

Betriebliches Eingliederungsmanagement

Verfahren und Problemsichten

Stephan Voswinkel

»Durch die gemeinsame Anstrengung aller Beteiligten soll ein betriebliches Eingliederungsmanagement geschaffen werden, das durch geeignete Gesundheitsprävention das Arbeitsverhältnis möglichst dauerhaft sichert« (Deutscher Bundestag 2003, Drucksache 15/1783). So lautete eine Begründung der Bundesregierung für die gesetzliche Einrichtung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) im Jahre 2003. Wie die Textstelle deutlich macht, war mit dem BEM die Erwartung verbunden, etwas zur Gesundheits*prävention* beizutragen.

Allerdings richtet sich dieser Präventionsgedanke nach der Art des Verfahrens auf die Prävention wiederkehrender oder dauerhafter Erkrankung eines bestimmten Arbeitnehmers; das BEM soll der Gefahr einer Chronifizierung der Krankheit und eines krankheitsbedingten Arbeitsplatzverlustes vorbeugen. Es handelt sich insoweit *nicht* um ein Verfahren zur Prävention von Erkrankungen am Arbeitsplatz durch eine allgemeine gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeit. Diese Art der Prävention ist das Ziel der Sollvorschriften des Instruments der *Gefährdungsbeurteilung*.

Seit dem Jahre 2004 schreibt der § 84 Abs. 2 des Sozialgesetzbuches IX vor, dass alle Arbeitgeber verpflichtet sind, ihren Beschäftigten ein BEM-Verfahren anzubieten, wenn sie innerhalb von zwölf Monaten mindestens sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind. Die Initiative hat also der Arbeitgeber zu ergreifen. Die Teilnahme ist für die Arbeitnehmerin¹ freiwillig, sie kann das Verfahren ablehnen.

1 | Bei der Verwendung der männlichen wie der weiblichen Form ist in diesem Aufsatz das andere Geschlecht in der Regel mitgemeint.

Allerdings verzichtet sie damit auf eine gewisse Schutzfunktion des BEM gegenüber einer krankheitsbedingten Kündigung, gegen die sie mit dem Argument rechtlich vorgehen könnte, dass nicht zuvor ein BEM-Verfahren durchgeführt worden sei. Für die personelle Zusammensetzung des BEM-Teams ist gesetzlich nur festgelegt, dass der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung – im Falle der Schwerbehinderung außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung – kooperieren soll; die Interessenvertretung kann die Einleitung des Verfahrens verlangen. Weitere Personen und externe Vertreter können hinzugezogen werden.

Die Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts hat inzwischen ausgeführt, dass das Hauptziel des BEM zunächst die Anpassung des bisherigen Arbeitsplatzes und, sofern dies unmöglich ist, die Beschäftigung auf einem anderen Arbeitsplatz ist. Im Hinblick auf diese Ziele sind medizinische Bescheinigungen wichtig, die hierfür Vorgaben machen können. Zur Anpassung des Arbeitsplatzes gelten Maßnahmen des Arbeitsschutzes, die Gestaltung der Arbeitszeit und das Verfahren der stufenweisen Wiedereingliederung als typisch. (Vgl. zu den rechtlichen Bestimmungen ausführlich Kohte 2016.)

Das BEM gilt für physische und psychische Erkrankungen gleichermaßen. Da die Erkrankten nicht verpflichtet sind, ihre Diagnose offenzulegen, gibt es keine gesicherten quantitativ-repräsentativen Erkenntnisse über den Anteil der psychischen Erkrankungen an den BEM-Verfahren. Spezifische Regelungen für psychische Erkrankungen existieren im BEM nicht.

In diesem Aufsatz werde ich mich mit Erfahrungen mit dem BEM befassen, in denen bestimmte Problemkonstellationen sichtbar werden, die insbesondere bei psychischen Erkrankungen bedeutsam sind. Es geht nicht um eine Überprüfung der Umsetzung rechtlicher Vorschriften. Die folgenden Ausführungen beruhen vielmehr in erster Linie auf den Erfahrungen betrieblicher BEM-Akteure, die wir in Expertengesprächen mit Beteiligten an den BEM-Verfahren gewinnen konnten, bei denen nicht (nur) die formalen Verfahren, sondern die praktischen Vorgehensweisen und Probleme im Vordergrund standen.

Wir haben in der ersten Phase unseres Projektes insgesamt mit 16 Beteiligten in BEM-Verfahren in insgesamt elf überwiegend größeren Betrieben bzw. Verwaltungen Gespräche geführt, die erfahrungs- und themenorientiert angelegt waren, zum Teil als Gruppengespräche stattfanden und zwischen ein und zwei Stunden dauerten. Die BEM-Beauftragten waren

in zwei Stadtverwaltungen, in vier Unternehmen der Großchemie, in einem Bergbaubetrieb, einem Automobil- und einem Elektronikbetrieb, bei einem Verkehrsdienstleister und in einem Einzelhandelsbetrieb tätig.

Es handelt sich überwiegend um Vertreter der Personalabteilung, des Betriebs- bzw. Personalrats und der Schwerbehindertenvertretung sowie um Betriebsärzte. Die Auswahl ist keineswegs repräsentativ, uns ging es darum, im Vorfeld unserer Forschung Erkenntnisse über Erfahrungen und Problemsichten der Praxis zu erlangen. Hinzu kommen Gespräche mit einem Experten eines überbetrieblichen Betriebsärztedienstleisters und mit den Sozialarbeiterinnen der beiden kooperierenden Kliniken. Zudem werde ich einen kurzen Blick auf die Erfahrungen der von uns interviewten Patientinnen mit der betrieblichen Wiedereingliederung werfen.

Im Folgenden werden zunächst unterschiedliche Varianten der BEM-Verfahren unterschieden (1) und der Umgang mit den zeitlichen Rahmen erläutert, die beim BEM insbesondere bei psychischen Erkrankungen bedeutsam sind (2). Hieran anschließend werde ich darstellen, wie die BEM-Experten ihre Rolle unterschiedlich definieren und die Ursachen psychischer Erkrankungen deuten (3). Ein wesentliches Problem des BEM bei psychischen Erkrankungen besteht in der Vertrauensunsicherheit und der Sorge vor Stigmatisierung im betrieblichen Umfeld (4). Die Eindrücke, die wir in den Gesprächen mit den Patientinnen über deren Wahrnehmung des BEM gewinnen konnten, werde ich skizzieren (5) und zwei Schnittstellenprobleme benennen: zum einen die Schnittstellenprobleme zwischen Klinik und Betrieb (6), zum anderen diejenigen zwischen BEM und Gefährdungsbeurteilung (7). Abschließend folgen resümierend einige kurze Betrachtungen über Verbesserungsbedarf (8).

1. Varianten des BEM-Verfahrens

Die Verfahren, die von den Experten aus den verschiedenen Betrieben dargestellt wurden, unterscheiden sich vor allem in drei Hinsichten: erstens in der Zahl der am BEM-Verfahren Beteiligten, zweitens darin, ob das Verfahren von einem festen Team oder von einem Team durchgeführt wird, das eher einzelfallbezogen zusammengesetzt wird. Drittens schließlich unterscheiden sich Grad und Art der Formalisierung des Verfahrens. Diese

Unterschiede haben nichts mit der Frage zu tun, ob es sich um psychische Erkrankungen handelt. Neben betriebsbezogenen, pragmatischen Gründen (Verfügbarkeit von Personen und überkommenen Routinen) drückt sich in den Unterschieden auch ein unterschiedliches Verständnis vom BEM aus.

Während die Mehrheit für ein eher kleines Team plädiert, gibt es auch Teams, an denen mehrere Akteure beteiligt sind. Für eine geringe Größe des Teams wird vorgebracht, dass die Erkrankte nicht einer großen Zahl von Zuständigen gegenüber sitzen soll, weil dies sie einschüchtern und sie sich in eine Prüfungssituation versetzt sehen könne. Kleine Teams, die zum Beispiel nur aus einem Vertreter der Personalabteilung und einem Mitglied des Betriebsrats oder einem Betriebsarzt bestehen können, könnten ja im Bedarfsfalle Personen des Vertrauens oder solche hinzuziehen, die für die jeweilige Problematik besonders relevant sind (etwa den Vorgesetzten des Erkrankten oder einen Vertreter des Integrationsamtes).

Für eine größere Zahl regelmäßig Beteiligter wird hingegen argumentiert, um unterschiedliche Gesichtspunkte und Interessenlagen von vornherein einzubeziehen und um später möglicherweise entstehende Hindernisse und Widerstände von vornherein zu berücksichtigen bzw. auszuräumen.

Die Verfahren unterscheiden sich zum anderen danach, ob die Beteiligten regelmäßig an allen Verfahren teilnehmen oder einzelfallspezifisch bestimmt werden. Diese Varianten unterscheiden sich nicht grundsätzlich, sondern graduell. In ihnen kommt aber ein unterschiedlich ausgeprägtes Professionalisierungsziel zum Ausdruck. Mit der einzelfallbezogenen Zusammensetzung soll eine möglichst große Nähe zum Betroffenen und zur Spezifik des Falles hergestellt werden, um das Vertrauen der Erkrankten zu stärken und keine Routine aufkommen zu lassen. Für die Konstanz der Zusammensetzung sprächen hingegen die größeren Möglichkeiten, sich im Verfahren zu professionalisieren.

Insbesondere wird auch darauf hingewiesen, dass Hilfe für Betroffene besser geleistet werden könne, wenn die Mitglieder des BEM-Teams gut vernetzt seien – mit Kliniken, mit Krankenversicherungen, Ansprechpartnern für Reha-Maßnahmen oder auch kooperierenden Ärzten sowie mit anderen Akteuren im Betrieb. Diese Vernetzung erfordere Zeit und Kontinuität. Kontinuierliche Tätigkeit in BEM-Verfahren mache die Akteure auch eher zu Ansprechpartnern für Betroffene und andere Akteure im Betrieb selbst und sie erhöhe ihre Durchsetzungsfähigkeit im Interesse

der Betroffenen. Schließlich sei sie auch eine Voraussetzung für die Verzahnung des BEM mit dem betrieblichen Gesundheitsmanagement insgesamt.

Nahezu immer ist ein Vertreter der Personalabteilung am BEM beteiligt. In der Regel geht von ihm auch die Initiative für das Verfahren aus, schon deshalb, weil hier die Informationen über die Zeiten der Arbeitsunfähigkeit zusammenkommen. Häufig ist ein Vertreter des Betriebs- oder Personalrats beteiligt, nicht selten auch der Schwerbehindertenvertretung. Dies ist sicher auch darauf zurückzuführen, dass die BEM-Regelung des SGB IX aus den bereits zuvor bestehenden Regelungen der Schwerbehindertenintegration hervorging und auch an der entsprechenden Stelle im SGB IX integriert wurde. Hier gibt es also bereits häufig eine längere Tradition der Aktivität in der Wiedereingliederung. Betriebsärzte sind in einigen unserer Betriebe beteiligt, in anderen nur in besonderen Fällen.

Das scheint nicht zuletzt mit der Positionierung des Betriebsarztes in der Organisation und mit dem Vertrauen zu tun zu haben, das die Beschäftigten ihm entgegenbringen. Der Vorgesetzte wird in den meisten Organisationen nur im besonderen Falle und mit Einverständnis des Betroffenen hinzugezogen, da Vorgesetzte häufig Teil der krankheitsfördernden Konstellationen sind; gerade das aber kann ihre Beteiligung auch im positiven wie im negativen Sinne erfolgskritisch machen.

Ein Beispiel für ein zugleich großes wie fest institutionalisiertes Team ist das Betriebliche Eingliederungsteam (BET) in einem großen Elektronikbetrieb, das regelmäßig aus der Schwerbehindertenvertreterin, einer Vertreterin der Personalabteilung, einem Betriebsarzt und dem Sozialberater besteht und üblicherweise von einem Betriebsrat des Vertrauens ergänzt wird. In einem anderen Großbetrieb füllt der Betriebsarzt die Rolle des zentralen BEM-Beauftragten aus. Ein »Koordinator für Gesundheitsförderung und Eingliederungsmanagement«, der direkt der Werksleitung zugeordnet ist, nimmt nahezu in Eigenregie unterschiedliche Aufgaben des Gesundheitsmanagements, darunter auch die BEM-Verfahren, in einem weiteren Betrieb wahr. Auch bei einer Stadtverwaltung wird seit Kurzem die Aufgabe der BEM-Leitung in Personalunion von einem Angehörigen der Personalabteilung ausgeführt, der als Koordinator für Arbeitsschutz, Gesundheitsförderung und BEM fungieren soll; das BEM soll auf diese Weise auch hier mit dem betrieblichen Gesundheitsmanagement insgesamt verzahnt werden.

Klein- und Mittelbetriebe, so die Darstellung einer Gesprächspartnerin in einem Einzelhandelsunternehmen und eines Experten einer Betriebsärzteorganisation, kennen häufig gar kein BEM-Verfahren; entsprechend existieren hier auch keine BEM-Beauftragten.² Manchmal übernehmen betriebsexterne Betriebsärzte, die auf vertraglicher Basis für eine größere Zahl von Betrieben tätig sind, auch bestimmte Aufgaben im BEM-Prozess, wenn dieser in Einzelfällen einmal erforderlich wird.

Auch im Grad der Formalisierung der Verfahren zeigen sich Unterschiede. Während die einen eine formelle Dokumentation der erzielten Vereinbarungen mit Unterschrift auch des Erkrankten anfertigen, versuchen die anderen, den Grad der Verschriftlichung möglichst gering zu halten. Für eine möglichst geringe Dokumentation spricht das Ziel, den Betroffenen die Angst davor zu nehmen, dass die Inhalte des BEM festgehalten und eines Tages gegen sie verwandt werden könnten. Für eine umfassendere Dokumentation wird hingegen die damit erreichte Verbindlichkeit der Vereinbarungen auch in der Durchsetzung im Betrieb angeführt. Wir haben es offenbar mit einem Zielkonflikt zwischen Verbindlichkeit und Misstrauensvermeidung zu tun.

Von besonderer Bedeutung ist das Anschreiben, mit dem die Erkrankte über das Angebot eines BEM-Verfahrens informiert wird. Es wird in der Regel von der Personalabteilung versendet. Die Gesprächspartner berichten davon, dass die Betroffenen oft zunächst erschrecken, wenn sie ein Schreiben von der Personalabteilung bekommen; sie entwickelten dann manchmal Abwehrhaltungen, die überwunden werden mussten.

Der Stil der Anschreiben, so eine Betriebsärztin, sei auch ein wenig bürokratisch und autoritär. Um einen solchen bürokratischen Eindruck zu vermeiden, greift der »Kordinator für Gesundheitsförderung und Eingliederungsmanagement« in einem Betrieb meist zum Telefon, um die

2 | Befunde aus Befragungen bestätigen dies: Eine Befragung im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales ergab im Jahre 2008, dass 55 Prozent der Betriebe mit über 250 Beschäftigten, aber nur 23 Prozent der Betriebe mit weniger als 50 Beschäftigten ein BEM durchführen. Diese Zahlen beziehen sich auf BEM allgemein (Niehaus et al. 2008, S. 33 f.). Eine Studie aus dem Jahre 2013 geht von einem »Bekanntheitsgrad« des BEM in Kleinunternehmen von nur 30 Prozent aus. Die »Umsetzung« wird bei höchstens 10 Prozent veranschlagt (Knoche/Sochert 2013, S. 52).

Betroffenen selbst anzusprechen. Hier ist zu berücksichtigen, dass er häufig bereits in früheren Phasen der Erkrankung Ansprechpartner war und häufig Kontakte zu Ärzten oder zu einer Klinik hergestellt hat, sodass die telefonische Kontaktaufnahme nicht unbedingt als Übergriff verstanden werden muss.

2. Zeitstruktur des BEM

Den BEM-Verfahren liegen zeitliche Vorgaben zugrunde, die von den Expertinnen nicht in jeder Hinsicht als angemessen betrachtet werden und mit denen sie auch unterschiedlich umgehen. Das betrifft zum einen die Sechs-Wochen-Frist, nach der (bei einer einmaligen Krankheit) ein BEM-Verfahren initiiert werden muss. Und es betrifft zum anderen den Abschluss des Verfahrens.

Ein BEM-Verfahren ist den Beschäftigten anzubieten, die mindestens sechs Wochen in einem Jahr arbeitsunfähig waren. Bei einer zusammenhängenden Zeit der Arbeitsunfähigkeit entspricht dies der Dauer der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall durch den Arbeitgeber. Mit dieser Frist wird sehr unterschiedlich umgegangen. Einige Experten befürworten, nicht erst sechs Wochen abzuwarten, bevor der erste Schritt unternommen wird.

In der Praxis bedeute dies nämlich, dass das Verfahren dann oft erst sehr viel später – eine Gesprächspartnerin sprach von etwa zehn Wochen – wirklich beginne. Sei der Erkrankte dann bereits wieder an die Arbeit zurückgekehrt, seien bis zum Beginn des BEM dann schon Fakten geschaffen, er müsse ja in irgendeiner Weise beschäftigt werden, ohne dass diese Eingliederungsphase von einem BEM begleitet werde. Daher sei es sinnvoll, bereits das Verfahren einzuleiten, wenn eine Rückkehr an die Arbeit absehbar sei. Das setzt natürlich voraus, dass während der Erkrankung mit den Betroffenen Kontakt gehalten wird.

Andere BEM-Beteiligte werden erst aktiv, wenn die Betroffene ihre Arbeit wieder aufnimmt. Erst dann könnten konkrete Schritte unternommen werden, und man wolle sich nicht in der Zeit der Krankschreibung aufdrängen. Allerdings kann das bedeuten, dass bis zur Wiederaufnahme der Arbeit sehr viel Zeit vergehen kann. Gerade psychische Erkrankungen dauern oft sehr lange. Durch eine lange Abwesenheit kann sich eine

Fremdheit zwischen Betroffenen und Betrieb entwickeln. Betriebe sehen nun keinen Bezug zu den Erkrankten mehr, wenn sie ihnen nicht mehr den Lohn fortzahlen müssen.

Der Experte der außerbetrieblichen Betriebsärzte-Organisation berichtete, es komme oft vor, dass diejenigen Beschäftigten, die schon länger Krankengeld beziehen, vom Betrieb nahezu vergessen werden. Wenn sie sich dann – oftmals erst beim Auslaufen auch des Anspruchs auf Krankengeld – beim Betrieb melden, um wiederbeschäftigt zu werden, seien oft Fakten geschaffen, die alte Tätigkeit mit jemand anderem besetzt oder neu organisiert worden.

Auf der anderen Seite meiden gerade depressiv Erkrankte den Kontakt zur Arbeitsstätte von sich aus; manchmal entwickeln sie nach Ergebnissen empirischer Untersuchungen auch eine ausgeprägte Angst vor der Rückkehr an den Arbeitsplatz (Linden/Muschalla 2007). Sie orientieren sich vor dem Hintergrund dieses Vermeidungsverhaltens auf die Frühverrentung um und verlieren den Mut, eine Weiterbeschäftigung anzustreben. Haben die Betriebe ihrerseits den Kontakt zu den Erkrankten verloren, kann es sein, dass sie dann diese Haltung als Problemlösung hinnehmen.

Hier stehen sich also zwei jeweils nachvollziehbare Gesichtspunkte gegenüber. Auf der einen Seite gibt es gute Gründe dafür, bereits vor der Rückkehr an die Arbeit zumindest Vorbereitungen für das BEM-Verfahren zu treffen und dem »organisationalen Vergessen« entgegenzuwirken, indem Personal- und Arbeitsplanung die zu erwartende Rückkehr des Erkrankten berücksichtigen. Das setzt voraus, während der Erkrankung im Kontakt mit dem Betroffenen zu bleiben. Auf der anderen Seite spricht auch manches dafür, Erkrankte während ihrer Erkrankung nicht zu kontaktieren.

Die Betroffenen reagierten hierauf recht unterschiedlich: Manche fühlten sich bedrängt und kontrolliert. Einige unserer Patientinnen berichteten von regelmäßigen Anrufen aus dem Betrieb während ihres Klinikaufenthalts und von der unverhohlenen Erwartung, per Handy oder E-Mail erreichbar zu sein, um kurzfristig arbeitsbezogene Fragen beantworten zu können. Darin scheint sich in einigen Fällen auszudrücken, dass eine psychische Krankheit nicht als »vollwertige« Erkrankung und eine psychosomatische nicht als eine »richtige« Klinik aufgefasst werde (vgl. hierzu auch meinen Aufsatz über die »Krankenrolle und Stigmatisierung bei psychischen Erkrankungen« in diesem Buch). Manchmal aber freuen sich

die Patienten auch, wenn sie Informationen aus dem Betrieb erhalten und ihnen ihre Unverzichtbarkeit demonstriert wird.

Es ist also schwierig zu bestimmen, welches Vorgehen generell angemessen ist. Ein flexibles Eingehen auf den Einzelfall und insofern auch eine Flexibilität im Umgang mit den Fristen bei der Einleitung des BEM-Verfahrens dürfte sinnvoll sein.

Über den Abschluss eines BEM-Verfahrens gibt es keine rechtlichen Vorgaben. Die Expertinnen gehen hiermit auch unterschiedlich um. Gerade bei psychischen Erkrankungen wird oft angenommen, dass sie – hierin manchmal chronischen Erkrankungen ähnelnd – nicht endgültig ausgeheilt sind, sondern zumindest die Gefahr besteht, dass sie wieder manifest werden. Betroffene nehmen die Arbeit wieder auf, wenn sich die Symptome vermindert haben und die manifesten Arbeitsprobleme verschwunden sind. Gerade bei Depressionen aber kann eine Vulnerabilität bestehen bleiben. Die Betroffenen bleiben besonders verletzlich durch belastende Erfahrungen, sei es in der Arbeit, sei es im privaten Bereich, sei es aufgrund der Verunsicherung durch vorangegangene depressive Episoden. Aufgrund dieser Unabgeschlossenheit bzw. der möglichen Latenz psychischer Erkrankungen ist es also schwierig, einen Zeitpunkt zu identifizieren, an dem das BEM-Verfahren abgeschlossen werden kann.

Die meisten BEM-Beteiligten legen jedoch generell als Kriterium für die Beendigung des BEM-Verfahrens an, dass über eine bestimmte Zeit keine oder nur geringfügige Fehlzeiten mehr aufgetreten sind.³ Ein BEM-Beauftragter aus dem Personalwesen formuliert dies so:

»Wenn die Fehlzeiten des Betroffenen signifikant nach unten gegangen sind und dauerhaft unten bleiben. Weil, dann sag ich, dann haben wir das erreicht, was wir eigentlich erreichen wollen, den Mitarbeiter wieder weitgehend störungsfrei arbeitsfähig zu machen.«

Abgesehen davon, dass schon generell wegen des verbreiteten Präsentismus (vgl. Gerich 2015; Kocyba/Voswinkel 2007; Steinke/Badura 2011) das Ausbleiben von Fehlzeiten nicht unbedingt als Indiz für Gesundheit gelten kann, muss gerade bei psychischen Erkrankungen damit gerechnet werden, dass Krankheitszeichen – auch aus Sorge vor einer neuen Manifestation – übergangen werden.

3 | Das berichten auch Niehaus et al. 2008, S. 88.

Einige Experten führen regelmäßig nach drei Monaten oder einem halben Jahr ein Folgegespräch, um sich zu vergewissern, »ob alles so passt« und das Befinden sich nachhaltig verbessert hat. Auf diese Weise wird eine gewisse Nachsorge betrieben, wobei man sich aber in der Regel darauf beschränkt, sich punktuell nach dem Befinden zu erkundigen. Gerade bei psychischen Erkrankungen ist es aber häufig sinnvoll, die weitere Entwicklung der Betroffenen zu begleiten, um vor der Neumanifestation massiver Beschwerden Probleme zu identifizieren und den Betroffenen bei der Reintegration in die Arbeit – und der Anpassung des Arbeitsplatzes an die spezifischen Bedürfnisse des Erkrankten – zu begleiten.

Aber auch hier ist wiederum im Hinblick auf den Einzelfall abzuwägen zwischen der nachsorgenden Ansprache und Begleitung und der damit möglicherweise verbundenen Gefahr, dass die Betroffenen gerade hierdurch fortdauernd etikettiert werden.

3. Definition der eigenen Rolle der BEM-Beteiligten und Deutungen psychischer Erkrankungen

Wie verstehen nun die BEM-Beteiligten selbst ihre Aufgaben und ihre Rolle? Sie sind ja zum einen Vertreter des Betriebs gegenüber den Erkrankten, nehmen – als Mitglieder der Personalabteilung oder als Betriebsratsmitglieder – unterschiedliche Positionen in den institutionalisierten Arbeitsbeziehungen ein und sollen im BEM-Prozess zugleich die Interessen der Betroffenen im Auge haben. Diese verschiedenen Rollen zu vereinbaren ist nicht einfach.

So ergeben sich Anforderungen, verschiedene Perspektiven zu verknüpfen, bereits daraus, dass die Erkrankung zu Leistungseinschränkungen führt, deren Folgen sich als Belastungen auf diejenigen auswirken können, mit denen die Erkrankte zusammenarbeitet: auf die Kolleginnen und den Vorgesetzten. Daraus kann bereits für das Betriebsratsmitglied ein Konflikt zwischen den Bedürfnissen der Erkrankten auf Rücksichtnahme und der Kolleginnen auf Belastungsbegrenzung resultieren. Personaler haben nicht nur die Krankheitskosten für den Betrieb, sondern auch die Folgen für die Belastungen der Vorgesetzten und der Arbeitsorganisation im Auge, wenn sie zugleich zu einer gelingenden Wiedereingliederung mit Rücksicht auf die krankheitsbedingte Vulnerabilität beitragen sollen. Diese und weitere

Rollenkonflikte werden von den verschiedenen Beteiligten unterschiedlich bearbeitet, und man kann annehmen, dass die Umgangsweise damit auch vom Verhalten der Erkrankten selbst wesentlich beeinflusst wird.

Ich will aber hier auf einen bestimmten Aspekt des Rollenselbstverständnisses hinweisen, der mit der Spezifik psychischer Erkrankungen in besonderer Weise zusammenhängt. Um dies verdeutlichen zu können, muss ich zunächst darlegen, wie die BEM-Akteure psychische Erkrankungen und ihre Ursachen deuten.

Die Gesprächspartnerinnen nennen zum einen eine Vielfalt von Faktoren, die im Bereich der Arbeit die Entstehung psychischer Erkrankungen fördern, zum anderen weisen sie auf Ursachen im Privatleben hin. Als typische Belastungen in der Arbeit, die zu psychischen Erkrankungen beitragen können, werden genannt:

- Die zunehmende Arbeitsverdichtung, die zu negativem Stress und zum Verlust von Erholungsphasen führt, die es erlauben würden, bei gesundheitlichen Beschwerden oder Stresserleben »einen Gang runterzuschalten«.
- Diese Arbeitsverdichtung geht einher mit einem zunehmenden Personalmangel oder wird durch diesen gefördert. Zu den fehlenden Zeitereserven kommen also mangelnde Personalreserven. Wegen der »auf den Leib geschneiderten« Personaldecke fielen psychische Erkrankungen heute auch mehr auf, so ein Betriebsarzt, weil sie im Team nicht mehr kompensiert werden könnten. Insofern könne es sein, dass gar nicht die Zahl psychischer Erkrankungen zugenommen habe, sondern dass sie im Arbeitsalltag weniger verdeckt werden könnten.
- Diese Entwicklungen mindern die Bereitschaft von Vorgesetzten und Kolleginnen, Leistungseingeschränkte – und insofern auch psychisch Erkrankte – eine Zeit lang »mitzutragen«, also auf sie Rücksicht zu nehmen, indem sie Arbeiten mit übernehmen. »Man kann keine Rücksicht mehr nehmen auf andere, weil man sich selbst ja ständig irgendwie versucht, hier zu sichern.« (Betriebsratsmitglied Einzelhandel)
- Die Rücksichtnahme gegenüber Leistungseingeschränkten wird zusätzlich durch den Abbau von »Schonarbeitsplätzen« erschwert. »So viele Pfortnerstellen, wie wir eigentlich bräuchten, haben wir leider nicht«, lautet die zugespitzte Feststellung einer Personalrätin, um zu verdeutlichen, dass die Schwierigkeiten auch der Wiedereingliederung aus dem

Mangel an Arbeitsplätzen resultiert, auf denen gesundheitlich Belastete weniger unter Druck stünden.

- Ein Schwerpunkt psychischer Belastung wird in der Arbeit mit Kunden und Klienten gesehen. Hier könne man sich der belastenden, konfliktreichen Situation nicht entziehen, müsse eine Fassade zur Schau tragen, die der inneren Stimmungslage nicht entspreche, und die Gefahr sei groß, dass man Probleme mit nach Hause nehme. In der Stadtverwaltung wird hier insbesondere auf den Bereich der Sozialverwaltung hingewiesen.
- Ein weiterer Ursachenkomplex wird in den häufigen Reorganisationen gesehen und in der Notwendigkeit für viele Beschäftigte, sich immer wieder in neuen Arbeitskontexten zurechtfinden zu müssen:

»Man kommt vielleicht morgens zur Arbeit und möchte im Betrieb A arbeiten, und dann heißt es: »Nee, bei C fehlt gerade einer!« Der hat sich vielleicht auf die Chemie in dem einen Bereich vorbereitet und muss nun in dem anderen arbeiten.« Das, so der BEM-Experte eines Chemiewerks, belaste nicht nur wegen der Umstellungsanforderung, sondern auch wegen der fehlenden Eigenkontrolle: »Weil über einen mehr bestimmt werden kann.«

- Psychisch belastend könne auch die Angst um den Arbeitsplatz sein. Das betrifft Situationen, in denen Personalabbau im Betrieb befürchtet wird. Aber die Angst kann auch aus gesundheitlichen Einschränkungen resultieren, die mit körperlichen Einschränkungen und altersbedingt nachlassendem Leistungsvermögen im Zusammenhang stehen. Aus dieser Sicht resultieren psychische Erkrankungen wie Depression also aus berechtigten oder unberechtigten Sorgen vor dem Umgang des Betriebs mit körperlichen Erkrankungen oder Einschränkungen. Depressionen entwickelten beispielsweise auch Kollegen, die mit den körperlichen Belastungen unter Tage nicht mehr zurechtkommen, dies aber aus Sorge davor, nicht mehr dort arbeiten zu können, nach außen zu verbergen versuchten, so der BEM-Beauftragte des Bergbau-Unternehmens.
- Mehrfach wird auf die besonderen Probleme alternder Beschäftigter hingewiesen. Dabei gehe es nicht nur um die körperlich-gesundheitlichen Einschränkungen, sondern auch um den Verlust des Selbstwertgefühls, der aus Umorganisationen und neuen Anforderungen resultiere. Im Angestelltenbereich wird häufiger auf neue Informations- und Kommunikationstechnologien verwiesen, die den Arbeitsstil und das

Kommunikationsverhalten immer umfassender bestimmen. Mit diesen kämen manche älteren Kollegen nur schlecht zurecht. Das gilt auch für die Umstellung auf die zunehmende Anforderung, perfekt in englischer Sprache zu kommunizieren. Auch hier bestehe die Belastung nicht zuletzt darin, dass man glaubt, sich entsprechende Schwächen nicht anmerken lassen zu dürfen. Alternde Beschäftigte fühlten sich – ob berechtigt oder nicht – häufig nur noch wenig anerkannt und unter dem Druck, ihre Position verteidigen zu müssen. Eine typische Gefährdungssituation für psychische Reaktionen sei es, wenn erfahrene Mitarbeiter mit einem jungen Chef konfrontiert würden.

- Für den Ingenieurbereich wird beispielhaft darauf hingewiesen, dass manche hoch kompetenten Mitarbeiter eine große Angst entwickelten, wenn sie, was vermehrt gefordert sei, vor Publikum etwas präsentieren müssten. Eine Betriebsärztin berichtet von mehreren derartigen Problemen aus dem Ingenieurbereich eines Automobilwerks, als die Teilnahme bei entsprechenden Fortbildungen erwartet wurde.
- Und schließlich seien es immer wieder Konflikte mit dem Vorgesetzten, unfähiges Führungsverhalten, aber auch Konflikte im Team bis zum Mobbing, die als Ursachen psychischer Erkrankungen auszumachen seien.

Psychische Erkrankungen werden aber keineswegs nur – und überwiegend auch nicht in erster Linie – auf Faktoren in der Arbeitswelt zurückgeführt. Vielmehr sehen die meisten Gesprächspartnerinnen die Ursachen auch und gerade im privaten Bereich.

Es sind aus der Sicht vieler BEM-Experten besonders Krisen und Konflikte in privaten sozialen Beziehungen, die zur Aktualisierung psychischer Erkrankungen führten. Konflikte in der Ehe bis zur Scheidung, Schwierigkeiten mit den Kindern, der Tod nahestehender Menschen werden häufig als Beispiele genannt, die besonders plausibel scheinen. Diese Beispiele heben eher auf allgemeine psychische Belastungen des Lebens ab, die zu oft erheblichen Stimmungsverdunklungen führen und es jedenfalls zeitweise unmöglich machen, das Leben »normal« zu führen, und es insofern auch sehr erschweren, mit der Arbeit zurechtzukommen und den Kollegen angemessen zu begegnen. Die Arbeit könne zur zusätzlichen Belastungsquelle werden, wenn sie keine Rücksichtsräume biete, die die Betroffenen auffangen könnten.

Im engeren Sinne in der Persönlichkeit oder dem Beziehungsverhalten und der Biographie des Betroffenen liegende Gründe, wie sie in der Therapie eine zentrale Rolle spielen, werden weniger genannt. Der Verweis auf den Privatbereich folgt vielmehr den Assoziationsketten und Erfahrungen des »common sense«.

Auffällig ist, dass viele Expertinnen darauf verweisen, man könne arbeitsbedingte und privat bedingte Dimensionen kaum trennen:

»Das kann man gar nicht trennen, weil der Mensch ja eine Einheit ist. Wie sich das manch einer vorstellt: Die Probleme, die ich zu Hause hab, die hab ich an der Stempeluhr abzugeben, das geht einfach nicht«, so die Schwerbehindertenvertreterin in einem Elektronikbetrieb. Sie stellt sowohl die betriebliche wie die private Seite in den Gesamtzusammenhang einer gesellschaftlichen Entwicklung. »Gesellschaftliche Verschiebungen« führten dazu, dass mancher heute das Gefühl habe, »dass er alleine ist, dass ihn niemand auffängt und dass er selbst entscheiden muss«. Sie stelle »immer wieder hier fest, wie einsam sich der eine oder andere im Leben vorkommt, egal wie viel Familie er außen drumrum hat oder nicht.«

Diese Einsicht in den Zusammenhang von arbeits- und privat bedingten Faktoren für eine psychische Erkrankung hat nun Konsequenzen für das Rollenverständnis der BEM-Beteiligten. Es stellt sie vor ein Dilemma: Auf der einen Seite impliziert die Auffassung, dass bei Entstehung und Entwicklung psychischer Erkrankungen die Arbeit nicht vom Privatleben zu trennen ist, dass auch das BEM sich mit dem privaten Leben befassen müsste. In dieser Hinsicht erschiene es sinnvoll, dass Betroffene auch ihre private Situation transparent machen sollten, um ihr Verhalten in der Arbeit verständlich zu machen.

Auf der anderen Seite aber sehen die BEM-Beteiligten ihre Aufgabe auf den Arbeitsbereich beschränkt. Sie sind in diesem Sinne Vertreter des Betriebs und müssen die Grenze zwischen Arbeit und Privatem respektieren, der zufolge das Private eben dem Zugriff des Betriebs entzogen sein soll. Dementsprechend wollen sie sich nicht ins Private einmischen und empfinden ein solches Verhalten als übergriffig – ganz abgesehen von allen Fragen des Datenschutzes und der Freiwilligkeit des Betroffenen, Informationen preiszugeben.

Ein Personalratsmitglied einer Stadtverwaltung formuliert dieses Dilemma treffend: »Man muss auch ein Gespür dafür haben, was hat man für eine Persönlichkeit vor sich und mit wem musst du vielleicht auch mal umgehen, als wärest du

seine Mutter.« Sie weiß aber auch: »Auch als Personalvertreterin bin ich Repräsentant des Arbeitgebers, ich kann's [mich in das Private einmischen] nicht. [...] Da versuch ich schon, dass ich das an den Integrationsfachdienst gebe. Da können die sich öffnen, da können die ihr ganzes Privatleben auspacken und sortieren und angucken.«

Die BEM-Beteiligten wissen also um die Grenzen ihrer Rolle als Repräsentanten der Arbeitssphäre und auch darum, dass diese Grenze dem komplexen Zusammenhang der Erkrankung nicht gerecht wird, aber gleichwohl einen zentralen Wert moderner Erwerbsarbeit darstellt, weil die Beschäftigten nicht mit ihrer gesamten Person in die Organisation inkludiert sind. Dies schließt jedoch nicht aus, sich um Verständnis für die Person des Betroffenen zu bemühen und manchmal auch Hilfe für notwendige Unterstützung im privaten Bereich zu vermitteln. So empfehle man in der Stadtverwaltung durchaus auch einmal, eine Eheberatung aufzusuchen, frage danach, ob es im Privaten genügend Entspannungsmöglichkeiten gebe.

In der Beschränkung ihrer Rolle kommt aber auch eine professionelle Selbstbeschränkung zum Ausdruck. Die BEM-Akteure sehen sich nicht als Therapeuten oder Ärzte. Der BEM-Beteiligte eines Chemiewerks warnt davor, »am Kollegen rumzudoktern«; er stelle »grundsätzlich keine Diagnose«. Dies sei auch wichtig, damit die Akteure sich nicht selbst überlasteten und sich von den oftmals bedrückenden Fällen abgrenzten.

4. Vertrauensunsicherheit, Stigmatisierungsangst und Erfolg des BEM

Die BEM-Verfahren setzen grundsätzlich voraus, dass die Erkrankten Vertrauen ins Verfahren und gegenüber den Beteiligten entwickeln (vgl. hierzu auch Vater 2016). Das ist nun alles andere als selbstverständlich, ist doch für die Betroffenen ihre Erkrankung mit der Sorge verbunden, dass der Betrieb sie nicht mehr als leistungsfähig betrachtet und im schlimmsten Falle eine Beendigung des Arbeitsverhältnisses ins Auge fasst. Vor diesem Hintergrund zu betrieblichen Akteuren Vertrauen zu entwickeln ist durchaus voraussetzungsreich.

Die Akteure versuchen, in den Verfahren diese Vertrauensproblematik zu berücksichtigen. Sie weisen auf die Freiwilligkeit hin, versuchen zu verdeutlichen, dass möglichst wenig dokumentiert wird, dass die Unterlagen

des BEM-Verfahrens von den üblichen Personalunterlagen getrennt bleiben. Die ärztliche Schweigepflicht ist garantiert, und die Beteiligten sind verpflichtet, über Informationen aus dem BEM-Verfahren Stillschweigen zu bewahren (zum Datenschutz im BEM vgl. Feldes 2016).

Besonders wichtig ist es, dass die Beschäftigten das BEM-Verfahren klar von den immer noch verbreiteten Krankenrückkehrgesprächen (vgl. hierzu Kiesche 2016) unterscheiden. Diese »überholte Sozialtechnologie« (Kiesche 2015, S. 499) hat keine gesetzliche Grundlage, hat sich aber in vielen Betrieben (auch in Betriebs- oder Dienstvereinbarungen verankert) als regelmäßige Einrichtung etabliert und ist grundsätzlich nicht als freiwillig gestaltet. Eine Verweigerung der Beschäftigten wird häufig mit Abmahnungen beantwortet.

Ein Krankenrückkehrgespräch wird in der Regel zunächst vom Vorgesetzten mit einem Beschäftigten geführt, der nach einer bestimmten Zahl von Arbeitsunfähigkeitstagen wieder zur Arbeit kommt. Als offizielles Ziel von Krankenrückkehrgesprächen wird häufig das Bestreben angegeben, zur Vermeidung belastender Faktoren beizutragen. Faktisch wird ihnen jedoch häufig eine disziplinierende Bedeutung zugeschrieben. Sie werden als Drohhinszenierung verstanden, in der vor weiteren Fehlzeiten gewarnt wird; Informationen würden gesucht, um die zukünftig zu erwartenden Fehlzeiten einzuschätzen und damit unter Umständen auch eine krankheitsbedingte Kündigung vorzubereiten.

In Betrieben existieren manchmal noch Krankenrückkehrgespräche und BEM nebeneinander; in diesen Fällen ist die Unterscheidung schwierig. Aber auch dann, wenn Krankenrückkehrgespräche nicht oder nicht mehr geführt werden, hat das schlechte Image des Krankenrückkehrgesprächs manchmal dazu geführt, dass auch das BEM misstrauisch betrachtet wird.

Das Vertrauensproblem gilt für jede Art von Erkrankung. Es hat aber bei psychischen Erkrankungen eine besondere Dimension. Hinzu kommt nämlich hier die Angst vor Stigmatisierung aufgrund der psychischen Erkrankung. Das führt dazu, dass die Betroffenen es meist als riskant ansehen, die Art ihrer Erkrankung mitzuteilen und sich im BEM-Gespräch zu öffnen. Insgesamt berichten die Gesprächspartner von einer durchaus beträchtlichen Zahl von Beschäftigten, die das BEM ablehnen. Der Aufstellung einer Stadtverwaltung zufolge hatten im Jahre 2011 nur etwa 20

Prozent derjenigen, denen ein BEM angeboten wurde, dieses in Anspruch genommen.

Allerdings hatte etwa die Hälfte der Angefragten angegeben, sie hätten die Krankheit völlig überwunden. Eine explizite Ablehnung formulierte etwa ein Viertel. Zu berücksichtigen ist, dass diese Zahlen sich auf Erkrankungen allgemein beziehen. Schon aus Gründen der Diagnoseunklarheit kann es keine speziell auf psychische Erkrankungen bezogenen Zahlen geben.

Aus der Stigmatisierungsangst ergibt sich nun für die Beteiligten ein Dilemma. Auf der einen Seite nämlich wird eingeräumt, dass die Angst davor, ausgegrenzt zu werden, keineswegs unbegründet sei; es gebe zweifellos Vorgesetzte, die aus der Mitteilung einer psychischen Erkrankung, etwa eines »Burn-out«, die Konsequenz zögen: »Der muss dann weg!« (Personalratsmitglied Stadtverwaltung). Eine kleine Minderheit unserer Gesprächspartnerinnen rät daher eher davon ab, die Art der Erkrankung mitzuteilen.

Die Mehrheit ist jedoch davon überzeugt, dass ein Outing in der Regel richtig sei. Denn nur so könne ein BEM sinnvoll durchgeführt werden. Wenn keine Kenntnis von der Art der Erkrankung herrsche, könne man sich auch keine Gedanken über Veränderungen und eine Vermeidung bestimmter Belastungen machen. Das gelte auf jeden Fall für die Mitteilung gegenüber den BEM-Beteiligten.

Hiervon zu unterscheiden ist die Offenlegung über die BEM-Beteiligten hinaus. Aber auch hier wird eher geraten, »die Karten auf den Tisch zu legen«. Denn auch die BEM-Akteure könnten gegenüber dem Betrieb, den Vorgesetzten oder Kollegen nicht viel erreichen, wenn sie die Krankheit und den damit verbundenen Bedarf an Rücksichtnahme, Arbeitsveränderungen usw. nicht erläutern könnten, weil sie selbst an die Schweigepflicht gebunden seien. Die Bereitschaft des Betriebs, bei der Wiedereingliederung »etwas möglich zu machen«, setze geradezu voraus, dass sich der Betroffene öffnet.

»Wenn ich mich [als BEM-Akteur] natürlich hinstelle und sage: Ich kann gar nichts sagen, aber ich will dieses, dieses und dieses, dann kann ich es gut verstehen, dass die andere Seite sagt: Ja, Moment einmal: Wir sollen geben, kriegen tun wir gar nichts! Wissen, warum, tun wir auch nicht – Nö!!!« (BEM-Beteiligter Elektronikbetrieb)

Die Gesprächspartnerinnen rieten aber überwiegend auch dazu, dass die Betroffenen selbst sich gegenüber dem Arbeitsumfeld öffnen. Gerade nämlich, weil psychische Erkrankungen sich nicht in eindeutig verständlichen Symptomen äußerten – wie bei einem Beinbruch, einem Herzinfarkt oder einer Lungenentzündung –, herrsche im betrieblichen Umfeld schnell Unverständnis und Unklarheit über die Erkrankung. Das verführe zum Simulationsverdacht und zur Unsicherheit darüber, wie mit den Betroffenen umzugehen sei. Da das Verhalten nicht verstanden werde, sei es auch schwierig für die Kolleginnen, sich angemessen zu verhalten. Die Gesprächspartner waren optimistisch, dass die Kollegen und Vorgesetzten dann, wenn sie über die Art der Erkrankung informiert seien, eher mit Verständnis reagierten.

Man mache sich umso unglaublicher, je stärker man sich verstecke. Wenn die psychische Erkrankung hingegen bekannt sei, werde das Verhalten, das Kollegen irritiert und verunsichert, zumindest schon einmal verständlicher. Die Akzeptanz psychischer Erkrankungen sei auch durch den öffentlichen Diskurs hierüber gestiegen. Deshalb sei es sehr wichtig, in der betrieblichen Öffentlichkeit über psychische Erkrankungen aufzuklären, um die Verunsicherung hierüber zu bekämpfen. Auch dem Verhalten der Vorgesetzten komme eine große Bedeutung zu.

Was Betroffene als Stigmatisierung erlebten, sei häufig eher Verhaltensunsicherheit. Wer sie noch nicht bei sich oder im näheren Umfeld erlebt habe, könne die Erkrankung nur schwer nachvollziehen und sich deshalb in den Betroffenen schlecht hineinversetzen. Die psychische Erkrankung des Kollegen löse schnell Angst aus, weil man nicht wisse, wie man sich richtig verhalten solle. Natürlich reagierten viele auch mit Widerwillen: »Ach, schon wieder der Nervige mit seiner Jammerdepression!« (Betriebsärztin), und gingen den Betroffenen eher aus dem Wege. Aber dies geschehe auch dann, wenn die Diagnose unbekannt sei.

Der Diagnose kommt offenbar eine große Bedeutung zu. Sie beglaubigt gewissermaßen die Ernsthaftigkeit der Krankheit und legitimiert die Krankenrolle (vgl. hierzu meinen Artikel über die »Krankenrolle und Stigmatisierung bei psychischen Erkrankungen« in diesem Buch). Mit dem Medium der Diagnose interveniert das Gesundheits- in das Wirtschaftssystem. Nach der Erfahrung einiger BEM-Experten veranlasst es auch das Arbeitsumfeld, jedenfalls eine gewisse Zeit lang, den psychisch Erkrankten als einen Erkrankten in der Krankenrolle zu behandeln. Das mag nicht

längerfristig nachhaltig sein, aber es gibt einen gewissen Spielraum für die Wiedereingliederung.

Was definieren die BEM-Beteiligten nun als Erfolg eines BEM? Ich hatte bereits im letzten Kapitel darauf hingewiesen, dass ein BEM-Verfahren dann nach Auffassung unserer Gesprächspartner beendet werden kann, wenn die Fehlzeiten dauerhaft zurückgegangen sind und wenn unter Umständen auch auf Nachfrage einige Monate später keine Gesundheitsbeeinträchtigungen artikuliert werden. Welche Ziele aber verfolgen die Akteure mit dem BEM?

Im Vordergrund steht in der Regel die Rückkehr an den Arbeitsplatz. Erst wenn dieser nicht realisierbar erscheint, wird eine Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz ins Auge gefasst. Für die Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz spricht nicht nur, dass dies zunächst als normale Lösung wahrgenommen wird, sondern dass hier auch die Akzeptanz der Erkrankten in der Regel am höchsten ist, weil sie dort bekannt ist. Demgegenüber sei die Eingliederung in einen neuen Bereich schwieriger:

»Deswegen sag ich den Leuten immer: Schau, dass du an dem Platz – egal, wie schwierig es vorher war – wieder anfangen kannst, weil du im Umfeld, an dem du jetzt bist, wo die Leut dich kennen, eine ganz andere Bereitschaft hast, auf dich einzugehen, als in der Abteilung XY dahinten, die auf ihre freie Stelle halt irgendjemand kriegen, und der soll jetzt gefälligst funktionieren – und kennen tun wir’n auch nicht.« (BEM-Beteiligter Elektronikbetrieb)

Anders sehe es aus, wenn das bisherige Team oder der bisherige Vorgesetzte Teil des Ursachenbündels für die Erkrankung war. Dann müsse versucht werden, den Betroffenen woanders zu integrieren. Aber dies wird offenbar als die zweitbeste Lösung angesehen, gerade auch, weil jemand, der mit einer Krankheitsvorgeschichte neu hinzukommt, von vornherein als Belastung wahrgenommen werde. Offenbar verschärft sich hier zudem das Problem von BEM-Akteuren, dass sie auch die Interessen und Belastungen der (noch) nicht Erkrankten im Blick haben müssen. Sie werden von einem neuen Umfeld vermutlich noch leichter als Interessengegner wahrgenommen. Man müsse auch die Kollegen manchmal schützen, so ein BEM-Beteiligter.

Auffällig ist allerdings eines: Eine Veränderung der Arbeitsbedingungen am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Arbeitsumfeld wird nicht als Ziel des BEM genannt, jedenfalls sofern sie über eine Anpassung an den

einzelnen Betroffenen hinausgehen würde. Eventuell wird versucht, den Betroffenen vor bestimmten belastenden Faktoren zu schützen; nicht aber wird aus dem Erkrankungsfall ein Schluss gezogen auf die grundlegendere Veränderungsbedürftigkeit des Arbeitsplatzes bzw. -umfelds. Ich komme hierauf noch einmal zurück, wenn ich mich der Schnittstelle von BEM und Gefährdungsbeurteilung widme.

5. BEM-Erfahrungen der Erkrankten – stufenweise Wiedereingliederung als Engführung

Auch ein Teil der Patientinnen, mit denen wir Interviews geführt haben, haben Erfahrungen mit dem BEM bzw. mit der Wiedereingliederung gemacht. Sie kamen in der Regel in dem dritten Interview zur Sprache, das wir einige Monate nach dem Klinikaufenthalt mit ihnen geführt haben. Allerdings kam es aus unterschiedlichen Gründen bei acht der 23 Patientinnen, also etwa einem Drittel, nicht zu einem solchen Drittgespräch. Von den 15 Gesprächspartnerinnen, mit denen wir ein solches drittes Gespräch führen konnten, stellte sich für sieben Patientinnen das Thema nicht, weil sie nach dem Klinikaufenthalt nicht mehr zu ihrem bisherigen Arbeitgeber zurückgegangen sind, sei es, dass ihr Arbeitsverhältnis aufgelöst wurde und sie auf der Suche nach einem neuen Arbeitgeber waren (wie Herr D und Herr N) oder einen solchen (vorübergehend) gefunden hatten (Frau J); sei es, dass eine bestimmte Frist für das Weiterlaufen ihres Arbeitsverhältnisses bei Fortzahlung der Vergütung (Herr U) und mit Vereinbarung der anschließenden Übernahme in eine Beschäftigungsgesellschaft (Herr T) oder die weitere Tätigkeit als Freelancer (Herr M) vereinbart wurde; sei es, dass sie in den Bezug der Erwerbsunfähigkeitsrente übergegangen waren (Herr B).

Von den anderen Patientinnen hatten drei nie ein formelles Angebot für ein BEM-Verfahren erhalten. Eine Patientin, die Integrationsassistentin Frau E, hatte ein solches Angebot abgelehnt, weil sie nach Gesprächen mit der Klassenlehrerin den Eindruck hatte, dass vieles in der Arbeit auf dem Wege der Verbesserung sei und ihre Anliegen aufgenommen würden. Auch Frau A hatte in einem persönlichen Gespräch mit der Personalleiterin ihrer Unternehmensberatung eine Vereinbarung erzielen können, von der sie den Eindruck hatte, dass sich ihre Belastungen dadurch reduzieren

würden: Neben einer vorübergehenden Arbeitszeitverkürzung stand hier ihre neue Zuordnung als Assistentin zu anderen Chefs im Vordergrund, deren Status in der Organisation etwas niedriger war als derjenige der bisherigen – Frau A zeigte sich überzeugt, dies werde es ihr erleichtern, mit ihrer Arbeit und drohenden Fehlern entspannter umzugehen.

Nur Frau P, Kassiererin im Supermarkt, berichtete von einem formalisierten BEM-Gespräch. Allerdings tat sie dies mit Empörung. Das Gespräch fand in der regionalen Zentrale des Unternehmens statt; anwesend waren der Personalchef, die Regional- und die (während ihrer Erkrankung neu gekommene) Marktleiterin sowie ein Mitglied des Betriebsrats, das ihr unbekannt war.⁴ Eine Vertrauensperson habe sie ihrer Aussage zufolge nicht mitbringen können. Dieses Gespräch beschrieb sie als ausgesprochen unangenehm. Sie habe sich der geschlossenen Front des Gremiums gegenübergesehen. Dort habe sie ihren Wunsch vorgetragen, in Teilzeit zu wechseln und nicht mehr in den allgemeinen Schichtplan integriert zu sein; in ihrem Alter und mit ihren gesundheitlichen Beeinträchtigungen könne sie nicht mehr samstags bis 22 Uhr arbeiten und montags wieder um halb acht auf der Arbeit sein. Das Gremium habe ihr dies mit dem Argument verwehrt, dies sei unfair gegenüber den Kolleginnen und würde nur weitere Extrawünsche von anderen zur Folge haben.

Stattdessen, so Frau P, habe man ihr eine stufenweise Wiedereingliederung angeboten. Diese sollte in einer zeitweiligen Verkürzung der Arbeitszeit bestehen, während der sie weiterhin von der Krankenversicherung ihr Krankengeld bezogen hätte, wie es die Regeln der stufenweisen Wiedereingliederung vorsehen. Dieser Vorschlag, dem auch das Mitglied des Betriebsrats zugestimmt habe, verärgerte sie. Zum einen zeige sich ja in diesem Vorschlag, dass eine Arbeitszeitverkürzung durchaus betrieblich realisierbar sei. Zum anderen aber bedeute diese Praxis, dass sie anschließend wieder in derselben Weise mit denselben Zeiten beschäftigt werden würde, die sie nicht mehr wolle. Eine solche Wiedereingliederung habe sie schon einmal gemacht, ohne dass diese ihr geholfen hätte. Und drittens

4 | Betriebsräte werden in Unternehmen des Einzelhandels aufgrund der geringen Beschäftigtenzahl der Einzelbetriebe und der Konzentration von Entscheidungen meist überbetrieblich gebildet, sind also für mehrere Filialen zuständig. Insofern ist der Umstand, dass das Gespräch nicht an ihrer Arbeitsstätte stattfand und das Betriebsratsmitglied ihr unbekannt war, nicht ungewöhnlich.

schließlich sehe sie nicht ein, dass die Krankenkasse die Kosten für eine solche Lösung tragen solle.

»Wiedereingliederung ist für die [den Arbeitgeber] natürlich ideal, weil – kostet nix und bringt Produktion. Aber das bringt mir nichts. Ich wollte schon eine Zusage bezüglich einer gewissen zeitlichen Eingrenzung.«

Vor diesem Hintergrund lässt sie es eher auf eine mögliche Kündigung ankommen, wenn sie noch länger krankgeschrieben sein müsse.

Herr S, beschäftigt bei einer Bank, war froh, dass ein angekündigtes BEM-Gespräch mit Betriebsrat und Personalabteilung nicht zustande kam – er hatte inzwischen eine Vereinbarung mit seiner Chefin über eine zeitweilige Verkürzung seiner Arbeitszeit bei seiner Rückkehr an den Arbeitsplatz getroffen. Er habe gefürchtet, seine Erkrankung offenlegen zu müssen und dann mit Rücksicht und Fürsorge behandelt zu werden, einer Fürsorge, die allerdings seine Position in der Firma geschwächt hätte (vgl. hierzu ausführlicher meinen Aufsatz über die »Krankenrolle und Stigmatisierung bei psychischen Erkrankungen« in diesem Buch). Er war daher zufrieden, dass mit ihm die Wiedereingliederung mit Arbeitszeitverringerung vereinbart und von der Krankenversicherung bezahlt wurde, wodurch ein BEM-Verfahren vermieden werden konnte.

Wie Frau P, so lehnte auch Herr M, Immobilienkaufmann, eine stufenweise Wiedereingliederung ab, weil er eine dauerhafte, nicht nur eine zeitweilige Lösung anstrebte. Er nahm daher das Angebot an, zukünftig mit verkürzter Arbeitszeit als Freelancer weiter für seine Firma arbeiten zu können, was ihm größere zeitliche Unabhängigkeit und die Möglichkeit weiteren Nebenverdienstes eröffnete.

Auch die Erfahrung von Frau F mit der Wiedereingliederung ist nicht positiv, allerdings aus einem anderen Grund. Sie habe sich in die Wiedereingliederung hineingedrängt gefühlt. Sie sei gesundheitlich noch keineswegs in der Lage gewesen, wieder zu arbeiten. Von Klinik und Krankenversicherung gedrängt, habe sie sich darauf eingelassen, die Maßnahme (drei Arbeitsstunden täglich) aber nach zwei Wochen wegen massiver weiterer Beschwerden abbrechen müssen. Sie war zum Zeitpunkt des Drittgesprächs wieder krankgeschrieben und hoffte, einige Wochen später einen neuen Einstieg in die Arbeit machen zu können. Die Anfrage für ein BEM-Gespräch habe sie daher auch erst einmal auf später verschoben.

Dieses Schlaglicht auf die Erfahrungen unserer Gesprächspartner mit BEM und Wiedereingliederung ist natürlich in keiner Weise repräsentativ. Allerdings zeigt es, dass das Angebot oder gar die Durchführung eines BEM keineswegs selbstverständlich ist. Während die BEM-Beauftragten bestrebt sind, das BEM-Verfahren zu institutionalisieren und zu professionalisieren und hierbei ihr Augenmerk auf das Funktionieren des Verfahrens richten, ist die Perspektive der Betroffenen oft eine andere. Für sie ist das BEM (wenn es ihnen überhaupt bekannt ist oder ihnen angeboten wird) ein Instrument unter mehreren im Prozess ihrer Gesundung und ihrer weiteren Lebensplanung.

Oftmals, das zeigen unsere Beispiele, scheinen andere Maßnahmen sehr viel näherzuliegen (Wechsel des Arbeitsplatzes, Auflösungsvertrag, informelle Vereinbarungen, Erwerbsunfähigkeitsrente usw.). Vom BEM scheinen viele keine genauen und im Hinblick auf ihren Fall keine konkreten Vorstellungen zu haben, sodass sie mit diesem nicht immer Hoffnungen und Erwartungen verbinden können. Manchmal nehmen sie eher das Bedrohliche wahr: als Gefährdung verstandene Fürsorge, die »Vorladung« vor ein mehrköpfiges Gremium.

Ein zweiter Eindruck wird von unserem Schlaglicht nahegelegt. Wenn das Thema »Wiedereingliederung« in unseren Gesprächen thematisiert wurde – und dies geschah manchmal auch in allgemeinerer Weise, ohne Bezug auf den eigenen Fall –, dann wurde hierunter fast immer die Arbeitszeitverkürzung im Rahmen der stufenweisen Wiedereingliederung verstanden. Zugespitzt kann man sagen: Für viele ist Wiedereingliederung Arbeitszeitverkürzung. Hier deutet sich ein scheinbar einfaches Agreement an: Für den Arbeitgeber kann es attraktiv sein, wenn bei einer Reduzierung der Arbeitszeit das »Entgelt« (als Krankengeld) von der Krankenversicherung bezahlt und damit das Risiko für ihn minimiert wird.

Für den erkrankten Beschäftigten verspricht diese Art der Wiedereingliederung immerhin eine konkrete, fassbare Maßnahme, die dem Arbeitgeber keine größeren Kosten verursacht und den Beschäftigten nicht moralisch verpflichtet. Das spricht keineswegs gegen das Instrument der stufenweisen Wiedereingliederung, aber es macht auf die Gefahr aufmerksam, dass dadurch andere, langfristig möglicherweise nachhaltigere Maßnahmen aus dem Blick geraten und das BEM in den Hintergrund rückt.

6. Schnittstellenprobleme zwischen Klinik und Betrieb

Ein zentrales Thema unserer Gespräche mit den BEM-Beteiligten war das Verhältnis zwischen Kliniken und Betrieb. Dabei ging es besonders um die Erfahrungen, die aus der Perspektive des BEM mit dem Übergang von einem Aufenthalt psychisch Erkrankter in einer Klinik in den Betrieb und mit dem Austausch zwischen Betrieb und Klinik allgemein gemacht wurden. In nahezu allen Gesprächen wurden erhebliche Schnittstellenprobleme und Kooperationsdefizite deutlich. Ich konzentriere mich hier auf die Schnittstelle zwischen Klinik und Betrieb, andere Defizite im Übergang aus der Klinik werden in den Aufsätzen von Andreas Samus sowie von Rolf Haubl und Ute Engelbach in diesem Buch angesprochen.

Zunächst muss unterschieden werden zwischen psychosomatischen Kliniken wie denen, mit denen wir in unserem Projekt kooperiert haben, und den Kliniken – in der Regel Reha-Kliniken –, mit denen größere Betriebe oder Verwaltungen Kooperationsbeziehungen pflegen. Die Kliniken, mit denen wir kooperiert haben, stehen nicht in derartigen Kooperationsbeziehungen zu einzelnen Erwerbsorganisationen, und es handelt sich auch nicht um Reha-Kliniken. Dementsprechend lassen sich die Erfahrungen unserer Patienten auch nicht unmittelbar mit den nun hier dargestellten Beziehungen zwischen Betrieben und Kliniken vergleichen.

Einige der Betriebe, in denen wir Gespräche mit BEM-Experten geführt haben, haben derartige Verbindungen zu (Reha-)Kliniken aufgebaut. Aus betrieblicher Sicht sollen damit verschiedene Ziele erreicht werden. Erstens sollen die Beschäftigten einen schnelleren Zugang zu einem Klinikplatz erhalten. Zum Beispiel wird von einem Unternehmen ein Sonderkontingent von Klinikplätzen mit höheren Vergütungssätzen in einer Klinik unterhalten. Diese Verbindung wird erleichtert durch die Existenz einer Betriebskrankenkasse. Ähnliche Vereinbarungen gibt es auch zwischen diesem Betrieb und einzelnen Therapeuten, mit denen ein schnellerer Zugang zu einem Therapieplatz ermöglicht wird. Nicht in der gleichen privilegierten Weise, doch in der Orientierung ähnlich bestehen auch Kooperationen mit Kliniken bei anderen Betrieben, mit deren BEM-Vertretern wir gesprochen haben.

Zweitens erhofft man sich von solchen Kooperationen einen besseren Austausch zwischen Betrieb und Klinik. Es werde möglich, dass die Klinikärzte die Arbeitsplätze im Betrieb kennenlernen (etwa indem sie in einen

Bergwerksschacht einfahren) oder doch zumindest durch die Häufung von Patienten, die aus einem derartigen Betrieb kommen, auf die Dauer ein besseres Verständnis von der betrieblichen Arbeitswelt bekommen. Drittens erleichtere die Kooperation es zumindest grundsätzlich, das BEM bereits während des Klinikaufenthalts vorzubereiten und während des Klinikaufenthalts im Kontakt zu bleiben.

Es komme in letzter Zeit häufiger vor, berichtet eine Betriebsärztin, dass Therapeuten anrufen und »[...] sagen: Wir entlassen. Wir haben jetzt Herrn oder die Frau Sowieso hier, und wir denken, wir müssen sie dann jetzt, wollen sie dann entlassen. Und wie geht das dann bei Ihnen? Und wir hätten eigentlich gerne zum Beispiel 'ne stufenweise Wiedereingliederung, oder mit dem Schichtdienst, das geht ja überhaupt nicht, wie ist das denn, können Sie da nicht vielleicht? Und der Patient hat gesagt, Sie können das (lacht) machen. Und dann sag ich: Das kann ich so nicht, aber ich kann Ihnen mal berichten, wie das ist. Ich kann auch nur nachfragen, ob man mal vorübergehend 'ne veränderte Situation machen kann.«

Diese Kooperationsbeziehungen sind zwar auf der einen Seite positiv zu beurteilen, weil sie den Zugang zu Plätzen erleichtern und den Austausch zwischen Betrieb und Klinik verbessern können. Aber zweifellos handelt es sich um eine Verbesserung, die auf der Privilegierung von Großbetrieben beruht, die eine solche Kooperation ermöglichen können, denn die Verbesserung des Zugangs ist natürlich letztlich eine Umverteilung von Zugangschancen. Diese Praxis lässt sich dementsprechend grundsätzlich nicht verallgemeinern.

Bemerkenswert ist nun aber, dass auch die BEM-Experten in Betrieben mit praktizierten Klinikkooperationen vehement über die mangelhafte Kooperation zwischen Betrieb und Ärzten bzw. Therapeuten klagen. Diese Kritiken, die sich nicht speziell auf psychische Erkrankungen beziehen, bewegen sich auf verschiedenen Ebenen.

Zunächst wird beklagt, dass die Kontaktaufnahme seitens der Ärzte und Therapeuten keineswegs selbstverständlich sei oder rechtzeitig erfolge. Es wird der Eindruck artikuliert, dass dies nicht als normaler Teil der therapeutischen Aufgabe behandelt werde. Gravierender aber sind die oft leidenschaftlich vorgetragenen Kritiken, in deren Zentrum das mangelnde Verständnis der Kliniker von der Arbeitswelt steht – und dies auch im Falle der enger vernetzten Betriebe. Die folgende Passage möge die Vehemenz verdeutlichen:

»Die Arbeitsplatzempfehlungen der Therapieeinrichtungen sind stellenweise auch hanebüchen. Die machen sich auch oft – oft, nicht immer – wenig Mühe, sich vorher auch mal, auch vielleicht so lange der noch dort ist, mit dem Betrieb mal kurzzuschließen. Da kommen die Leute dann zurück mit so Empfehlungen: Am Arbeitsplatz sollte keine hohe Konzentration und kein Stress vorherrschen! Ah, doll, herzlichen Glückwunsch! (Einwurf einer anderen BEM-Beteiligten:) Und wenn's geht, darf er auch nicht mehr schichten! Und der Mitarbeiter hat sogar einen Kontischicht-Arbeitsvertrag! (Einwurf des Betriebsarztes:) Oder braucht einen neuen Vorgesetzten – hatte ich jetzt zwei! (Erster Redner:) Ehrlich? Das ist aber schön! (Betriebsarzt:) Wie soll man das jetzt umsetzen? (Erster Redner:) Also völlig losgelöst von jeder Realität. Aber wir basteln uns halt einfach mal zurecht, und dann soll doch der Betrieb oder Mitarbeiter, den wir entlassen, mal schauen, wie er das hinkriegt!«

Offenbar wird hier die eigene Realität als *die* Realität betrachtet. Die Ratschläge oder Vorgaben der Ärzte werden im Maßstab der eigenen Handlungsmöglichkeiten und -probleme beurteilt, und was in diesen Maßstab nicht einzugliedern ist, wird als weltfremd abgetan.

In dem Gruppengespräch, aus dem ich hier zitiere, werden dann sinnvolle Vorschläge, wie man die Arbeitssituation in die Therapie hineinnehmen kann, mit einer Kritik daran verbunden, dass die Therapie an Fragen ansetze, die mit der Arbeit nicht unmittelbar zu tun zu haben scheinen:

Die Therapeuten »geben sich aber auch wenig Mühe. Die könnten den Patienten, der ja bei denen ist, mal fragen: Mal doch mal einen Dienstplan auf! Natürlich können die nach der arbeitsvertraglichen Gestaltung fragen. Die könnten auch fragen, was es sonst für Modelle gibt; das wissen die Leute ja alles.⁵ Bloß, wenn sie nicht abgefragt werden, dann spucken sie es von sich aus ja nicht aus. Und man kann ja auch den Werksarzt oder den Sozialdienst anrufen. Aber die kümmern sich dann um die traurige Kindheitsgeschichte, ob der früher zu heiß gebadet wurde!«

Ich habe diese Passage so ausführlich wiedergegeben, weil sie deutlich macht, dass die Kommunikationsprobleme zwischen BEM-Beteiligten und Klinikern nicht allein auf fehlenden institutionellen Mechanismen der Kooperation beruhen; denn gerade dieser Betrieb pflegt eine formalisierte Kooperation mit einer Klinik. Vielmehr belastet fehlende Perspektivenübernahme auf beiden Seiten die Kooperation.

5 | Der Sprecher bezieht sich hier noch auf das Problem der Schichtarbeit.

Während die Betriebsvertreter die Handlungsbedingungen und -logiken des Arbeitskontextes bei der Bewertung des Möglichkeitsraumes anlegen, beziehen sich die Kliniker auf die psychische Struktur des Patienten und auf seinen Gesundheitsbedarf. Beide Parteien legen die Logik ihres jeweiligen Handlungskontextes bzw. ihres Teilsystems an. Wie auch andere Studien aus verschiedenen Ländern zeigen (für einen Überblick vgl. Andersen/Nielsen/Brinkmann 2012), stellt das Gesundheitssystem und stellen Ärzte und Therapeuten als dessen Akteure die Gesundung in den Vordergrund, während es dem Sozialversicherungssystem um eine baldige Rückkehr zur Arbeit geht. Die Betriebe wiederum betrachten den Fall unter dem Gesichtspunkt der Vermeidung von Störungen des Arbeitsprozesses und von krankheitsbedingten Kosten.

Diese Selbstbezüglichkeit der Systeme lässt aber durchaus Spielraum für eine gewisse Perspektivenübernahme. So können zum einen die Kliniker sich im Interesse der Gesundung deutlich machen, dass die erfolgreiche Reintegration wesentlich für eine nachhaltige Gesundung ist und dass hierfür wiederum die Möglichkeiten des Arbeitskontextes berücksichtigt, wenn auch keineswegs vorschnell als Handlungsgrenze hingenommen werden müssen. Die Betriebsvertreter andererseits sollten den »Fall« nicht nur in Bezug auf die Möglichkeiten der gegebenen Arbeitsorganisation betrachten, sondern die Erfordernisse einer Gesundung berücksichtigen, für die unter Umständen auch die Beschäftigung mit der Biographie und der Beziehungsgeschichte des Patienten ausschlaggebend ist.⁶

Eine wichtige Rolle könnten im Prinzip die Betriebsärzte bei der Vermittlung zwischen Betrieb und Klinik spielen, weil sie als »Übersetzer« der jeweiligen »Sprache« und des jeweiligen Perspektivenhorizonts wirken könnten (vgl. Funk 2011, S. 58 ff.; Glomm 2016). Dies scheint jedoch zumindest in den meisten Betrieben unserer Gesprächspartner noch sehr unzureichend der Fall zu sein. Dafür gibt es eine Reihe von Gründen.

Zum einen ist die Position der Betriebsärzte im betrieblichen Zusammenhang offenbar sehr unterschiedlich. Dies hat, so unsere Gesprächs-

6 | Wie der Aufsatz von Sabine Flick in diesem Buch zeigt, lassen sich die zweifellos hämischen Bemerkungen im zitierten Gruppengespräch über die biographischen Elemente der Therapie nicht nur als Ressentiment abtun, sondern korrespondieren durchaus mit einer gewissen Dethematisierung der Arbeitswelt bei vielen Therapeuten.

partnerinnen, auch etwas mit der Person und dem Rollenverständnis der Betriebsärzte zu tun. Viele Beschäftigte begegneten den Betriebsärzten mit Misstrauen, das auch der Hinweis auf die ärztliche Schweigepflicht nicht immer außer Kraft setzt. Sie werden als Vertreter des Arbeitgebers betrachtet, vordergründig, weil sie auf dessen Gehaltsliste stehen, aber auch deshalb, weil sie eine Doppelfunktion haben: Die Beschäftigten begegnen dem Betriebsarzt das erste Mal im Zusammenhang mit der Eignungsuntersuchung im Einstellungsverfahren, in dem sie ihn als Gegner erfahren werden, dem man möglichst wenige Hinweise auf gesundheitliche Beschwerden geben sollte. Diese Zuschreibung wiederholt sich, wenn der Betriebsarzt die Aufgabe wahrzunehmen hat, die »wirkliche« Arbeitsunfähigkeit zu überprüfen. Dass er auch als jemand gesehen wird, an den man sich vertrauensvoll bei gesundheitlichen Problemen wenden kann, muss sich der Betriebsarzt erst erarbeiten.

Da wiederum verhielten die Betriebsärzte sich nach Darstellung von Gesprächspartnerinnen sehr unterschiedlich. Manche kämen nie aus ihrem Zimmer heraus, andere gingen durch den Betrieb und suchten das Gespräch. Einige verhielten sich persönlich abweisend, anderen gelinge es, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Ein besonderes Problem existiere dort, wo es sich um externe Betriebsärzte handele, die nur zeitweise in den Betrieb kämen, die Abläufe und Problemlagen auch nicht gut kennen würden und im Betrieb weitgehend unbekannt blieben. Insgesamt scheint der Betriebsarzt gerade bei psychischen Erkrankungen eine Randbedeutung zu haben. Dies dürfte auch mit seiner Qualifikation zu tun haben, die meistens nicht im psychosomatischen Bereich liege, wenn auch hier bei Fortbildungen zunehmend Fortschritte gemacht würden.⁷

Zum anderen aber ist auch das Verhältnis von Betriebsärzten und niedergelassenen Ärzten bzw. Therapeutinnen nicht unproblematisch. Abgesehen von Vorgaben der ärztlichen Schweigepflicht⁸ scheint auch die Kommunikation zwischen Betriebsärztinnen und klinischen Ärztinnen/

7 | Die Rolle der Betriebsärzte muss nicht marginalisiert sein, wenn sich – wie in einem unserer Großbetriebe – ein professioneller Werksärztlicher Dienst als zugleich pragmatische und kompetente Ansprechstation bei verschiedenen gesundheitlichen Beschwerden und Problemen etabliert hat.

8 | Auch Mitteilungen aus der Klinik an die Betriebsärzte setzen die Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht voraus.

Therapeutinnen wenig ausgeprägt. Die Betriebsärzte führen Klage darüber, dass sie äußerst selten aus den Kliniken kontaktiert werden.

Die Arztbriefe aus den Reha-Kliniken seien »ja auch alle nach Schema F, und da stehen ja auch nicht so viele neue Erkenntnisse meistens nicht drin. Außer dass sie halt dann ein paar Tests gemacht haben und ich dann weiß, ist er jetzt wirklich depressiv oder, ja, ist das halt Theater quasi, weil er vielleicht irgendwas erreichen will«. So die Klage einer Betriebsärztin.

Eine weitere Einrichtung, die potenziell zur besseren Verzahnung von Betrieb und Kliniken beitragen könnte, scheint diese Rolle auch nicht ausfüllen zu können: Der Klinik-Sozialdienst. Nach Darstellung der Sozialarbeiterinnen, mit denen wir in den mit uns kooperierenden Kliniken gesprochen haben, endet ihre Zuständigkeit mit dem Ende des Klinikaufenthalts. Eine nachsorgende Sozialarbeit sei in der Regel nicht vorgesehen. Die Aufgaben der Klinik-Sozialarbeit konzentrierten sich auf sozialrechtliche Fragen, die Bearbeitung von Unterkunftsproblemen nach dem Klinikaufenthalt, Probleme nachstationärer pflegerischer Versorgung und eventuell Vermittlungshilfe bei Rehabilitationen. Kontakte zu Arbeitgebern kämen durchaus vor, seien jedoch viel basalerer Art: Bisweilen müsse man nachfragen, ob der Patient seinen Arbeitsplatz noch hat, denn gerade depressive Patientinnen öffneten manchmal ihre Post nicht mehr.

Der Sozialdienst nehme auch schon einmal Kontakt zum Arbeitgeber auf, um darauf hinzuweisen, dass nicht einfach gekündigt werden könne, sondern die rechtlichen Formen einzuhalten seien und eine Kündigung im konkreten Fall vermutlich unzulässig sei. Zum anderen werde manchmal der Arbeitgeber kontaktiert, um (sozialversicherungs-)rechtliche Fragen bei der stufenweisen Wiedereingliederung zu besprechen. Kontakte im Zusammenhang mit einem BEM im Allgemeinen kämen hingegen nicht vor.

7. Schnittstellenproblem zwischen BEM und Gefährdungsbeurteilung

Wir haben festgestellt, dass das Ziel des BEM darin gesehen wird, den erkrankten Arbeitnehmer wieder an seinen Arbeitsplatz zurückzubringen und es ihm dort zu ermöglichen, seine Arbeit ohne Rückfall in die Erkrankung zu bewältigen. Ist dies nicht möglich, wird als zweitbeste Lösung

eine Versetzung an einen anderen Arbeitsplatz ins Auge gefasst. Die Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts hat das Ziel des BEM etwas anders nuanciert, indem es von der »Anpassung des Arbeitsplatzes« spricht.

Diese Differenz spricht den Unterschied zwischen einer gesundheitsorientierten Anpassung des Arbeitnehmers an die Bedingungen des Arbeitsplatzes und einer gesundheitsorientierten Anpassung des Arbeitsplatzes an. Vielfach ist dies nur ein Formulierungsunterschied, wenn etwa einem Arbeitnehmer, der keine Lasten mehr heben kann, eine Vorrichtung zur Unterstützung der Arbeit installiert wird. Gravierender ist die Differenz jedoch dann, wenn die Anpassung des Arbeitnehmers durch eine zeitweilige Arbeitszeitreduzierung erfolgen soll. In diesem Falle wird nämlich nicht der Arbeitsplatz angepasst, indem belastende Bedingungen reduziert werden, sondern der Arbeitnehmer wird diesen Bedingungen nur in geringerem zeitlichem Umfang ausgesetzt. Diese Problematik betrifft gerade auch psychische Erkrankungen.

In der unbestimmten Bedeutung der »Anpassung des Arbeitsplatzes« ist aber noch ein weiterer Aspekt enthalten. Es geht nämlich um die Frage, ob die Anpassung des Arbeitsplatzes sich auf den individuellen Fall des erkrankten Arbeitnehmers bezieht oder ob es um eine Anpassung des Arbeitsplatzes an die gesundheitlichen Bedürfnisse der Arbeitnehmerinnen insgesamt geht. Ist Letzteres der Fall, so ist der betriebliche Arbeitsschutz angesprochen, und zwar speziell das Instrument der Gefährdungsbeurteilung.

Inzwischen ist in § 5 Abs. 3, Punkt 6 Arbeitsschutzgesetz klargestellt, dass eine Gefährdungsbeurteilung auch die »psychischen Belastungen bei der Arbeit« einbeziehen muss. Das soll die Bedeutung psychischer Belastungen im Betrieb deutlich machen (BAuA 2014, S. 43). Allerdings ist der Grad der Umsetzung in der Praxis bislang ernüchternd, denn nur in einer Minderheit der Betriebe kann hiervon bislang die Rede sein (vgl. Becker et al. 2011). Auch von unseren Gesprächspartnerinnen wird von einer noch sehr unentwickelten Praxis bzw. von Implementationsprogrammen gesprochen.

Hier soll aber ein anderer Gesichtspunkt interessieren: Inwieweit gibt es eine Verzahnung zwischen BEM und Gefährdungsbeurteilung? Nebe (2016) sieht im BEM im Einzelfall eine nachgeholte Gefährdungsbeurteilung, die auch dann erforderlich wäre, wenn eine institutionalisierte Gefährdungsbeurteilungspraxis im Betrieb nicht etabliert ist. Aber darüber hinaus erkennt sie auch ein Potenzial des BEM, die Gefährdungsbeurtei-

lung zu unterstützen. Eine Gefährdungsbeurteilung habe »ein hohes Abstraktionsniveau« und erfordere »von den beurteilenden Arbeitsschützern sowie den betrieblichen Beteiligten ein hohes Maß an Vorhersehbarkeit«. Hier »veranschaulichen die Einzelfälle in BEM-Prozessen konkret, nach Risiken und Schutzmaßnahmen zu suchen« (ebd., S. 195).

Das setzt eine institutionelle Verzahnung von BEM und Gefährdungsbeurteilung voraus. In diese Richtung bewegen sich die Fälle, in denen das BEM auch personell mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement insgesamt integriert wird. Erforderlich ist aber auch eine gedankliche Verzahnung. Davon kann in den Betrieben, in denen wir mit BEM-Beteiligten gesprochen haben, kaum die Rede sein.

Natürlich wäre es dafür aufseiten der Gefährdungsbeurteilung erst einmal nötig, überhaupt psychische Belastungen mit einzubeziehen. Im BEM würde es aber außerdem voraussetzen, in den Betroffenen nicht nur den Einzelfall und den Erfolg des BEM nicht nur im Ende von Fehlzeiten zu sehen. Im Einzelfall müsste vielmehr das zumindest potenziell Beispielhafte gesehen werden. Das würde den Blick darauf richten, dass es nicht nur um die Anpassung des Erkrankten an den Arbeitsplatz und auch nicht nur um die besondere Anpassung des Arbeitsplatzes an den einzelnen Betroffenen gehen muss, sondern dass zumindest mit in den Blick genommen wird, dass die Arbeitssituation insgesamt möglicherweise gesundheitsgerecht zu verändern wäre. Da psychische Erkrankungen nicht aus den ergonomischen Problemen des einzelnen Arbeitsplatzes, sondern eher, sofern arbeitsbedingt, aus dem Gesamtzusammenhang einer Arbeitssituation resultieren, kann es also auch nicht einfach um die Veränderung des einzelnen Arbeitsplatzes gehen.⁹

Die BEM-Akteure orientieren sich aber nahezu ausschließlich an der Situation des Einzelnen. Das ist auch nur zu verständlich, denn sie haben es mit einem leidenden und bedürftigen Arbeitnehmer zu tun, für den eine kurzfristige Lösung gefunden werden muss, was schwierig und anspruchsvoll genug ist. Es wäre aber sinnvoll, wenn das BEM und die BEM-Beteiligten enger mit anderen Institutionen des betrieblichen Arbeitsschutzes verzahnt würden, um aus den anschaulichen Erfahrungen der BEM-Verfahren

9 | In meinem Aufsatz über »Psychisch belastende Arbeitssituationen und die Frage der ›Normalität‹« in diesem Buch finden sich hierüber einige Ausführungen in Bezug auf unsere Erkrankungsfälle.

Konsequenzen für die Gefährdungsbeurteilungen zu ziehen. Dem stehen allerdings einige Hindernisse im Weg.

Da ist erstens wiederum das Problem der Schweigepflicht zu nennen, die es zu Recht unmöglich macht, einzelne Erkrankungsfälle in einem verallgemeinernden Verfahren zu verwenden. Es müsste also bereits frühzeitig eine Abstrahierung vom Einzelfall stattfinden.

Zweitens legen die Akteure der Gefährdungsbeurteilung aus verständlichen Gründen Wert darauf, zwischen psychischen Belastungen und psychischen Erkrankungen zu unterscheiden. Das ist zwar sachgerecht, weil psychische Belastungen nicht nur zu psychischen, sondern auch zu physischen Erkrankungen (die natürlich als psychosomatische ohnehin nicht so einfach voneinander zu trennen sind) führen können und weil psychische Erkrankungen von Arbeitnehmern nicht nur aus psychischen Belastungen in der Arbeit resultieren müssen. Die Unterscheidung wird aber auch deshalb betont, weil die Thematisierung psychischer Belastungen in der Arbeit tabuisiert wird, wenn sie mit psychischen Erkrankungen identifiziert werden. So heißt es auch in den Erfahrungen und Empfehlungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA):

»Indem deutlich wird, dass es bei der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung nicht um psychische Störungen einzelner Personen, sondern um mögliche Störungen etwa des Arbeitsablaufs oder der Kommunikation geht, kann der für viele nebulöse oder auch negativ besetzte Begriff der psychischen Belastung sprachfähig werden.« (BAuA 2014, S. 43)

In der Gefährdungsbeurteilung selbst gilt es verbreitet als Kennzeichen einer »objektiven« Gefährdung, dass sie mehrere Arbeitnehmer betrifft. So formuliert eine BEM-Beteiligte eine mögliche Begründung dafür, dass eine psychisch Erkrankte nicht an einem gefährdenden Arbeitsplatz eingesetzt wird, folgendermaßen:

»Man kann natürlich, wenn man Arbeitsplätze so beschreibt, erst mal ganz allgemein sagen: Das ist ein Arbeitsplatz, bei dem die *Mehrheit der Mitarbeiter* [Hervorhebung durch Verf.], so wird man das wohl zum Schluss formulieren müssen, an dem Punkt das und das erlebt und so und so reagiert, dass man dann sagt: Kann man diesen kleinen Brennpunkt oder diese Situation, kann man die vielleicht für diesen Mitarbeiter entschärfen? Muss man ihn auch unbedingt in diesem Punkt einsetzen?«

Diese Passage ist interessant, weil sie zwei Gedanken verbindet: Zum einen bringt sie zum Ausdruck, dass nur dann von einem gefährdenden Arbeitsplatz ausgegangen werden kann, wenn »die Mehrheit der Mitarbeiter« von den Belastungen betroffen ist. Und zum Zweiten wird die Berechtigung, einen Erkrankten dort nicht weiterzubeschäftigen, nicht an seine eigene Vulnerabilität gebunden, sondern an die »objektive« Gefährdung für die Mehrheit der Mitarbeiter. Hier wird also eine Verzahnung von Gefährdungsbeurteilungs- und BEM-Logik in der Weise vorgenommen, dass der Einzelfall psychischer Erkrankung der Logik objektiver, im Sinne mehrheitlicher Gefährdung untergeordnet wird.

Aber so weit muss man gar nicht gehen, um festzustellen, dass die Verbindung von BEM und Gefährdungsbeurteilung erschwert wird, wenn die Individuallogik des BEM im Kontrast steht zur Kollektivlogik der Gefährdungsbeurteilung.

Der Verzahnung steht aber auch die Deutung psychischer Erkrankungen entgegen, dass sie in erheblichem Maße, wenn nicht in der Mehrzahl der Fälle im privaten Umfeld verursacht seien. Daher sei es fast nicht möglich, so ein anderer BEM-Experte, eine Einschätzung psychischer Belastungen im Rahmen der Gefährdungsbeurteilungen zu geben. Denn jeder Mensch komme jeden Tag mit einer anderen »psychischen Belastung von zu Hause« zur Arbeit.

Insgesamt können wir also feststellen, dass BEM und Gefährdungsbeurteilungen – soweit es sie überhaupt (für psychische Belastungen) gibt – institutionell und vor allem in ihren jeweiligen Handlungslogiken miteinander kaum verbunden sind.

8. Fazit und Verbesserungsbedarf

Insgesamt, so kann man resümierend festhalten, zeigten sich in den Gesprächen ein hohes Engagement der BEM-Beteiligten und ein oft weitreichendes und einführendes Verständnis für die Zusammenhänge psychischer Erkrankungen. Das ist umso bemerkenswerter, als es sich ja überwiegend um Laien auf dem Gebiet handelt und die psychischen Erkrankungen noch immer die Minderheit der Fälle gegenüber den BEM-Fällen mit somatischen Erkrankungen bilden. Wenn hier im Folgenden einige Schlussfolgerungen gezogen und Überlegungen für Verbesserungsbedarf angefügt werden, so

ist dies nicht als Kritik an der Arbeit der BEM-Experten zu verstehen; vielmehr sollen strukturell verankerte Probleme aufgezeigt werden.

Hervorzuheben sind die Schnittstellenprobleme, die sich einerseits zwischen Betrieb und Klinik, andererseits innerhalb der Betriebe zwischen BEM und Gefährdungsbeurteilungen identifizieren lassen. Ihre Ursachen sind in den Eigenlogiken der jeweiligen Teilsysteme angelegt; um sie zu überwinden, bedarf es demzufolge institutioneller Vorkehrungen, die die Berücksichtigung der Fremdlogiken der anderen Systeme zu einer Erfolgsbedingung im eigenen System machen. Für die Seite der Kliniken wäre es notwendig, darüber nachzudenken, wie man die Kommunikation mit den BEM-Akteuren zu einer regulären Anforderung an die Klinik machen kann, ohne die Priorität der Gesundungsorientierung dabei zu gefährden. Für die Seite der Betriebe bedarf es eines flexiblen, einzelfallgerechten Umgangs mit der Zeitstruktur des BEM.

Die Sechs-Wochen-Frist muss fallbezogen behandelt werden; bei einer längeren Erkrankung darf der Betroffene nicht aus dem Gedächtnis des Betriebs gleiten. Und die potenzielle Unabgeschlossenheit psychischer Erkrankungen erfordert eine betriebliche Nachsorge auch über das formelle Ende des BEM hinaus. Im Aufsatz von Rolf Haubl und Ute Engelbach, »Raus aus der Klinik, rein ins Leben – Überlegungen zum Entlassungsmanagement nach stationärer psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung« in diesem Buch werden hierzu einige Überlegungen vorgestellt.

Durchaus bedenkenswert ist der Vorschlag eines BEM-Beteiligten, dass auch in der Therapie systematisch die Arbeitsplatzsituation zur Kenntnis genommen werden sollte. Eine Betriebsärztin schlägt vor, dass der Patient vielleicht eine Arbeitsplatzbeschreibung mit in die Klinik nehmen solle, um die Therapeuten zu veranlassen, die Arbeitssituation gleichwertig mit der privaten Situation zum Gegenstand der Therapie zu machen.¹⁰

10 | Problematischer erscheint es demgegenüber, wenn in einem Betrieb dem Erkrankten »Anforderungsprofile« für Arbeitsplätze mit in die Klinik gegeben werden und die Klinik überprüfen soll, welche Fähigkeiten noch vorhanden sind und wo Einschränkungen vorliegen bzw. welche Arbeitsplätze noch infrage kämen. Dieses Verfahren ist auf somatische Erkrankungen ausgerichtet, scheint aber auch bei psychischen angewandt zu werden. Auf diese Weise könnte der Klinikaufenthalt zu sehr zur Eignungsprüfung werden, und es könnten auch Probleme mit der ärztlichen Schweigepflicht entstehen.

Zweifellos ist das Instrument der stufenweisen Wiedereingliederung sehr nützlich, um die Erkrankten wieder an die Arbeit heranzuführen und dem Arbeitgeber einen Anreiz zu bieten, rücksichtsvoll eine vorsichtige Arbeitsaufnahme zu akzeptieren. Zugleich zeigt sich aber, dass dieses Instrument den komplexen Ursachen psychischer Erkrankungen und psychischer Belastungen in der Arbeit oftmals nicht gerecht wird. Viele Faktoren der Arbeit (Probleme im Team und mit dem Chef, moralische Konflikte in der Arbeit, entgrenzende Arbeitsformen usw.) und in der psychischen Struktur der Betroffenen bleiben nämlich unverändert, sodass sie mit dem Ende der »Schonphase« wieder virulent werden können, wenn sie nicht selbst verändert werden.

Die zu beobachtende Fixierung auf die schrittweise Wiedereingliederung und deren Reduzierung auf eine verkürzte, von der Krankenversicherung weitgehend finanzierte Arbeitszeit als *das* Instrument der Wiedereingliederung, wie sie sowohl bei unseren Patienten als auch in den Kliniken und teilweise auch in Betrieben festzustellen war, ist daher nicht unproblematisch. Sie kann ein BEM nicht ersetzen, das sich mit den Bedingungen des Arbeitskontextes insgesamt auseinandersetzt.

Eine Herausforderung bleibt es, das BEM institutionell und von der Handlungslogik her in das betriebliche Gesundheitsmanagement zu integrieren. Mit anderen Worten: Wie kann das BEM zu einem Element der Verhältnisprävention für den Arbeitskontext insgesamt gemacht werden? Dies ist eng mit der Frage verbunden, wie die auftretenden psychischen Erkrankungen thematisiert werden können, ohne zu Stigmatisierungen und Etikettierungen beizutragen und natürlich ohne den berechtigten Anspruch der Betroffenen auf Diskretion und Schweigepflicht zu verletzen.

Deutlich wird in den Gesprächen mit den BEM-Beauftragten, dass das BEM-Verfahren eine individualisierende Betrachtungsweise nahelegt. Weil es darum geht, den Einzelnen wieder zu integrieren, seine Schwierigkeiten – und zwar kurzfristig – zu verringern, weil die Empfehlungen aus den Kliniken sich auf den Einzelnen richten, weil auch der Erkrankte selbst Hilfe *für sich* erwartet und weil schließlich eine substanzielle Veränderung der Arbeitssituation insgesamt als unmöglich und die aktuelle Arbeitspraxis als im Grundsatz alternativlos gilt, resultiert eine Individualisierung des Falles. Sie erscheint auch plausibel, weil eben nicht alle, sondern nur Einzelne unter gleichen Bedingungen erkranken. Dieser Individualisierung kann nur entgegengewirkt werden, wenn es gelingt, das BEM zum Bestandteil der betrieblichen Gesundheitsförderung insgesamt zu machen.

Literatur

- Andersen, Marlene Friis/Nielsen, Karina Marietta/Brinkmann, Svend (2012): Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. In: *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 38, H. 2, S. 93–104.
- BAuA (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) (Hrsg.) (2014): Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. Berlin: Erich Schmidt.
- Becker, Karina/Brinkmann, Ulrich/Engel, Thomas/Satzer, Rolf (2011): Gefährdungsbeurteilungen als Präventionsspiralen zur Gestaltung von Arbeit. In: Kratzer, Nick/Dunkel, Wolfgang/Becker, Karina/Hinrichs, Stephan (Hrsg.): *Arbeit und Gesundheit im Konflikt*. Berlin: edition sigma, S. 261–285.
- Feldes, Werner (2016): Datenschutz im Betrieblichen Eingliederungsmanagement. In: *Feldes/Niehaus/Faber 2016*, S. 56–65.
- Feldes, Werner/Niehaus, Mathilde/Faber, Ulrich (Hrsg.) (2016): *Werkbuch BEM – Betriebliches Eingliederungsmanagement*. Frankfurt am Main: Bund.
- Funk, Annette (2011): *Erosion im Arbeitsschutz*. München, Mering: Hampp.
- Gerich, Joachim (2015): Krankenstand und Präsentismus als betriebliche Gesundheitsindikatoren. In: *Zeitschrift für Personalforschung* 29, H. 1, S. 31–48.
- Glomm, Detlef (2016): Betriebliches Eingliederungsmanagement aus betriebsärztlicher Sicht. In: *Feldes/Niehaus/Faber 2016*, S. 164–180.
- Kiesche, Eberhard (2015): Krankenrückkehrgespräche: Eine überholte Sozialtechnologie. In: Weber, Andreas/Peschkes, Ludger/Boer, Wout de (Hrsg.): *Return to Work. Arbeit für alle*. Stuttgart: Gentner, S. 499–504.
- Kiesche, Eberhard (2016): Krankenrückkehrgespräche und Betriebliches Eingliederungsmanagement. In: *Feldes/Niehaus/Faber 2016*, S. 74–87.
- Knoche, Karsten/Sochert, Reinhold (Hrsg.) (2013): *Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme*. iga-Report 24, <https://www.iga-info.de/veroeffentlichungen/igareporte/igareport-24/> (Abruf am 2.2.2017).
- Kocyba, Hermann/Voswinkel, Stephan (2007): Krankheitsverleugnung – Das Janusgesicht sinkender Fehlzeiten. In: *WSI-Mitteilungen* 60, H. 3, S. 131–137.

- Kohte, Wolfhard (2016): Ausgewählte arbeitsrechtliche Fragen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement – Überblick über die Rechtslage und Rechtsdurchsetzung. In: Feldes/Niehaus/Faber 2016, S. 28–42.
- Linden, Michael/Muschalla, Beate (2007): Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie. In: Nervenarzt 78, H. 1, S. 39–44.
- Nebe, Katja (2016): Arbeitsschutz und Betriebliches Eingliederungsmanagement. In: Feldes/Niehaus/Faber 2016, S. 191–203.
- Niehaus, Mathilde/Magin, Johannes/Marfels, Britta/Vater, Gudrun E./Werkstetter, Eveline (2008): Betriebliches Eingliederungsmanagement. Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX. Köln: Universität zu Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät.
- Steinke, Mika/Badura, Bernhard (2011): Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Vater, Gudrun (2016): Erfolgsbedingungen einer Präventionsnorm: Aspekte der Unternehmenskultur. In: Feldes/Niehaus/Faber 2016, S. 107–119.

