

DOI: 10.5771/0342-300X-2019-5-365

Betriebliches Eingliederungsmanagement als Chance?

Kreative Suchprozesse in kleinen und mittleren Unternehmen

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) ist ein Instrument einer inklusiven Arbeitswelt, durch das die Beschäftigungsfähigkeit gesichert oder wiederhergestellt werden soll. Bei kleinen und mittleren Unternehmen (KMU), die einen großen Teil der Unternehmenslandschaft ausmachen, ist ein institutionalisiertes BEM jedoch oft nicht verankert; die gesetzliche Pflicht, ein BEM anzubieten, ist sogar vielfach nicht einmal bekannt. Dieser Beitrag zeigt, dass auch in diesen KMU in Arbeitsbündnissen oftmals trotzdem produktive Strategien zur beruflichen Wiedereingliederung entwickelt werden, von denen eine inklusive Arbeitswelt insgesamt – im Sinne von *best practice* – durchaus lernen kann.

CARSTEN DETKA, SUSANNE KUCZYK, BIANCA LANGE, HEIKE OHLBRECHT

1 Einleitung

Die Erwerbsarbeit ist in modernen Gesellschaften, die sich als Arbeitsgesellschaften verstehen, ein bedeutender, wenn nicht der zentrale Modus gesellschaftlicher Integration. Die Erwerbsarbeit spielt eine wichtige Rolle für die individuelle Selbstverwirklichung und die materielle Existenzsicherung. Sie ist das „organisierende Zentrum der Lebensgestaltung“ (Schaeper et al. 2000, S. 99). Auch wenn heute stärker die Grenzen der Erwerbsarbeit diskutiert werden und neu darüber nachgedacht wird, wie viel Arbeit der Mensch überhaupt braucht (Jahoda 1983) und ob die Bedeutung von Arbeit im Leben der Individuen sich – beispielsweise aufgrund des demografischen Wandels – verändert, kann der fundamentale Stellenwert der Arbeit für die individuelle Lebensgestaltung kaum überschätzt werden. Die Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist daher nicht nur volkswirtschaftlich geboten, sondern auch für die betroffenen Personen selbst von hoher biografischer Bedeutsamkeit. Für Unternehmen, die sich aufgrund der Alterung ihrer Belegschaften und der damit verbundenen Zunahme chronischer Erkrankungen immer häufiger mit dem Phänomen beeinträchtigter Gesundheit ihrer Belegschaft auseinandersetzen müssen, stellt die Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiter*innen ein wichti-

ges Thema dar. Auch die Leitungen von KMU haben ein großes Interesse daran, die Beschäftigungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter*innen zu erhalten (Klös/Twehues 2019) – nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass neue Arbeitskräfte langwierig eingearbeitet werden müssen und in bestimmten Bereichen der Wirtschaft im Zuge des Fachkräftemangels nicht ohne Schwierigkeiten neue Arbeitskräfte gefunden werden können. Sie können in aller Regel aber nicht auf die Ressourcen einer spezialisierten Personalabteilung und damit eines institutionalisierten Wissens zur betrieblichen Gesundheitsförderung zurückgreifen.

Als ein wichtiges Instrument zur Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen kann das seit 2004 gesetzlich verankerte Betriebliche Eingliederungsmanagement gelten (ehemals § 84 SGB IX, seit Januar 2018 § 167 Abs. 2 SGB IX), welches Unternehmen dazu verpflichtet, Beschäftigten, die im Zeitraum eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig waren, Unterstützung bei der Wiedereingliederung im Unternehmen anzubieten. Seit seiner gesetzlichen Initiierung wurden in der Rechtsprechung Mindeststandards zur Umsetzung des BEM entwickelt (Bode et al. 2016). Im BEM-Verfahren sollen die Beschäftigungsmöglichkeiten gesundheitlich eingeschränkter Mitarbeiter*innen ausgelotet und geeignete Maßnahmen ergriffen werden, sodass eine Weiterbeschäftigung erfolgen kann. Die Rechte der Beschäftigtenseite und die Pflichten der Unternehmens-

seite, ein BEM zu initiieren und die Maßnahmen umzusetzen, gilt es auszutarieren (vgl. ebd. 2016). Allerdings wird dieses Instrument gerade in KMU, die 99 % der deutschen Unternehmen darstellen und 61 % aller Erwerbstätigen in Deutschland beschäftigen (Statistisches Bundesamt 2018)¹, noch sehr begrenzt eingesetzt (Niehaus/Vater 2013). Während sich in Großunternehmen positive Effekte durch das BEM zeigen – z. B. ein verbessertes Arbeitsklima oder die Reduzierung krankheitsbedingter Kündigungen² –, fehlt es in KMU nicht nur an der regelmäßigen und systematischen Umsetzung dieses Instruments, sehr häufig fehlt grundständiges Wissen zu BEM (ebd.). Auch die Forschung hat sich dem Thema BEM in KMU bisher zu wenig gewidmet.

In der bisherigen Forschungsliteratur ist die Frage nach den Verfahren und Instrumenten der beruflichen Wiedereingliederung in Unternehmen, in denen kein BEM institutionalisiert ist oder BEM nicht bekannt ist, weitgehend unbeachtet geblieben. Vor diesem Hintergrund untersuchte die von der Hans-Böckler-Stiftung geförderte und von der Universität Magdeburg durchgeführte Studie „Präventive Gesundheitsstrategien – aus BEM lernen“ Gelingensbedingungen und Prozessmechanismen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements und legte dabei einen besonderen Fokus auf KMU. Dieser Beitrag fasst wesentliche Projektergebnisse zusammen.

Aus einer akteurszentrierten Perspektive wurde in dem Projekt der Frage nachgegangen, wie bisherige Erfahrungen mit BEM zur Entwicklung präventiver Maßnahmen genutzt werden können. Im Zentrum der qualitativ-empirischen Studie standen die Erhebung und Analyse von 40 retrospektiven Interviews mit Arbeitnehmer*innen, die verschiedene Varianten des BEM durchlaufen haben, sowie 20 leitfadengestützten Interviews mit betrieblichen und überbetrieblichen BEM-Akteur*innen. Im Sinne der Fallkontrastierung wurden die Interviews in unterschiedlichen Bundesländern, in Betrieben unterschiedlicher Branchen (Handwerk, IT-Branche, Dienstleistungsgewerbe u. a.) sowie nicht nur in KMU, sondern in kleinerem Umfang auch in Großunternehmen durchgeführt. Die retrospektiven Interviews fokussierten die Erwerbsbiografie mit den zentralen berufsbiografischen Prozessen und Episoden. Die Expert*inneninterviews mit den Unternehmensleitungen und BEM-Verantwortlichen folgten einem halbstrukturierten Leitfaden. Zusätzlich wurden 50 Falldokumentationen von BEM-Prozessen aus den untersuchten Betrieben ausgewertet. In der zweiten Projektphase wurden die in der ersten Phase erarbeiteten Ergebnisse in Form von zwölf partizipativen Workshops mit den unterschiedlichen BEM-Akteur*innen in das Feld zurückgespiegelt und dabei weitere Erkenntnisse gewonnen. Im Sinne eines erfolgreichen Theorie-Praxis-Transfers (Bartel/Ohlbrecht 2018) wurden gegenseitige Lernprozesse angestoßen sowie praxisorientierte Handlungsempfehlungen entwickelt. In der gemeinsamen Arbeit wurden so die Expertise der Akteur*innen aus der Wissenschaft und aus

der Praxis zusammengeführt und die Anschlussfähigkeit der Forschungsergebnisse gesichert sowie Empowerment und Mitbestimmung gestärkt – kurz: eine Teilhabe der Akteur*innen aus der Praxis ermöglicht (von Unger 2012).

Durch die Analyse der im Projekt erhobenen Daten wurde deutlich, dass in KMU auch dann, wenn kein BEM institutionalisiert ist, ein Umgang mit erkrankten oder von Erkrankung bedrohten Mitarbeitenden gefunden und gelebt wird, der als produktiv gelten *kann* und sich dadurch auszeichnet, dass die innerbetrieblichen Akteur*innen im Hinblick auf die Identifizierung oder Schaffung leidensgerechter Arbeitsplätze kreative Lösungen entwickeln und sich dabei an den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen wie auch an den betrieblichen Erfordernissen ausrichten. Solche informellen, nicht-institutionalisierten Prozesse, die wir als „alternatives BEM“ bezeichnet haben (Detka et al. 2019), können wichtige Impulse für Strategien gelingender präventiver und auch rehabilitativer Verfahren geben und lassen sich empirisch in KMU in besonderer Weise aufdecken.

2 Gesundheitshandeln durch Suchprozesse und kreatives Ausprobieren in KMU

Insbesondere kleine, aber auch mittlere Betriebe verfügen nicht über gleichermaßen gute betriebsstrukturelle Ausgangsbedingungen für betriebliche Gesundheitsförderung wie große Unternehmen: Es gibt zum Teil keine Betriebs- oder Integrationsvereinbarungen und mitunter auch keine Interessenvertretungen in Form von Betriebsrat oder Schwerbehindertenvertretung, geschweige denn ein für das Gesundheitsmanagement und das betriebliche Eingliederungsmanagement zuständiges Team. Nicht nur deshalb fehlt den Führungskräften zum Teil Wissen zu gesetzlichen Grundlagen sowie zu möglichen Anlaufstellen bei Problemen; vor allem in Kleinst- und Kleinunternehmen fühlen sie sich oft durch die zahlreichen Gesetzes- und Bürokratievorgaben überfordert, so unsere empirischen Ergebnisse. Sie sehen sich auch angesichts der

1 Das Statistische Bundesamt definiert KMU in Anlehnung an eine Empfehlung der Europäischen Kommission (2003/361/EG) als Unternehmen mit bis zu 249 Beschäftigten und einem Jahresumsatz von bis zu 50 Mio. € (Statistisches Bundesamt 2019). Wir legen hier diese Definition zugrunde.

2 Die gesetzliche Verankerung von BEM soll dazu beitragen, krankheitsbedingte Kündigungen zu minimieren. Denn bei Verzicht auf BEM – genauer: einem fehlenden BEM-Angebot durch den Arbeitgeber – ist eine Kündigung unwirksam.

Anforderungen des Tagesgeschäfts häufig nicht imstande, ein institutionalisiertes bzw. formalisiertes BEM anzubieten.³ Hinzu kommt, dass langwierige Krankheitsfälle, die nach einer spezifischen Form der Wiedereingliederung verlangen, in sehr kleinen Betrieben natürlich schon rein statistisch seltener als in Großbetrieben auftreten, sodass spezifisches Wissen dazu, das dann in einer solchen Situation hilfreich werden könnte, nicht vorliegt. Tritt der Fall aber dann doch ein und kann auf das Wissen und/oder die Expertise von Interessenvertretungen sowie zuständigen Anlaufstellen nicht zurückgegriffen werden, orientieren sich die Akteur*innen vor allem an einer situationsbezogenen und zumeist unkonzepualisierten Handlungslogik (Welter 2003) und verdichten sie zu individuell passenden Lösungen.

Unsere empirischen Ergebnisse zeigen, dass insbesondere durch eine ganzheitliche Perspektive, die nicht nur den unmittelbar BEM-Betroffenen, sondern auch die Teamkollegen mit einbezieht, bislang nicht genutzte Potenziale der kollegialen Zusammenarbeit (Lastenteilung) nutzbar gemacht werden können, in deren Folge solche Strategien auch im Hinblick auf das gesamte Team präventiv wirken können – indem sie beispielsweise die Stimmung im Team positiv beeinflussen, Verständnis für notwendige Anpassungen im Arbeitsprozess etc. grundieren und zu einer „Initialzündung“ für einen reflektierteren Umgang mit der eigenen Gesundheit beitragen (Ohlbrecht et al. 2018).

Solche kreativen Suchprozesse stellen alle Beteiligten vor große Herausforderungen, insbesondere hinsichtlich des Austarierens der Bedürfnisse und Belange der Teamkolleg*innen und der BEM-Berechtigten. Eine typische Haltung zeigt sich im folgenden Zitat aus einem Interview:

„Jeder verhält sich anders, mit einem Mitarbeiter musst du mehr was ausprobieren als mit anderen. Und wer ist wofür geeignet, das weißt du vorher alles gar nicht und du musst das Team mit ins Boot holen.“

Prozesse des kreativen Ausprobierens, die sich an der Individualität der bzw. des Beschäftigten ausrichten, können zum einen darin bestehen, durch die besondere Beachtung und Erprobung individueller Fähigkeiten und Neigungen Arbeitsplatzanpassungen zu ermöglichen, die die Beschäftigungsfähigkeit auf Dauer sichern, sie können aber auch darin bestehen, Arbeitszeiten flexibler zu gestalten und ein Arbeitsarrangement entsprechend dem individuellen Tempo und Rhythmus des oder der BEM-Berechtigten zu finden, welches auch die Belange seiner oder ihrer Kolleg*innen in Rechnung stellt. Denn bei krankheitsbedingten Ausfällen kommen allgemein, wie bereits angedeutet, Rücksichtnahmen und im Zuge von BEM gegebenenfalls auch Umstellungen auf die anderen Mitarbeiter*innen zu.

Der Unterschied zwischen „alternativen“ und standardisiert-institutionalisierten BEM-Verfahren liegt nicht in der konkret umgesetzten Maßnahme der Wiedereingliederung. Selbstverständlich können Strategien zur Anwen-

dung kommen, die aus den institutionalisierten Verfahren bekannt sind: z. B. eine stufenweise Wiedereingliederung, die Umstrukturierung des Arbeitsplatzes, ein interner Arbeitsplatzwechsel, neue Arbeitsaufgaben und/oder neue Arbeitszeiten oder regelmäßige Feedbackschleifen. Diese Strategien werden jedoch – bedingt durch das Fehlen starrer Vorgaben – situativ entwickelt und individuell angepasst, indem sich eine stufenweise Wiedereingliederung z. B. nicht an einer Erhöhung der wöchentlichen Arbeitsstundenzahl orientiert⁴, sondern in flexibler Absprache anfänglich Tage zur Erholung gelassen werden und/oder der bzw. die Betroffene – für eine Weile – selbst bestimmen kann, an welchem Tag er bzw. sie welche Tätigkeit ausübt etc. So kann gerade die stufenweise Wiedereingliederung etwa auch dafür genutzt werden, die optimale Tageszeit für bestimmte Arbeitsinhalte oder die optimale Arbeitslänge zu erproben, die vielleicht – auch dies kann dann ein Ergebnis des Wiedereingliederungsprozesses sein – auch auf Dauer nicht überschritten werden darf, damit keine erneuten gesundheitlichen Belastungen drohen. Im Rahmen der „alternativen BEM-Prozesse“ werden auch betriebsinterne Tätigkeitswechsel erprobt und einzeln sogar neue Arbeitsplätze geschaffen – wiederum ausgehend von der individuellen Bedarfslage der Betroffenen und den Möglichkeiten des Betriebs. Solche in der Unternehmenspraxis entwickelten und erprobten Maßnahmen können auch präventiv wirken und verringern die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Krankheitsausbruchs. Gerade durch „alternative BEM-Verfahren“ können also Lern- und Suchprozesse dazu ausgelöst werden, welche Anpassungen in der Arbeitsplatzgestaltung oder Arbeitsorganisation sowie Arbeitskommunikation einen stabilisierenden Einfluss auf die Gesundheit haben. Der Prozess folgt zwar dem Trial-and-error-Prinzip, bietet dabei aber Raum für die Ideen aller Akteur*innen und den Freiraum für ein *gemeinsames* Gestaltungshandeln. Auch der konkrete Ablauf der Verfahren in KMU kann dabei ähnliche Elemente wie in Großunternehmen beinhalten – so kann es z. B. ebenso Gefährdungsbeurteilungen und/oder ärztliche Wiedereingliederungsempfehlungen sowie ein Abschlussgespräch geben, das den BEM-Prozess beendet –, insgesamt zeigen unsere empirischen Befunde im Vergleich zwischen KMU und Großunternehmen jedoch, dass das Vorgehen in KMU viel tentativer ist.

3 Unter einem „institutionalisierten BEM“ soll ein Prozess verstanden werden, der durch eine oder einen BEM-Beauftragte*n (respektive durch mehrere von ihnen) organisiert wird und auf einer festen Abfolge von Verfahrensschritten beruht, die entweder einem der zahlreichen Leitfäden folgen oder in einer Betriebsvereinbarung fixiert sind.

4 In den meisten Köpfen ist, auch dies wurde im Rahmen unserer Forschung deutlich, mit einer beruflichen Wiedereingliederung per se das Modell der schrittweise Verlängerung der Arbeitszeit von drei auf vier, von vier auf sechs und von sechs auf acht Wochenstunden verankert.

Selbstverständlich können „alternative BEM-Prozesse“, d. h. aus der Not heraus entstehende Lösungen, auch unproduktiv sein oder scheitern, insbesondere aufgrund fehlenden Wissens, fehlender Interessenvertretungen und fehlender Vernetzung. Ein kurzes Fallbeispiel soll zur Illustration dienen:

Herr Hertz ist Anfang 30 und seit 13 Jahren in einer mittelgroßen Produktionsfirma tätig. Er leidet seit seiner Kindheit unter Schwerhörigkeit und Bluthochdruck. Während er sich nach einer überstandenen Darmkrebs-erkrankung, der Diagnose einer entzündlichen Gelenkerkrankung und einem Schlaganfall und den damit einhergehenden medizinischen Behandlungsmaßnahmen immer gegen die ihm angebotene stufenweise Wiedereingliederung entschieden hat, wie er selbst erzählt, stimmt er ihr nach zwei weiteren Herzinfarkten schließlich zu. Er wird aufgrund einer Blutgerinnungsstörung von einer Maschine mit einem scharfen Schneidwerkzeug in eine andere Abteilung mit geringem Unfallrisiko versetzt, die ihm jedoch nach kurzer Zeit aufgrund seiner Rheumaerkrankung durch den dort herrschenden Bewegungsmangel Probleme bereitet, wie er berichtet:

„So. Und dann mussten wir ja eine Lösung finden. Und dann habe ich denn halt den Vorschlag unterbreitet: ‚Ich würde ganz gerne da wieder zurückgehen wollen!‘ Weil ich’s a) gemacht habe, man hat keine Anlernzeit oder irgendwas, ich weiß, was ich da mache, und b) ich habe die Bewegung. Das ist ja das, was ich will, damit meine Gelenke nicht so enorm beansprucht werden. Ja, und seitdem bin ich da wieder. Dann habe ich vor drei Wochen nochmal ein kleines Gespräch mit dem Personalchef gehabt, und der hat bloß zu mir gesagt: ‚Naja, dann müssen wir mal gucken, ob wir da noch eine andere Lösung finden. Das Optimalste ist es nicht‘, hat er gesagt. Na, eigentlich bin ich ja fehl am alten Arbeitsplatz. Nicht fehl am Platz wegen der Arbeit, sondern da das Risiko trotzdem noch enorm ist, dass mir irgendwas passieren könnte.“

Ogleich man sich im Unternehmen offenbar bemüht, eine Lösung im Sinne des Arbeitnehmers zu finden, wird im Interview deutlich, dass eine mangelnde Struktur – z. B. durch das Fehlen einer Gefährdungsbeurteilung zum Arbeitsplatz – vor dem Hintergrund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen am Ende auch Nachteile für ihn bringen kann.⁵ Ebenso können „alternative BEM-Prozesse“ – wie auch in diesem Fallbeispiel sichtbar wird – insbesondere auch dann fehlerhaft sein, wenn es sich gerade *nicht* um einen *gemeinsamen* Suchprozess⁶ handelt, sondern die Eigeninitiative des BEM-Berechtigten in dem Sinne ins Leere läuft, dass seinen problematischen Wünschen und Vorschlägen einfach stattgegeben wird und/oder vorübergehende Lösungen langfristig praktiziert werden, weil weder die Zeit noch das Wissen vorhanden sind, eine bessere Lösung zu entwickeln. So wird Herrn Hertz’ Wunsch trotz der vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen entsprochen und er kann – so zumindest bis zum Zeitpunkt des Interviews – ohne konkret in Aussicht stehende Alternative zurück an seinen alten Arbeitsplatz.

Im Kontrast hierzu zeigen unsere Ergebnisse, dass es begünstigende Rahmenbedingungen für offene Suchprozesse in KMU braucht, die immer dann besonders produktiv sind, wenn es zu einem Arbeitsbündnis zwischen dem Betroffenen und einer Person des Vertrauens kommt, sodass die zu entwickelnden Lösungen wie auch die durchgeführten Maßnahmen über einen längeren Zeitraum gemeinsam ausgearbeitet und eingeschätzt werden können. Entscheidend ist dabei, dass Arbeitsbündnisse im Betrieb, unabhängig von der Betriebsgröße, temporär stabilisiert sind und eine Begleitung des BEM-Prozesses und auch eine Betrachtung der Zeit nach der Rückkehr an den Arbeitsplatz bzw. an die neue/angepasste Arbeitsumgebung sowie gemeinsame Rücksprachen dazu ermöglicht werden. BEM wird häufig als „offener Suchprozess“ (Bode et al. 2016, S. 408) beschrieben, wobei diejenigen, um die es geht – die Beschäftigten mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen – jedoch nicht zum Objekt von Maßnahmen gemacht werden dürfen, sondern konsequent in den Mittelpunkt des Geschehens gerückt werden müssen. Wir möchten am Beispiel des Arbeitsbündnisses erläutern, wie dies gelingen kann.

3 Arbeitsbündnisse in KMU

Weil die von uns untersuchten Unternehmen u. a. aufgrund des Fachkräftemangels auf ihr Stammpersonal angewiesen sind, zeigen sich Unternehmensleitungen bereit, viel dafür zu tun, ihre Beschäftigten zu halten und auch bei gesundheitlichen Schwierigkeiten zu unterstützen, wie es auch im folgenden Zitat deutlich wird:

„Und um da Fluktuationen entgegenzuwirken, hat man gesagt, okay, wie kann man Mitarbeiter dazu motivieren, auch längerfristig bei uns zu bleiben. Wie kann man ein Arbeitsklima erschaffen, dass man sich auch wohlfühlt, dass die Mitarbeiter sagen, ich habe ja keinen Wechselgrund, ich arbeite gerne in diesem Unternehmen.“

5 Erst durch die partizipativen Workshops mit Beschäftigten, die ein BEM-Verfahren durchlaufen haben, wurde deutlich, dass BEM-Berechtigte dem BEM und auch den entwickelten Lösungsvorschlägen, d. h. Arbeitsplatzanpassungen oder -wechseln meistens zunächst skeptisch gegenüberstehen, da hier die Angst vor Neuem überwiegt; nach einiger Zeit wird deren Umsetzung aber dennoch als „Erfolg“ und Sicherung der Teilhabe empfunden.

6 Kohte (2010) verweist auf einen „doppelten Suchprozess“ im Rahmen von BEM. So rahmt er BEM zum einen als „kooperativen Suchprozess“ der unterschiedlichen Akteur*innen, aber auch als „organisierten Suchprozess“ im Sinne der Krankheitsprävention, durch welchen betriebliche Problemlagen, d. h. „arbeitschutzrechtliche Defizite“, deutlich werden können.

Darüber hinaus gibt es grundlegende Rahmenbedingungen für Prozesse des kreativen Ausprobierens mit dem Ziel einer langfristigen Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit der Arbeitnehmer*innen. Hierzu zählt die besondere Beziehungs- und Interaktionskonstellation von Arbeitsbündnissen. Arbeitsbündnisse können der „strukturellen Unterlegenheit der Hauptperson im BEM“ (Bode et al. 2016, S. 409) etwas entgegensetzen und zum Empowerment der BEM-Berechtigten beitragen.

Was aber sind „Arbeitsbündnisse“? Insbesondere Klein- und Kleinstbetriebe können Ausfälle von Mitarbeiter*innen schwer kompensieren und gelangen durch Krankheitsausfälle schnell an ihre Grenzen. Zum betrieblichen Alltag gehört es daher, oft im „Krisenmodus“ zu agieren. Darüber hinaus stellt natürlich eine langandauernde Erkrankung auch eine Krisenerfahrung für den bzw. die Betroffene*n dar, zu deren Bewältigung auch die Wiedereingliederung in die Berufsarbeit gehören kann. In diesem Rahmen kann eine spezifische Form von Sozialbeziehung entstehen, die Oevermann (1997) für den Kontext des beruflich-professionalisierten Handelns – vor allem der Sozialen Arbeit – als „Arbeitsbündnis“ beschrieben hat. Das von Oevermann entwickelte professionstheoretische Modell rückt die gemeinsame Krisenbewältigung von Klient bzw. Klientin und Professioneller bzw. Professionellem in den Mittelpunkt. Im Gegensatz zum Arbeitsbündnis in der Sozialen Arbeit, in der Sozialarbeiter*innen bei der Bearbeitung der Krise des Klienten bzw. der Klientin hilft, liegt in Prozessen der beruflichen Wiedereingliederung in KMU im dargestellten Sinne eine Krisenerfahrung auf beiden Seiten vor. Dabei sind Krisen nicht per se etwas Schlechtes, vielmehr stellen sie im Gegensatz zur Routine den Menschen in dessen Entwicklung vor besondere Herausforderungen, an denen er in seinen Bearbeitungsbemühungen wachsen und sich weiterentwickeln kann. Krisen liefern wichtige Entwicklungsimpulse.

Nun können Krisen auch so schwerwiegend sein, dass Betroffene nicht mehr allein aus eigener Kraft in der Lage sind, eine adäquate Bearbeitungsstrategie umzusetzen, und teilweise oder vollständig ihre Fähigkeit zur autonomen Lebensgestaltung verlieren. Hier nun können professionell Helfende ansetzen und Betroffenen bei der Bewältigung der Krise – und der Herausbildung neuer Routinen – unterstützen, ohne den Klienten oder die Klientin dabei zu entmündigen. Für Oevermann bringt diese „stellvertretende Krisenbewältigung“ (Oevermann 2002) für beide Beteiligten spezifische Rollenanforderungen mit sich (Oevermann 1996; Detka et al. 2019). Beide gehen für eine begrenzte Zeit ein Beziehungsbündnis ein, in dessen Mittelpunkt das gemeinsame Ziel steht, dem Problem betroffenen wieder eine autonome Lebenspraxis zu ermöglichen. Der Betroffene wird dabei nicht nur als Träger eines ganz bestimmten problematischen Merkmals (z. B. einer Alkoholsucht) fokussiert, vielmehr wird die spezifische Fallproblematik in ihrer Einbettung in die Gesamtgestalt der Lebensführung betrachtet.

Natürlich sind Führungskräfte in KMU keine sozialpädagogisch geschulten Professionellen, und Führungshandeln in Unternehmen ist auch kein professionelles Handeln im Sinne gängiger Professionstheorien. Im Rahmen unseres Forschungsprojekts zeigte sich jedoch, dass es Leitende in KMU gibt, die im Sinne einer Krisenbewältigung ihre Beschäftigten in der beruflichen Wiedereingliederung oder im Hinblick auf Krankheitsprävention auch langfristig engmaschig begleiten, Gefühlsarbeit (Strauss et al. 1980) und biografische Arbeit (Corbin/Strauss 2004; Schütze 2008) leisten und dabei die üblichen Rollenmuster von Vorgesetzten und Untergebenen ein Stück weit verlassen oder neu interpretieren. Die berufliche Wiedereingliederung wird als gemeinsames Projekt begriffen, das sowohl auf Wiederaufnahme der Arbeit als auch auf Schließung der ausfallbedingten Personallücke zielt. Dabei werden von den Beteiligten auch Lebensumstände des bzw. der Beschäftigten fokussiert, die nicht zu den arbeitsplatzbezogenen Faktoren im engeren Sinne gehören. Die Etablierung dieser spezifischen Form der Zusammenarbeit – also eines quasi-professionellen Arbeitsbündnisses – stellt eine gute Voraussetzung für die gemeinsame kreative und produktive Suche nach Bearbeitungsstrategien im BEM-Prozess dar (Detka et al. 2019).

Die Beziehungsgestalt des Arbeitsbündnisses beruht auf Vertrauen, sie beruht aber auch auf dem Konzept der „Hilfe zur Selbsthilfe“. Bei der gemeinsamen Suche nach Möglichkeiten der Krisenbewältigung im Arbeitsbündnis werden nicht nur die Ideen der Beschäftigten anerkannt, sie werden auch stärker in ihrer Persönlichkeit mit ihren spezifischen Vulnerabilitäten und individuellen Resilienzen wahrgenommen. Auch ihr Rhythmus kann Beachtung finden; der Prozess der Krisenbewältigung wird mitunter durch sie eröffnet und geschlossen oder auch weiter offen gehalten, wenn sie längerfristige Begleitung brauchen. Bereits bei der gemeinsamen Thematisierung der Erkrankung mit den damit verbundenen Einschränkungen und möglicherweise auch Ängsten werden bisherige Rollenzuschreibungen transzendiert und wird die Sozialbeziehung diffuser. So können auch Themen besprochen werden, die nicht unmittelbar in den engen Grenzen der Arbeitsbeziehung liegen. Zugleich ist Vertrauen ein wechselseitiges Konstrukt, das heißt, es kommt nur dann zustande, wenn sich auch die Helfenden auf diese Beziehung einlassen können. Das Eingehen eines Arbeitsbündnisses kann aber für Unternehmensleitungen nicht nur durch die zusätzliche Aufgabe, die v. a. auch Zeit erfordert, sondern auch aufgrund von möglichen psychodynamischen Übertragungsmomenten zu Belastungen führen. In dieser Hinsicht sind *externe* BEM-Beauftragte, die als Fallmanager*innen fungieren, im Vorteil.

Anhand unserer Ergebnisse wird nicht nur deutlich, dass insbesondere die zwischenmenschlichen Beziehungen Auswirkungen auf die Gesundheit, das Belastungserleben und die Leistungspotenziale der Beschäftigten haben. Darüber hinaus können namentlich KMU im Hin-

blick auf eine vertrauensvolle Unternehmenskultur gute Ausgangsbedingungen bieten, wenn hier langjährige und/oder enge und persönliche Sozialbeziehungen und eher flache Hierarchien vorherrschen, die die Gesprächshürden durch „kurze Kommunikationswege“ mitunter verringern (Roppel 2014) und offene Gespräche sowie spontane „Tür-und-Angel-Gespräche“ begünstigen. Dies kann ein spontanes Problemlöseverhalten sowie Mitwirkung und Mitbestimmung fördern und dazu beitragen, dass Beschäftigte sich nicht scheuen, ihnen wichtige, auch nicht direkt mit der beruflichen Tätigkeit verknüpfte Themen offen anzusprechen, sowie ihre eigenen Ideen und ihren individuellen Arbeitsrhythmus einzubringen. Diese offene Gesprächsbereitschaft herzustellen und den Blick für die Möglichkeiten der Wiedereingliederung zu weiten, ist in der Ausgestaltung von BEM besonders wichtig, da hier vulnerable Beschäftigte unterstützt werden sollen, bei denen häufig Schock- und Abwehrreaktionen aufgrund der Angst vor Arbeitsplatzverlust zu beobachten sind.⁷ Durch die mitunter langjährige Verbundenheit und die engen Beziehungen in KMU⁸ kann im günstigen Fall auch die Angst vor Stigmatisierung, die gerade bei psychischen Krankheiten dazu führt, Hilfen – also auch BEM-Verfahren – nicht zuzulassen (vgl. den Beitrag von Voswinkel in diesem Heft), vermindert werden und öffnen sich Chancen für einen salutogenen Ansatz.

Im Sinne der Salutogenese (Antonovsky 1997) verändert sich der Blickwinkel: weg von der Frage, warum jemand erkrankt ist, hin zu der Frage, was getan werden kann, damit der Beschäftigte möglichst gesund bleibt bzw. trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung berufliche Teilhabe erfährt. Dies setzt allerdings voraus – und das gilt ebenso für Arbeitsbündnisse –, berufliche und private Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit *nicht* strikt zu trennen, sondern die Kontextfaktoren von Gesundheit zu berücksichtigen. Die von Unternehmensleitungen in KMU vielfach vorgenommene perspektivische Trennung zwischen „beruflichen“ und „privaten“ Verursachungsgründen von Krankheiten, die sich in unseren Interviews zeigte, verstellt eine salutogenetische Perspektive jedoch. So können gesundheitliche Beeinträchtigungen und eine damit einhergehende Bedrohung der Beschäftigungsfähigkeit aus dem privaten Bereich resultieren oder sich im Privatleben fortentwickeln, sich aber natürlich dennoch auch im Berufsalltag zeigen, ebenso vice versa. Aber als „private Krankheiten“ adressierte Phänomene können durch die Berufsarbeit auch „geheilt“ werden – vor allem dann, wenn die Berufsarbeit einen besonderen Halt gibt, wenn sie (weiterhin) Selbstverwirklichungspotenziale bietet, wenn Selbstwirksamkeit spürbar wird, und nicht zuletzt auch durch die Eingebundenheit in ein soziales Gefüge und die damit einhergehenden Bindungen. Die Frage, inwieweit die Erwerbsarbeit „Ursache oder Bühne“ (Voswinkel 2017, S. 61) des Krankheitsgeschehens ist, ist daher zweitrangig, denn selbst wenn die Arbeit „nur“ zur Problematik beiträgt, ist die Frage berechtigt, wie sich die-

ser Beitrag verändern ließe, und es ist notwendig zu verstehen, worin er besteht.

Wird BEM im Rahmen eines vertrauensvollen Arbeitsbündnisses durchgeführt und werden die Arbeitnehmer*innen engmaschig begleitet und nicht nur beraten oder sogar am „runden Tisch“ abgefragt⁹, kann häufig auch die gesundheitliche Krise in ihrem Verlauf positiv beeinflusst werden, sodass berufliche Teilhabe möglich wird. All diese Hinweise (Strategien und Rahmenbedingungen) bieten jedoch keine Patentlösungen und sollen auch nicht so verstanden werden; sie zeigen sich als empirisch beobachtbare Pfade des betriebsinternen Umgangs mit den zunehmenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die auf einige Gelingensbedingungen für BEM in KMU verweisen (vgl. Ohlbrecht et al. 2018). Die Empirie zeigt darüber hinaus, dass es Basisvoraussetzungen gibt, die darauf Einfluss nehmen, welchen Stellenwert die Unternehmensleitungen der Gesundheit und dem Wohlbefinden ihrer Beschäftigten beimessen: Dies sind auf der subjektiven Ebene biografisch geformte Orientierungen und Haltungen, die Inklusion als Wert anerkennen, ebenso wie eine Unternehmenskultur, die Kooperation und solidarisches Miteinander ermöglicht.

4 Fazit

Die Betrachtung des Wiedereingliederungsgeschehens aus aktorszentrierter Perspektive in KMU hat Denkanstöße für die Ausgestaltung von BEM-Prozessen insgesamt gegeben: Arbeitsbündnisse, wie sie in KMU in Prozessen der beruflichen Wiedereingliederung zu beobachten sind, stellen eine begünstigende Rahmenbedingung für gemeinsame kreative Suchprozesse von Führungskraft und BEM-Berechtigtem und damit für die Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit dar – insbesondere, da diese Ar-

7 Arbeitgeber sich verpflichtet, ein BEM anzubieten, hingegen können sich Beschäftigte frei entscheiden, ob sie sich auf das Angebot einlassen und einem BEM-Verfahren zustimmen oder es ggf. im Prozess auch wieder abbrechen (vgl. auch Kohte 2010).

8 Natürlich können gerade durch die engen Beziehungen in KMU immer auch Unstimmigkeiten entstehen.

9 Der „runde Tisch“, an dem die für ein BEM-Verfahren relevanten Akteur*innen zusammenkommen sollen, gilt als besonders geeignetes Verfahren. Doch nach unseren Befunden sind kreative Suchprozesse in intimen, vertrauensvollen Arbeitsbündnissen besonders erfolgversprechend. Gerade das Aufeinandertreffen von Beschäftigten mit einem sehr großen BEM-Team wurde vielfach als Schock-erfahrung beschrieben und muss deshalb als hemmender Faktor für produktive BEM-Verfahren gelten.

beitsbündnisse konsequent die Bedürfnisse der BEM-Berechtigten in den Mittelpunkt rücken. Durch niedrigschwellige Arbeitsbündnisse können an der Individualität der Beschäftigten ausgerichtete, arbeitsplatzbezogene Interventionen ermöglicht und Selbstorgepotenziale entdeckt werden. Und gleichzeitig entsteht eine Verpflichtung aufseiten der Unternehmensleitung, fähigkeitsgerechte Beschäftigungsmöglichkeiten auszuloten und Wege dorthin aufzuzeigen.

Obwohl BEM-Verfahren in aller Regel an der Individualität und den Bedarfen der Betroffenen ansetzen (jedenfalls der Idealvorstellung nach), wirken sie sich – positiv oder negativ – auf das gesamte Team aus. Oft werden andere Kolleg*innen von den Ergebnissen von BEM-Verfahren insoweit berührt, als daraus zusätzliche Arbeitsbelastungen für sie oder zumindest Umgestaltungen am Arbeitsplatz resultieren können. Dies spricht dafür, sie in den gemeinsamen Suchprozess bei der Wiedereingliederung miteinzubeziehen, wobei dies natürlich keine Offenlegung der Erkrankung erfordert.¹⁰ So können auch problematische Arbeitsbedingungen identifiziert werden, von denen andere Beschäftigte ebenso beeinträchtigt werden. Aus dieser Perspektive bietet BEM auch eine Möglichkeit, Mitbestimmungspotenziale im Betrieb allgemein zu erhöhen. Und letztlich entwickeln sich daraus Anstöße zur Veränderung des Arbeitsumfeldes – im Sinne eines Wechsels von der Verhaltens- zur Verhältnisprävention. Wenn dies gelingt – und die empirisch aufzeigbaren produktiven Arbeitsbündnisse stehen hierfür in idealtypischer Weise –, können sich salutogene Faktoren der Arbeitswelt entfalten, und die Beschäftigten werden in ihrer Teilhabe am Arbeitsleben als zentrales Moment gesellschaftlicher Selbstbestimmung unterstützt.

Die Gelingensbedingungen für BEM – darunter die Anpassungen der Arbeitsanforderungen an die individuelle Leistungsfähigkeit, die Arbeitsbündnisse mit den Betroffenen, ein ganzheitliches Krankheitsverständnis durch Führungskräfte und eine Unternehmenskultur, in der Gesundheit als Diskursthema anerkannt ist – konnten wir in KMU empirisch aufzeigen. Der Prozessmechanismus der kreativen Suche und seine Gelingensbedingungen ließen sich in KMU in besonderer Weise identifizieren, weil hier weitaus weniger Erfahrungen mit einem institutionalisierten, vergleichsweise starr eingefahrenen BEM-Prozedere vorliegen. Doch gelten sie nicht exklusiv für KMU, sondern für Großunternehmen gleichermaßen. ■

LITERATUR

- Antonovsky, A.** (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit, Tübingen
- Bartel, S. / Ohlbrecht, H.** (2018): Forschung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – zum Wissenstransfer zwischen Theorie und Praxis, in: Die Rehabilitation 57 (03), S. 193–200
- Bode, M. / Dornieden, M. / Gerson, H.** (2016): Das BEM – und der subjektive Faktor im Suchprozess, in: Faber, U. / Feldhoff, K. / Nebe, K. / Schmidt, K. / Waßer, U. (Hrsg.): Gesellschaftliche Bewegungen – Recht unter Beobachtung und in Aktion, Festschrift für Wolfhard Kohte, Baden-Baden, S. 401–415
- Corbin, J. / Strauss, A. L.** (2004): Weiterleben lernen. Chronisch Kranke in der Familie, München
- Detka, C. / Kuczyk, S. / Lange, B. / Ohlbrecht, H.** (2019): Führungskräfte als Quasi-Professionelle und Arbeitnehmende als Klient_innen? Eine qualitative Studie zu den Aspekten professionellen Handelns in Prozessen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements, in: Tagungsband Netzwerk Qualitative Gesundheitsforschung (im Erscheinen)
- Jahoda, M.** (1983): Wieviel Arbeit braucht der Mensch? Arbeit und Arbeitslosigkeit im 20. Jahrhundert, Weinheim
- Kiesche, E.** (2019): Betriebliches Eingliederungsmanagement und Datenschutz: Ein Update, in: sicher ist sicher 3/2019, S. 126–132
- Klös, J. / Twehues, M.** (2019): Engagement unter Partnern lohnt sich! Ergebnisse des Projektes „BEM-Orientierung für die betriebliche Praxis“, in: Forum Sozialarbeit + Gesundheit 1/2019, S. 6–10
- Kohte, W.** (2010): Das betriebliche Eingliederungsmanagement – Ein doppelter Suchprozess, in: WSI-Mitteilungen 63 (7), S. 174–177, https://www.boeckler.de/wsimit_2010_07_kohte.pdf
- Niehaus, M. / Vater, G.** (2013): Das Betriebliche Eingliederungsmanagement: Umsetzung und Wirksamkeit aus wissenschaftlicher Perspektive, in: AOK-BV, BKK BV, DGUV, vdek (Hrsg.): iga.Report 24: Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme, Berlin/Essen, S. 9–14
- Oevermann, U.** (1997): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns, in: Combe, A. / Helsper, W. (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns, 2. Aufl., Frankfurt a. M., S. 70–182
- Oevermann, U.** (2002): Professionalisierungsbedürftigkeit und Professionalisiertheit pädagogischen Handelns, in: Kraul, M. / Marotzki, W. / Schweppe, C. (Hrsg.): Biographie und Profession, Bad Heilbrunn, S. 19–63
- Ohlbrecht, H. / Detka, C. / Kuczyk, S. / Lange, B.** (2018): Return to work und stay at work. Die Frage nach einem gelingenden betrieblichen Eingliederungsmanagement, in: Die Rehabilitation 57 (03), S. 157–164
- Roppel, K.** (2014): Unternehmenskultur macht den Unterschied – KMU und Konzerne im Vergleich, in: Die Wirtschaftsmediation 2/2014, S. 36–39
- Schaeper, H. / Kühn, T. / Witzel, A.** (2000): Diskontinuierliche Erwerbskarrieren und Berufswechsel in den 1990ern. Strukturmuster und biografische Umgangsweisen betrieblich ausgebildeter Fachkräfte, in: MittAB 33 (1), S. 80–100
- Schütze, F.** (2008): Biography analysis on the empirical base of autobiographical narratives: How to analyze autobiographical narrative interviews – Part one and two, in: European Studies on Inequalities and Social Cohesion 1–2 und 3–4/2008, S. 153–242 und 5–77
- Statistisches Bundesamt** (2018): Beschäftigungsanteile 2016, https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Unternehmen/Kleine-Unternehmen-Mittlere-Unternehmen/_inhalt.html (letzter Zugriff: 26. 03. 2019)
- Statistisches Bundesamt** (2019): Kleine und mittlere Unternehmen (KMU), <https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Handwerk/Glossar/kmu.html> (letzter Zugriff: 22. 06. 2019)
- Strauss, A. / Fagerhaugh, S. / Suczek, B. / Wiener, C.** (1980): Gefühlsarbeit. Ein Beitrag zur Arbeits- und Berufssoziologie, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 32, S. 629–651
- von Unger, H.** (2012): Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran?, in: Forum Qualitative Sozialforschung 13 (1), Art. 7
- Voswinkel, S.** (2017): Psychisch belastende Arbeitssituationen und die Frage der ‚Normalität‘, in: Alsdorf, N. / Engelbach, U. / Flick, S. / Haubl, R. / Voswinkel, S. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt. Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung, Bielefeld, S. 59–93
- Welter, F.** (2003): Strategien, KMU und Umfeld. Handlungsmuster und Strategiegeneese in kleinen und mittleren Unternehmen, Berlin

10 Für BEM-Prozesse wird nach Datenschutzrecht zwischen der Diagnose und den durch die Krankheit bestehenden Beeinträchtigungen differenziert. Informationen zur Diagnose dürfen nicht verlangt werden (vgl. dazu Kiesche 2019, S. 126, 129).

AUTOREN

CARSTEN DETKA, Dr. phil., wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Allgemeine Soziologie/Mikrosoziologie an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Forschungsschwerpunkte: Qualitative Arbeits- und Gesundheitsforschung, Professionsforschung.

@ c.detka@t-online.de

SUSANNE KUCZYK, M. A., wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Allgemeine Soziologie/Mikrosoziologie an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Forschungsschwerpunkte: Qualitative Arbeits- und Gesundheitsforschung, Return to Work.

@ susanne.kuczyk@ovgu.de

BIANCA LANGE, M. A., wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Allgemeine Soziologie/Mikrosoziologie an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Forschungsschwerpunkte: Qualitative Arbeits- und Gesundheitsforschung, Genderforschung.

@ bianca.lange@ovgu.de

HEIKE OHLBRECHT, Prof. Dr., hat den Lehrstuhl für Allgemeine Soziologie/Mikrosoziologie an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg und ist Initiatorin des DFG-Netzwerks Qualitative Gesundheitsforschung. Forschungsschwerpunkte: Qualitative Arbeits- und Gesundheitsforschung.

@ heike.ohlbrecht@ovgu.de