtiger Erfolgsfaktor die Haltung der BEM-Akteure identifiziert werden, die den Umgang mit und das Engagement für erkrankte Beschäftigte beeinflusst. Bei den im Rahmen der Studie befragten Personen wurden durchweg fürsorgliche und unterstützende Motivlagen, sich für das BEM zu engagieren, deutlich. Die persönliche Haltung zu Gesundheit und Krankheit, aber auch die Übernahme von Verantwortung für andere, steuert die Motivation, sich für erkrankte Kollegen und Kolleginnen zu engagieren.

Ein Nährboden für engagierte BEM-Akteure bietet dabei eine vertrauensbasierte Kommunikations- und Kooperationskultur in Unternehmen, die es erlaubt, abseits von Gewinnmaximierungsbestrebungen und Leistungsdruck, individuelle Maßnahmen für die erkrankten Beschäftigten zu entwickeln.

Deutlich wurde auch, dass das Thema BEM zur Prävention in den Unternehmen noch nicht die nötige Beachtung findet. Eine systematische Auswertung der BEM-Fälle, unter Berücksichtigung des Datenschutzes, könnte Unternehmen zum Beispiel dabei unterstützen, Belastungsschwerpunkte im Unternehmen aufzudecken. Auch eine Verknüpfung mit der Gefährdungsbeurteilung bietet sich an, um Belastungen am Arbeitsplatz des/der erkrankten Beschäftigten aufzudecken und darüber hinaus für alle weiteren Beschäftigten wirksam zu werden, die unter den gleichen Umständen tätig sind. Die Umsetzung eines in diesem Sinne präventionsorientierten BEM bietet sich als anwendungsorientiertes Forschungsfeld an. Zu untersuchen wären hierbei auch betriebliche Handlungskonstellationen, die dazu beitragen, ein avanciertes, präventionsorientiertes BEM zu fördern. Zu beachten wären hierbei nicht nur die unternehmensinternen Akteursbeziehungen, sondern gerade auch die Bedeutung außerbetrieblicher institutioneller BEM-Akteure für die Entwicklung eines solchen avancierten BEM. Derartige Forschungsvorhaben könnten weiterführen-

de, auch praxisorientierte Erkenntnisse zur gemeinsamen Gestaltung von BEM-Verfahren durch inner- und außerbetriebliche Akteure bringen.

Zudem legen die Ergebnisse der Studie nahe, dass eine Verknüpfung von Unternehmensstrukturen bislang zwar nur in geringem Maße erfolgt, aber sinnvoll erscheint. Hier könnte untersucht werden, inwieweit eine systematische Einbettung des BEM in betriebliche Strukturen einen positiven Effekt auf das BEM-Verfahren nimmt. Ein Beispiel dafür ist die systematische Verknüpfung von Arbeitsschutz, betrieblicher Gesundheitsförderung und BEM. Diese sind in mittleren und größeren Unternehmen häufig unter dem Dach des Betrieblichen Gesundheitsmanagements verortet, nach unserem Eindruck werden Potenziale der stärkeren Vernetzung zwischen diesen BGM-Teilbereichen noch nicht hinreichend genutzt. Neben einer systematischen Einführung des BEM sollten aber auch Maßnahmen zu demografischen Veränderungen im Unternehmen einen Platz haben, um präventiv auf zukünftig auftretende BEM-Fälle aufgrund alternder Belegschaft eingehen zu können. Hier bietet sich eine stärkere Verknüpfung zwischen einer altersgerechten Arbeitsgestaltung mit dem BEM an. Erfolgsvoraussetzungen und Möglichkeiten einer solchen Vernetzung wären noch näher zu untersuchen.

11 Weiterführende Informationen

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016)(Hrsg.). **Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung.** (2. erweiterte Auflage). Berlin.

http://www.gda-portal.de/de/pdf/Psyche-Umsetzung-GfB.pdf?__blob=publicationFile&v=6 (abgerufen am 01.03.2017)

Dienstvereinbarung der Universität Bremen

zum BEM als Model of Good Practice:

http://www.uni-bremen.de/fileadmin/user_upload/single_sites/personalrat/Dienstvereinbarungen/BEM-Vereinbarung_Uni_2012.pdf

Eine Betriebsvereinbarung entwickeln – Tipps und Empfehlungen (von Ralf Heidemann und Manuela Maschke, 2012, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung)

www.boeckler.de/pdf/mbf_bvd_hintergrund_bv_entwickeln.pdf

Handlungshilfe zur Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen bei der Arbeit der Senatorin für Finanzen der Freien Hansestadt Bremen:

http://www.finanzen.bremen.de/sixcms/media.php/13/Handlungshilfe%20GfB%20psych%20Belast_final.pdf

Handlungsempfehlungen zum betrieblichen Eingliederungsmanagement des Versorgungsamts (Integrationsamts) der Freien Hansestadt Bremen

http://www.avib.bremen.de/sixcms/media.php/13/BEM_2010.pdf

Paridon, H. (2015): **Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen. Tipps zum Einstieg.** IAG-Report 1/2013. Überarbeitete Version 2015. Berlin: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV).

<http://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/iag-report-2013-01.pdf> (abgerufen am 01.03.2017)

Sammlung von Deutschlands größtem Bestand an Betriebsvereinbarungen bei der Hans-Böckler-Stiftung

<http://www.boeckler.de/betriebsvereinbarungen>

12 Literaturverzeichnis

- Ahlers, E. (2011). Wachsender Arbeitsdruck in den Betrieben. Ergebnisse der bundesweiten PARGEMA-WSI-Betriebsrätebefragung. In: Nick Kratzer/Wolfgang Dunkel/Karina Becker/Stefan Hinrichs (Hrsg.): Arbeit und Gesundheit im Konflikt. Analysen und Ansätze für ein partizipatives Gesundheitsmanagement. Berlin: Edition Sigma, S. 35-58.
- Andersen, M. F./Nielsen, K. M./Brinkmann, S. (2012). Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, Vol. 38, No. 2, pp. 93-104.
- Bäcker, G. (2012). Erwerbsminderungsrenten im freien Fall. Zahlen und Fakten zu einem drängenden sozialpolitischen Problem. *Soziale Sicherheit*, H. 11, S. 365-373.
- Badura, B./Ducki, A./Schröder, H./Klose, J./Meyer, M. (Hrsg.) (2016): Fehlzeiten-Report 2016. Unternehmenskultur und Gesundheit - Herausforderungen und Chancen. Berlin: Springer.
- Bamberg, E./Dettmers, J. (2015). Verfügbarkeit – ein (neues) Thema der Arbeitsgestaltung? Profile – Internationale Zeitschrift für Veränderung, Lernen, Dialog, H. 24, S. 30-41.
- BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2010). Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Dortmund: BauA.
- Becke, Guido (2008). Soziale Erwartungsstrukturen in Unternehmen. Zur psychosozialen Dynamik von Gegenseitigkeit im Organisationswandel. Berlin: Edition Sigma.
- Becke, G./Behrens, M./Bleses, P./Schmidt, S. (2010). Die Schattenseiten betrieblicher Hochleistungskulturen: Gefährdungen für die Innovationsfähigkeit von IT-Service-Unternehmen. In: Guido Becke/Rüdiger Klatt/Burkhard Schmidt/Brigitte Stieler-Lorenz/Hans Uske (Hg.) (2010): Innovation durch Prävention. Gesundheitsförderliche Gestaltung von Wissensarbeit. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag N.W., S. 81-100.
- Becke, G. (2014): Zukunftsfähige Unternehmenskulturen durch organisationale Achtsamkeit. In B. Badura/A. Ducki/H. Schröder/J. Klose/M. Meyer (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2014: Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten (S. 129-137). Heidelberg: Springer.
- Becke, G. (2017). Eingliederungsmanagement und organisationale Achtsamkeit. In: T. Geisen/P. Mösch (Hrsg.): Praxishandbuch Eingliederungsmanagement. Heidelberg et al.: Springer (im Erscheinen).
- Bleses, P./Ritter, W. (2013). Das Verbundprojekt ZUKUNFT:PFLEGE – Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit im Fokus. In: G. Becke/M. Behrens/P. Bleses/K. Jahns/S. Pöser/W. Ritter (Hrsg.): Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege. Zwischenbericht des Verbundprojekts ZUKUNFT:PFLEGE, artec-paper 189, artec|Forschungszentrum Nachhaltigkeit, Universität Bremen, S. 7-32.
- Blume, A./Walter, U./Bellmann, R./Wellmann, H. (2011). Betriebliche Gesundheitspolitik – eine Chance für die Mitbestimmung. Potenziale, Hemmnisse und Unterstützungsmöglichkeiten. Berlin: Edition Sigma.
- Bolle, F. (1998). Rewarding trust: An experimental study. *Theory and Decision*, 45, 83-98.
- Bolwig, N./Eberhard, B. (2014). Betriebliches Eingliederungsmanagement: Seit zehn Jahren am Start, im Arbeitsleben immer wertvoller. *Gute Arbeit*, H. 2, S. 15-19.
- Breit, H./Feldes, W. (2016). Auf das Team kommt es an: Anmerkungen zur betrieblichen Gründungs- und Entwicklungsdynamik des Betrieblichen Eingliederungsmanagements. In: Feldes, W./Niehaus, M./Faber, U. (Hrsg.) (2016): Werkbuch BEM – Betriebliches Eingliederungsmanagement. Strategien und Empfehlungen für Interessenvertretungen. Frankfurt/M.: Bund. (S. 134-143).
- Bright, D./Parkin, B. (1997). *Human Resource Management – Concepts and Practices*. London: Business Education Publishers Ltd.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen in Zusammenarbeit mit der Bundesagentur für Arbeit (2008): ZB Info Betriebliches Eingliederungsmanagement. Sonderdruck der Zeitschrift: Behinderte Menschen im Beruf, Wiesbaden: Universum.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016). (Hrsg.). Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. (2. erweiterte Auflage). Berlin. <http://www.gda-portal.de/de/pdf/Psyche-Umsetzung->

GfB.pdf?__blob=publicationFile&v=6 (abgerufen am 01.03.2017).

Dornes, M. (2016). Macht der Kapitalismus depressiv? Über seelische Gesundheit und Krankheit in modernen Gesellschaften. Frankfurt/M.: Fischer.

Edmondson, A. (1999): Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 44, pp. 350-383.

Feldes, W. (2009). Vom Fehlzeiten zum Eingliederungsmanagement. Ablösestrategien für die Betriebsratspraxis. *Arbeitsrecht im Betrieb*, H. 4, S. 222-227.

Feldes, W. (2016). Datenschutz im Betrieblichen Eingliederungsmanagement. In: Feldes, W./Niehaus, M./Faber, U. (Hrsg.)(2016): *Werkbuch BEM – Betriebliches Eingliederungsmanagement. Strategien und Empfehlungen für Interessenvertretungen*. Frankfurt/M.: Bund. (S. 56-65).

Feldes, W./Niehaus, M./Faber, U. (Hrsg.)(2016). *Werkbuch BEM – Betriebliches Eingliederungsmanagement. Strategien und Empfehlungen für Interessenvertretungen*. Frankfurt/M.: Bund.

Freigang-Bauer, I./Gröben, F. (2011). Eingliederung von Mitarbeitern mit psychischen Erkrankungen. *Arbeitspapier 224. Gesundheit und Qualität der Arbeit*. Düsseldorf: Hans Böckler Stiftung.

Frerichs, F. (2009). Demografischer Wandel und Altersgrenzenanhebung: Anforderungen an ein betriebliches Alternsmanagement. In: G. Richter (Hrsg.): *Generationen gemeinsam im Betrieb. Individuelle Flexibilität durch anspruchsvolle Regelungen*. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag, S. 57-76.

Fürstenberg, F. (1977). *Einführung in die Arbeitssoziologie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Geisen, T./Harder, H. (Eds.) (2011). *Disability Management and Workplace Integration: International Research Findings*. (New ed.) Milton Park, New York: Routledge.

Geisen, T. (2011). Workplace Disability Management as an Instrument for Human Resources and Organizational Development. In: T. Geisen/H. Harder (Eds.): *Disability Management and Workplace Integration. International Research Findings*. Farnham, Burlington: Gower, S. 13-26.

Gerhard, U. (2008): *Gesellschaftliche Rahmenbedingungen für Care*; in: E. Senghaas-Knobloch/C. Kum-

bruck (Hrsg.): *Vom Liebesdienst zur liebevollen Pflege*. Rehbürg-Loccum, S. 13-30.

Harder, H. G./Wagner, S. L./Rash, J. A. (2014). *Mental Illness in the Workplace. Psychological Disability Management*. Farnham (England), Burlington (USA): Gower.

Harder, H./Wagner, S./Rash, J. (Eds.) (2014). *Mental Illness in the Workplace: Psychological Disability Management (Psychological and Behavioral Aspects of Risk)*. Milton Park, New York: Routledge.

Hardering, F./Will-Zocholl, M./Hofmeister, H. (2015). *Sinn der Arbeit und sinnvolle Arbeit. Zur Einführung*. *Arbeit*, Jg. 24, H. 1-2, S. 3-12.

Heyde, K./Macco, K. (2010). Krankheitsbedingte Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen – Eine Analyse der AOK-Arbeitsunfähigkeitsdaten des Jahres 2008. In: B. Badura/H. Schröder/J. Klose/K. Macco (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 31-40.

Hobfoll, S. E. (2011). Conservation of resource caravans and engaged settings. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol. 84, pp. 116-122.

Jacobi, F./Harfst, T. (2007). Psychische Erkrankungen – Erscheinungsformen, Häufigkeit und gesundheitspolitische Bedeutung. In: *Die Krankenversicherung*, H. 5, S. 3-6.

Kaiser, H./Jastrow, B./Hörnlein, E./Frohweiler, A. (2010). Entwicklung und Integration eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements – das Projekt EIBE. In: B. Badura/H. Schröder/J. Klose/K. Macco (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2010. Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potenziale nutzen*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 197-205.

Karasek, R.A./Theorell, T. (1990). *Healthy Work. Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.

Keller, B./Seifert, H. (2011). Atypische Beschäftigungsverhältnisse. Flexibilität, soziale Sicherheit und Prekarität. In: Dies. (Hrsg.): *Atypische Beschäftigung – Flexibilisierung und soziale Risiken*. Berlin: Edition Sigma, S. 11-26.

Kliner, K./Rennert, D./Richter, M. (Hrsg.) (2015). *Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche: BKK Gesundheitsatlas 2015*. Essen: BKK Dachverband.

Knoche, K./Sochert, R. (2013). Einleitung. In: AOK Bundesverband, BKK Bundesverband, Deutsche Ge-

- setzliche Unfallversicherung, Verband der Ersatzkassen e.V. (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. Iga.Report 24, Berlin, Essen, S. 6-12.
- Kocher, E./Zimmer, B. (2016). Langzeiterkrankungen in der modernen Arbeitswelt und das Recht auf eine selbstbestimmte Erwerbsbiographie. In: Werner Feldes/Mathilde Niehaus/Ulrich Faber (Hrsg.): Werkbuch BEM – Betriebliches Eingliederungsmanagement. Strategien und Empfehlungen für Interessenvertretungen. Köln: Bund, S. 17-28.
- Kocyba, H./Voswinkel, S. (2007). Krankheitsverleugnung – Das Janusgesicht sinkender Fehlzeiten. WSI-Mitteilungen, Jg. 60, H. 3, S. 131-137.
- Kohte, W. (2010). Das betriebliche Eingliederungsmanagement – Ein doppelter Suchprozess. WSI-Mitteilungen, H. 7, S. 374-377.
- Kohte, W. (2016). Ausgewählte arbeitsrechtliche Fragen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement – Überblick über die Rechtslage und Rechtsdurchsetzung. In: Werner Feldes/Mathilde Niehaus/Ulrich Faber (Hrsg.): Werkbuch BEM – Betriebliches Eingliederungsmanagement. Strategien und Empfehlungen für Interessenvertretungen. Köln: Bund, S. 28-42.
- Kotthoff, H. (1995): Betriebsräte und betriebliche Reorganisation. Zur Modernisierung eines ‚alten Hasen‘. Arbeit, H. 4, S. 425-447.
- Kroll, L. E./Müters, S./Dragano, N. (2011). Arbeitsbelastungen und Gesundheit. GBE-Kompakt, 2. Jg., Nr. 5, S. 1-7.
- Kumbruck, C. (2010). Menschenwürdige Gestaltung von Pflege als Interaktionsarbeit. In G. Becke/P. Bleses/W. Ritter/S. Schmidt (Hrsg.): ‚Decent Work‘. Arbeitspolitische Gestaltungsperspektive für eine globalisierte und flexibilisierte Arbeitswelt. Wiesbaden: VS Verlag, S. 187-207.
- LaMontagne, A./Martin, A./Page, K. M./Reavley, N. J./Noblet, A. J./Milner, A. J./Keegel, T./Smith, P. M. (2014). Workplace Mental Health: Developing an Integrated Intervention Approach. BMC Psychiatry, Vol. 14, pp. 131-141.
- Lohmann-Haislah, A. / Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA) (2012). Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Dortmund, Berlin, Dresden: BauA.
- Luhmann, N. (2014). Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität. (5. Auflage) Konstanz: UKV.
- Mausner-Dorsch, H./Eaton, W. E. (2000). Psychosocial Work Environment and depression: Epidemiologic Assessment of the Demand-Control-Model. American Journal of Public Health, Vol. 90, No. 11, pp. 1765-1770.
- Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarb. Aufl., Weinheim: Beltz.
- Moldaschl, M. (2003). Subjektivierung – Eine neue Stufe in der Entwicklung der Arbeitswissenschaften? In: Manfred Moldaschl/Günter G. Voß (Hrsg.): Subjektivierung von Arbeit. München, Mering: Rainer Hampp Verlag, 2. Auflage, S. 25-56.
- Moll, S. E. (2014). The web of silence: a qualitative case study of early intervention and support for healthcare workers with mental ill-health. BMC Public Health, Vol. 14, pp. 138-150.
- Müller, R. (2015). Erwerbsminderungsrente in Bremen. Berufsgruppen im Spiegel von Arbeitsbelastung und Arbeitslosigkeit. Schriftenreihe der Arbeitnehmerkammer Bremen, Nr. 2/2015. Bremen: Arbeitnehmerkammer Bremen.
- Muschella, B./Linden, M. (2009). Arbeitsplatzängste und Arbeitsplatzphobie und ihre Auswirkungen auf die berufliche Partizipation. Versicherungsmedizin, Jg. 61, H. 2, S. 63-68.
- National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) (2011). Common Mental Health Disorders. Identification and Pathways to Care. London.
- Nebe, K. (2016). Arbeitsschutz und Betriebliches Eingliederungsmanagement. In: Feldes, W./Niehaus, M./Faber, U. (Hrsg.)(2016): Werkbuch BEM – Betriebliches Eingliederungsmanagement. Strategien und Empfehlungen für Interessenvertretungen. Frankfurt/M.: Bund, S. 191-203.
- Niehaus, M./Vater, G. (2010). Aktueller Stand der Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements. In: Bernhard Badura/Hartmut Schröder/Joachim Klose/Katrin Macco (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2010. Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potenziale nutzen. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 189-196.
- Niehaus, M./Marfels, B./Vater, G. E./Magin, J./Werkstetter, E. (2008). Betriebliches Eingliederungs-

- rungsmanagement. Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX. Auftraggeber: Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Köln.
- Oppolzer, A. (2011). Gesundheitsmanagement im Betrieb. Integration und Koordination menschengerechter Gestaltung der Arbeit. Hamburg: VSA.
- Paridon, H. (2015): Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen. Tipps zum Einstieg. IAG-Report 1/2013. Überarbeitete Version 2015. Berlin: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
<http://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/iag-report-2013-01.pdf> (abgerufen am 01.03.2017).
- Petermann, F. (1996). Psychologie des Vertrauens. Göttingen: Hogrefe.
- Richter, G./Bode, S./Köper, B. (2012). Demografischer Wandel in der Arbeitswelt. Fachbeitrag Nr. 30. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Riecher-Rössler, A./Rohde, A. (2001). Psychische Erkrankungen bei Frauen. Für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie. Basel: Karger.
- Riechert, I./Habib, E. (2016). Betriebliches Eingliederungsmanagement bei Mitarbeitern mit psychischen Störungen. Berlin: Springer.
- Riechert, I. (2014). Psychische Störungen bei Mitarbeitern: Ein Leitfaden für Führungskräfte und Personalverantwortliche - von der Prävention bis zur Wiedereingliederung. (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Rigotti, T./Mohr, G. (2010). Gesundheit und Krankheit in der neuen Arbeitswelt. In: E. Bamberg/A. Ducki/A.-M. Metz (Hrsg.): Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch. Göttingen et al.: Hogrefe, S. 61-82.
- Rigotti, T./Otto, K./Köper, B. (2014). Herausforderung Restrukturierung – Bedeutung, Auswirkungen, Gestaltungsoptionen. Forschungsbericht Projekt F 2305. Dortmund, Berlin, Dresden: BauA.
- Roesler, U./Jacobi, F./Rau, R. (2006). Work and mental disorders in a German national representative sample. *Work/Stress*, Vol. 20, No. 3, pp. 234-244.
- Schein, E. H. (1985): *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Schmidt, S. (2013): Gesundheit fördern. In G. Becke/M. Behrens/P. Bleses/S. Meyerhuber/S. Schmidt. *Organisationale Achtsamkeit. Veränderungen nachhaltig gestalten* (S. 129-156), Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Schramme, T. (2000). *Patienten und Personen. Zum Begriff der psychischen Krankheit*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Schuntermann, M. F. (2015). Grenzen der ICD und Ansatz der ICF. In: Gerhard Schmitt-Ott/Silke Wiegand-Grefe/Claus Jacobi/Gerhard Paar/Rolf Meeremann/Friedhelm Lamprecht (Hrsg.): *Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement*. Stuttgart: Schattauer, S. 9-20.
- Senghaas-Knobloch, E. (2008). Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis. *Berliner Journal für Soziologie* 18. Jg, H. 2, 221-243.
- Siegrist, J. (2007). *Die Motivation zu gesundem Verhalten im Betrieb*. In: H. Kowalski (Hrsg.): *Stärkung der persönlichen Gesundheitskompetenz im Betrieb*. Essen: Haarfeld, S. 61-78.
- Siegrist, J. (2015). *Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen: Forschungsevidenz und präventive Maßnahmen*. München: Elsevier.
- Van der Klink, J. J. L./Bültmann, U./Burdorf, A./Schaufeli, W. B./Zijlstra, F. R. H./Abma, F. I./Brouwer, S./Van der Wilt, G. J. (2016). Sustainable employability – definition, conceptualization, and implications: A perspective based on the capability approach. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, Vol. 42, No. 1, pp. 71-79.
- Vater, G. (2011). Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements: Praxisprobleme und Empfehlungen. *Public Health Forum* 19 Heft 72 http://ac.els-cdn.com/S0944558711000485/1-s2.0-S0944558711000485-main.pdf?_tid=31b5366a-fc61-11e6-b9b8-00000aab0f6b&acdnat=1488140685_1ef1d1d06a7d7cd12dc3aa13469b4a9b [abgerufen am 28.02.2017].
- Vater, G. (2016). Erfolgsbedingungen einer Präventionsnorm: Aspekte der Unternehmenskultur. In: Felde, W./Niehaus, M./Faber, U. (Hrsg.)(2016): *Werkbuch BEM – Betriebliches Eingliederungsmanagement. Strategien und Empfehlungen für Interessenvertretungen*. Frankfurt/M.: Bund. (S. 107-119).
- Versorgungsamt Bremen (Hrsg.)(2010). *Handlungsempfehlungen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement*

http://www.avib.bremen.de/sixcms/media.php/13/BE_M_2010.pdf [abgerufen am 25.01.2017].

Voß, G./Handrich, C./Koch-Falkenberg, C./Weiß, C. (2013). Zeit- und Leistungsdruck in der Wahrnehmung supervisorischer Experten. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Gisa Jung-hanns/Martina Morschhäuser (Hrsg.): Immer schneller, immer mehr. Psychische Belastung bei Wissens- und Dienstleistungsarbeit. Wiesbaden: Springer VS, S. 63-96.

Voswinkel, S. (2016). Betriebliches Eingliederungsmanagement bei psychischen Erkrankungen – Probleme und Verbesserungsbedarf. In: Werner Feldes/Mathilde Niehaus/Ulrich Faber (Hrsg.): Werkbuch BEM – Betriebliches Eingliederungsmanagement. Strategien und Empfehlungen für Interessenvertretungen. Köln: Bund, S. 220-231.

Waerness, K. (2000): Fürsorgerationalität. Feministische Studien extra/18, S. 54-67.

Walter, U./Bramfeld, A./Plaumann, M. (2015). Prävention und Gesundheitsförderung. In: G. Schmitt-Ott/S. Wiegand-Grefe/C. Jacobi/G. Paar, R. Meermann/F. Lamprecht (Hrsg.): Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement. Stuttgart: Schattauer, S. 21-46.

Impressum

Herausgeber

Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw)
Universität/Arbeitnehmerkammer Bremen
Wiener Straße 9
28359 Bremen

Arbeitnehmerkammer Bremen
Bürgerstraße 1
28195 Bremen

Umschlaggestaltung

GfG/Gruppe für Gestaltung, Bremen

Titelfotos

fotolia.com/Dan Race
fotolia.com/CHW
fotolia.com/auremar
fotolia.com/Carl-Juergen Bautsch

Druck

Girzig+Gottschalk GmbH, Bremen

1. Auflage 2017
ISSN: 2195-7266

Bestellung

Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw)
Geschäftsstelle
Telefon 0421.218-61704
iaw-info@uni-bremen.de

Die Arbeitnehmerskammer Bremen vertritt als Körperschaft des öffentlichen Rechts die Interessen der im Land Bremen beschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Um diesem gesetzlichen Auftrag auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Forschungsergebnisse umfassend gerecht zu werden, kooperiert die Arbeitnehmerskammer mit der Universität Bremen. Teil dieser Kooperation ist das Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw), das gemeinsam von beiden Häusern getragen wird. Schwerpunkte des iaw sind die Erforschung des Strukturwandels von Arbeit, Wirtschaft und Gesellschaft, insbesondere in seinen Auswirkungen auf Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Im Rahmen dieser Reihe werden die Forschungsergebnisse, die aus der Kooperation zwischen Arbeitnehmerskammer und iaw hervorgehen, veröffentlicht.

Arbeitnehmerkammer Bremen
Bürgerstraße 1
28195 Bremen
Telefon 0421.3 63 01-0
Telefax 0421.3 63 01-89
info@arbeitnehmerkammer.de
www.arbeitnehmerkammer.de

iaw – Institut Arbeit und Wirtschaft
Universität Bremen
Wiener Straße 9
28359 Bremen
Telefon 0421.2 18-6 17 04
Telefax 0421.2 18-6 17 07
iaw-info@uni-bremen.de
www.iaw.uni-bremen.de



Betriebliches Eingliederungsmanagement

Die berufliche und betriebliche Wiedereingliederung langzeiterkrankter Beschäftigter ist in Deutschland im Sozialgesetzbuch (SGB IX § 84 Prävention) gesetzlich geregelt und für alle Arbeitgeber obligatorisch. Mit Blick auf dieses ‚Betriebliche Eingliederungsmanagement‘ (BEM) ist bisher jedoch kaum untersucht, welche Herausforderungen insbesondere psychische Erkrankungen von Beschäftigten an das BEM-Verfahren und damit befasste Akteure stellen. In Deutschland haben betriebliche Interessenvertretungen Mitbestimmungs- und Beteiligungsrechte im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz und im BEM. Bisher liegen jedoch auch hier kaum empirische Ergebnisse über das konkrete Interessenvertretungshandeln von Betriebs- und Personalräten im BEM vor. Diese Forschungsdefizite bildeten die Grundlage für die explorative Untersuchung des Instituts Arbeit und Wirtschaft (iaw), die durch die Arbeitnehmerkammer Bremen gefördert wurde.

Im Rahmen der Studie wurden sowohl außerbetriebliche Experten als auch Experten aus Organisationen befragt, die über mehrjährige Erfahrung mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement verfügten.

Der vorliegende Bericht stellt die Grundlagen des BEM, die Ergebnisse aus den Interviews sowie praxisorientierte Empfehlungen für eine Öffnung des BEM im Umgang mit psychisch erkrankten Beschäftigten vor.