

Frühes Eingreifen bei psychischer Arbeitsunfähigkeit als ambivalente Strategie

Angesichts der steigenden Zahlen psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit setzt die Arbeitsmarktpolitik auf Frühintervention am Arbeitsplatz – in der Überzeugung, damit lasse sich verhindern, dass psychische Probleme sich zuspitzen und letztlich in Arbeitsplatzverlust münden. Dieses Prinzip führt jedoch zu ambivalenten Strategien, solange nur ein frühes Eingreifen gefordert wird, aber unbestimmt bleibt, worin und bei wem eigentlich eingegriffen werden soll. Am Beispiel dreier Schweizer Unternehmen verdeutlicht dieser Beitrag, dass und warum betriebliche Akteure in der Eingliederungspraxis vorwiegend darauf abzielen, dass sich Betroffene optimal den Arbeitsanforderungen anpassen können. Wie die Arbeitsbedingungen an die Beschäftigten angepasst werden können, bleibt dabei weitgehend ausgeklammert.

ANNA GONON

1 Ausgangslage und Problemstellung

Früherkennung und Frühintervention gelten im sozialpolitischen Diskurs als Königsweg der Prävention gesundheitlicher Einschränkungen sowie der beruflichen Reintegration betroffener Beschäftigter. Die Europäische Kommission empfahl bereits 2002 in einem Arbeitspapier, durch „frühzeitiges aktives Eingreifen“ am Arbeitsplatz zu verhindern, dass Beschäftigte mit hohem Langzeitarbeitslosigkeitsrisiko ihre Stelle verlieren (vgl. Niehaus et al. 2008, S. 110). Seit dem Anstieg der durch psychische Erkrankungen verursachten Fehlzeiten und Frühverrentungen, der seit den 1980er Jahren in den OECD-Ländern zu beobachten ist, werden *psychisch Erkrankte* als eine solche Risikogruppe wahrgenommen. Ein frühzeitiges Eingreifen am Arbeitsplatz gilt in ihrem Fall als zentral, weil gerade bei psychisch erkrankten Beschäftigten oft erst dann gehandelt wird, wenn die Krankheit bereits fortgeschritten ist. Dies liegt daran, dass Vorgesetzte aufgrund der Tabuisierung psychischer Krankheiten wahrgenommene Symptome erst spät ansprechen (Vater/Niehaus 2014), während Betroffene davor zurückschrecken, ihre Erkrankung am Arbeitsplatz offenzulegen (Irvine 2011).

Der Begriff der *Frühintervention* hat im sozialpolitischen Diskurs verschiedene Bedeutungen. Damit kann

zum einen gemeint sein, dass bei der ersten längeren Abwesenheit im Betrieb Maßnahmen ergriffen werden, die dem Erkrankten eine Rückkehr an den Arbeitsplatz erleichtern. Ein baldiger Wiedereinstieg wird als entscheidend angesehen, weil Arbeit eine rehabilitative Wirkung ausüben kann und weil die Wahrscheinlichkeit einer Rückkehr an den Arbeitsplatz mit der Dauer der Abwesenheit sinkt (OECD 2012, S. 166). Unter Frühintervention kann zum anderen auch verstanden werden, dass die Verantwortlichen im Betrieb Beschäftigte, die psychisch belastet erscheinen, auf ihre gesundheitliche Situation ansprechen, bevor es überhaupt zu einer Krankschreibung kommt. Hinter diesem Verständnis von Frühintervention steht die Erkenntnis, dass psychische Erkrankungen nicht zwingend zu Absenzen führen, sondern gerade von Vorgesetzten häufig als Leistungsprobleme oder „schwieriges“ Verhalten wahrgenommen werden (Baer et al. 2011). Konflikte und Verhaltensauffälligkeiten werden deshalb als „Frühwarnzeichen“ betrachtet.

Das Prinzip des frühzeitigen Eingreifens ist auch in Modellen des betrieblichen Eingliederungsmanagements verankert, wie sie in den letzten Jahrzehnten in Unternehmen eingeführt wurden – in gewissen Ländern auf gesetzlicher Grundlage. Zentrale Bestandteile des Eingliederungsmanagements sind das Erfassen und Überprüfen von Absenzen im Rahmen eines Fehlzeitenmanagements, Beratungsangebote für Beschäftigte mit gesundheitlichen

Einschränkungen, die Koordination von Wiedereingliederungsaktivitäten sowie Prävention und Gesundheitsförderung (Geisen 2015, S. 64). Über das Fehlzeitenmanagement und die Koordination der Wiedereingliederung soll sichergestellt werden, dass *frühzeitig* Maßnahmen zur Reintegration getroffen werden und eine erneute Arbeitsunfähigkeit verhindert wird (Niehaus et al. 2008; Giessert/Weißling 2012). Riechert und Habib (2017, S. 28) sehen in ihrer Konzeption eines Eingliederungsmanagements speziell in Bezug auf Beschäftigte mit psychischen Problemen die Möglichkeit eines Beratungsgesprächs vor, wenn noch keine krankheitsbedingten Fehlzeiten entstanden sind.

Die Annahme, dass ein Intervenieren bei der ersten Absenz die Wahrscheinlichkeit der Rückkehr an den Arbeitsplatz erhöht, gilt als erwiesen und kann als Bestandteil des sozialpolitischen *common sense* betrachtet werden (OECD 2012, 2014; Baer et al. 2011). Neuere Literaturreviews zu randomisierten Kontrollstudien stellen jedoch fest, dass bei Wiedereingliederungsprogrammen, die bei der ersten Langzeitabsenz ansetzen, bisher höchstens ein moderat verkürzender Effekt auf die Dauer der Krankheitsabwesenheit nachweisbar war, aber kein positiver Effekt auf die Quote der Rückkehrer (Vogel et al. 2017; Nigatu et al. 2016). Wenig Evidenz gibt es außerdem für den vermuteten positiven Effekt einer „sehr“ frühen Kontaktaufnahme von Verantwortlichen im Betrieb mit psychisch erkrankten Beschäftigten, d. h. schon innerhalb der ersten 15 Abwesenheitstage (Vargas-Prada et al. 2016; Demou et al. 2016). Weitere Studien belegen, dass eine frühe Rückkehr an den Arbeitsplatz auch hinderlich für die berufliche Rehabilitation sein kann. Gerade bei psychischen Erkrankungen, deren Symptome tendenziell wenig sichtbar sind, besteht die Gefahr, dass die Betroffenen sich zu schnell an den in ihrem Job geltenden Leistungsanforderungen orientieren bzw. wieder an diesen gemessen werden (Vossen et al. 2017). Ob die Wiedereingliederung gelingt, hängt nicht primär vom *frühen* Bereitstellen von unterstützenden Maßnahmen ab, sondern von Aushandlungen mit Vorgesetzten, die sich je nach Verhalten, Ersetzbarkeit und „Wert“ einer Mitarbeiterin für oder gegen eine Rückkehr an den Arbeitsplatz einsetzen (Seing et al. 2015; Nadai et al. 2018).

Die sozialwissenschaftliche Forschung widmet sich vorwiegend der Frage, welchen Effekt ein frühes Intervenieren auf die Abwesenheitsdauer bzw. Rückkehrerquote hat, oder sie befasst sich mit den allgemeinen Dynamiken des Wiedereingliederungsprozesses. Wenig Aufmerksamkeit wurde der Frage gewidmet, auf welche Weise die Akteure im betrieblichen Eingliederungsmanagement die Prinzipien der Früherkennung und Frühintervention tatsächlich umgesetzt haben. Entscheidend scheint nämlich zu sein, dass das Prinzip des frühen Eingreifens inhaltlich nicht weiter bestimmt ist: Es ist nicht weiter festgelegt, *was* getan werden soll, sondern nur, dass es *früh* getan werden soll. So ist z. B. offen, inwiefern ein frühes Eingreifen zur Identifikation und Einrichtung leistungsgerechter

Arbeitsplätze beiträgt. Konzepte des betrieblichen Eingliederungsmanagements sehen zwar vor, dass nicht nur an den Verhaltensweisen einzelner Beschäftigter (verhaltenspräventiv), sondern auch an einer Anpassung von Arbeitsbedingungen (verhältnispräventiv) gearbeitet werden soll (Ulich/Wülser 2015, S. 15ff.). Nach Voswinkel (2017b) fokussiert die Umsetzung jedoch tendenziell auf das individuelle Verhalten der Beschäftigten. Wenig erforscht ist zudem, welche Anliegen die Akteure der Wiedereingliederung mit einer frühen Rückkehr an den Arbeitsplatz verbinden. Wie Ekberg et al. (2015) zeigen, kann der rasche Wiedereinstieg etwa für Beschäftigte mit unsicherer Beschäftigungssituation eine Strategie zur Sicherung des Arbeitsplatzes darstellen. Solche akteursspezifischen Anliegen stellen wesentliche Bedingungen für das Gelingen von Eingliederungsmaßnahmen und die Kooperation der beteiligten Akteure dar.

Das Ziel dieses Aufsatzes ist es zu analysieren, mit welchen *Praktiken* die betrieblichen Akteure das Prinzip des frühen Eingreifens umsetzen. Um die Eingliederungspraktiken aus der Perspektive der beteiligten Akteure verständlich zu machen, werden deren *Handlungsprobleme* rekonstruiert, d. h. die Anliegen, die für sie in der jeweiligen Situation Relevanz besitzen und auf die sie sich mit ihren Handlungen beziehen (Strauss 1987, S. 34). Diese akteursspezifischen Anliegen stellen wesentliche Bedingungen für die Kooperation dar. Der Aufsatz soll damit zum Verständnis der Bedingungen beitragen, unter denen die Kooperation der am Wiedereingliederungsgeschehen beteiligten Akteure – Beschäftigte, Vorgesetzte, Personal- und BEM-Verantwortliche – stattfindet. Mit dem Fokus auf Strategien und Praktiken wird zudem berücksichtigt, inwiefern die Akteure zur Einrichtung leistungsgerechter Arbeitsplätze beitragen (können).

Der Beitrag beruht auf einer qualitativen Studie in drei Unternehmen in der Schweiz. Vor dem Hintergrund des in der Schweiz besonders starken Anstiegs der Frühverrentungen aus psychischen Gründen (Prins/Heijdel 2005, S. 4) forderte die OECD (2014, S. 52) eine verbesserte betriebliche Früherkennung und bemängelte, dass die Gesetzgebung die Überwachung krankheitsbedingter Abwesenheiten nicht garantiert. Gesetzliche Auflagen zur Durchführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements gibt es für Unternehmen bis heute nicht. Die Problematik psychisch erkrankter Beschäftigter wurde in der Schweiz während der letzten Jahre jedoch in diversen an Arbeitgeber gerichteten Sensibilisierungskampagnen thematisiert, und vor allem größere Unternehmen bieten auf freiwilliger Basis betriebliche Eingliederungsmaßnahmen an.

2 Forschungsdesign und Methoden

Die Studie wurde in zwei Versicherungsunternehmen mit je ca. 4000 Beschäftigten und einem Unternehmen der Freizeit- und Bekleidungsindustrie mit ca. 1000 Beschäftigten durchgeführt. Die drei Unternehmen verfügen über ein betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und führen regelmäßig Eingliederungsmaßnahmen durch. In den Versicherungen ist das BGM als Fachstelle organisiert und mit mehreren Vollzeitstellen ausgestattet. Im Industriebetrieb handelt es sich um ein alle zwei Wochen tagendes Gremium, das sich aus Personalverantwortlichen, dem Produktionsleiter und einem Mitarbeitervertreter zusammensetzt. Alle drei Unternehmen genießen die Reputation, als Arbeitgeber soziale Verantwortung wahrzunehmen.

Für die Feldforschung fungierten die Verantwortlichen des BGM als *Gatekeeper*. Insgesamt umfassen die erhobenen Daten leitfadengestützte Interviews mit neun Beschäftigten, die im Kontext psychischer Probleme vom BGM begleitet wurden, elf Vorgesetzten, sechs BGM- und fünf Personalverantwortliche, also 31 Interviews.¹ Die Interviews mit den Beschäftigten begannen mit einem narrativen Teil: Sie wurden gebeten, ausführlich zu erzählen, wie es dazu kam, dass sie mit dem BGM in Kontakt kamen und wie es danach weiterging. In sieben Fällen war es möglich, mit der Einwilligung der Beschäftigten ihre direkten Vorgesetzten und die zuständigen BGM-Verantwortlichen zu interviewen. Auch hier enthielten die Interviews einen narrativen Teil, der sich auf den Fallverlauf bezog. Ergänzend wurde nach Eingliederungspraktiken und Organisationsstrukturen gefragt. Die Interviews mit Personalverantwortlichen enthielten Fragen zur Organisation und den betrieblichen Abläufen im Zusammenhang mit der Krankschreibung und beruflichen Wiedereingliederung von Beschäftigten.

Die interviewten Beschäftigten sind als Kundenberater im Außendienst tätig, in der Buchhaltung, der IT, als Sachbearbeiter oder in der industriellen Produktion. Bei den Diagnosen handelte es sich mehrheitlich um Depressionen. Weibliche Beschäftigte sind im Sample der Interviews mit Betroffenen mit zwei Fällen deutlich untervertreten.² Um dies zu kompensieren, bat ich Vorgesetzte und BGM-Verantwortliche um ausführliche Fallschilderungen zu weiteren weiblichen Beschäftigten. Zudem sammelte ich betriebliche Dokumente zum BGM und habe bei einer BGM-Sitzung im Industriebetrieb sowie bei einem Sensibilisierungsworkshop zur Früherkennung psychischer Belastungen in einer Versicherung teilnehmend beobachtet.

Die Datenanalyse erfolgte nach den Prinzipien der *Grounded Theory* (Strauss 1987). Hierbei werden in enger Beziehung zum Datenmaterial analytische Konzepte entwickelt und sukzessive zu einer zusammenhängenden Theorie verdichtet. Die Entwicklung der Konzepte beruht

auf dem Prinzip des kontinuierlichen Vergleichens von Daten und erfolgt über drei Kodierverfahren sowie das Verschriftlichen analytischer Überlegungen als Memos. Beim offenen Kodieren wird das Datenmaterial Zeile für Zeile mit vorläufigen, an weiterem Datenmaterial zu prüfenden Konzepten versehen. Die primäre Analyseeinheit dieser Studie sind die Akteure. Die entwickelten Codes bezogen sich im offenen Kodieren u.a. auf Praktiken, Handlungsprobleme sowie relevante Organisationsstrukturen. Zudem wurden auf der Grundlage der verschiedenen erhobenen Perspektiven Fallanalysen zu den betroffenen Beschäftigten verfasst, auf deren Grundlage Codes zu den Fallverläufen entwickelt wurden. Im Schritt des axialen Kodierens werden die Zusammenhänge zwischen den erarbeiteten Codes untersucht. Für die Studie wurde u. a. geprüft, in welcher Beziehung die analysierten Praktiken und Handlungsprobleme zueinander stehen, zudem wurde auf die jeweiligen Strategien der Akteure sowie die Bedeutung des Kontexts, z. B. Arbeitsbedingungen oder Organisationsstrukturen, geachtet. In einem dritten Kodierverfahren, dem selektiven Kodieren, fokussiert die Analyse auf ausgewählte Schlüsselkategorien. Die Darstellung der Ergebnisse beginnt in Abschnitt 3 mit den Handlungsproblemen und Strategien der Frühintervention bei Beschäftigten, die aufgrund einer psychischen Erkrankung krankgeschrieben waren. Abschnitt 4 geht auf das Anliegen einer „frühen“ Rückkehr an den Arbeitsplatz ein. Abschnitt 5 analysiert Praktiken der Frühintervention in Bezug auf Beschäftigte, die ohne ärztliche Krankschreibung als Fälle eines psychischen Gesundheitsproblems kategorisiert wurden.

3 Legitimierung eingeschränkten Arbeitsvermögens

Nach dem klassischen arbeitssoziologischen Theorem ist die Umwandlung von Arbeitsvermögen in eine konkrete Arbeitsleistung von Unsicherheit geprägt, weil das Arbeitsvermögen nicht abschließend definierbar ist. Das An- bzw. Abwesenheitsverhalten der Beschäftigten am Arbeitsplatz trägt nach Taylor et al. (2010, S. 273) zu dieser Unsicherheit bei. Seine Kontrolle stellt aus der Sicht des Managements ein zentrales Element zur Aufrechterhaltung betrieblicher

1 Ein Teil der Datenerhebung erfolgte im Rahmen meiner Mitarbeit am Projekt „Berufliche Eingliederung zwischen Invalidenversicherung und Wirtschaft“, das vom Schweizerischen Nationalfonds gefördert und von Prof. Dr. Eva Nadai geleitet wurde.

2 Trotz verschiedener Anfragen erklärten sich nur zwei weibliche Betroffene zu einem Interview bereit.

Ordnung und Disziplin dar (ebd., S. 270). Entsprechend wirft eine Krankschreibung für den Arbeitgeber die Frage auf, bis wann mit einer Rückkehr an den Arbeitsplatz zu rechnen ist. Psychische Diagnosen³ gelten als schlecht fassbar und somit kann sich die Frage stellen, „ob diese Dauer [der Abwesenheit] irgendwie noch stimmen kann für diese Krankheit“ (BGM-Mitarbeiterin) – also ob sich die betroffene Beschäftigte länger als nötig krankschreiben lässt. Die Überprüfung der Legitimität des Leistungsausfalls stellt für den Arbeitgeber ein relevantes Anliegen dar. Für die Beschäftigten und ggf. andere Akteure, die sich für ihre Wiedereingliederung einsetzen, wird der Nachweis, dass es sich um einen legitimen Leistungsausfall handelt, zu einem zentralen *Handlungsproblem*.

Eine *Strategie*, den Leistungsausfall als legitim erscheinen zu lassen, besteht darin, den moralischen Status der Betroffenen als „echte“ Kranke zu bekräftigen. „Wenn es psychisch ist, sieht man es einem ja nicht an, man kann es schlecht beweisen“, sagt eine Beschäftigte in der industriellen Produktion. Zentral für den Eindruck, dass es sich um eine „echte“ Krankheit handelt, ist das Verhalten der Betroffenen. Vorgesetzte und BGM-Verantwortliche heben in ihren Fallschilderungen die Ehrlichkeit und Offenheit der Betroffenen hervor, ebenso deren Bereitschaft, sich den nötigen medizinischen Behandlungen zu unterziehen. Mit der Erwartung, dass diese alles für ihre Genesung tun, ist eine Komponente der „Krankenrolle“ angesprochen, wie sie Parsons (1952) beschrieben hat. Gerade bei psychischen Erkrankungen ist die Krankenrolle jedoch aufgrund des Stigmas keine unproblematische Handlungsoption. Mehrere Beschäftigte im Sample lassen sich erst nach längerer Überzeugungsarbeit von BGM-Verantwortlichen zu einer psychiatrischen Behandlung bewegen. Die zitierte Beschäftigte in der industriellen Produktion erinnert sich, dass eine HR-Verantwortliche sie zur medikamentösen Behandlung überreden wollte: „Die hat es ja auch nur gut gemeint. [...] Ist trotzdem meine Entscheidung.“ Betroffene nehmen solche Überzeugungsversuche als Eingriff in die persönliche Entscheidungssphäre wahr, geben ihnen aber mitunter nach, um dem Bild einer kooperativen, an der eigenen Genesung interessierten Kranken zu entsprechen.

Eine andere *Strategie* zur Legitimierung des Leistungsausfalls besteht darin, Ursachen zu benennen, die eine hohe psychische Belastung für Außenstehende nachvollziehbar erscheinen lassen. Ein Softwareingenieur erinnert sich an die Suche nach Erklärungen für seine Depression:

„Ziemlich genau vor einem Jahr bin ich in eine härtere Depression hineingegangen. Und wenn man jetzt schaut, wo sind die Ursachen, das ist jeweils noch schwierig, aber ich glaube mit der Zeit haben wir jetzt eigentlich schon, wo die Ursachen sind. Also ich habe familiär eine *sehr* schwierige Situation gehabt.“

Im Privatleben liegende Ursachen wie die „familiär schwierige Situation“ als Begründung anzuführen ist ty-

pisch für das Arbeitsumfeld des Softwareingenieurs, in dem hoher Leistungs- und Zeitdruck herrschen. Besonders nachdrücklich betont wurden „private“ Ursachen auch bei zwei Kundenberatern, die in ihrem Unternehmen mit kennzahlenorientierter Steuerung und einem provisionsbasierten Lohnsystem konfrontiert sind, also mit Bedingungen, die im Verdacht stehen, für Erschöpfungserkrankungen besonders anfällig zu machen.⁴ Durch die Betonung der „privaten“ Ursachen lässt sich das Gewicht beruflicher Faktoren relativieren. Dies entspricht dem Bedürfnis, sich als weiterhin leistungsfähige Beschäftigte zu profilieren und den fortdauernden Anspruch auf die aktuelle berufliche Position zu markieren. „Für mich ist ganz klar gewesen, dass diese Krise, die ich gehabt habe, *nicht* gewesen ist, weil es mir nicht passt bei der [Versicherung B], oder im Job, den ich mache“, erklärt ein IT-Mitarbeiter und ergänzt: „Und darum ist für mich auch klar gewesen, ich *möchte* wieder zurück, so schnell wie möglich.“ Mit dem Anführen von Ursachen, die außerhalb der Arbeit liegen, lässt sich die Einschränkung des Arbeitsvermögens plausibilisieren, ohne dabei den beruflichen Status der Betroffenen in Frage zu stellen. Gleichzeitig werden die Arbeitsbedingungen so nicht hinterfragt, was den Interessen des Arbeitgebers entgegenkommen dürfte. Wie Voswinkel (2017a, S. 89) anmerkt, erweisen sich Individualisierung der Erkrankung und Normalisierung der Arbeitsbedingungen so als „zwei Seiten einer Medaille“.

Erklärungen über die „Ursachen“ und die „Plausibilität“ der Erkrankung können die Akzeptanz für das eingeschränkte Arbeitsvermögen und den Spielraum für Eingliederungsmaßnahmen positiv beeinflussen. „Wenn ich ein gewisses Vertrauen habe, dass wirklich alles sehr echt ist, dann habe ich mehr Spielraum, wie lange wir zum Beispiel zahlen“⁵, erklärt ein HR-Verantwortlicher. In Abteilungen, in denen das Arbeitsvolumen nicht steuerbar ist, muss der Ausfall einer Arbeitskraft durch Mehrarbeit des Teams kompensiert werden. Erklärungen, die Akzeptanz und Verständnis schaffen, sind hier umso wichtiger. Die Konstruktion dieser Erklärungen erfordert aber, dass

3 Liegt eine ärztliche Krankschreibung vor, haben Arbeitgeber keinen rechtlichen Anspruch, die Diagnose zu erfahren. Die Diagnose wird im Sample dennoch von allen Betroffenen offengelegt.

4 Vgl. die Studie von Menz und Nies (2015) zu den psychischen Belastungen, die mit diesen Formen der Leistungssteuerung verbunden sind.

5 Die gesetzliche Lohnfortzahlungspflicht beträgt in der Schweiz je nach Anstellungsdauer zwischen drei und 17 Wochen. Viele größere und mittlere Unternehmen haben auf freiwilliger Basis eine Krankentagegeldversicherung abgeschlossen und gewähren krankgeschriebenen Beschäftigten einen Anspruch auf 80% des Lohns für die Dauer von zwei Jahren. Nach Ablauf des Kündigungsschutzes für kranke Beschäftigte, der je nach Dienstalter zwischen 30 und 180 Tagen beträgt, ist jedoch eine Kündigung möglich.

BGM-Verantwortliche oder Vorgesetzte mit den erkrankten Beschäftigten bereits während der Krankschreibungsphase in Kontakt treten. Die BGM-Verantwortlichen der untersuchten Versicherungen schlagen den Krankgeschriebenen regelmäßige Gespräche vor und besuchen sie zu Hause oder in der Klinik. Diese Praxis der „Entgrenzung zwischen Arbeit und Krankheit“ (Voswinkel 2017b, S.101) bedeutet für die Betroffenen, dass sie sich den zuweilen als übergriffig empfundenen frühen Kontaktaufnahmen beugen müssen, um den Eindruck legitimer Kranker zu vermitteln.

4 Zwischen Schonung und Leistungsansprüchen

Für Vorgesetzte, Personal- und BGM-Verantwortliche stellt die frühzeitige fachärztliche Behandlung ein Anliegen für sich dar: Bei „ernsteren Geschichten“ brauche es „professionelle Hilfe“ von Ärzten (Vorgesetzte Versicherung B). Das „Aufbieten“ zum Arzt sei eine „Führungsaufgabe“ (Personalverantwortliche Industriebetrieb). Dahinter steht zum einen der Wunsch, sich von der Verantwortung zu entlasten, zum anderen die Annahme, dass eine frühzeitige ärztliche Behandlung eine baldige Rückkehr an den Arbeitsplatz begünstigt. „Wir haben keine Mitarbeiter auf Vorrat. Wir haben genau die, die wir brauchen. Wenn die ausfallen, dann haben wir auch ein Problem“, erläutert ein Personalverantwortlicher des Industriebetriebs. Deshalb ersuche man Ärzte, „Teilarbeitsfähigkeiten“ auszustellen, um erkrankte Beschäftigte möglichst bald, wenn auch nur in Teilzeit, an den Arbeitsplatz zurückkehren zu lassen. Der Wiedereinstieg über ein schrittweise gesteigertes Teilzeitpensum wird aus therapeutischen Gründen auch von Psychiater*innen befürwortet und ist die gängigste Wiedereingliederungsmaßnahme bei psychisch erkrankten Beschäftigten.

In Abteilungen, in denen hoher Leistungsdruck herrscht und Teilzeitarbeit unüblich ist, erzeugen Teilzeitpensum jedoch organisatorische Probleme und Rechtfertigungsdruck. „Wenn jemand psychisch krank ist und ein halbes Jahr 50 Prozent arbeitet und immer sagt ‚Tschüss, schönen Nachmittag‘, dann ist es jeweils recht schwierig für die anderen, die im Stress sind.“ (BGM-Verantwortliche) Ein *Handlungsproblem* in der Wiedereingliederungsarbeit besteht deshalb darin, die Akzeptanz des Teams für das Teilzeitpensum zu gewinnen. Der Leiter einer IT-Abteilung erklärt: „Es ist okay, wenn man bei der Arbeit zurücksteckt, aber es ist nicht okay, wenn es ewige Sonderbehandlungen gibt oder spezielle Privilegien, die dann für die anderen nicht mehr nachvollziehbar sind.“ Eine *Strategie*, wie Betroffene ihren Verzicht auf „Sonderbehandlungen“ verdeutlichen, besteht darin, auch mal mehr

zu arbeiten als vereinbart, wenn es die Situation und der Arbeitsdruck verlangen. Diese Strategie kann zu einem prekären Ausbalancieren zwischen Inanspruchnahme der vereinbarten Schonzeit und gleichzeitiger Demonstration von Leistungsbereitschaft führen. Sie mündet in die absurde Logik, dass ein Schonanspruch nur dann akzeptabel ist, wenn die Betroffenen ihre Bereitschaft beweisen, auf den zugestandenen Schonanspruch teilweise zu verzichten.

Demgegenüber kommt es in den drei Unternehmen kaum zur Anpassung von Arbeitsbedingungen an die gesundheitliche Situation der erkrankten Beschäftigten. Zur Begründung verweisen Vorgesetzte und BGM-Verantwortliche teils auf die angeführten „privaten“ Ursachen. Auch Betroffene lehnen die Abgabe von Verantwortung mit dem Hinweis auf „private“ Ursachen für ihre Erkrankung ab, u. a. weil sie sie mit beruflichem Zurücktreten den Verlust an Status und Entwicklungsmöglichkeiten assoziieren. Darüber hinaus bestehen insbesondere in der industriellen Produktion und in den Verkaufsabteilungen der Versicherung wenig Spielräume zur Anpassung von Arbeitsabläufen und Aufgaben. Im Industriebetrieb erschweren die Verkettung von Produktionsabläufen und Teamarbeit die Anpassung von Arbeitsrhythmen und Pausen. In den Verkaufsteams der Versicherung senken Teamverkaufsziele die Toleranz für die eingeschränkte Leistungsfähigkeit einzelner Beschäftigter (siehe auch Foster/Wass 2013). Eine „frühe Rückkehr“ an den angestammten Arbeitsplatz erfolgt so meist ohne Arbeitsplatzanpassungen. Über die (zeitweilige) Reduktion des Pensums werden eher die Beschäftigten den Stellenprofilen angepasst als umgekehrt, indem schlicht die Zeit reduziert wird, in der sie den belastenden Arbeitsbedingungen ausgesetzt sind (siehe auch Nadai et al. 2018, S. 416).

5 Alternatives Leistungs- und Konfliktmanagement

In allen drei Unternehmen kommt es primär dann zu BGM-Interventionen, wenn Beschäftigte länger krankgeschrieben sind. In den Versicherungsunternehmen schalten sich BGM-Verantwortliche jedoch auch bei häufigen kürzeren Absenzen ein oder wenn Beschäftigte als psychisch belastet auffallen.⁶ Da die BGM-Stellen auch für die Beratung bei Konflikten und Leistungsproblemen zuständig sind, gelangen darüber hinaus systematisch

⁶ Da es in der Schweiz keine Pflicht für Unternehmen zur Durchführung von Gefährdungsanalysen gibt, beruht diese Art der Früherkennung auf zufälligen Beobachtungen von Vorgesetzten oder Kolleg*innen.

nicht-krankgeschriebene Beschäftigte in den Fokus. In diesem Abschnitt sollen die auf solche Fälle bezogenen *Praktiken* der BGM-Verantwortlichen anhand von konkreten Fallbeispielen exemplarisch analysiert werden. Fünf Beschäftigte des Samples⁷ wurden in einem solchen Kontext vom BGM begleitet. Als das BGM an sie herantrat, nahmen sie selbst zwar ein Problem wahr, ihre psychische Belastung stand dabei aber nicht im Vordergrund. Zwei Beschäftigte sprachen von einer persönlichen Krise, einer sah sich als Teil eines Teamkonflikts und für zwei weitere lag das Hauptproblem – nach der Einschätzung ihrer Vorgesetzten – in Fehlentscheidungen des Managements. Letzteres trifft auf einen Kundenberater in Versicherung A zu, dem eine Maßnahme zur „Leistungsverbesserung“⁸ drohte, weil er in den vergangenen Monaten die Verkaufsziele nicht erreicht hatte. Er erinnert sich an das Gespräch mit seinen Vorgesetzten:

„Da habe ich gesagt, ich bin an einem Punkt angelangt, mit diesen vielen Veränderungen, die ihr machen wollt, die für mich momentan nicht tragbar sind, es geht irgendwie nicht. Ich checke die Abläufe zum Teil nicht mehr.“

Sein direkter Vorgesetzter deutet dies als Offenlegung seiner „Überforderung“. Er sieht von der geplanten Maßnahme ab und schaltet stattdessen das BGM ein. Aus der Sicht des Kundenberaters war es nicht seine primäre Absicht, gesundheitliche Probleme geltend zu machen, sondern die Arbeitsbedingungen seiner Agentur (u.a. die „zahlenorientierte Führung“) zu kritisieren. Die Einschaltung des BGM kommentiert er damit, dass nun die „Tür nach oben“ aufgemacht wurde. Was aus seiner Sicht als Kritik gemeint ist, wird somit als individuelle „Überforderung“ perzipiert.

Die Einordnung als „psychischer“ BGM-Fall ist weniger selbstverständlich, wenn keine medizinische Diagnose vorliegt. Ist von einer „persönlichen Krise“ oder einer „Überforderung“ die Rede, nehmen die BGM-Verantwortlichen in Versicherung A in ihren Fallakten eine Kategorisierung als „psychisch“ vor und empfehlen den Beschäftigten, sich psychiatrisch abklären zu lassen. Ein Beschäftigter beginnt auf Anraten des BGM eine Psychotherapie, in der Hoffnung, seine „Krise“ besser überwinden zu können. Der oben erwähnte Kundenberater lehnt die Krankheitszuschreibung dagegen ab: „Ich will *nicht* krankmachen, ich möchte schauen, dass ich die Nähe zum Betrieb noch habe und nicht weg bin.“ Stattdessen habe er die BGM-Begleitung als „unterstützende Maßnahme anschauen wollen, die mich zusätzlich stärken kann“. Selbst wenn die Betroffenen die Krankheitsdefinition nicht teilen, verleiht ihnen die BGM-Begleitung den Status besonderer Unterstützungsbedürftigkeit, vor deren Hintergrund disziplinierende Maßnahmen unangemessen erscheinen. Im Fall eines Kundenberaters in Versicherung A, der infolge einer Beziehungskrise und Alkoholproblemen seine Arbeit nicht mehr erledigt, setzt sich der BGM-Verantwortliche gegenüber der Personalabteilung für Milde ein:

„Wir haben mehrere Gespräche gehabt auf der Agentur, und ich habe ihm auch ein bisschen den Hintern gerettet, weil dort ist das Messer relativ nahe am Hals gewesen, dass man gesagt hat, ja du, so einen da, den können wir nicht ..., oder?“

Der BGM-Verantwortliche sieht seine Rolle in einer „anwaltschaftlichen“ Stellungnahme für den Beschäftigten. In den beiden genannten Fällen begleitet er die Beschäftigten auch bei der Arbeit, um sie bei der Erfüllung der Leistungsvorgaben zu unterstützen, er vereinbart Arbeitspläne mit ihnen und kontrolliert deren Einhaltung. Das BGM wird so zu einer sanfteren Alternative gegenüber den herkömmlichen disziplinarischen Maßnahmen des Personalmanagements.

Eine BGM-Verantwortliche in Versicherung B erklärt, dass man keine explizite Zuordnung zu einer Krankheitskategorie pflege, um nicht zusätzlich zu stigmatisieren. Dennoch ordnet sie einen Beschäftigten, den sie im Kontext einer Konfliktsituation berät und der von seinem Team aufgrund seines aufbrausenden Verhaltens als Hauptverantwortlicher für den Konflikt betrachtet wird, implizit als Fall einer psychischen Beeinträchtigung ein. Gemeinsam mit seiner Vorgesetzten informiert sie sich bei einer medizinischen Fachperson über das Störungsbild. Die Einführung der *potenziellen* psychischen Beeinträchtigung bewirkt aus Sicht der Vorgesetzten, dass sie anders mit dem betroffenen Mitarbeiter umgeht und das Team um Verständnis für sein Verhalten ersucht:

„Es ist gut, Verständnis zu haben, warum das anders ist, es ist nicht böswillig, sondern einfach, die Gehirnstrukturen, das Nervensystem oder was auch immer, die Neuronen funktionieren so. Und der Mensch *kann* nicht anders.“

Um nicht zu stigmatisieren, wird die Laiendiagnose gegenüber Mitarbeiter und Team nicht kommuniziert, sondern als „spezielle Eigenschaften“ umschrieben. Dies sorgt für eine größere Toleranz gegenüber Verhaltensweisen, die vom Team zuvor als schwierig wahrgenommen wurden.

Das frühe Eingreifen des BGM bei Beschäftigten, die im Kontext von Leistungsproblemen oder Konflikten als psychisch belastet erscheinen, kann bewirken, dass Personalabteilungen und Vorgesetzte keine herkömmlichen disziplinarischen Maßnahmen durchführen. Die Rahmung als psychisches Problem liefert einen „account“ der Situation „jenseits von Motiven“ (Dellwing 2010, S. 51f.)

7 Mit dreien von ihnen konnte ein direktes Interview geführt werden. Bei den zwei anderen stammen die Informationen zum Fallverlauf aus den Interviews mit ihren Vorgesetzten bzw. den zuständigen BGM-Verantwortlichen.

8 Es handelt sich um ein Verfahren des Personalmanagements, das beim mehrfachen Verfehlen von Leistungszielen einsetzt. Die Beschäftigten werden in mehreren Etappen schriftlich auf das Verfehlen der Zielvorgaben hingewiesen und müssen eine Vereinbarung unterschreiben, dass sie sich der Konsequenzen, die bis zu einer Kündigung reichen, bewusst sind.

und „trennt“ damit die Person von der als problematisch bewerteten Handlung. Da die Beschäftigten ohne Krankenschreibung über keinen rechtlich verbindlichen Status verfügen, ist ihr Status der Unterstützungsbedürftigkeit im Vergleich zu Beschäftigten mit ärztlicher Krankenschreibung jedoch instabil. Beim oben erwähnten Kundenberater tritt die Leistungsverbesserungsmaßnahme nach ein paar Monaten doch in Kraft – laut seinem Vorgesetzten, nachdem er gesagt habe, es „gehe ihm psychisch besser“, laut dem Betroffenen selbst, nachdem er sich in einer unternehmensinternen Umfrage kritisch über seine Agentur geäußert hatte. Die Rahmung als gesundheitliches Problem führt umgekehrt dazu, dass die Komplexität der Situation auf die psychische Verfassung einer einzelnen Person reduziert wird. Problematische Arbeitsbedingungen und überindividuelle Konfliktursachen geraten so nicht in den Blick. Das BGM wird zu einem, wenn auch „anwaltschaftlichen“, Instrument zur Durchsetzung betrieblicher Leistungsvorgaben sowie zum Instrument einer Konfliktbearbeitung, die im Betrieb liegende Ursachen tendenziell ausblendet.

6 Fazit

Früherkennung und Frühintervention gelten im sozialpolitischen Diskurs als Königsweg der Prävention von psychischen Beeinträchtigungen und der Reintegration psychisch erkrankter Beschäftigter. Welche konkreten Interventionen *früh* erfolgen sollen, ist jedoch offen gelassen. Dies trifft insbesondere für die Schweiz zu, wo es keine gesetzlichen Vorgaben für ein betriebliches Eingliederungsmanagement gibt. Ziel des Beitrags war es, am Beispiel von drei Unternehmen in der Schweiz zu analysieren, wie betriebliche Akteure das Prinzip des „frühen Eingreifens“ in der Praxis der betrieblichen Wiedereingliederung umsetzen und welchen Stellenwert es in ihren Eingliederungsstrategien besitzt.

Bei Beschäftigten, die längere Zeit krankgeschrieben sind, erweist sich die Legitimation des eingeschränkten Arbeitsvermögens als zentrales Handlungsproblem der Wiedereingliederungsarbeit. Eine *frühe Kontaktaufnahme* des BGM mit Betroffenen kann helfen, Deutungen zu erarbeiten, die die „Echtheit“ ihrer Erkrankung plausibilisieren. Diese Erklärungen sind aus der Sicht von BGM-Verantwortlichen entscheidend dafür, ob sie Eingliederungsmaßnahmen gegenüber HR-Verantwortlichen, Vorgesetzten oder Teams rechtfertigen können. Für die Betroffenen ist das Erarbeiten solcher Erklärungen im Kontext der Identitätsarbeit bedeutsam, die sie angesichts des Stigmas einer psychischen Erkrankung zu bewältigen haben (Elraz 2018). Mit dem oft erfolgenden Verweis auf „private“ Ursachen der Erkrankung lässt sich eine Deu-

tung konstruieren, die die grundsätzliche Leistungsfähigkeit der Betroffenen nicht in Frage stellt. Damit werden die psychischen Belastungen jedoch gleichsam aus dem Betrieb ausgelagert. Betriebliche Belastungsfaktoren geraten so nicht in den Fokus.

Aus der Perspektive von Vorgesetzten, HR- und BGM-Verantwortlichen ist eine *frühe Rückkehr an den Arbeitsplatz* wichtig. Die Rückkehr erfolgt üblicherweise in einem Teilzeitpensum, das schrittweise gesteigert wird. Der frühe Wiedereinstieg kann dem Bedürfnis Betroffener entsprechen, ihre Leistungsbereitschaft zu demonstrieren. Gerade in Bereichen mit hohem Leistungsdruck halten die Beschäftigten bei einer frühen Rückkehr das vereinbarte Pensum jedoch unter Umständen nur teilweise ein, was im Widerspruch zur Idee der Rehabilitation steht (Vossen et al. 2017; Seing et al. 2015). Anpassungen der Arbeitsbedingungen oder Arbeitsaufgaben, also die Schaffung eines dem Leistungsvermögen besser angepassten Arbeitsplatzes, war im Sample selten und wurde mitunter von den Betroffenen selbst mit dem Hinweis auf die „privaten“ Ursachen für ihre Erkrankung abgelehnt.

Frühes Eingreifen kann zudem bedeuten, dass BGM-Verantwortliche *bei Beschäftigten intervenieren*, die im Kontext von Leistungsproblemen oder Konflikten als *psychisch belastet erscheinen*. Eine (implizite) Kategorisierung als „psychischer“ BGM-Fall bringt den informellen Status der Unterstützungsbedürftigkeit mit sich und kann dazu führen, dass Vorgesetzte und HR-Verantwortliche von Konsequenzen wie einer negativen Mitarbeiterbeurteilung oder disziplinarischen Maßnahmen absehen. Dieser Status ist jedoch instabil. In den analysierten Fällen unterstützte das BGM die Beschäftigten zudem vor allem dabei, die Leistungsanforderungen müheloser zu erfüllen, was letztlich auf eine sanftere Form der Leistungssteuerung hinausläuft. Indem das BGM auch bei Konflikten um Leistungsanforderungen interveniert, kann es für Beschäftigte zu einem Kanal werden, Kritik an den Arbeitsbedingungen anzubringen. Diese Beobachtung ist anschlussfähig an Graefe (2015), die psychische Erschöpfung als gegenwartstypische Form der Thematisierung sozialer Konflikte analysiert. Mit der Rahmung als gesundheitliches Problem, die sich aus einer BGM-Begleitung ergibt, wird diese Kritik jedoch umgehend neutralisiert.

Das analysierte Datenmaterial bietet Einsichten dazu, welche Bedingungen sich auf das Potenzial „früher“ Eingliederungsmaßnahmen auswirken. Die geltenden Arbeitsnormen und Formen der Leistungssteuerung beeinflussen das Ausmaß, in dem eingeschränktes Arbeitsvermögen als rechtfertigungsbedürftig erscheint und ein möglichst früher Wiedereinstieg als Zeichen von Leistungsbereitschaft gedeutet wird. Die Ausklammerung problematischer Arbeitsbedingungen, die Voswinkel (2017a, S. 61) als „inhärente Tendenz“ des Eingliederungsmanagements beschreibt, scheint in Arbeitsbereichen mit hohem Leistungsdruck und einem ausgeprägten Leistungsethos besonders stark ausgeprägt zu sein. Eingliederungsaktivi-

täten stehen tendenziell im Widerspruch zu personalpolitischen Maßnahmen der Leistungssteuerung (Cunningham et al. 2004). Werden „frühe“ BGM-Interventionen in Bezug auf Beschäftigte durchgeführt, die aufgrund zu geringer Leistungen in der Kritik stehen oder sich in Konfliktsituationen befinden, kann „gesundheitliche Prävention“ jedoch auch zu einem Instrument der sanfteren Leistungssteuerung oder Disziplinierung werden.

Gerade aufgrund seiner inhaltlichen Unbestimmtheit erweist sich das Prinzip des frühen Eingreifens als ambivalente Eingliederungsstrategie, die sowohl dem Schutz der Erkrankten als auch der Durchsetzung der Arbeitgeberinteressen dienen kann. In der beobachteten Praxis läuft ein frühes Eingreifen vorwiegend darauf hinaus, dafür zu sorgen, dass sich die Betroffenen optimal den Arbeitsanforderungen anpassen können. Die Arbeitsbedingungen selbst werden dabei kaum in Frage gestellt. Sinnvoll erschiene Frühintervention jedoch eigentlich gerade dann, wenn gesundheitliche Risiken am Arbeitsplatz frühzeitig beseitigt werden könnten. ■

LITERATUR

- Baer, N. / Fasel, T. / Frick, U. / Wiedermann, W.** (2011): „Schwierige Mitarbeiter“. Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche, Bern
- Cunningham, I. / James, P. / Dibben, P.** (2004): Bridging the gap between rhetoric and reality: Line managers and the protection of job security for ill workers in the modern workplace, in: *British Journal of Management* 15 (4), S. 273–90
- Dellwing, M.** (2010): Wie wäre es, an psychische Krankheiten zu glauben? Wege zu einer neuen soziologischen Betrachtung psychischer Störungen, in: *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 35 (1), S. 40–58
- Demou, E. / Brown, J. / Sanati, K. / Kennedy, M. / Murray, K. / Macdonald, E. B.** (2016): A novel approach to early sickness absence management: The EASY (Early Access to Support for You) way, in: *Work* 53 (3), S. 597–608
- Elraz, H.** (2018): Identity, mental health and work: How employees with mental health conditions recount stigma and the pejorative discourse of mental illness, in: *Human Relations* 71 (5), S. 722–741
- Ekberg, K. / Wählin, C. / Persson, J. / Bernfort, L. / Öberg, B.** (2015): Early and late return to work after sick leave: Predictors in a cohort of sick-listed individuals with common mental disorders, in: *Journal of Occupational Rehabilitation* 25 (3), S. 311–321
- Foster, D. / Wass, V.** (2013): Disability in the labour market: An exploration of concepts of the ideal worker and organisational fit that disadvantage employees with impairments, in: *Sociology* 47 (4), S. 705–721
- Geisen, T.** (2015): Workplace integration through disability management, in: Escorpizo, R. / Brage, S. / Homa, D. / Stucki, G. (Hrsg.): *Handbook of vocational rehabilitation and disability evaluation*, Cham, S. 55–71
- Giessert, M. / Weißling, A.** (2012): Betriebliches Eingliederungsmanagement in Großbetrieben, Frankfurt a.M.
- Graefe, S.** (2015): Subjektivierung, Erschöpfung, Autonomie: eine Analyseskizze, in: *Ethik und Gesellschaft* 2/2015, S. 1–26
- Irvine, A.** (2011): Something to declare? The disclosure of common mental health problems at work, in: *Disability & Society* 26 (2), S. 179–92
- Menz, W. / Nies, S.** (2015): Wenn allein der Erfolg zählt. Belastungen und Work-Life-Balance in den Finanzdienstleistungen, in: Kratzer, N. / Menz, W. / Pangert, B. (Hrsg.): *Work-Life-Balance – eine Frage der Leistungs politik*, Wiesbaden, S. 233–273
- Nadai, E. / Gonon, A. / Rotzetter, F.** (2018): Costs, risks and responsibility. Negotiating the value of disabled workers between disability insurance and employers, in: *Swiss Journal of Sociology* 44 (3), S. 405–422
- Nigatu, Y. T. / Liu, Y. / Uppal, M. / McKinney, S. / Rao, S. / Gillis, K. / Wang, J.** (2016): Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, in: *Psychological Medicine* 46 (16), S. 3263–3274
- Niehaus, M. / Magin, J. / Marfels, B. / Vater, E. G. / Werkstetter, E.** (2008): Betriebliches Eingliederungsmanagement. Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IV, Köln
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development)** (2012): *Sick on the job? Myths and realities about mental health and work*, Paris
- OECD** (2014): *Mental health and work: Switzerland*, Paris
- Parsons, T.** (1952): *The social system*, London
- Prins, R. / Heijdel, W.** (2005): *Invaliddität infolge psychischer Beeinträchtigung. Zahlen- und Maßnahmenvergleich in sechs Ländern*, Bern
- Riechert, I. / Habib, E.** (2017): *Betriebliches Eingliederungsmanagement bei Mitarbeitern mit psychischen Störungen*, Berlin/Heidelberg
- Seing, I. / MacEachen, E. / Stähl, C. / Ekberg, K.** (2015): Early-return-to-work in the context of an intensification of working life and changing employment relationships, in: *Journal of Occupational Integration* 25 (1), S. 74–85
- Strauss, A. L.** (1987): *Qualitative Analysis for Social Scientists*, Cambridge
- Taylor, P. / Cunningham, I. / Newsome, K. / Scholarios, D.** (2010): “Too scared to go sick” – reformulating the research agenda on sickness absence, in: *Industrial Relations Journal* 41 (4), S. 270–288
- Ulich, E. / Wülser, M.** (2015): *Gesundheitsmanagement in Unternehmen*. 6., überarb. u. erw. Aufl., Wiesbaden
- Vargas-Prada, S. / Demou, E. / Laloo, D. / Avila-Palencia, I. / Sanati, K. A. / Sampere, M. / Freer, K. / Serra, C. / Macdonald, E. B.** (2016): Effectiveness of very early workplace interventions to reduce sickness absence: A systematic review of the literature and meta-analysis, in: *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 42 (4), S. 261–272
- Vater, E. G. / Niehaus, M.** (2014): *Psychische Erkrankungen und berufliche Wiedereingliederungen*, in: Angerer, P. / Glaser, J. / Gündel, H. / Henningsen, P. / Lahmann, C. / Letzel, S. / Nowak, D. (Hrsg.): *Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit. Wissenschaft, Erfahrungen, Lösungen aus Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und Psychosomatischer Medizin*, Heidelberg, S. 220–230
- Vogel, N. / Schandelmaier, S. / Zumbrunn, T. / Ebrahim, S. / de Boer, W. E. L. / Busse, J. W. / Kunz, R.** (2017): Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave, in: *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), Art. No.: CD011618
- Vossen, E. / van Gestel, N. / van der Heijden, B. I. J. M. / Rouwette, E. A. J. A.** (2017): “Dis-able bodied” or “dis-able minded”: Stakeholders’ return-to-work experiences compared between physical and mental health conditions, in: *Disability and Rehabilitation* 39 (10), S. 969–77
- Voswinkel, S.** (2017a): 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. 59–94
- Voswinkel, S.** (2017b): *Betriebliches Eingliederungsmanagement. Verfahren und Problemsichten*, 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. 257–294

AUTORIN

ANNA GONON, M. A., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule für Soziale Arbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz. Forschungsschwerpunkte: Arbeitsmarkt- und Beschäftigungssoziologie.

@ anna.gonon@fhnw.ch