



Fachbereich Humanwissenschaften

Betriebliches Eingliederungsmanagement

*Wissenschaftliche Begleitung der Konzeption
und Implementation am Beispiel einer Klinik*

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophie

vorgelegt von
Anja Greiwe
aus
Osnabrück

2012

Danksagung

Die Grundlage einer Kontaktaufnahme, eines in Beziehung zueinander zu gehen, sind zumeist Worte in verbaler oder schriftlicher Form. Das in Kontakt treten mit Personen, die von Krankheit betroffen sind, erfordert eine mitunter sehr sensible Wortwahl.

Kalte Worte lassen Menschen erstarren, hitzige Worte schmerzen sie. Bittere Worte machen sie bitter, und zornige Worte machen sie zornig. Freundliche Worte bringen gleichfalls ihr Abbild im Gemüt des Menschen hervor:

Sie erheitern, besänftigen und trösten ihn.

(Blaise Pascal, französischer Mathematiker und Philosoph, 1623 – 1662)

Ich möchte danke sagen.

Ein großer Dank gilt Frau Prof. Dr. Wulfhorst und Frau Prof. Dr. Makowsky für die Bereitschaft, dieses Promotionsvorhaben zu begleiten, mir inhaltlich kritische, konstruktive Rückmeldungen zu geben und so eine wesentliche Dynamik in das Forschungsvorhaben und auch dessen Abschluss brachten.

Darüber hinaus danke ich der Betriebsleitung der untersuchten Einrichtung, die einer Kooperation zum Thema Gesundheitsförderung mit der Universität Osnabrück offen gegenüber stand und mir somit die Durchführung der Studie möglich machte.

Ein besonderer Dank gilt dem Personalleiter und stellvertretenden Kaufmännischen Direktor der Klinik, der mir für die gesamte Dauer der Studiendurchführung als Ansprechpartner zur Verfügung stand.

Weiter danke ich den Mitgliedern der BEM-Arbeitsgruppe für die Möglichkeit der Mitarbeit an der Dienstvereinbarung zum BEM und der Entwicklung des BEM-Verfahrens in der Einrichtung. Die vielen konstruktiven Gespräche über grundsätzliche Aspekte, aber auch über einzelfallbezogene Betrachtungsweisen waren, gerade auch im Hinblick auf die methodisch qualitative Vorgehensweise der vorliegenden Untersuchung, sehr hilfreich.

Ein weiterer Dank gilt den Studienteilnehmern. Vor allem danke ich denjenigen, die mir ein besonderes Vertrauen entgegenbrachten, in dem sie mit mir über ihr Krankheitserleben speziell am Arbeitsplatz sprachen.

Darüber hinaus danke ich Anneke Schyga, die mit großer Sorgfalt einen Teil der Abbildungen der vorliegenden Arbeit erstellt hat und mir mit ihren konstruktiven Anmerkun-

gen und ihrer erfrischenden Art beständig zur Seite stand. Ingegerd Giese danke ich für das Korrekturlesen und die ebenfalls kritisch-konstruktiven Anmerkungen.

Weiter danke ich meinen Freunden und meiner Familie. Ein ganz besonders herzlicher Dank gilt meinen Kindern Aline und Joanna sowie meinem Partner Nils Hülshoff, der mir mit viel Geduld die notwendige emotionale Unterstützung gegeben hat, das Forschungsvorhaben, trotz mitunter privat und beruflich herausfordernder Umstände, durchzuführen, in einen Gesamtzusammenhang zu verorten, auf Papier zu bringen und abzuschließen.

Anja Greiwe
Osnabrück, im Oktober 2012

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	7
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	9
TABELLENVERZEICHNIS.....	10
I EINLEITUNG	11
1 Einführung in die Problemstellung	11
2 Zielsetzung der Arbeit	14
3 Überblick zum Aufbau der Arbeit.....	15
II THEORETISCHE GRUNDLAGEN	18
1 Aktueller Forschungsstand	18
1.1 Betriebliches Eingliederungsmanagement im Kontext des Disability Managements	18
1.2 Entwicklung und Umsetzung des Disability Managements	21
1.3 Studien zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement	22
2 Zentrale Begrifflichkeiten und Verortung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements.....	24
2.1 Konzeption	24
2.2 Implementation.....	25
2.3 Personal- und Organisationsentwicklung.....	25
2.4 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM).....	29
2.4.1 Fort- und Weiterbildung	32
2.4.2 Betriebliche Gesundheitsförderung	34
2.4.3 Arbeits- und Gesundheitsschutz.....	36
2.4.4 Arbeitsgestaltung und Arbeitsorganisation	37
2.4.5 Führung und Zusammenarbeit	40
2.4.6 Betriebliches Eingliederungsmanagement	42
2.4.6.1 Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell	44
2.4.6.2 Krankenrückkehrgespräche.....	45
2.5 Gesundheitswissenschaftliche Verortung	47
2.5.1 Gesundheitspädagogische Verortung	51
2.5.2 Gesundheitspsychologische Verortung	52
2.5.3 Gesundheitssoziologische Verortung	55
2.6 Gesundheitspolitische Verortung	55
2.6.1 Implikationen für die Versorgungsforschung	57
2.6.2 Implikationen für die Rehabilitationsforschung	58
3 Der Arbeit zugrunde liegende praktische Ansätze und theoretische Modelle.....	61
3.1 BEM-Konzepte und Standards.....	61
3.1.1 Der prozessorientierte Ansatz des BEM.....	61
3.1.2 Modell für BEM in kleinen und mittleren Unternehmen	67
3.2 Theoretische Ansätze zur Erklärung gesundheitsbezogenen Verhaltens und ihre Bedeutung für das BEM-Verfahren	73
3.2.1 Klärung zentraler Begrifflichkeiten	74
3.2.2 Salutogenesemodell nach Antonovsky.....	75
3.2.3 Sozialkognitive Theorie nach Bandura	78
3.2.3.1 Selbstwirksamkeit / Selbstwirksamkeitserwartung	79
3.2.3.2 Förderung von Selbstwirksamkeitserwartung	83
3.2.3.3 Die Attributionstheorie nach Weiner und Selbstwirksamkeitserwartung	86

3.3	Grundlegende arbeitsweltbezogene Modelle und Konzepte zur Gesundheit.....	87
3.3.1	Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen	87
3.3.2	Staff Nurse Empowerment and Effort-Reward Imbalance	89
III	STUDIE	96
1	Feldzugang	96
1.1	Hintergrund des Forschungsvorhabens	96
1.2	Eckdaten der untersuchten Einrichtung	96
2	Forschungsfragen	97
3	Forschungsansatz und Methoden	99
3.1	Untersuchungsansatz und eingesetzte Verfahren	99
3.2	Perspektiven des Forschungsinteresses	100
3.3	Gütekriterien qualitativer Forschung	101
4	Datenerfassung und Gewinnung der Studienteilnehmer	103
4.1	Gewinnung der Studienteilnehmer	103
4.1.1	Auswahl und Eckdaten der Studienteilnehmer (Beschäftigte)	103
4.1.2	Auswahl und Eckdaten der Studienteilnehmer (Akteure).....	107
5	Darstellung der Datenaufbereitung	108
6	Qualitative Datenauswertung	109
6.1	Entwicklung der Auswertungskategorien	110
6.2	Codieren des Materials und Darstellung der Ergebnisse	112
6.2.1	Verständnis	116
6.2.2	Umsetzung.....	119
6.2.3	Einführungsgründe	121
6.2.4	Implementationsgrundsätze	124
6.2.5	Chancen	128
6.2.6	Barrieren	132
6.2.7	Verfahren bei erkrankten Mitarbeitern vor Einführung des BEM.....	136
6.2.8	Maßnahmen der Wiedereingliederung vor Einführung.....	138
6.2.9	Reaktion der IBF.....	140
6.2.10	Ansprache.....	143
6.2.11	BEM-Beauftragter	144
6.2.12	Schulungen.....	145
6.2.13	Informationsmöglichkeiten	147
6.2.14	Wirksamkeit	148
6.2.15	Ursachenzuschreibung der Erkrankung	149
6.2.16	Unterstützung	151
6.2.17	Verantwortungsbereich Mitarbeitergesundheit	157
6.2.18	Maßnahmen für Gesundheit.....	158
IV	DISKUSSION	164
1	Zusammenfassung der Ergebnisse	164
2	Abriss des Implementationsprozesses auf Grundlage der Ergebnisse	193
3	Kritische Reflexion der Studie.....	197
4	Fazit und Ausblick.....	199
V	LITERATURVERZEICHNIS	203
VI	ANHANG.....	217

Infoschreiben.....	217
Anschreiben BEM-Angebot.....	219
Antwortschreiben.....	221
Verfahrensablauf in der Personalabteilung.....	222
Evaluation des BEM-Angebots für das Jahr 20__	223
Gesprächsleitfaden in Orientierung am Modell der Wirkfaktoren des BEM	224
Dienstvereinbarung	227
Evaluationsbogen	234
Interviewleitfäden	234
Hinweise zur Zitierart der Interviews	237
Eidesstattliche Erklärung	241

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
AU	Arbeitsunfähigkeit
BAföG	Bundesausbildungsförderungsgesetz
BAG	Bundesarbeitsgericht
BBiG	Berufsbildungsgesetz
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BetrVG	Betriebsverfassungsgesetz
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministeriums für Bildung und Forschung
CBDMA	Consensus Based Disability Management
CDMP	Certified Disability Management Professional
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
DGRW	Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DIN	Deutsches Institut für Normung
DM	Disability Management
ebd.	eben diese
EIBE	Entwicklung und Integration eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements
EN	Europäische Normen
ENWHP	European Workplace Health Promotion
ERI	Efford-Reward Imbalance
et al.	und andere
etc.	et ecetera
f.	folgende
ff.	fort folgende
ggf.	gegebenenfalls
GVK	Gemeinsamer Verbundkatalog
HAPA	Health Action Process Approach
HBVG	Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften
IAA	Internationales Arbeitsamt

IAPDM	International Association of Professionals in Disability Management
IBF	Imaginäre BEM-Fälle
IDMSC	International Disability Management Standards Council
IFD	Integrationsfachdienst
ILO	International Labour Organization
IRFM	Institut für Rehabilitationsforschung und Management
IQPR	Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation an der Deutschen Sporthochschule Köln
ISO	International Organization for Standardization
KMU	Kleine und Mittlere Unternehmen
KoRB	Kooperation Rehabilitation und Betrieb
MA	Mitarbeiter
NIDMAR	National Institute of Disability Management and Research
NRW	Nordrhein-Westfalen
OPAC	Online Public Access Catalogue
PDL	Pflegedienstleitung
PR	Personalrat
RVT	Rentenversicherungsträger
S.	Seite
s.	siehe
SGB	Sozialgesetzbuch
sog.	so genannte
SWE	Selbstwirksamkeitserwartungen
u. a.	unter anderem
u. ä.	und ähnliches
VDIMA	Deutscher Verein der zertifizierten Disability Manager
WHO	World Health Organisation
WIFOR	Wirtschaftsforschung
z. B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Grafischer Wegweiser durch die Dissertation	17
Abbildung 2:	Verortung des BEM in das Betriebliche Gesundheitsmanagement ..	32
Abbildung 3:	Die fachlichen Einzeldisziplinen der Gesundheitswissenschaften	48
Abbildung 4:	Prozessorientierter Ansatz des BEM.....	63
Abbildung 5:	Modell für betriebliches Eingliederungsmanagement in KMU.....	69
Abbildung 6:	Modell der Wirkfaktoren für die Bewertung des BEM	71
Abbildung 7:	Dreieck der sozial-kognitiven Theorie in Anlehnung an Bandura	79
Abbildung 8:	Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen	88
Abbildung 9:	Hypothesized Model	90
Abbildung 10:	Final Model	91
Abbildung 11:	Übergreifende Forschungsfrage	98
Abbildung 12:	Reaktionen der IBF	104
Abbildung 13:	Geschlechterverteilung der IBF.....	105
Abbildung 14:	Altersverteilung der IBF	105
Abbildung 15:	Verteilung der Wochenarbeitszeiten der IBF.....	106
Abbildung 16:	Berufsverteilung der IBF	106
Abbildung 17:	Verteilung der IBF nach der Betriebszugehörigkeit	107
Abbildung 18:	Transkriptionsregeln nach Flick.....	109
Abbildung 19:	Vorgehensweise bei der strukturierenden Analyse des Materials ..	112
Abbildung 20:	Auswertungsraster Kategorie Unterstützung.....	114
Abbildung 21:	Begleitschreiben Interview	238

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Strategien und Ziele von Arbeitsorganisation und Gestaltung	37
Tabelle 2:	Systematisierung von Arbeitsbedingungen	38
Tabelle 3:	Gestaltungsmerkmale persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Aufgabengestaltung	39
Tabelle 4:	Funktion der Führungskraft als Sicherheits- und Ressourcenmanager	41
Tabelle 5:	Gegenüberstellung von Personen mit hoher und niedriger SWE	81
Tabelle 6:	Entwicklung der Auswertungskategorien	111
Tabelle 7:	Verständnis des BEM aus der Sicht von IBF und Akteuren.....	116
Tabelle 8:	Einführungsgründe	121
Tabelle 9:	Grund der Einführung des BEM aus der Sicht der IBF	122
Tabelle 10:	Implementationsgrundsätze	124
Tabelle 11:	Chancen	128
Tabelle 12:	Barrieren.....	132
Tabelle 13:	Maßnahmen der Wiedereingliederung vor BEM.....	138
Tabelle 14:	Unterstützung bei Krankheit der IBF	151
Tabelle 15:	Maßnahmen für Gesundheit am Arbeitsplatz	158
Tabelle 16:	SWE-Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung	239

I Einleitung

1 Einführung in die Problemstellung

In Deutschland treten jedes Jahr mehr als 100.000 Arbeitnehmer¹ vorübergehend oder dauerhaft aus gesundheitlichen Gründen aus dem Erwerbsleben aus (Lawall et al. 2008). Arbeitgeber und Arbeitnehmer werden darüber hinaus zusätzlich mit den Auswirkungen des Demografischen Wandels, wie dem Fachkräftemangel, einer längeren Lebensarbeitszeit und älteren Beschäftigten konfrontiert. Auch die Thematik des lebenslangen Lernens, die zunehmend komplexeren Arbeitsanforderungen und die steigende Anzahl chronischer, insbesondere psychischer Erkrankungen sind Herausforderungen, mit denen sich Personalarbeit von heute auseinandersetzen muss, wenn die Wettbewerbsfähigkeit eines Unternehmens zukünftig gesichert sein soll (Rückemann 2008, Rehfeld 2006). „Unsere Gesellschaft altert, im Jahr 2030 wird es in Deutschland voraussichtlich 7,5 Millionen weniger Menschen im Alter von 20–65 Jahren geben als jetzt, prognostiziert das Statistische Bundesamt. Nach heutigem Verständnis: 15% weniger Erwerbstätige. Arbeitskraft wird zur knappen Ressource. Den Unternehmen bringt das Schwierigkeiten. Für Arbeitnehmer aber heißt das: ihr Wert steigt.“ (Kutter 2011, S.1). Problematisch ist jedoch, dass der Anteil der älteren Personen im Hinblick auf die Gesamtbevölkerung stetig zunimmt und ältere Arbeitnehmer nicht unbedingt häufiger, aber länger krank sind als jüngere (DAK, Gesundheitsreport 2010). Im Sinne von Prävention sind Arbeitgeber personalstrategisch in der Verantwortung, sich mit der physischen und psychischen Gesundheit der Beschäftigten am Arbeitsplatz zu beschäftigen. Die Personalarbeit von heute wird somit zunehmend durch gesundheitsrelevante Aspekte beeinflusst.

In der Literatur finden sich mannigfache Hinweise und auch Warnungen, die auf den bevorstehenden Fachkräftemangel in Zusammenhang mit der Demografischen Entwicklung hinweisen (Persch, Weber, 2008, Kayser, 2008, Koppel, Plünnecke 2009, Richter, Gels, 2010, Kettner 2011). Dieses bedarf jedoch einer heterogenen Betrachtungsweise. So ist der Fachkräftemangel in Deutschland weder flächendeckend noch branchenübergreifend zu verzeichnen. Der Bereich des Gesundheitswesens, insbesondere der Bereich der Krankenhäuser, ist mitunter bereits heute vom Fachkräftemangel betroffen. In der öffentlichen Diskussion werden erste Lösungsansätze wie beispielsweise die Zuwanderung von Fachkräften aus dem Ausland personalstrategisch beleuchtet. Ausführungen von Stewart et al. (2007) zeigen jedoch, dass die Zuwanderung von Ärzten und Pflegekräften nur als Übergangslösung betrachtet werden

und vielmehr das in dem Bereich vorhandene Erwerbspersonenpotential durch beispielsweise optimierte Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen gesichert werden sollte.

Ohne weitere Maßnahmen und Herausforderungen zur Eindämmung der negativen Folgen des Demografischen Wandels an dieser Stelle weiter diskutieren zu wollen, ist schon heute absehbar, dass durch zu einseitige Lösungsansätze die Probleme nicht beseitigt werden können. Vielmehr sind die Unternehmen mehr denn je in der Verantwortung, ihren Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten zu nutzen, um ihr Humankapital auf Dauer zu sichern.

Hier sind Einrichtungen des Gesundheitswesens in doppelter Hinsicht gefordert. „Einer steigenden Nachfrage nach Pflegedienstleistungen werden zukünftig demografiebedingt immer weniger junge Fachkräfte zur Verfügung stehen. Schon heute ist es für viele Einrichtungen schwer, qualifiziertes Fachpersonal zu gewinnen. Der Pflegeberuf gilt als wenig attraktiv, die Fluktuation ist hoch, und die Fachkräfte steigen aufgrund der hohen Belastungen zu früh aus dem Beruf aus. Zudem steigt der Altersdurchschnitt der Beschäftigten und damit auch die Zahl derjenigen, die den Belastungen dauerhaft nicht mehr gewachsen sind. Vor diesem Hintergrund werden Gestaltungsansätze einer demografiefesten Personalpolitik benötigt, um die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten zu erhalten und weiter auszubauen.“ (Freiling, Gottwald 2011, S. 31). In einer Studie des Wifor-Instituts ist ermittelt worden, dass zwischen 1996 und 2008 in der Pflegebranche die Zahl der Beschäftigten um rund 50% pro Jahr gestiegen ist. So sind derzeit ca. 2,06 Millionen Menschen in der Pflege beschäftigt. Nach Hochrechnungen des Statistischen Bundesamtes sollen jedoch 2025 ca. 152.000 Pflegekräfte fehlen (Windelband, Spöttl, 2011). Die Zahlen verdeutlichen, dass in der Arbeitswelt der Bereich der Prävention stärker genutzt und weiter entwickelt werden sollte, um die Gesundheit und die damit verbundene Leistungsfähigkeit der Beschäftigten bis hin zum Renteneintrittsalter zu erhalten. Die Zunahme von chronischen Erkrankungen und die damit verbundenen Leistungseinbußen gehen in der Regel mit langen Entstehungszeiträumen einher. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, frühzeitig und berufsbegleitend das im Unternehmen vorhandene Präventionspotenzial zu nutzen. Dafür ist eine Verzahnung von Verhaltens- und Verhältnisprävention unabdingbar. In der Fachliteratur herrscht Einigkeit darüber, dass ein Handlungsbedarf besteht. Dennoch mangelt es flächendeckend an praktischer Umsetzung (Freude, Pech 2005).

Aber nicht nur die Arbeitgeber, sondern auch die Gesellschaft leidet zunehmend unter den beschriebenen negativen Auswirkungen. So ist davon auszugehen, dass die Leistungen durch Sozialversicherungsträger aufgrund von Krankheit stetig mehr in Anspruch genommen werden. Lawall et al. (2008) und weitere Autoren beschreiben das

¹ Zur Vereinfachung wird in der vorliegenden Arbeit die männliche Form der Anrede verwendet.

Interesse von Sozialversicherungsträgern an der zunehmenden Einbindung von Arbeitgebern. So stellen sie dar, dass jede erfolgreiche Eingliederung nach Krankheit an den Arbeitsplatz Zahlungen der Sozialversicherungen vermeide und weitere Rentenbeiträge sichere.

Mit der Einführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) hat der Staat bereits in 2004 einen Teil seiner Gesundheitsförderungsaufgabe an die Arbeitgeber delegiert. Seither ist jeder Arbeitgeber in der Fürsorgepflicht, jedem Arbeitnehmer, der länger als sechs Wochen in 12 Monaten erkrankt ist, ein BEM anzubieten (SGB IX § 84 Abs. 2, 2004). Für die betroffenen Beschäftigten soll es sich hierbei um ein freiwilliges Verfahren handeln. Ziel ist es, dass Arbeitgeber und Arbeitnehmer gemeinsam prüfen, ob die Ursache der Arbeitsunfähigkeit des Beschäftigten durch den Arbeitsplatz verursacht wird, ob die Arbeitsunfähigkeit Auswirkungen auf den Arbeitsplatz hat, und was darüber hinaus unternommen werden kann, damit der Arbeitnehmer möglichst frühzeitig an den Arbeitsplatz zurückkehren und dem Unternehmen auf Dauer erhalten bleiben kann. Ein erfolgreiches BEM kann dazu dienen, den bereits aufgeführten und weiteren negativen gesellschaftlichen Entwicklungen entgegenzuwirken und gegensteuernde Maßnahmen positiv zu unterstützen (Niehaus et al. 2008, Seel, 2009, Kayser, 2008, Richter, Gels, 2010, Niehaus, Vater, 2010).

Die Gestaltung des BEM-Verfahrens liegt in Arbeitgeberhand, der Gesetzestext gibt lediglich formale Handlungsanweisungen, ohne diese mit konkreten Inhalten zu füllen. Es bedarf somit eines unternehmensspezifischen Entwicklungsprozesses und einer individuellen Anpassung an bereits vorhandene Strukturen, Prozesse und Kompetenzen (Niehaus et al. 2008, Seel, 2009, Landschaftsverband, 2010, Giesert, Wendt-Danigel, 2011, Richter, Habib 2011). Im optimalen Fall profitieren der Beschäftigte, der Arbeitgeber und der Staat von einem gut funktionierenden BEM. „In Zeiten des Fachkräftemangels muss man Arbeitnehmer nicht nur halten – man muss sie auch erhalten.“ (Kutter 2011, S. 3).

2 Zielsetzung der Arbeit

Seit 2004 ist die Pflicht eines jeden Arbeitgebers, allen Beschäftigten, die mehr als 42 Tage in 12 Monaten arbeitsunfähig sind, ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (§ 84 Abs. 2, 2004) anzubieten. Die organisatorische und inhaltliche Ausgestaltung ist im Gesetzestext nur im Ansatz beschrieben, so liegt die Gestaltung bzw. Umsetzung des Verfahrens in erster Linie in der Verantwortung der Arbeitgeber (Niehaus et al. 2008, Seel, 2009, Landschaftsverband, 2010, Giesert, Wendt-Danigel, 2011, Richter, Habib 2011).

In der vorliegenden Dissertation wurde aus interdisziplinärer gesundheitswissenschaftlicher Perspektive untersucht, welche Anforderungen aus Mitarbeiter- und Akteurperspektive an die inhaltliche Gestaltung der Konzeption und Implementation eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements in eine Klinik gestellt werden. Dies wurde bis dato noch nicht wissenschaftlich untersucht.

Im Vordergrund dieser Arbeit stand das Erfassen der persönlichen Erfahrungen und Erwartungen von Beschäftigten, Arbeitgebervertretern und Interessenvertretern mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement im Kontext von Gesundheit bzw. Krankheit am Arbeitsplatz. Folgende übergeordnete Forschungsfrage bildete die Grundlage der vorliegenden Untersuchung (s. III. 2), die sich auf die Konzeption und Implementation eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements in eine Klinik bezieht.

Welche Erkenntnisse lassen sich aus den Interviews mit langzeit- bzw. häufig erkrankten Beschäftigten und mit den Akteuren² des Betrieblichen Eingliederungsmanagements ableiten, die Verwendung für die gesundheitspädagogische Konzeption und Implementation eines BEM-Verfahrens finden können?

Auf Basis eines methodisch qualitativen Forschungsverständnisses heraus wurden 22 Interviews mit Beschäftigten, die in der Vergangenheit von längerer oder häufiger Krankheit betroffen waren, und 10 Akteuren der untersuchten Einrichtung, die Berührungspunkte zum BEM aufwiesen (Ausführung s. unten), geführt.

Übergeordnet sollten mögliche Interventionen abgeleitet werden, die Verwendung für eine gesundheitspädagogisch geprägte Konzeption und Implementation eines BEM-Verfahrens finden können. So lag der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit auf der Formulierung von gesundheitspädagogischen Handlungsempfehlungen für die Entwicklung eines auf der operativen Unternehmensebene anzusiedelnden BEM-

² Zu den Akteuren gehörten Vertreter der Arbeitgeber- und Interessenvertreterseite. Es handelte sich um leitende Personen aus dem medizinisch therapeutischen Bereich, Personen mit Leitungsfunktion aus dem Verwaltungsbereich sowie Interessenvertreter und eine Person des betriebsärztlichen Dienstes

Verfahrens. Zudem sollten die Erkenntnisse dazu beitragen, das BEM als ein Präventionsinstrument im Kontext des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in der Einrichtung zu etablieren.

3 Überblick zum Aufbau der Arbeit

Das erste Kapitel ist in drei Unterkapitel gegliedert. Es skizziert die Einführung in die Problemstellung, formuliert die Zielsetzung der Arbeit und liefert darüber hinaus einen Überblick zum Aufbau in textlicher und in grafischer Form.

Das zweite Kapitel stellt die für die Untersuchung relevanten theoretischen Grundlagen dar. Es ist ebenfalls in drei Unterkapitel gegliedert. Im ersten Kapitel werden zunächst der aktuelle Forschungsstand und der Zusammenhang zwischen BEM und dem Disability Management (DM) skizziert. Danach erfolgt eine Verortung des BEM in den Kontext der Personal- und Organisationsentwicklung und des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM). Darüber hinaus werden die für die Untersuchung notwendigen zentralen Begrifflichkeiten erläutert und eine Verortung des BEM in die Gesundheitswissenschaften und die für die Thematik relevanten wissenschaftlichen Interdependenzen vorgenommen. Das dritte Unterkapitel beschäftigt sich mit den der Arbeit zugrunde gelegten theoretischen Modellen. Hier wird der Fokus zum einen auf Modelle zum BEM gerichtet, zum anderen werden theoretische Ansätze zur Erklärung gesundheitsbezogenen Verhaltens und grundlegende, auf die Arbeitswelt bezogene Modelle und Konzepte zur Gesundheit, sowie ihre Bedeutung für das BEM-Verfahren dargestellt.

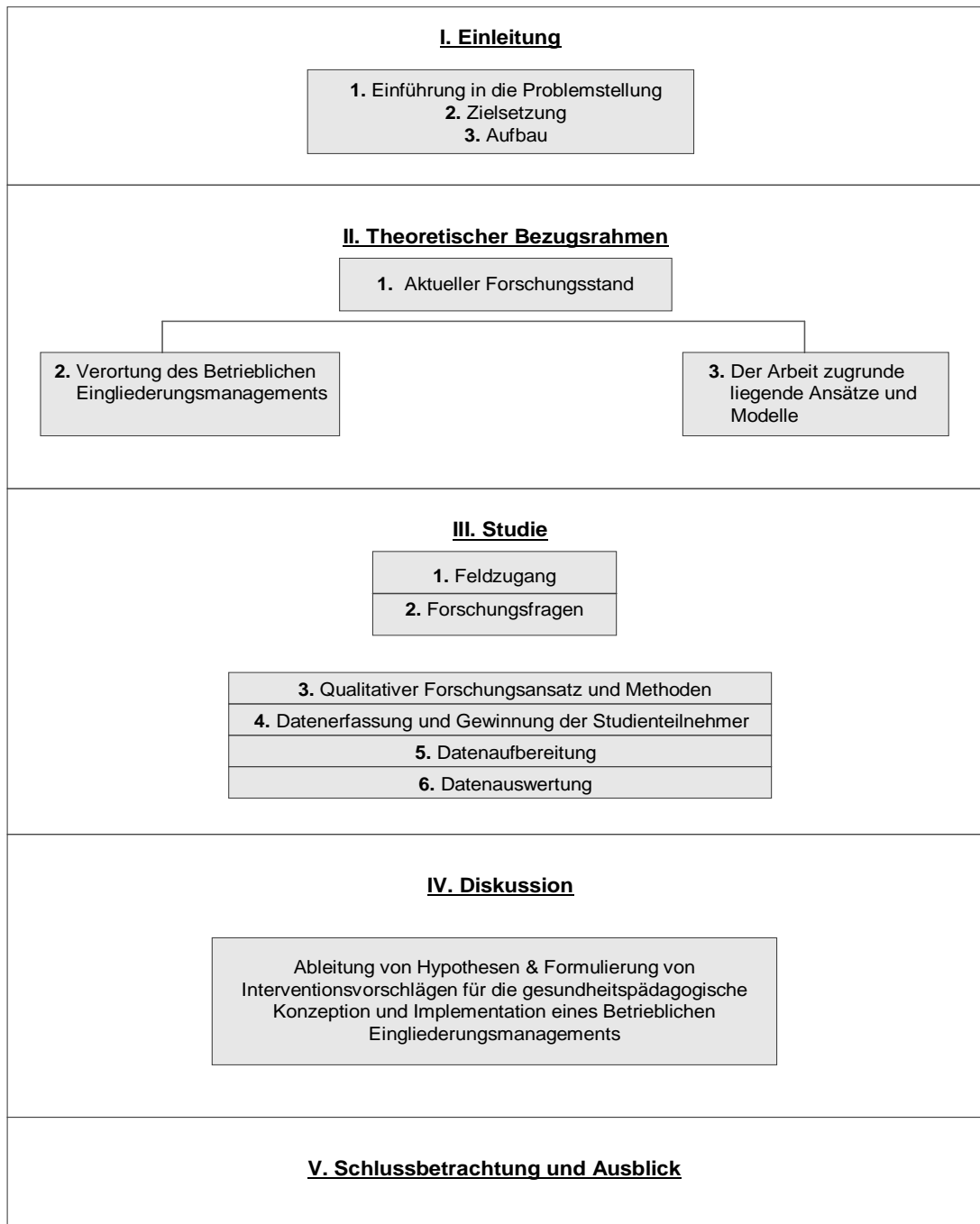
Das dritte Kapitel beschreibt die qualitative Studie und ist in sechs Unterkapitel untergliedert. Das erste Unterkapitel stellt den Feldzugang und den Hintergrund des Forschungsvorhabens dar. Das zweite Unterkapitel beinhaltet die der Untersuchung zugrunde liegenden Forschungsfragen. Das dritte Unterkapitel beschäftigt sich mit dem qualitativen Forschungsansatz und den verwendeten Methoden das vierte mit der Datenerfassung und der Gewinnung der Studienteilnehmer. Das fünfte Unterkapitel beschreibt die Darstellung der Datenaufbereitung. Im sechsten Unterkapitel wird die qualitative Datenauswertung, die Entwicklung der Auswertungskategorien, das Codieren des Materials und die Darstellung der Ergebnisse entlang der Auswertungskategorien vorgenommen.

Das vierte Kapitel beinhaltet die Diskussion. Hier erfolgt eine kategorienspezifische Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse unter Ableitung von Handlungsempfehlungen. Daran schließt sich die Darstellung des BEM-Implementationsprozesses in der Einrichtung auf Grundlage der Ergebnisse an.

Zudem wird eine kritische Reflexion der Studie vorgenommen. Im Fazit werden wesentliche Erkenntnisse zusammengefasst, Interventionsvorschläge für die Konzeption und Implementation eines BEM-Verfahrens unter gesundheitspädagogischen Gesichtspunkten formuliert und ein Ausblick gegeben. Das fünfte Kapitel beinhaltet die in der Untersuchung verwendete Literatur. Das sechste Kapitel bildet den Anhang der Arbeit.

4. Grafischer Wegweiser

Abbildung 1: Grafischer Wegweiser durch die Dissertation



Nach der Einführung in die Problemstellung und dem Überblick über den Aufbau der Arbeit soll im Folgenden die Verortung der der Untersuchung zugrunde liegenden theoretischen Grundlagen erfolgen.

II Theoretische Grundlagen

Das folgende Kapitel gibt einen Überblick über den theoretischen Kontext der Untersuchung. Die Verortung des Forschungsvorhabens in den theoretischen Bezugsrahmen soll dazu beitragen, Zusammenhänge der hier untersuchten Forschungsfragen zu verschiedenen gesundheitswissenschaftlichen Modellen aus verschiedenen Teildisziplinen zu verdeutlichen.

1 Aktueller Forschungsstand

Bevor der aktuelle Forschungsstand zum BEM (Definition BEM s. II. 2.4.6), und darüber hinaus die Entwicklung und Verbreitung des Disability Managements (DM) im Allgemeinen betrachtet wird, soll zunächst die Begrifflichkeit „Disability Management“ diskutiert und dessen Bezug zum BEM dargestellt werden, da sich beide Verfahren mit der Integration mitunter leistungseingeschränkter Beschäftigter befassen.

1.1 Betriebliches Eingliederungsmanagement im Kontext des Disability Managements

Bis dato liegt kein einheitliches Begriffsverständnis des Disability Managements vor. Zimmermann (2004) richtet seinen Fokus des Disability Managements stark auf Menschen mit Behinderungen. So definiert er es als „...Wissenschaft, um Menschen mit Behinderungen zu identifizieren und Arbeitnehmer zu behandeln mit Maßnahmen zur Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege.“ (Zimmermann, 2004, S. 29). Darüber hinaus weist der Autor auf die Notwendigkeit der Anwendung multidisziplinärer Ansätze hin, die speziell auf die Bereiche fokussiert sein sollten, in denen Menschen mit Behinderungen ihre Behinderung erleben. Unklar bleibt bei der Definition von Zimmermann (2004) jedoch eine grundlegende theoretische wissenschaftliche Verortung, die der Autor durch die Verwendung der Begrifflichkeit „Wissenschaft“ impliziert. Darüber hinaus deutet der Begriff „Management“ eher auf ein operationalisiertes Verfahren hin, als auf eine Wissenschaft, die dem Verfahren jedoch bezüglich Konzeption und Implementation und Evaluation zu Grunde liegen kann.

Haines (2004) zeigt ein weniger auf die Behinderung bezogenes Verständnis von DM. Der Autor sieht die Gefahr, dass die Bezeichnung Disability Management missverstanden werden kann, wenn sie ausschließlich im Kontext von Behinderungen verstanden wird. Dem Autor zufolge umfasst das DM das Procedere von der Akutbehandlung bis hin zu einer möglichen Form der Rehabilitation. Des Weiteren beinhaltet

nach Haines (2004) das Verständnis des Disability Managements auch den Bereich der Prävention. Für den Autor ist die dem DM zugrunde liegende Vernetzung, in der der Mensch im Mittelpunkt steht, und der damit verbundene Erfahrungsaustausch das entscheidende Kriterium.

Bei Schils (2009) und weiteren Autoren, wie unter anderem bei Mehrhoff (2005), finden sich Anmerkungen zu der Verknüpfung von DM und BEM. Schils (2009) versteht das BEM als einen Bestandteil betrieblicher Gesundheitsprävention. Die Aufgabe des Disability Managements fasst sie jedoch weiter. Dieses ist nach Ansicht der Autorin darauf ausgerichtet, den Auswirkungen des demografischen Wandels und den daraus resultierenden Arbeitsmarktproblemen in den westlichen Industrienationen entgegenzuwirken.

Angemerkt werden sollte an der Stelle, dass die von Schils (2009), aber auch von Kohte (2010) verwendete Begrifflichkeit „Gesundheitsprävention“ sinngemäß das Vorbeugen von Gesundheit beinhaltet. Durch die Verwendung der Begrifflichkeiten „Krankheitsprävention“ und „Gesundheitsförderung“ erfolgt eine deutlichere Präzisierung im Hinblick auf mögliche Zielsetzungen.

Hetzel et al. (2007) nehmen keine inhaltliche Differenzierung der Begrifflichkeiten Betriebliches Eingliederungsmanagement und Disability Management (DM) vor. Die Autoren vertreten die Auffassung, dass beide Managementbereiche das gleiche Ziel vertreten und nur hinsichtlich ihrer Nomenklatur unterschieden werden müssen. Den Autoren nach entspricht der Begriff BEM der Nomenklatur des deutschen Sozialgesetzbuches. Der Begriff DM wird als eine spezifische Ausgestaltung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements verstanden. Sie sprechen beim DM von einem z. B. auf Kanada bezogenen Markennamen und vertreten die Auffassung, dass DM und BEM das gleiche Ziel verfolgen: „...die Entwicklung betrieblicher Strukturen und Prozesse, die – unter Einbindung der Beteiligten in der Sozialen Sicherung – die dauerhafte Eingliederung (und damit die Nichtausgliederung) von gesundheitlich eingeschränkten und behinderten Beschäftigten zum Ziel haben und den Beschäftigten, dem Unternehmen und der Gesellschaft gleichermaßen zugute kommen.“ (Hetzel et al. 2007). Im Gegensatz zum Begriffsverständnis von Hetzel et al. (2007), welches sich in ähnlicher Form auch bei Richter und Habib (2011) findet, soll in dieser Studie, wie im Folgenden dargestellt, eine Abgrenzung der Begrifflichkeiten Betriebliches Eingliederungsmanagement und Disability Management erfolgen.

Im Rahmen eines internationalen Forschungsprogramms zur Wiedereingliederung behinderter Menschen an den Arbeitsplatz hat das Internationale Arbeitsamt (IAA) im Jahre 2001 Richtlinien zum Umgang mit Behinderungen am Arbeitsplatz erstellt (IAA, 2004). Das BEM bezieht sich auf die Deutsche Gesetzgebung und resultiert aus einer

Reform des neunten Sozialgesetzbuches im Jahre 2004, in der ein Teil der Gesundheitsförderungsaufgabe des Staates an die Arbeitgeber delegiert wurde (SGB IX § 84 Abs. 2, 2004).

Hauptverantwortlich für die Umsetzung des BEM sind die Arbeitgeber. In der vorliegenden Arbeit soll das BEM als ein unternehmensinterner Managementbereich des BGM verstanden werden, der im Bedarfsfall durch externe Institutionen, wie Integrationsämter, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Rentenversicherungsträger, Krankenkassen oder durch Personen wie Disability Manager etc. Unterstützung erfahren kann (Niehaus et al. 2008, Richter, Gels, 2010, Landschaftsverband 2010, Jastrow et al., 2010).

Dennoch gilt es zu bedenken, dass das Disability Management, im häufig verstandenen Sinne der Einbeziehung externer DM-Manager, dem Ansatz der Verantwortlichkeit des Arbeitgebers und -nehmers im Rahmen eines BEM-Prozesses teilweise zuwider laufen kann, da damit die Verantwortung partiell auf externe Personen oder Institutionen übertragen wird. So ist doch gerade die Übernahme der Verantwortung für das BEM-Verfahren unabdingbar für dessen nachhaltige Umsetzung im Unternehmen. Darüber hinaus kann bei einer undifferenzierten Betrachtung der Begrifflichkeiten der Eindruck entstehen, dass ein der deutschen Sozialgesetzgebung entsprungener Begriff, der in erster Linie die Arbeitgeber und deren Gesundheitsförderungsaufgabe sowie die erkrankten Beschäftigten in die Pflicht nimmt, von einer bereits existierenden international zur Anwendung gekommenen Begrifflichkeit vereinnahmt und subsumiert und aus Vermarktungsgründen synonym verwendet wird.

Dennoch soll die Möglichkeit, externe Disability Manager, die sowohl bei der Implementation des BEM-Verfahrens als auch bei der fallorientierten Vorgehensweise unterstützend tätig werden können, um das Verfahren auf den richtigen Weg zu bringen, nicht unerwähnt bleiben. Auch können Unternehmen die Chance nutzen, eigene Beschäftigte zum Disability Manager ausbilden zu lassen, um das BEM stärker zu verankern, Fachwissen zu sichern und so die Verantwortung für das BEM innerhalb des Unternehmens wachsen zu lassen. Daraus folgt, dass das Disability Management nicht mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement gleich zu setzen ist, sondern vielmehr als unterstützendes Beratungsverfahren zum BEM genutzt werden kann.

1.2 Entwicklung und Umsetzung des Disability Managements

Lizenzhalter des Disability Managements in Deutschland ist die „Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung“ (DGUV)³. Darüber hinaus existieren weitere nationale und internationale Organisationen, deren Namen für die Entwicklung und Verbreitung des Disability Managements stehen.

Laut DGUV (2011) handelt es sich zum einen um das „National Institute of Disability Management and Research“ (NIDMAR)⁴ mit Sitz in Kanada. Dieses koordiniert international die Maßstäbe für die Qualität der Umsetzung des Disability Managements und vergibt darüber hinaus weltweit Lizenzen. Die DGUV hat von NIDMAR die Rechte für den deutschsprachigen Raum erworben. Zum anderen existiert darüber hinaus das internationale Gremium „International Disability Management Standards Council“ (IDMSC)⁵. Dieses Gremium legt die Qualitätsstandards für Disability Manager fest und entwickelt sie entsprechend weiter. Das NIDMAR und der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HBVG) und weitere Organisationen aus Australien, Kanada, Neuseeland, Großbritannien, Irland, Österreich, der Schweiz und Singapur sind Mitglieder des IDMSC. Die „Internationale Arbeits-Organisation“ (ILO)⁶ mit Sitz in Genf hat den international gültigen Leitfaden für das Disability Management verabschiedet und empfiehlt seine Anwendung den nationalen Regierungen. Die „International Association of Professionals in Disability Management“ (IAPDM)⁷, als Dachverband der nationalen Certified Disability Management Professional (CDMP) Vereine und Interessenvertreter der Disability Manager, koordiniert die nationalen Interessen und Erfahrungen von CDMP in aller Welt.

Der „Deutsche Verein der zertifizierten Disability Manager“ (VDIMA)⁸, mit Sitz beim Landesverband Nordost der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung in Berlin, vertritt die Interessen der in Deutschland tätigen CDMP, die Mitglied des VDIMA werden können.

Das „Institut für Rehabilitationsforschung und Management“ (IRFM) an der Universität Köln nimmt die Prüfung zum Certified Disability Management Professional (CDMP) ab. Das Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation an der Deutschen Sporthochschule Köln (IQPR)⁹ verfügt über die Lizenz für das Unternehmens-Audit im Disability Management. Der dem Audit zugrunde liegende prozessorientierte Standard des BEM wird in Kapitel II. 3.1.1 ausführlich behandelt.

³ <http://www.dguv.de/inhalt/index.jsp>

⁴ <http://www.nidmar.ca>

⁵ <http://www.idmsc.org>

⁶ <http://www.ilo.org>

⁷ <http://www.cspdm.ca/pages/index.html>

⁸ <http://www.vdima.de>

⁹ <http://www.ipqr.de>

Nach diesem Überblick über die Bedeutung des DM und dessen Vernetzung im nationalen und internationalen Kontext soll im Folgenden der aktuelle Forschungsstand zum BEM erläutert werden.

1.3 Studien zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement

Aufgrund der Tatsache, dass das BEM eine gesetzliche Verpflichtung der Arbeitgeber ist, die Maßnahmen und Ergebnisse dennoch an keiner Stelle zentral erfasst werden, lagen bis 2006 außer Berichten über einzelne Projekte keine empirischen Daten zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement vor.

Auf Grundlage dieser Erkenntnisse hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales den Lehrstuhl Arbeit und berufliche Rehabilitation der Universität Köln im Juli 2006 damit beauftragt, ein bundesweites Forschungsprojekt zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement durchzuführen. Der Titel des Forschungsvorhabens lautete: „Untersuchung zu Stand, Methoden und Ergebnissen der Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX“. Mittels qualitativer und quantitativer Verfahren wurde festgestellt, dass bundesweit 50% der 600 befragten Unternehmen das BEM anwenden und zwar eher große und mittelgroße als kleine Betriebe (Niehaus et al., 2008). Auch Köpke (2009) bestätigt die mangelnde Umsetzung vor allem in kleinen Betrieben und kritisiert darüber hinaus, dass keine entscheidende Zunahme des Bekanntheitsgrads und der Umsetzung des BEM zu verzeichnen ist. Niehaus et al. (2008) und Köpke (2009) und kommen zu der Erkenntnis, dass über die inhaltliche Ausgestaltung einzelner BEM-Verfahren hinaus über die spezifischen Belastungen von Berufsgruppen bisher empirisch wenig bekannt ist.

Niehaus und Friedrich-Gärtner (2011) plädieren dafür, zu untersuchen, wie die Umsetzung des BEM in der Praxis erfolgt und welche Optimierungspotentiale sich daraus ableiten lassen. So formulieren sie einen erhöhten Forschungsbedarf zu spezifischen Belastungen im öffentlichen Dienst und zur Thematik aus Mitarbeiterperspektive, hier speziell zu Aufklärung und Akzeptanz von BEM innerhalb von Belegschaften.

Mittels der KoRB-Studie¹⁰ wurde festgestellt, dass 60% der Personen in Personalverantwortung das BEM als sehr gut bis gut durchführbar bezeichnen, unabhängig von der Größe der untersuchten Unternehmen (Gebauer 2007). Aus den Erkenntnissen von Niehaus et al. (2008) und Köpke (2009) geht jedoch hervor, dass Unternehmen den Aufwand der Implementation eines BEM fürchten. Darüber hinaus sind die Autoren zu der Erkenntnis gelangt, dass das BEM als untauglich für die Integration älterer erkrankter Mitarbeiter bei nicht vorhandenen Alternativarbeitsplätzen betrachtet wird. Des

¹⁰ Kooperation Rehabilitation und Betrieb. Ein Projekt zur Versorgungsforschung in kleinen und mittleren Unternehmen.

Weiteren formulieren sie den Bedarf an fachkundiger Beratung und externer Unterstützung (Köpke 2009, Niehaus et al. 2008).

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) beschäftigte sich im Rahmen der Initiative „job – Jobs ohne Barrieren“ (Sept. 2004 – Juli 2007) mit der Einführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements, um betriebliche Präventionsstrukturen zu stärken und förderte somit den Wissensstand zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement deutschlandweit. Die Initiative unterstützte die Durchführung von Tagungen und Workshops sowie Informationsveranstaltungen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement.

Derzeit wird das seit 2010 laufende Projekt „Neue Wege im BEM“ durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Ausgleichsfonds nach § 78 Sozialgesetzbuch IX in Verbindung mit § 41 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung finanziell unterstützt (<http://www.neue-wege-im-bem.de/foerdertraeger>). Das Projekt beabsichtigt, die am Projekt beteiligten Betriebe bei der Optimierung bzw. Etablierung von BEM-Verfahren zu unterstützen. Der Ablauf des Projektes ist für das Jahr 2013 angesetzt (<http://www.neue-wege-im-bem.de>).

2011 wurde zudem ein Handlungsleitfaden für ein Betriebliches Eingliederungsmanagement von der Hans-Böckler-Stiftung herausgegeben. Er soll speziell den Interessenvertretungen notwendige rechtliche Grundlagen und weitere Anleitung bieten, die Etablierung eines BEM im Unternehmen zu initiieren (Giesert et al. 2011).

Niehaus et al. (2008) stellen in ihrer Untersuchung fest, dass nach der Einführung des BEM im § 84 Abs. 2 SGB IX im Jahr 2004 in der Regel größere Unternehmen dieses auch umsetzen.

Auch Kaiser et al. (2007, 2009) gelangen mittels des Projekts EIBE¹¹ zu der Erkenntnis, dass die Akzeptanz des BEM und die strukturelle, differenzierte Einbettung in Unternehmensstrukturen der Berufsförderungswerke in den letzten Jahren einen positiven Trend erfahren haben. Dennoch seien der Bekanntheitsgrad und die Umsetzung des BEM optimierbar. Lawall et al. (2008) beschreiben, dass keine branchenübergreifenden Ergebnisse über die Bekanntheit, die Akzeptanz und die Verbreitung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements vorherrschen. Zudem formulieren sie ein Forschungsdefizit hinsichtlich der Probleme bei der Ein- und Durchführung.

Die Autoren betonen, dass die gesetzlichen Vorgaben zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement bei den verschiedenen Akteuren keine einheitliche Zustimmung erfährt. Speziell Interessenvertreter befürchten durch die Einführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements eine „Jagd auf Kranke“ (ebd. 2008, Seel 2009).

¹¹ „Entwicklung und Integration eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX“ in den Berufsförderungswerken.

Es existieren zahlreiche Informationsveranstaltungen, Seminare und Projekte von Seiten der Gewerkschaften, der Integrationsämter, der Berufsgenossenschaften, der Sozialverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Demnach kann davon ausgegangen werden, dass ein gewisses Maß an Grundinformation zum BEM zumindest in einem Teil von Betrieben vorhanden ist (Niehaus et al. 2008).

Derzeit existieren jedoch noch keine abschließenden signifikanten Ergebnisse im Hinblick auf den ökonomischen Nutzen von BEM-Verfahren. Nach der Darstellung des aktuellen Forschungsstands erfolgt im nächsten Kapitel die Verortung des BEM in den Kontext der Personal- und Organisationsentwicklung.

2 Zentrale Begrifflichkeiten und Verortung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements

Wie bereits einleitend dargestellt, kann die Personalarbeit der Zukunft nur dann erfolgreich sein, wenn sie als fester Bestandteil in der normativen Unternehmensebene verankert ist und mögliche Aspekte der demografischen Entwicklung bereits auf dieser Ebene Berücksichtigung finden. BEM und auch das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) sollen im Folgenden als ein Bestandteil der Personal- und Organisationsentwicklung verstanden werden. Darüber hinaus erfolgt eine theoretische Verortung in bereits vorhandene Strukturen der untersuchten Einrichtung.

„Ausgangspunkt demografiefester Personalarbeit ist eine Bestandsaufnahme der gegenwärtigen Situation und eine Projektion der internen wie externen Entwicklung in die Zukunft.“ (Althaus 2008, S. 88). Deshalb erfolgt zunächst die Darstellung des der Arbeit zu Grunde liegenden Verständnisses der Begrifflichkeiten Konzeption und Implementation, die als Grundlage für die im Anschluss vorgenommene Verortung des BEM im Bereich Personal- und Organisationsentwicklung und Betriebliches Gesundheitsmanagement gelten sollen.

2.1 Konzeption

In der Literatur finden sich zu dem fast inflationär verwendeten Terminus der Konzeption kaum Definitionen. Als Grundlage soll in dieser Arbeit eine Orientierung an der Definition von Konzept nach Schröck (1996) erfolgen: „Ein Konzept ist ein Mittel zu einer kognitiven (gedanklichen) Strukturierung der Realität, das von individuell wahrgenommenen Erfahrungen abgeleitet wird. Es ist eine Gedankenkonstruktion, ein vorstellbares Bild, das die verallgemeinerten Züge und wesentlichen Merkmale des Phänomens beinhaltet (...).“ Der Begriff Konzeption soll darüber hinaus als wissenschaftlich klar

umrissene Grundvorstellung, als ein Leitprogramm und ein gedanklicher Entwurf verstanden werden.

Im Hinblick auf die Planung des BEM-Implementationsprozesses findet in der vorliegenden Untersuchung zunächst eine Situationsanalyse in Form von Interviews und einer Recherche der bestehenden, für das BEM relevanten vorliegenden Organisationsstrukturen statt. So werden wesentliche Aspekte herausgearbeitet, die für die gesundheitspädagogische Konzeption und Verortung des Verfahrens Verwendung finden können. Darüber hinaus werden mögliche Maßnahmekonzeptionen, Bereiche der Zielfindungen und Prioritätensetzungen diskutiert sowie bereits existierende Untersuchungen zum BEM berücksichtigt. Es wird jedoch darauf verzichtet, vorab fest operationalisierte Ziele zu definieren. Vielmehr sind die mit dem BEM verbundenen Ziele und die Ableitung etwaiger Maßnahmen Bestandteil dieser Untersuchung und fließen in die Interventionsvorschläge für eine BEM-Implementation ein.

2.2 Implementation

Nach Wulfhorst (2002) in Anlehnung an Hübner (1994) beschäftigt sich die Implementationsforschung, die in Deutschland in den sechziger Jahren des letzten Jahrhunderts im Rahmen der Politikwissenschaft entwickelt wurde, ursprünglich mit der Analyse der Handlungsbedingungen und Restriktionen in der Phase politisch-administrativer Gesetzesdurchführungen. Heute beziehen sich den Autoren zufolge die Fragen der Implementationsforschung auf die Umsetzung von politischen Programmen (Wulfhorst 2002, Hübner, 1994). In der vorliegenden Arbeit soll die Implementation als ein Folgeschritt der gesetzlich geforderten Konzeption eines BEM-Verfahrens sowie als Ableitung und Umsetzung der aus den Erkenntnissen gewonnenen Maßnahmen verstanden werden.

2.3 Personal- und Organisationsentwicklung

Vor der inhaltlichen Auseinandersetzung mit der Begrifflichkeit der Personalentwicklung, soll zunächst ihre Verortung in den gesetzlichen Kontext nach Becker (2007) erfolgen, da die Grundlage des BEM und weiterer Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen mitunter gesetzlich vorgeschrieben ist.

„Für die Ausgestaltung der Personalentwicklung sind als rechtliche Grundlagen das Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG), das Sozialgesetzbuch I und III (SGB), das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG), das Berufsbildungsgesetz (BBiG) und das Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) bedeutsam. Zusätzlich regeln einzelne Tarifverträge die Personalentwicklung. Soweit Tarifverträge in Öffnungsklauseln dies

zulassen, können Aspekte der Personalentwicklung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer geregelt werden.“ (Becker 2007, S. 137).

Es bietet sich an, die Auflistung von Becker (2007) zu ergänzen: Um das SGB IX, in dem unter anderem auch das BEM geregelt ist, um das SGB V, welches die gesetzliche Grundlage der Krankenversicherung bildet, sowie das SGB VII, welches die gesetzliche Unfallversicherung regelt. Die aufgeführten Sozialgesetzbücher beinhalten weitere relevante Aspekte für das dieser Arbeit zu Grunde liegende Verständnis von Personalentwicklung.

Für Becker (2007) ist die Personalentwicklung eine nicht zu delegierende Führungsaufgabe, sprich Arbeitgeberaufgabe. Der Autor misst Maßnahmen der Bildung, der Förderung der Mitarbeiter und der Organisationsentwicklung eine entsprechende Bedeutung bei. Er fordert, bei der Umsetzung der Maßnahmen gewisse Qualitätsstandards einzuhalten. So plädiert er für eine strukturierte Vorgehensweise im Hinblick auf die zugrunde gelegten Ziele, die angewandte Systematik und Methodik, bis hin zur konkreten Umsetzung der Maßnahmen und deren Evaluation. In dem Zusammenhang betont Becker (2007) die Effektivität von Personalentwicklungsmaßnahmen:

„Personalentwicklung ist dann als effektiv zu bezeichnen, wenn ein vorher festgestellter Personalentwicklungsbedarf nach der Durchführung einer Personalentwicklungsmaßnahme gedeckt ist. (...) Im weiten Verständnis von Effektivität, ist eine Personalentwicklungsmaßnahme erst dann erfolgreich abgeschlossen, wenn Probleme am Arbeitsplatz dauerhaft behoben sind.“ (Becker 2007, S. 58).

Mentzel (1994) vertritt eine eher individuelle, personenorientierte Auffassung der Personalentwicklung. So versteht er sie als „...Inbegriff aller Maßnahmen, die der individuellen beruflichen Entwicklung der Mitarbeiter dienen und ihnen unter Beachtung ihrer persönlichen Interessen die zur optimalen Wahrnehmung ihrer jetzigen und künftigen Aufgaben erforderlichen Qualifikationen vermitteln.“ (Mentzel 1994).

Becker (2002) betont, dass im Rahmen der Personalentwicklung aus Akteursperspektive sowohl die Unternehmensziele als auch die Mitarbeiterziele entsprechende Berücksichtigung finden sollten, um Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigungsfähigkeit als duale Zielsetzungen auf Dauer zu erhalten.

Anhand der Aussagen der Autoren wird deutlich, dass die Bereiche Bildung, Weiterbildung und Qualifikation als wesentliche Komponenten der Personalentwicklung verstanden werden. Eine spezifische Einordnung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements findet sich in den dargestellten Definitionen nicht. Dennoch soll das BGM hier auf Grundlage eines ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses als ein strategisches Instrument der Personalentwicklung verstanden werden, da es dazu dient, mit divergierenden Maßnahmen die Mitarbeitergesundheit, die Mitarbeiterzufriedenheit und somit

auch die Leistungsfähigkeit zu fördern, um langfristig die Wettbewerbsfähigkeit eines Unternehmens zu sichern.

Eine im Ansatz zu erkennende Legitimation für die Einordnung des BGM in den Kontext der Personalentwicklung findet sich bei Gabler (2000), der als Inhalte der Personalentwicklung sämtliche Maßnahmen beschreibt, die positiven Einfluss auf die Leistungsfähigkeit und -bereitschaft sowie auf die Entwicklung von Mitarbeitern ausüben. Dieses beträfe nach Ansicht des Autors sowohl individuelle Weiterbildung als auch Umschulungen. Die zur Verwendung kommenden Maßnahmen werden als vielseitig beschrieben und können sämtliche pädagogische Methoden der Erwachsenenbildung beinhalten (Gabler 2000).

Im folgenden Abschnitt werden Begrifflichkeiten und Inhalte von Organisationsentwicklung und deren Bezug zur Personalentwicklung diskutiert.

Becker (2007) fasst den Begriff der Organisationsentwicklung weiter als den der Personalentwicklung:

„Organisationsentwicklung beschreibt Personalentwicklung im weiten Sinne. Auf den individuellen Maßnahmen der Bildung und der Förderung aufbauend, erweitert die Organisationsentwicklung die Personalentwicklung um Gruppenarbeit, Teamkonzepte und Projektarbeit. Organisationsentwicklung ist eine Strategie des geplanten und systematischen organisationalen Wandels durch Beeinflussung von Organisationsstruktur, Unternehmenskultur und individuellem Verhalten unter größtmöglicher Berücksichtigung der betroffenen Mitarbeiter. Organisationsentwicklung in diesem Verständnis erfasst nur den geplanten und managementgeleiteten Teil der Veränderung von Organisationen. Der weitaus größere Teil der Organisationsentwicklung erfolgt als organisationales Lernen, als spontane un gelenkte Reaktion auf interne und externe Veränderungsimpulse.“ (Becker 2007, S. 130). Kahn (1997) äußert sich kritisch hinsichtlich der Objektivität von Projekten und Maßnahmen im Bereich der Organisationsentwicklung. So vertritt der Autor die Auffassung: „Organisationsentwicklung (...) ist ein neues Etikett für ein Konglomerat von Dingen, die eine wachsende Zahl von Beratern unternehmen, während sie gleichzeitig darüber schreiben. Was sich hinter diesem Etikett versteckt, hängt in hohem Maße vom jeweiligen „Täter“ bzw. „Schreiber“ ab.“ (Kahn 1977, S. 281). Zudem lehnt er eine wissenschaftliche Einordnung des Begriffs Organisationsentwicklung ab. „Organisationsentwicklung ist kein Begriff, zumindest nicht im wissenschaftlichen Sinne des Wortes.“ (Kahn 1977, S. 286).

Auch Gairing (2002) vertritt die Auffassung, dass aufgrund des Praxisbezuges der Organisationsentwicklung, die er originär den Sozialwissenschaften zuordnet, kein einheitliches Verständnis der Begrifflichkeit vorherrscht. „Die Tatsache, dass Organisationsentwicklung eine Konzeption einer angewandten Sozialwissenschaft, also eine

praxisbezogene Konzeption ist, hat dazu geführt, dass nahezu jeder Berater, Autor oder Forscher seine eigene Definition abgibt.“ (Gairing 2002, S. 11).

Dennoch führt er in Anlehnung an Richter (1994, S. 39) „Wesensmerkmale der Organisationsentwicklung“ auf, an denen sich auch die vorliegende Arbeit orientiert.

Mithilfe der Organisationsentwicklung werde die Erreichung von zwei gleichwertigen Zielen angestrebt. Zum einen solle das Potenzial der Unternehmung optimiert und zum anderen das Arbeitsumfeld der Mitarbeiter verbessert werden.

Organisationen werden von Richter (1994) als offene Systeme betrachtet, da Umwelt, Ziele, Strukturen, Verhalten und Kommunikation der Mitglieder Einfluss aufeinander ausüben und sich untereinander bedingen. Aus diesen Gründen arbeite die Organisationsentwicklung fachübergreifend auf unterschiedlichen sozialwissenschaftlichen und gegebenenfalls technischen Fachgebieten.

Die Organisationsentwicklung bestehe aus Analyse, Planung, Durchführung und Auswertung und erfolge auf der Basis von frei zugänglichen Informationen und dem aktiven Handeln der beteiligten Personen. Somit stelle sie einen Lern- und Entwicklungsprozess innerhalb des Unternehmens dar, welcher unter anderem durch einen guten Informationsaustausch, Arbeitsteams, Angebote von Fort- und Weiterbildungen sowie durch einen größeren Wirkungskreis der Mitarbeiter gefördert werde. Vor jeder Organisationsentwicklungsmaßnahme solle eine Problemerkennung, -definition und -analyse erfolgen, welche nicht nur ein- sondern mehrmals in dem gesamten Prozess stattfinden (Richter, 1994, Gairing, 2002).

Die vorliegende Arbeit orientiert sich darüber hinaus an dem Verständnis der Organisationsentwicklung nach von Rosenstiel, Pieler und Gas (2004). Die Autoren betonen die Relevanz der frühzeitigen Partizipation aller an den Projekten beteiligten Personen, da diese bei jeglichen Veränderungsprozessen eine entsprechende Beachtung finden sollen. Den Autoren zufolge ist davon auszugehen, dass die Einbindung von Personen in ausgewählte Verfahren trotz vorherrschender potentieller Widerstände gute Aussichten auf Erfolg hat (Rosenstiel et al. 2004). Faller (2010) verwendet den Begriff „Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung“. Auch sie bezieht die Veränderung der Organisation auf die Etablierung neuer Strukturen und Prozesse, ergänzt diese aber um den Fokus auf Gesundheit. So fordert sie einen breiten Konsens und diskursive Prozesse auf allen Ebenen des Unternehmens, um Nachhaltigkeit zu erreichen. Als nachteilig erachtet sie den hohen Kommunikations- und Abstimmungsaufwand und weitere hohe Anforderungen, wie die Moderationskompetenz der Protagonisten.

Personal- und Organisationsentwicklung soll im Weiteren als eine Einheit betrachtet werden.

Die strategische Verortung des nachfolgend dargestellten Betrieblichen Gesundheitsmanagements im Bereich der Personal- und Organisationsentwicklung knüpft an in der Einrichtung bereits vorhandene Strukturen an. Die Einordnung des BEM im Bereich des BGM erfolgt, da bereits bekannt ist, dass für ein erfolgreiches BEM die Notwendigkeit besteht, dieses in den Prozess des BGM zu integrieren (Jastrow et al. 2010, Kohte 2010)

2.4 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

Nach Pfaff (2001) beinhaltet Gesundheitsmanagement die Festlegung der Betrieblichen Gesundheitspolitik, die Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle von strukturellen und auf den Prozess bezogenen Gesundheitsmaßnahmen und -programmen. Nach Wilke et al. (2008) sollen spezielle betriebliche Prozesse mit Hilfe des betrieblichen Gesundheitsmanagements in die Richtung gelenkt werden, Gesundheit und Wohlbefinden der Arbeitnehmer zu erhalten und zu fördern. Die Autoren verstehen es als „Hauptaufgabe“ des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, gesundheitserhaltende und gesundheitsfördernde Prozesse im Betrieb zu integrieren.

Für Faller (2010) bedeutet BGM die Verankerung von Gesundheit als betriebliches Ziel unter Inanspruchnahme von Managementstrategien. Ducki (1998) formuliert wesentliche Voraussetzungen und Merkmale, die bei der Auswahl und beim Einsatz entsprechender BGM-Interventionsmaßnahmen berücksichtigt werden sollten. So sei die Interventionsstrategie in Bezug auf die Gesundheit der Beschäftigten abhängig von

- „der Größe des Unternehmens und dessen Branchenzugehörigkeit,
- den bereits vorhandenen innerbetrieblichen Strukturen des Arbeitsschutzes,
- den technologischen Entwicklungsstandards des jeweiligen Betriebes,
- der Zielgruppe,
- der Struktur der Arbeitstätigkeiten,
- den vorhandenen gesundheitlichen Risiken und Ressourcen.“

(Ducki 1998, S. 135)

Es ist davon auszugehen, dass die von Ducki (1998) aufgeführten Aspekte in Abhängigkeit zu dem vorherrschenden Normen- und Werteverständnis und der individuellen Unternehmenskultur zu betrachten sind. Bei der im Rahmen dieser Arbeit untersuchten Einrichtung handelt es sich um ein Psychiatrisches Krankenhaus mit 1590 Beschäftigten, im Jahre 2010 betrug deren Durchschnittsalter 44 Jahre.

Darüber hinaus sollte Berücksichtigung finden, dass die Beschäftigten in ihrer beruflichen Tätigkeit mit aktuellen politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen konfrontiert werden. Studien belegen, dass sich die Arbeitssituation von Pflegefachkräften

und Krankenhausärzten in den letzten Jahren deutlich verschlechtert hat (Isfort, Weidner 2010). Danach werden für das Pflegepersonal unregelmäßige Arbeitszeiten, steigendes Arbeitstempo, Unterbrechungen der Arbeitsabläufe durch andere Personen, Umgang mit „schwierigen“ Patienten, mangelnde Anerkennung sowie Konflikte mit Vorgesetzten und Kollegen als typische psychosoziale Belastungen benannt. Außerdem werden physische Belastungen wie z. B. schweres Heben, Tragen und Lagern der Patienten, ungünstige ergonomische Aspekte der Arbeitsumgebung und Arbeitsmittel angegeben.

Hauptbelastungsfaktoren für Ärzte sind u. a. psychische Belastungen durch Patienten, zu viele administrative Tätigkeiten und Arbeitsunterbrechungen (ebd. 2010). Darüber hinaus unterstreicht Stoffers (2009), dass für über 90% der Kliniken in Nordrhein-Westfalen (NRW) der Ärztemangel zu Problemen bei der Arbeitszeitorganisation führt. Dazu ist für die Arbeit mit psychisch kranken Menschen emotionales Engagement erforderlich, das gleichsam zu einer emotionalen Belastung führen kann. Tatsächlich liegt bei Ärzten und Krankenpflegepersonal eine emotionale Doppelbelastung vor (Poppelreuther, Mielke 2008).

Psychologische und sozialwissenschaftliche Studien über das Altern heben zudem hervor, dass bis zum Erreichen der gesetzlichen Altersgrenzen häufig nicht das biologische Alter für nachlassende Leistungen verantwortlich ist, sondern dass dafür primär die langjährigen Auswirkungen von Arbeitsbedingungen ursächlich sind. Für vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben sind demnach biologische Alterungsprozesse weniger ausschlaggebend (Barmer Gesundheitsreport 2006). Aus diesen Ergebnissen ist ein deutlicher Handlungsbedarf im Bereich des BGM abzuleiten.

Im Hinblick auf bereits vorhandene betriebliche Strukturen zum Arbeitsschutz und die betriebliche Gesundheitsförderung in der untersuchten Einrichtung lässt sich feststellen, dass der gesetzlich vorgeschriebene Arbeitsschutz bereits verankert ist und auch traditionelle Maßnahmen der Gesundheitsförderung wie Rückenschule, Yoga etc. zur Anwendung kommen.

Als Zielgruppe des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sollen im Folgenden alle Beschäftigten inklusive der Führungskräfte verstanden werden.

Für eine nachhaltige Strategie des betrieblichen Gesundheitsmanagements ist es nach Ulich und Wülser (2010) sinnvoll, wenn für Themen, wie Gesundheit und Krankheit, ein fester Platz in der Organisationsstruktur erarbeitet wird. Die vorherrschenden betrieblichen Werte, Normen und Verhaltensweisen sollen nach Ansicht der Autoren bei entsprechenden Planungen Berücksichtigung finden.

Aus der Literatur geht vielfach hervor, dass BGM nur Aussicht auf Erfolg hat, wenn es grundlegend in der Unternehmenskultur verankert ist. In der vorliegenden Arbeit soll

das Betriebliche Gesundheitsmanagement auf der normativen, strategischen und operativen Ebene betrachtet und in sechs Managementbereiche gegliedert werden. Bereits existierende Managementbereiche werden durch das Betriebliche Eingliederungsmanagement erweitert, so dass es als ein Managementbereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements betrachtet werden kann.

Der Begriff Management lässt sich sowohl auf die Leitungsfunktionen in Unternehmen und Organisationen beziehen als auch auf Personen, die entsprechende Funktionen ausüben und über entsprechende Managementkompetenzen verfügen sollten. Dieses betrifft somit auch die in den entsprechenden Managementbereichen handelnden Akteure, wie z. B. die Fachkraft für Arbeitssicherheit¹² oder auch die jeweilige Führungskraft. Wesentliche Grundlage eines jeden Managements ist eine systematische Vorgehensweise im Hinblick auf Planung, Organisation, Führung und Kontrolle.

Die Verortung des BGM soll jedoch auf der normativen, strategischen und operativen Ebene erfolgen. Der Bereich der operativen Ebene umfasst konkrete Maßnahmen der im Folgenden aufgeführten Managementbereiche, die sowohl verhaltens- und / oder verhältnispräventiv anzusiedeln sind. Im Folgenden werden sechs formulierte Managementbereiche terminologisch und inhaltlich dargestellt. Eine eindeutige Abgrenzung der Bereiche ist nur begrenzt möglich. Vielmehr unterstreichen die Überschneidungen der jeweiligen Bereiche die Notwendigkeit der ganzheitlichen Vernetzung.

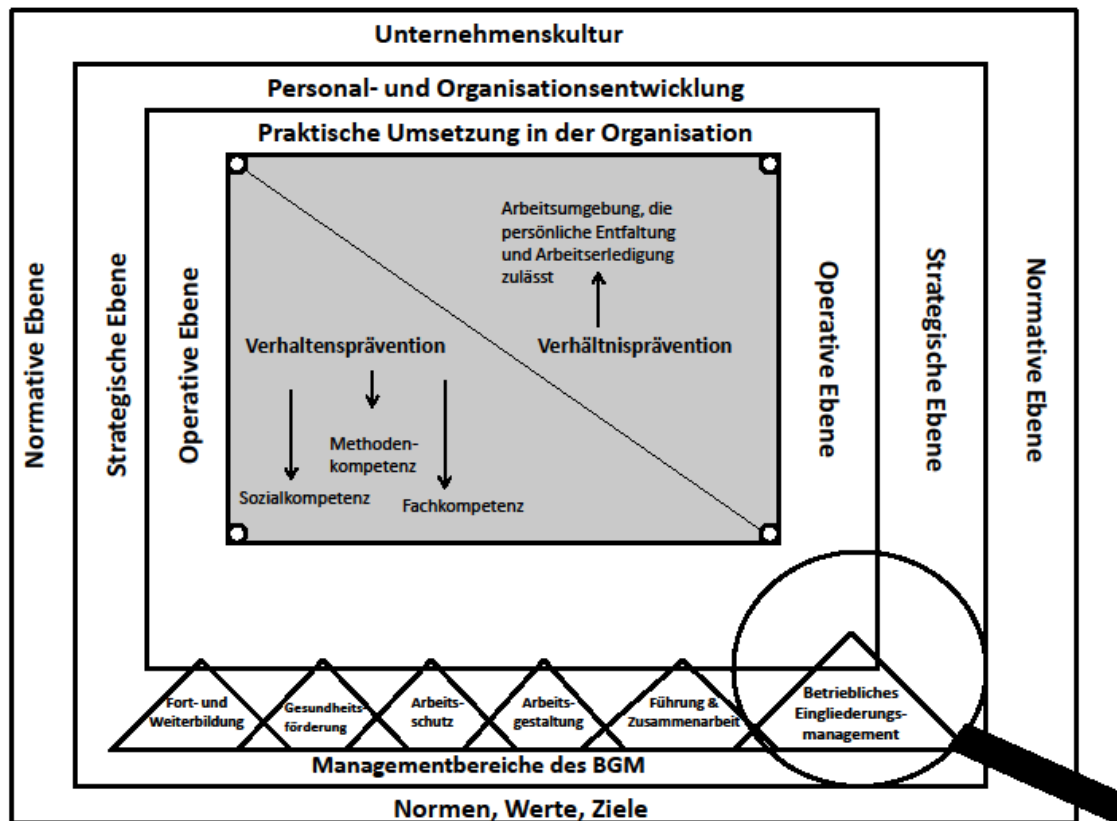
Die folgende Abbildung beinhaltet die Darstellung des BEM als Bestandteil des BGM im Kontext der Personal- und Organisationsentwicklung in bestehende Unternehmensstrukturen.

Die variierende Größe der einzelnen in der Abbildung dargestellten Dreiecke ist exemplarisch zu verstehen. Sie unterstreicht lediglich die den Managementbereichen zugrunde liegende Dynamik.

Zunächst erfolgt die Darstellung des Bereiches der Fort- und Weiterbildung.

¹² „Die Fachkraft für Arbeitssicherheit hat die Aufgabe, den Arbeitgeber beim Arbeitsschutz und bei der Unfallverhütung in allen Fragen der Arbeitssicherheit einschließlich der menschengerechten Gestaltung der Arbeit zu unterstützen.(...). Darüber hinaus hat sie Unterrichtungs- und Beratungspflichten gegenüber der Personalvertretung.“ (BG/DGUV 2009, S.17).

Abbildung 2: Verortung des BEM in das Betriebliche Gesundheitsmanagement



2.4.1 Fort- und Weiterbildung

Wie aus der Abbildung 2 hervorgeht, soll der Bereich Fort- und Weiterbildung als ein Managementbereich des BGM betrachtet werden. Auf dem Weg zur Wissensgesellschaft gewinnt Bildung als Ressource für zentrale Lebenschancen zunehmend an Bedeutung. Derzeit existiert in der Literatur jedoch kein einheitliches Begriffsverständnis der Begrifflichkeit Wissensgesellschaft. Einheitliche Vorstellungen tendieren dahingehend, „...dass Bildung zu den großen Zukunftsfragen unseres Landes zu zählen ist.“ (Kuntz 2010, S. 21). Demnach können schulische Bildung und berufliche Qualifikationen als Grundlagen für Teilhabe am Arbeitsmarkt und darüber hinaus als Schutz gegen Arbeitslosigkeit und Einkommensarmut betrachtet werden (BMAS 2008). „Durch die Stärkung und Erweiterung individueller Potenziale werden im Laufe des Bildungsprozesses grundlegende Fähigkeiten und Wissensbestände vermittelt sowie soziale Normen, Werte und Kompetenzen erlernt, welche zu einer gewinnbringenden Entfaltung der Persönlichkeit und zu einer erfolgreichen Sozialisation beitragen.“ (Lampert et al. 2005, S. 37). Nach Lampert (2005) beschränkt sich der Bildungsprozess nicht mehr nur auf das Kindes-, Jugend- und junge Erwachsenenalter, sondern beinhaltet die Notwendigkeit des lebenslangen Lernens. In der Literatur finden sich mannigfache Hinweise darauf, dass Bildung bei der Entstehung gesundheitlicher Ungleichheiten

eine entscheidende Rolle spielt. So weist beispielsweise Kuntz (2010) darauf hin, dass körperlich anstrengende und monotone Tätigkeiten primär in Berufen auftreten, die eine geringe schulische und berufliche Qualifikation erfordern. Darüber hinaus wird der Zusammenhang zwischen Bildung, Gesundheit und sozialer Herkunft betont (Kuntz 2010, Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2008, BMAS 2008).

Über den Aspekt der sozialen Ungleichheit hinaus scheint jedoch die generelle Bereitschaft, an Weiter- und Fortbildungen teilzunehmen, mit zunehmendem Alter rückläufig zu sein. So beschreibt die Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2008) in ihrem Beitrag eine seit Jahrzehnten vorherrschende Zurückhaltung speziell der über 50jährigen, Weiterbildungsangebote wahrzunehmen. Die Autoren stellen die – auch für die vorliegende Arbeit – relevante Frage, wie diese Weiterbildungszurückhaltung durchbrochen werden kann. Sie betrachten diese Fragestellung im Kontext der beruflichen Tätigkeit und der sozialen Teilhabe, in die sie auch das Gesundheitsverhalten einordnen. Die berufliche Weiterbildung ist den Autoren nach konfrontiert mit einer zunehmend höheren Lebensarbeitszeit, nicht mehr sicheren Arbeitsmärkten, aber zunehmender Wissensdynamik und einer zunehmenden Heterogenisierung der Beschäftigungsformen. Auch weisen sie auf die defizitäre Weiterbildungsteilhabe bei Menschen mit Migrationshintergrund hin.

Schlussfolgern lässt sich, dass Beschäftigte, die regelmäßige Fort- und Weiterbildungen besuchen, in ihrer Fach-, Methoden- und Sozialkompetenz gefördert werden können. Ein mehr an Wissen kann dazu beitragen, berufliche und fachliche Aufgaben mit mehr Sicherheit zu bewältigen. Hier ist zudem von einer positiven Entwicklung hinsichtlich Selbstwirksamkeitserwartungen (SWE) auszugehen (Bandura 1997), da fortgebildete Beschäftigte größere Kontrolle in der Bewältigung ihrer Arbeitsaufgaben aufweisen.

Es ist jedoch zu bedenken, dass der Erfolg von Fortbildungen in Bezug auf Verhaltensänderungen entscheidend davon abhängt, inwieweit Personen die Notwendigkeit von Weiter- und Fortbildungen erkennen und die Bereitschaft vorhanden ist oder auch die Sinnhaftigkeit gesehen wird, sich mit der jeweiligen Materie auseinanderzusetzen. Darüber hinaus gilt es zu klären, wie in diesem Zusammenhang eine Sensibilisierung erfolgen kann. In dem Health Action Process Approach Modell von Schwarzer (2004) finden sich Aspekte, die im Hinblick auf Verhaltensänderungen Berücksichtigung finden können. Wulfhorst (2002) benennt den Zusammenhang zwischen Gesundheitsförderung und Bildung explizit:

„Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten. Sie will dadurch den Men-

schen helfen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben und will ihnen zugleich ermöglichen, Veränderungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zugute kommen.“ (Wulfhorst 2002, S. 68).

Dieser Aspekt soll auch in dem im Folgenden dargestellten Managementbereich des BGM, der Betrieblichen Gesundheitsförderung, thematisiert werden.

2.4.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

Nach Wilke et al. (2008) wird im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung der Setting-Ansatz verfolgt. Es ist das Ziel, die Rahmenbedingung der Lebenswelt der Menschen positiv zu beeinflussen. Darüber hinaus weisen Wilke et al. (2008) darauf hin, dass der Arbeitsplatz im menschlichen Leben für die Gesundheit eine wesentliche Rolle spielt. Sie fordern, den Arbeitsplatz als einen Ort der Gesundheit zu betrachten, an dem die Förderung von ganzheitlichem, körperlichem, seelischem und sozialem Wohlbefinden im Rahmen des Setting-Ansatzes möglich ist (Wilke et al. 2008). Wenzel (1999) versteht unter betrieblicher Gesundheitsförderung ein Konzept, das planvolle, steuerbare und evaluierbare Maßnahmen beinhaltet, wobei der Schwerpunkt auf personen- und strukturzentrierte Maßnahmen gelegt wird, die sich an betrieblichen Problemsituationen orientieren und auf die Veränderung von Gesundheitsverhalten und Verhältnissen zielen. Sein Fokus richtet sich auf Interaktion und Selbstbestimmung der Betroffenen. „Betriebliche Gesundheitsförderung ist ein umfassender Kommunikations- und Kooperationsprozess der Betroffenen, die als mündige selbstbestimmte Partner aktiv die gesundheitsfördernden Veränderungen realisieren.“ (Wenzel 1999, S. 279). Wilke et al. (2008) fordern auch die Einbeziehung des privaten Bereichs, um Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu fördern. Letztendlich geht es um die Verknüpfung von Verhaltens- und Verhältnisprävention. Lasshofer (2006) zeigt ein dynamisches Verständnis von Gesundheitsförderung. So versteht er sie als ein positives Gestaltungskonzept, das über korrektive Intervention und Prävention hinausgeht und als dauerhafter Entwicklungsprozess zu verstehen ist. Für die Verortung der Begrifflichkeit der Betrieblichen Gesundheitsförderung soll nicht darauf verzichtet werden, die „Luxembourg-Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union“ als zentrale Leitorientierung zu nennen (Luxembourg Declaration, ENWHP 1997). Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung ist von Mitgliedern des Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung verabschiedet worden. Die Mitglieder haben gemeinsame Grundsätze entwickelt, die unter anderem Anforderungen an die Qualität betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen beinhalten. Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst demnach alle gemeinsamen Maß-

nahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz.

So wird eine Verknüpfung folgender Ansätze für sinnvoll erachtet:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung
- Stärkung persönlicher Kompetenzen

Darüber hinaus werden eine Reihe von Faktoren genannt, die die Gesundheit von Beschäftigten beeinflussen, wie Führungsprinzipien, Arbeitsorganisation etc. Zudem wird der Fokus auf eine Personalpolitik gerichtet, die Gesundheitsförderungsziele und Arbeitsschutz integrieren soll.

Folgende Leitlinien, die zur Orientierung dienen sollen, sind in der Luxemburger Deklaration formuliert.¹³

1. „Die gesamte Belegschaft muss einbezogen werden (Partizipation).
2. BGF muss bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Unternehmensbereichen berücksichtigt werden (Integration).
3. Alle Maßnahmen und Programme müssen systematisch durchgeführt werden: Bedarfsanalyse, Prioritätensetzung, Planung, Ausführung, kontinuierliche Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse (Projektmanagement).
4. BGF beinhaltet sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen. Sie verbindet den Ansatz der Risikoreduktion mit dem des Ausbaus von Schutzfaktoren und Gesundheitspotentialen (Ganzheitlichkeit).“

Faltermeier verzeichnet die fundierte Verortung der BGF durch die Mitglieder des Europäischen Netzwerkes in den Unternehmen als positiv, da sie im Gegensatz zum gesetzlich detailliert geregelten Arbeitsschutz nur durch eine offene Rahmenvorschrift im § 20 SGB V legitimiert sei, die sie als ergänzende Maßnahme zum Arbeitsschutz (SGB V) bestimme. Ansonsten setze BGF auf freiwillige Aktivitäten der Betriebe (Faltermaier 2005).

In der vorliegenden Arbeit soll der Managementbereich der BGF insbesondere als klassisches Präventionsprogramm verstanden werden, von dem Beschäftigte, bezogen auf ihr Gesundheitsverhalten, profitieren können. Exemplarisch seien hier Rückenschul- und Stresspräventionsprogramme, Rauchentwöhnungsprogramme oder auch Betriebssportangebote genannt. Mit Blick auf existierende Definitionen von Gesundheitsförderung lässt sich feststellen, dass die Selbstbestimmung und die Verantwortung für die eigene Handlungsfähigkeit eines Individuums den Leitgedanken der im

¹³ Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union 1997. Deutsche Übersetzung (www.luxemburger-deklaration.de/25.02.2011)

Ansatz variierenden Ausführungen darstellen. Die in Ottawa verabschiedete Charta der Weltgesundheitsorganisation enthält folgende Definition: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ (WHO 1986). „Aus Sicht einer humanistisch geprägten Pädagogik eines humanistischen Menschenbildes soll Gesundheitsförderung verstanden werden als „Prozess zur Selbsthilfe durch die Entwicklung eines pädagogischen Bezugs zwischen den beteiligten Personen und die betonte Förderung der positiven Kräfte beim Adressaten. Es geht darum, Selbstkompetenz, Sozialkompetenz und Umweltkompetenz in emotionaler, ethischer und intellektueller Hinsicht zu stärken und konkret umzusetzen.“ (Kienzle et al. 1994, S. 36ff.). Wie bereits dargestellt, kann die Gesundheitsförderung als ein Ziel der Gesundheitspädagogik verstanden werden. Die Steigerung der Selbstwirksamkeit durch Gesundheitsförderung ist somit ein zentrales Anliegen der Gesundheitspädagogik (s. Kapitel II.2.5.1).

2.4.3 Arbeits- und Gesundheitsschutz

„Das Arbeitsschutzgesetz als Grundvorschrift für den betrieblichen Arbeitsschutz regelt seit 1996 die Pflichten des Arbeitgebers hinsichtlich der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz, die Rechte und Pflichten der Beschäftigten und die Kompetenzen der für den Arbeitnehmer zuständigen Behörden (...) als Überwachungs- aber auch Beratungsinstitutionen. Das Arbeitsschutzgesetz geht von einem Arbeitsschutzbegriff aus, der die Verhütung von Unfällen bei der Arbeit und von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren beinhaltet und auch Maßnahmen zur menschengerechten Gestaltung der Arbeit einschließt.“ (Müller, Osing 2000, S. 87). Im Gegensatz zur BGF sind konkrete Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes gesetzlich verankert und mit entsprechenden Handlungsempfehlungen versehen. „Maßnahmen sind mit dem Ziel zu planen, Technik, Arbeitsorganisation, sonstige Arbeitsbedingungen, soziale Beziehungen und Einfluss der Umwelt auf den Arbeitsplatz zu verknüpfen.“ (ArbSchG § 4, 1996). Elke und Zimolong (2000) beschreiben, dass im originären Sinne des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, der Schutz des Individuums durch den Arbeitgeber im Vordergrund steht. Das aktuelle Arbeitsschutzgesetz aber betrachte den Arbeitnehmer als einen Partner, der sowohl eigenverantwortlich zu handeln habe als auch in Entscheidungen und Maßnahmen des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz mit einzubeziehen sei. Auch Kuhn und Kayser (2002) vertreten das Verständnis der originär an biomedizinischen Konzepten orientierten Verortung des Arbeitsschutzgesetzes, in dem primär die Vorbeugung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten im Rahmen eines betrieblichen Kontrollsystems im Vordergrund steht.

Nach der Novellierung jedoch sei der Arbeitsschutz im Rahmen der Anpassung der Richtlinien der Europäischen Union 1996 weiter gefasst und daraus resultierend der Beteiligung des Individuums eine höhere Bedeutung beigemessen worden. Die Autoren weisen in dem Zusammenhang auf die zunehmende Verknüpfung des expertenorientierten Arbeitsschutzes und der neueren, partizipativ orientierten betrieblichen Gesundheitsförderung hin (Kuhn, Kayser 2002). „Der Arbeitsschutz wurde breiter gefasst und nahm nun auch die Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und die menschengerechte Gestaltung der Arbeit mit auf. Damit nähern sich der klassische expertenorientierte Arbeitsschutz und die neuere partizipativ orientierte betriebliche Gesundheitsförderung tendenziell einander an.“ (Kuhn, Kayser, 2002, S. 105).

2.4.4 Arbeitsgestaltung und Arbeitsorganisation

Nach der Definition der DIN ISO 6385:1981 beinhaltet das Arbeitssystem

„(...) das Zusammenwirken von Mensch und Arbeitsmitteln im Arbeitsablauf, um die Arbeitsaufgabe am Arbeitsplatz in der Arbeitsumgebung unter den durch die Arbeitsaufgabe gesetzten Bedingungen zu erfüllen.“ Auch Volpert (1987) und Ulich und Wülser (2010) messen der Wechselwirkung zwischen Individuum und Umwelt in der Arbeitsgestaltung und -organisation entsprechende Bedeutung zu und betonen den Primat der Aufgabe. „Der Charakter eines `Schnittpunktes` zwischen Organisation und Individuum macht die Arbeitsaufgabe zum psychologisch relevantesten Teil der vorgegebenen Arbeitsbedingungen.“ (Volpert 1987, S. 14, zitiert in Ulich, Wülser 2010, S. 242).

Folgende, in der Tabelle 1 dargestellte, der Arbeitsorganisation und -gestaltung zugrunde liegende korrektive, präventive und prospektive Strategien und die damit verbundenen Ziele werden von Ulich und Wülser (2010) für relevant erachtet.

Tabelle 1: Strategien und Ziele von Arbeitsorganisation und Gestaltung

Strategien	Ziele
Korrektive Arbeitsgestaltung	Korrektur erkannter Mängel
Präventive Arbeitsgestaltung	Vorwegnehmende Vermeidung gesundheitlicher Schädigungen und psychosozialer Beeinträchtigungen
Prospektive Arbeitsgestaltung	Schaffung von Möglichkeiten der Gesundheits- und Persönlichkeitsentwicklung

Ulich, Wülser 2010, S. 235

Darüber hinaus fordern Ulich und Wülser (2010) eine differenzierte Arbeitsgestaltung, die die Heterogenität von Beschäftigten berücksichtigt und ein Angebot an verschiedenen Arbeitsstrukturen, zwischen denen Beschäftigte wählen können, beinhaltet. Sie ordnen die Intensität der Kontrolle über Arbeitsabläufe nicht nur strukturell ein, sondern betonen darüber hinaus die Relevanz von Qualifikationen und Kompetenzen, mit denen eine Person ihre Tätigkeit ausführt. Joiko et al. (2002, 2010) und (2008) nehmen folgende Systematisierung von Arbeitsbedingungen hinsichtlich Arbeitsaufgabe, -mittel, -umgebung, -organisation und -platz vor:

Tabelle 2: Systematisierung von Arbeitsbedingungen

Arbeitsaufgabe	Art und Umfang der Tätigkeit
Arbeitsmittel	Alle technischen Komponenten am Arbeitsplatz
Arbeitsumgebung	Physikalische, chemische, biologische wie auch die soziale Arbeitsumgebung wie Führungsverhalten und Arbeitsklima
Arbeitsorganisation	Regelung der Arbeitszeiten, der Reihenfolge der Tätigkeiten und der Arbeitsabläufe
Arbeitsplatz	Direkte Arbeitsumgebung des Beschäftigten

Zimber 2006, S. 5

Ulich und Wülser (2010) haben in Anlehnung an die DIN EN 614-2 folgende Gestaltungsmerkmale persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Aufgabengestaltung mit dem Fokus auf die Aufgabenorientierung, die Erhöhung von Anforderungen und die Reduktion von Belastungen konzipiert. Über die Gestaltungsmerkmale hinaus skizzieren sie die angenommene Wirkung und geben Handlungsempfehlungen für deren mögliche Realisierung:

Tabelle 3: Gestaltungsmerkmale persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Aufgabengestaltung

Gestaltungsmerkmal	Angenommene Wirkung	Realisierung durch
Vollständigkeit	Mitarbeiter erkennen Bedeutung und Stellenwert ihrer Tätigkeit Mitarbeiter erhalten Rückmeldung über den eigenen Arbeitsfortschritt aus der Tätigkeit selbst	... Aufgaben mit planenden, ausführenden und kontrollierenden Elementen und der Möglichkeit, Ergebnisse der eigenen Tätigkeit auf Übereinstimmung mit gestellten Anforderungen zu prüfen
Anforderungsvielfalt	Unterschiedliche Fähigkeiten, Kenntnisse und Fertigkeiten können eingesetzt werden Einseitige Beanspruchungen können vermieden werden	... Aufgaben mit unterschiedlichen Anforderungen an Körperfunktionen und Sinnesorgane
Möglichkeiten der sozialen Interaktion	Schwierigkeiten können gemeinsam bewältigt werden Gegenseitige Unterstützung hilft, Belastungen besser zu ertragen	... Aufgaben, deren Bewältigung Kooperation nahe legt oder voraussetzt
Autonomie	Stärkt Selbstwertgefühl und Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung Vermittelt die Erfahrung, nicht einfluss- und bedeutungslos zu sein	... Aufgaben mit Dispositions- und Entscheidungsmöglichkeiten
Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten	Allgemeine geistige Flexibilität bleibt erhalten Berufliche Qualifikationen werden erhalten und weiterentwickelt	... problemhaltige Aufgaben, zu deren Bewältigung vorhandene Qualifikationen eingesetzt und erweitert bzw. neue Qualifikationen angeeignet werden müssen
Zeitelastizität und stressfreie Regulierbarkeit	Wirkt unangemessener Arbeitsverdichtung entgegen Schafft Freiräume für stressfreies Nachdenken und selbstgewählte Interaktionen	... Schaffen von Zeitpuffern bei der Festlegung von Vorgabezeiten
Sinnhaftigkeit	Vermittelt das Gefühl, an der Erstellung gesellschaftlich nützlicher Produkte beteiligt zu sein Gibt Sicherheit der Übereinstimmung individueller und gesellschaftlicher Interessen.	... Produkte, deren gesellschaftlicher Nutzen nicht in Frage gestellt wird ... Produkte und Produktionsprozesse, deren ökologische Unbedenklichkeit überprüft und sichergestellt werden kann

Ulich, Wülser 2010, S. 244 f.

Die von Ulich und Wülser (2010) dargestellten Strategien und Ziele von Arbeitsorganisation und Gestaltung (s. Tabelle 1), und die dargestellten Handlungsempfehlungen hinsichtlich persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Aufgabengestaltung (s. Tabelle 3), können in einem BEM-Verfahren als Grundlage für die Analyse persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Arbeitsorganisation und -gestaltung genutzt werden. Besondere Berücksichtigung finden diese Aspekte bei Beschäftigten, die ihre Arbeitsunfähigkeit ursächlich dem Arbeitsplatz zuordnen. Zur Analyse von Arbeitsbedingungen (s. Tabelle 2) liefert die von Joiko et al. (2002, 2010) und Zimmer (2006) vorgenommene Systematisierung von Arbeitsbedingungen eine weitere Grundlage für eine mögliche Strukturierung von BEM-Gesprächen und der Entwicklung möglicher Maßnahmenpläne.

Im folgenden Punkt wird der Aspekt von Führung und Zusammenarbeit mit einem besonderen Fokus auf die Funktion der Führungskraft als Sicherheits- und Ressourcenmanager gerichtet.

2.4.5 Führung und Zusammenarbeit

Die Korrelation zwischen Führungsverhalten und Gesundheitszustand von Beschäftigten ist empirisch hinreichend belegt (Echterhoff 2011).

Zimmer (2006) nimmt eine Verortung der Mitarbeiterführung als einen Teilbereich des Personalmanagements vor. Die Mitarbeiterführung grenzt er jedoch von sachbezogenen Aufgaben der Führung, wie Entgeltgestaltung, Personalbedarfsplanung etc. ab und verankert sie auf der persönlichen Ebene im direkten Kontakt zwischen der Führungskraft und dem Beschäftigten.

„Sie ist eine Form der sozialen Einflussnahme auf die Bedürfnisse, Einstellungen und Verhaltensweisen von Personen oder Gruppen. Dabei ist die Einflussnahme nicht im Sinne von Manipulation oder Kontrolle zu verstehen; vielmehr geht es darum, die Mitarbeiter von der Sinnhaftigkeit des gewünschten Handelns zu überzeugen. Mitarbeiterführung beruht im Wesentlichen auf Kommunikation, Information und zwischenmenschlicher Interaktion.“ (Zimmer 2006, S. 6f.)

In der Literatur zur Unfallverhütung findet sich häufig ein Verständnis von Führungskräften als Sicherheitsmanager. Der Arbeits- und Gesundheitsschutz ist gesetzlich vorgeschrieben. Die Führungskraft ist in der Pflicht, sämtliche Aspekte des Arbeitsschutzes im Hinblick auf die Mitarbeiter und auch auf die eigene Person zu berücksichtigen. Exemplarisch sei hier das Tragen von Schutzkleidung, aber auch die Durchführung regelmäßiger Gefährdungsbeurteilungen genannt.

Gregersen und Zeh (2001) fordern, die starre Betrachtungsweise des klassischen Arbeitsschutzes zu überwinden. Die psychischen Belastungen am Arbeitsplatz sollten zunehmend Berücksichtigung erfahren.

So komme der Führungskraft neben der Funktion des „Sicherheitsmanagers“ eine Funktion des „Ressourcenmanagers“ in der betrieblichen Gesundheitsförderung zu. Beispielhaft führt Zimmer (2006) die soziale Unterstützung von Beschäftigten, die Beteiligung der Beschäftigten an Entscheidungen, die Ermöglichung eines Handlungs- und Gestaltungsspielraumes, die Förderung in Richtung Zielorientierung und die Motivation der Mitarbeiter auf. Die folgende Tabelle stellt die Funktion des Sicherheitsmanagers und des Ressourcenmanagers hinsichtlich ihrer Unterscheidungsmerkmale und auch ihrer Ergänzungen dar.

Tabelle 4: Funktion der Führungskraft als Sicherheits- und Ressourcenmanager

Unterscheidungsmerkmal	Führungskraft als „Sicherheitsmanager“ im Arbeits- und Gesundheitsschutz	Führungskraft als „Ressourcenmanager“ in der betrieblichen Gesundheitsförderung
Begründungszusammenhang	Gesetzliche Grundlagen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes	Erfahrungen und empirische Ergebnisse zur betrieblichen Gesundheitsförderung
Inhaltlicher Schwerpunkt	<ul style="list-style-type: none"> – Vorwiegend technisch – Themen geprägt von Arbeits-, und Ingenieurwissenschaften und Arbeitsmedizin 	<ul style="list-style-type: none"> – Soziotechnisch, Schwerpunkt psychosozial – Themen geprägt von Soziologie und Psychologie
Zielorientierung	<ul style="list-style-type: none"> – Pathogenetisch – Unfallverhütung, Gefährdungsermittlung und -vermeidung – Arbeit als Risikoraum 	<ul style="list-style-type: none"> – Salutogenetisch – Eigenverantwortung für die Gesunderhaltung – Veränderung der Unternehmenskultur in Richtung einer „gesunden Organisation“ – Arbeit als Lebensraum
Einbindung in Unternehmensstrukturen	<ul style="list-style-type: none"> – Festgelegte betriebliche Zuständigkeiten (Betriebsarzt, Arbeitssicherheitsfachkräfte) 	<ul style="list-style-type: none"> – Ganzheitlich, unternehmensweit – Verankerung im Unternehmensleitbild

Konsequenzen für die Rolle der Führungskraft	Erfüllung der Fürsorgepflicht – Vorbildliches Sicherheitsverhalten – Information und Unterweisung der Mitarbeiter im Arbeitsschutz	Herstellung günstiger Rahmenbedingungen für ein gesundheitsförderliches Arbeiten: – Soziale Unterstützung – Partizipation – Tätigkeitsspielraum – Fließender Übergang zur Personal- und Organisationsentwicklung
Probleme	„Insellösung“, fehlende Integration in Unternehmenskultur „Reparaturbetrieb“, Vernachlässigung motivierender Kräfte	Maßnahmen stehen z. T. in einem sehr weiten Bezug zum Arbeits- und Gesundheitsschutz

Zimber 2006, S. 10

Im Hinblick auf die in Tabelle 4 dargestellte Systematisierung gilt es zu bedenken, dass die originären Arbeitsschutz- und arbeitssicherheitsrelevanten Aspekte bedeutend präziser zu messen sind als die psychischen Belastungen.

Als ein weiterer Managementbereich des BGM soll der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit – das Betriebliche Eingliederungsmanagement – betrachtet werden. Im Folgenden wird auf dieses wegen deutlicher inhaltlicher Parallelen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell (§ 74 SGB V, 2004) (Beseler 2011) und den sogenannten Krankenrückkehrgesprächen eingegangen und werden diese Instrumente in Bezug zum BEM diskutiert.

2.4.6 Betriebliches Eingliederungsmanagement

Aus einer Neuerung des ebenfalls im SGB IX (2001) verankerten Schwerbehindertenrechts wurde die Norm des § 84 Abs. 2 (2004) weiterentwickelt und ein als „betriebliches Eingliederungsmanagement“ betitelt Konstrukt geschaffen, das wie folgt definiert ist:

„Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (betriebliches Eingliederungsmanagement). Soweit erforderlich wird der Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen. Die betroffene Person oder ihr gesetzlicher Vertreter ist zuvor auf die Ziele des betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie auf Art und Umfang der hierfür erhobenen und verwendeten Da-

ten hinzuweisen. Kommen Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht, werden vom Arbeitgeber die örtlichen gemeinsamen Service-stellen oder bei schwerbehinderten Beschäftigten das Integrationsamt hinzugezogen. Diese wirken darauf hin, dass die erforderlichen Leistungen oder Hilfen unverzüglich beantragt und innerhalb der Frist des § 14 Abs. 2 Satz 2 erbracht werden.

Die zuständige Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem die Schwerbehindertenvertretung, können die Klärung verlangen. Sie wachen darüber, dass der Arbeitgeber die ihm nach dieser Vorschrift obliegenden Verpflichtungen erfüllt.

(3) Die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter können Arbeitgeber, die ein betriebliches Eingliederungsmanagement einführen, durch Prämien oder einen Bonus fördern.“ (SGB IX, 2004, § 84 Abs. 2).

Das BEM ist laut Niehaus et al. (2008) als ein präventives Instrument zu betrachten, das direkt in betriebliche Arbeitsabläufe eingreift.

Im Gegensatz zu § 84 Abs. 1 des SGB IX von 2001, der sich speziell auf den Schutz schwerbehinderter Menschen in einem Betrieb bezieht, zielt die Erweiterung des § 84 Abs. 2 von 2004 auf alle Beschäftigten – unabhängig davon, ob eine Behinderung vorliegt.

Niehaus et al. (2008) beschreiben das von ihnen als „Management Verfahren“ betitelte Betriebliche Eingliederungsmanagement im Sinne eines Präventionsverfahrens und gestalten eine Übersicht der einzelnen im Gesetzestext verankerten Bestimmungen.

„Die Bestimmungen schreiben im Einzelnen vor, dass

- „der Arbeitgeber für die Durchführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements verantwortlich ist,
- es für alle Beschäftigten gilt, unabhängig davon, ob sie schwerbehindert sind oder nicht,
- das Betriebliche Eingliederungsmanagement bei lang- und kurzfristigen Erkrankungen angeboten werden soll, sobald die Summe der Krankheitstage / AU-Tage einen Zeitraum von 6 Wochen innerhalb eines Jahres überschreitet,
- die betriebliche Interessenvertretung mit einbezogen wird,
- bei schwerbehinderten Menschen die Schwerbehindertenvertretung mit hinzuzuziehen ist,
- die Betroffenen oder ihr gesetzlicher Vertreter über die Ziele sowie über Art und Umfang der für das Betriebliche Eingliederungsmanagement erhobenen Daten vorab zu informieren ist,
- das Betriebliche Eingliederungsmanagement nur mit Zustimmung des Betroffenen erfolgen kann,

- Werks- oder Betriebsärzte bzw. -ärztinnen im Bedarfsfall hinzuzuziehen sind
- und dass je nach Bedarfsfall die gemeinsamen Servicestellen und bei schwerbehinderten Beschäftigten die Integrationsämter hinzuzuziehen sind, die die erforderlichen Leistungen zur Teilhabe oder begleitenden Hilfen im Arbeitsleben innerhalb der Frist des § 14 SGB IX (14 Tage nach Antragstellung) bereitstellen.“ (Niehaus et al. 2008, S. 7f.).

Im Rahmen dieser Arbeit soll eine Handlungsempfehlung für die Gestaltung eines BEM-Verfahrensablaufes unter gesundheitspädagogischen Gesichtspunkten konzipiert werden. Aus der Literatur und auch aus den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung geht hervor, dass die Begrifflichkeit BEM häufig synonym für die Wiedereingliederung durch die Krankenkasse verwendet wird. Aus diesem Grund erfolgt im nächsten Punkt die Erläuterung der Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell (§ 74 SGB V, 2004).

2.4.6.1 Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell

Personen, die nach Krankheit an den Arbeitsplatz zurückkehren, fällt der Einstieg in der Regel leichter, wenn sie im Rahmen ihres Arbeitsunfähigkeitszeitraumes zunächst eine Belastungserprobung in Form einer reduzierten täglichen Arbeitszeit vornehmen können. Die stufenweise Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell ist gesetzlich verankert (§ 74 SGB V, 2004) und kann als eine Rehabilitationsmaßnahme verstanden werden. Der Eingliederungsplan wird mit dem behandelnden Arzt erstellt. Mit Zustimmung des Arbeitgebers erfolgt die Wiedereingliederung zunächst stundenreduziert. Die Arbeitsstunden werden je nach Belastungsempfinden des Beschäftigten in Absprache mit dem behandelnden Arzt und dem Vorgesetzten sukzessiv erhöht. Die stufenweise Wiedereingliederung erfolgt am ursprünglichen Arbeitsplatz. Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist ein bestehendes Arbeitsverhältnis und der Arbeitsunfähigkeitsstatus. Als arbeitsunfähig gilt derjenige, der seine vertraglich geschuldete Arbeitsleistung wegen Krankheit nicht erbringen kann (BAG 1971). Der Arbeitnehmer ist während der stufenweisen Wiedereingliederung finanziell durch Sozialversicherungsträger wie die Krankenkasse oder die Rentenversicherungsträger abgesichert. Nebe (2008) hält das BEM und die stufenweise Wiedereingliederung für ein wirkungsvolles Kooperationsverhältnis. Sie erhofft sich durch das BEM eine zunehmend weitere Etablierung der stufenweisen Wiedereingliederung, um Arbeitsunfähigkeit zu überwinden. Eine weitere in der Literatur vorgenommene Verknüpfung ist der Zusammenhang zwischen BEM und den so genannten Krankenrückkehrgesprächen (Beseler, 2011).

2.4.6.2 Krankenrückkehrgespräche

Rückkehrgespräche nach Krankheit finden im Gegensatz zu BEM-Gesprächen unabhängig von der Krankheitsdauer statt. Sie werden in der Regel von Führungskräften geführt, mitunter auch mit dem Ziel, die Ernsthaftigkeit von Erkrankungen zu überprüfen oder auch eine krankheitsbedingte Kündigung vorzubereiten (Beseler 2011). Durch das BEM können nach Beseler (2011) die positiven Aspekte des Krankenrückkehrgespräches, den Arbeitsplatz an die Leistungseinschränkungen des erkrankten Mitarbeiters anzupassen, herausgearbeitet und weiterentwickelt werden. Das Aufgabenspektrum des BEM fasst er weiter, da dieses darüber hinaus auch rehabilitative Aspekte berücksichtige. Eine weitere Unterscheidung von Krankenrückkehrgesprächen und BEM liegt nach Meinung des Autors in der gesetzlichen Legitimation, da das BEM im Gegensatz zum Krankenrückkehrgespräch gesetzlich verankert ist (SGB IX 2004, § 84 Abs. 2). Seel (2009) weist darauf hin, dass es sich bei dem Krankenrückkehrgespräch um ein Gespräch handelt, dem BEM jedoch ein Verfahren mit mehreren Prozessschritten zugrunde liegt.

Bitzer (2010) nimmt eine Verortung der Krankenrückkehrgespräche im Bereich der Personalentwicklung vor. So plädiert er dafür, die Krankenrückkehrgespräche im Sinne der jeweiligen Gesinnung der Personalentwicklung zu betrachten. Die Durchführung von Krankenrückkehrgesprächen ist in der Literatur umstritten. Untersuchungen zeigen, dass diese nicht generell fürsorglich orientiert sind, sondern mitunter von Führungskräften instrumentalisiert werden, um Druck auf Beschäftigte auszuüben und damit Fehlzeiten zu verringern. Das BEM-Gespräch beruht im Gegensatz zum Rückkehrgespräch auf freiwilliger Basis. Piorr et al. (2000) weisen darauf hin, dass der Wirkmechanismus von Rückkehrgesprächen noch weitgehend im Dunkeln liegt, vertreten aber die Annahme, dass der repressionsfreie Raum die Verbindlichkeit zwischen Führungskraft und Mitarbeiter verstärken kann. Bitzer (2010) vertritt die Auffassung, dass sich der Raum für Kommunikation in Rückkehrgesprächen positiv auf die Gesundheit auswirken kann.

Schlussfolgern lässt sich ein Zusammenhang zwischen BEM und Krankenrückkehrgesprächen. Die Intentionen, mit denen die jeweiligen Gespräche durchgeführt werden, scheinen in diesem Zusammenhang jedoch eine entscheidende Rolle zu spielen. Beide Verfahren können sowohl fürsorglich als auch druckorientiert gestaltet sein. Ein entscheidender Unterschied liegt jedoch in der gesetzlich verankerten Freiwilligkeit der Inanspruchnahme eines BEM-Verfahrens, dem gesetzlich festgelegten Zeitraum, nach dem Mitarbeiter ein BEM-Angebot erhalten müssen sowie der gesetzlich verankerten Einbindung weiterer Personen, wie beispielsweise der Interessenvertretung (SGB IX 2004, § 84 Abs. 2.) Darüber hinaus bieten die im BEM-Verfahren zu beachtenden Da-

tenschutzbestimmungen einen besonderen Schutz für erkrankte Beschäftigte. Somit weist das BEM-Verfahren im Gegensatz zum Krankenrückkehrgespräch, auch wenn beide mitunter das gleiche Ziel verfolgen, eine deutlich komplexere Systematik auf und bietet mehr Schutz für die Beschäftigten.

In diesem Kapitel erfolgte eine Verortung des BEM auf der normativen, der strategischen und der operativen Unternehmensebene der untersuchten Einrichtung. Ein Hauptaugenmerk wurde auf die strategische Ebene, den Bereich der Personal- und Organisationsentwicklung, gerichtet.

Darüber hinaus wurde der operative Bereich näher beleuchtet und die für die vorliegende Arbeit zentralen Begrifflichkeiten, wie Betriebliches Gesundheitsmanagement, Fort- und Weiterbildung, Betriebliche Gesundheitsförderung, Arbeits- und Gesundheitsschutz, Arbeitsgestaltung und Organisation sowie Führung und Zusammenarbeit diskutiert.

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement wurde in Abgrenzung zum Krankenrückkehrgespräch und zur Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell (§ 74 SGB V, 2004) betrachtet.

Festgestellt werden konnte, dass durchgängig begriffliche Unschärfen bestehen. So hat sich gezeigt, dass bereits die terminologische und inhaltliche Abgrenzung von Personal- und Organisationsentwicklung nur im Ansatz erfolgt. Zudem ist deutlich geworden, dass die Begrifflichkeiten BGM und BGF mitunter synonym verwendet werden. Ähnliches wurde bei der Verwendung der Begriffe Krankenrückkehrgespräch, Wiedereingliederung und BEM beobachtet.

Es obliegt der Verantwortung der einzelnen Unternehmen, eine für sie spezifische Verortung und das Begriffsverständnis des BEM zu entwickeln – sowohl im Hinblick auf die Personal- und Organisationsentwicklung als auch in Bezug auf ihr BGM – und Konzepte daraus abzuleiten.

Die aus der Notwendigkeit der nicht einheitlich bestehenden Begriffsverständnisse resultierende Tatsache soll keine Legitimierung für kontextlose Maßnahmenplanung in der Praxis sein, sondern unterstreicht die Dringlichkeit der Klärung und die Etablierung einheitlicher Begriffe, um auch auf wissenschaftlicher und theoretischer Ebene sowie auf der Grundlage empirischer Erkenntnisse zukünftig mit dem BEM-Verfahren auf der Metaebene operieren zu können.

Nachdem zentrale Begriffe, wie Personal- und Organisationsentwicklung, BGM, BEM, Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell und Krankenrückkehrgespräche diskutiert worden sind und deutlich geworden ist, dass Studien zur Effektivität derzeit noch nicht vorliegen, soll nunmehr die Verortung des als „Gesundheitsmanagement-

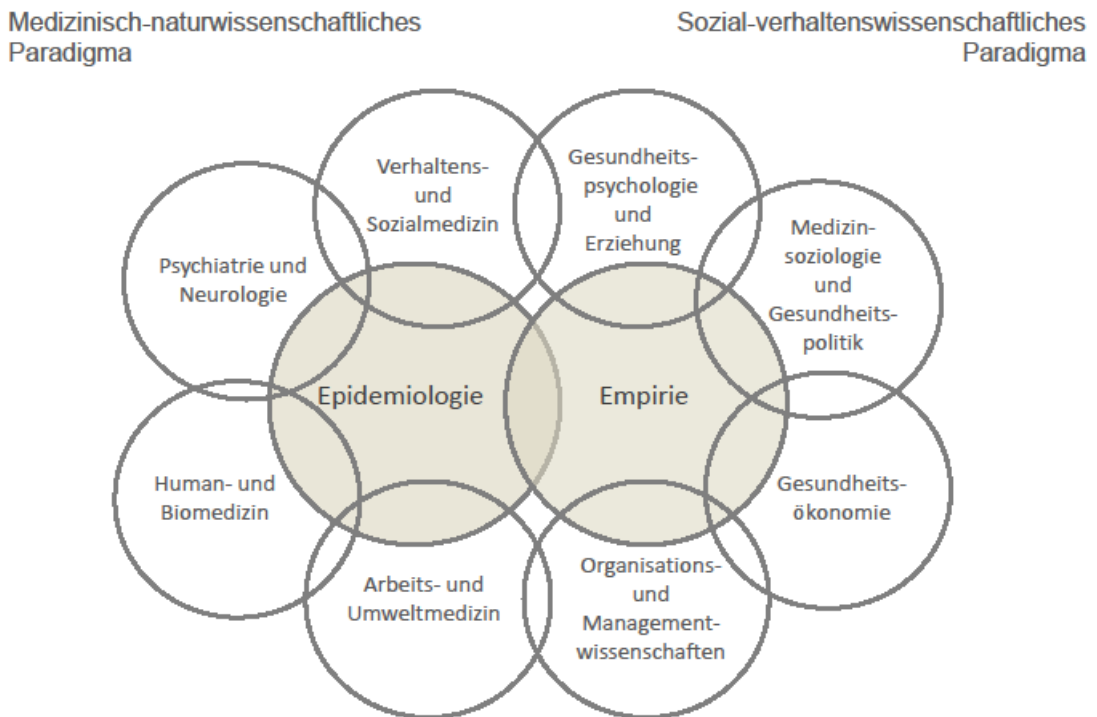
verfahren“ zu bezeichnenden „BEM“ bezüglich disziplinärer und methodischer Grundannahmen und Bezüge erfolgen. Im Folgenden werden die Einzeldisziplinen der Gesundheitswissenschaften skizziert, die für die theoretische Verortung des BEM von besonderer Bedeutung sind.

2.5 Gesundheitswissenschaftliche Verortung

Nach Hurrelmann et al. (2006) bestehen die Gesundheitswissenschaften – im Verständnis des international verwendeten Begriffs „Health Sciences“ – aus einer Vielzahl von Einzeldisziplinen aus dem medizinisch-naturwissenschaftlichen sowie dem sozialverhaltens- und organisationswissenschaftlichen Paradigma. Den Autoren zu Folge basieren die Einzeldisziplinen auf dem gemeinsamen Gegenstandsbereich, der Analyse von Gesundheits- und Krankheitsprozessen, der Ableitung von bedarfsgerechten Versorgungsstrukturen und deren Evaluation. Hurrelmann und Laaser (2003) betiteln die zentralen Arbeitsgebiete der Gesundheitswissenschaften als „Gesundheitsforschung“ und „Gesundheitssystemforschung“.

Nach Hurrelmann et al. (2006) umfasst das medizinisch-naturwissenschaftliche Paradigma unter Berücksichtigung epidemiologischer und demografischer Aspekte überwiegend Fächer, wie „Bevölkerungsmedizin, Verhaltensmedizin, Sozialmedizin, Psychiatrie / Neurologie, Sportmedizin, Arbeitsmedizin / Umweltmedizin, Humangenetik.“ (Hurrelmann et al. 2006, S. 29).

Dem verhaltens- und sozialwissenschaftlichen Paradigma ordnen die Autoren rund um die empirische Sozialforschung die Fächer „(...) Gesundheitspsychologie, Gesundheitspädagogik, Gesundheitssoziologie, Gesundheits-Politikwissenschaft, Gesundheitsökonomie, Gesundheitskommunikation, Organisations- und Managementwissenschaften (...)“ zu (Hurrelmann et al. 2006, S. 29f.).

Abbildung 3: Die fachlichen Einzeldisziplinen der Gesundheitswissenschaften

Hurrelmann et al. 2006, S. 29

„Die Gesundheitswissenschaften unterliegen im letzten Jahrhundert einem deutlichen Wandel. In Deutschland hat die Entwicklung der Gesundheitswissenschaften 1933 mit dem Konzept der „öffentlichen Gesundheitspflege“ vor der Machtübernahme des Nationalsozialismus seinen Höhepunkt gefunden. Schwerpunkte waren ursprünglich die Verbesserung von Hygiene und Wohnbedingungen in den Städten, die Sorge für Sterbende und die Verhütung von Infektionskrankheiten vor allem in den ärmeren Bevölkerungsschichten.“ (Hurrelmann 2006, S. 14).

Die Entwicklung stagnierte jedoch, und in Deutschland gab es bis zu den achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts keine wissenschaftlich fundierten Ansätze für die Wiederaufnahme und Weiterentwicklung der in den 20er Jahren noch primär hygieneorientierten gesundheitswissenschaftlichen Ansätze (Hurrelmann et al. 2006). Mit der Zunahme chronischer Zivilisationskrankheiten wurde jedoch eine Weiterentwicklung des hygieneorientierten Ansatzes unabdingbar.

Wulfhorst (2002) bestätigt dies und merkt ebenfalls an, dass in den 80er Jahren in Deutschland eine verstärkte Diskussion über die Gesundheits- und Krankheitsprobleme, die mit der Entwicklung von epidemischen Infektionskrankheiten zu chronischen Zivilisationskrankheiten einhergehen, aufgekommen ist. Kolip (2002) spricht von einer Renaissance der Gesundheitswissenschaften und auch sie ordnet diese in die Mitte

der achtziger Jahre ein. Eine Förderung der Politik ermöglicht nach Auffassung der Autorin die Zusammenarbeit von Medizin- und Naturwissenschaften mit den Geistes-, Sozial- und Wirtschaftswissenschaften.

Bereits 1984 ist von Mechanic et al. angemerkt worden, dass die Neupositionierung der Gesundheitsforschung mit einer deutlichen Erweiterung der Aufgabenfelder verbunden war. Es standen nicht mehr nur gesundheitlich unterversorgte und sozial benachteiligte Teilgruppen der Bevölkerung im Mittelpunkt des gesundheitswissenschaftlichen Interesses. So ist bis heute die Versorgung mit medizinischen und psychosozialen Dienstleistungen der gesamten Bevölkerung Gegenstand von wissenschaftlich angewandter Forschung. Die entsprechende Disziplin wird heute in Abgrenzung von der traditionellen Ausrichtung der 1920er bis 1940er Jahre „New Public Health“ genannt. Hamtin (2002) betont darüber hinaus die neben die klassischen epidemiologischen Ansätze getretenen organisationsorientierten Ansätze. Insbesondere die System- und Versorgungsforschung, die Gesundheitsökonomie und auch die Gesundheitsförderung als Leitorientierung gewannen zunehmend an Bedeutung.

„New Public Health“ versteht sich Hurrelman et al. (2006) zufolge als Weiterentwicklung der hygienebezogenen Ansätze der Gründerzeit von Public Health. Der sozialhygienische Impuls, der bei den früheren Ansätzen von Public Health im Vordergrund stehe, trete zugunsten einer interdisziplinären und multiprofessionellen Orientierung zurück. Im Vordergrund des Erkenntnisinteresses stehe jetzt die Entwicklung und Steuerung des Gesundheitssystems, das der ganzen Bevölkerung eine möglichst gute und angemessene Versorgung bieten solle. New Public Health verstehe die Gesundheit als ein „öffentliches Gut“. Somit komme auch politischen Instanzen zunehmend eine besondere Bedeutung zu (Hurrelman et al. 2006).

Diese übernahmen Verantwortung für die Identifizierung der wichtigsten Gesundheitsprobleme, die Festsetzung von Prioritäten in der Gesundheitspolitik und die Beeinflussung von qualitätsgerechten Handlungen der im Gesundheitswesen aktiven Institutionen. Dennoch wird die mangelnde wissenschaftliche Etablierung von Public Health kritisiert (Hurrelmann et al. 2006).

Von Troschke und Mühlbacher (2005) zufolge entwickelte sich in Deutschland gegen Ende der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts zunehmend das Bedürfnis, für politische Entscheidungen auf wissenschaftliche Grundlagen zurückgreifen zu können. Wulfhorst (2002) weist darauf hin, dass die zunehmenden Kosten im Gesundheitswesen in den 80er Jahren die Entwicklung und wissenschaftliche Fundierung von Konzepten zur Gesundheitsförderung fördern. Hurrelmann et al. (2006) stellen die „Old“ Public Health als eine öffentliche Hygienepolitik und die „New“ Public Health als öffentliche Gesundheitspolitik dar. Diese verorten sie darüber hinaus in den Theorie- und Forschungszu-

sammenhang der interdisziplinär ausgerichteten Wissenschaftsdisziplin „Health Science“ bzw. „Gesundheitswissenschaften“.

Von Troschke und Mühlbacher (2005) unterscheiden in den als multidisziplinär zu betrachtenden Gesundheitswissenschaften drei voneinander abgrenzbare Forschungsbereiche:

- „(...) epidemiologische Studien zur Untersuchung der Verbreitung von Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung bzw. in Bevölkerungsgruppen
- Untersuchungen zur Verbesserung der Prävention und Gesundheitsförderung
- Wissenschaftliche Untersuchungen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsforschung).“ (von Troschke, Mühlbacher 2005, S. 163).

In dieser Arbeit soll eine Orientierung an der Betrachtungsweise der Gesundheitswissenschaften nach Badura et al. (2006) erfolgen. Die Autoren beschreiben die in den Gesundheitswissenschaften vorherrschende Kluft zwischen den Natur- und Sozialwissenschaften als kontraproduktiv, wenn es darum geht, die Frage: „Was ist und bedingt Gesundheit und Krankheit?“ zu beantworten. Die Autoren verwenden für die Gesundheitswissenschaften die Terminologie der „Menschenwissenschaft“. Die „Menschenwissenschaft“ bezeichnen sie als eine „(...) Wissenschaft vom ganzen Menschen, seiner Lebensbedingungen, seiner kognitiven, seelischen und biologischen Voraussetzungen und seines Verhaltens (...).“ (Badura et al. 2006, S. 184).

Demnach kann nur dann verstanden werden, „(...) wie soziale, seelische und physiologische Prozesse zusammenhängen, welche Wechselwirkungen zwischen Sozialstruktur, Gesundheit und Verhalten bestehen, wodurch sich gesundheitsförderliche und gesundheitsbeeinträchtigende Lebensbedingungen unterscheiden (...).“, wenn eine Verzahnung der Einzeldisziplinen erfolgt. (Badura et al. 2006, S. 184).

Wulfhorst (2002, 2006) merkt an, dass bei den Aufzählungen verschiedener Public-Health-Fachvertreter von interdisziplinären Fächerzusammensetzungen in der Regel auf die Gesundheitspädagogik als Grundlagendisziplin verzichtet wird. Eine Ausnahme bildet jedoch die Definition der Gesundheitswissenschaften nach Waller (2006): „Mit dem Begriff „Gesundheitswissenschaften“ werden diejenigen Wissenschaften bezeichnet, die sich – aus jeweils unterschiedlicher Perspektive – mit Gesundheit beschäftigen, wie insbesondere die Gesundheitssoziologie, Gesundheitspsychologie, Gesundheitspädagogik, Gesundheitsökonomie. Man könnte vereinfacht sagen: alles, was mit Gesundheit zu tun hat, und alle Begriffe, die das Wort Gesundheit beinhalten, sind Themen der Gesundheitswissenschaften.“ (Waller 2006, S. 7)

Die vorliegende Arbeit reiht die Gesundheitspädagogik in den auch von Wulfhorst und Hurrelmann (2009) geforderten interdisziplinären Forschungsverbund der Gesundheitswissenschaften ein, da die Gesundheitspädagogik mögliche Theorien liefern kann, die bei der Konzeption und Implementation von BEM-Verfahren als auch darüber hinaus in der Bearbeitung des Einzelfalls Verwendung finden können.

2.5.1 Gesundheitspädagogische Verortung

Aufgrund der gesundheitspädagogischen Zielsetzung des vorliegenden Forschungsvorhabens erfolgt eine separate Verortung des BEM in einen gesundheitspädagogischen Implikationszusammenhang.

Der gesundheitspädagogischen Verortung soll eine besondere Beachtung beigemessen werden, da schon in der Phase der Konzeption eines BEM-Verfahrens ein Fokus auf den Primat der Selbstbestimmung von Individuen gerichtet werden sollte. Darüber hinaus gilt es, die Möglichkeiten der Einflussnahme auf Verhalten von als BEM-Fall identifizierten Mitarbeitern und mitunter weiteren beteiligten Personen unter salutogenetischen Gesichtspunkten zu diskutieren. Den Protagonisten des Betrieblichen Eingliederungsmanagements kommt in ihrer Funktion als Gesundheitsförderer ein originär pädagogischer Auftrag zu.

Dieses findet bis dato in den Untersuchungen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement noch keine bzw. keine hinreichende Berücksichtigung.

Wulfhorst (2002) versteht die Gesundheitspädagogik als ein Teilgebiet der Pädagogik, das die Möglichkeit von Bildung und Erziehung untersucht, um das Gesundheitsverhalten von Menschen zu fördern. Der Begriff Gesundheitspädagogik kann der Autorin nach „(...) als eine Art 'Dachbegriff' verstanden (werden), unter dem sämtliche bisherigen, auf die Beeinflussung gesundheitsrelevanten Verhaltens, die Vermittlung gesundheitsrelevanter Inhalte, die Förderung gesundheitsrelevanter Kompetenzen und auch die Beeinflussung gesundheitsrelevanter Verhältnisse – sofern sie unmittelbar das in erster Linie zu fokussierende Verhalten bedingen – bezogenen Theorien, Modelle, Konzeptionen, Maßnahmen und Methoden zusammen gefasst werden können, unter der zentralen Voraussetzung, dass sie wissenschaftlich begründet sind.“ (Wulfhorst 2002, S. 33). Somit besteht der Anspruch nach einer theoretischen Herleitung und der Möglichkeit einer Überprüfung des Handelns. Laut Hurrelmann (2006) zielt die Gesundheitspädagogik auf die Verbesserung des Selbst- und Weltverstehens, die Stärkung der Selbstbestimmung und der persönlichen Steuerungsfähigkeit eines Menschen durch geeignete Erziehungs- und Bildungsimpulse ab, um die persönlichen Gesundheitspotentiale so weit wie möglich zu erhalten. So könne unter einer gesundheitspädagogischen Absicht verstanden werden, eine Wissensverinnerlichung des In-

dividuums, gekoppelt mit einer Steigerung der Informationsvermittlung zur individuellen Selbststeuerung, zu erreichen. Das Erkenntnisinteresse liege in der Entwicklung und Anwendung von Strategien zur Veränderung von Verhalten.

2.5.2 Gesundheitspsychologische Verortung

Die insgesamt zu beobachtende Zunahme insbesondere psychischer Erkrankungen (DAK, Gesundheitsreport, 2010, 2011) lässt darauf schließen, dass im Rahmen des BEM-Verfahrens neben gesundheitspädagogischen Interventionsmöglichkeiten auch gesundheitspsychologische Aspekte von Bedeutung sind. Dieses unterstreicht die Notwendigkeit der Verortung des BEM in einen gesundheitspsychologischen Kontext. Bei Hurrelmann et al. (2006) findet sich eine Verortung der Gesundheitspsychologie in das verhaltens- und organisationswissenschaftliche Paradigma der Gesundheitswissenschaften.

Hurrelmann (2006) und Schwarzer (2004) betrachten die Gesundheitspsychologie als ein Teilgebiet der Psychologie. Eine Legitimation für die Entstehung dieser psychologischen Teildisziplin findet sich bei Faltermeier (2005). Der Autor erkennt einerseits die Zunahme der Erkenntnisse über psychische Einflüsse auf Gesundheit und körperliche Erkrankungen und zeigt andererseits einen wachsenden Bedarf an psychologischen Praxisansätzen in der Vorbeugung und der Behandlung von Krankheiten auf.

Darüber hinaus beschreibt Faltermeier (2005) die Gesundheitspsychologie als eine noch junge Disziplin, die seit ungefähr einem Vierteljahrhundert existiert, aber eine schnelle und produktive Entwicklung nimmt.

„Eine gesundheitspsychologische Praxis ist insbesondere zu verstehen als professionelles Handeln, das schwerpunktmäßig im psychosozialen Bereich zur Prävention von Krankheiten, zur Förderung von Gesundheit sowie zur Behandlung und Rehabilitation von Krankheiten erfolgt.“ (Faltermeier 2005, S. 22f.).

Die Arbeitsgebiete der Gesundheitspsychologie werden von Hurrelmann (2006) wie folgt skizziert. Er bringt in Anlehnung an Heisch und Zeitler (1991) die Gesundheitspsychologie mit der Untersuchung von Krankheitsursachen und der Betrachtung von auftretenden psychischen Faktoren in Zusammenhang. Darüber hinaus beschäftigt sie sich mit Fragen nach Persönlichkeitsstrukturen und Belastungen im sozialen Umfeld und mit der gesundheitsbezogenen Wahrnehmung der Entstehung von Krankheiten. Hurrelmann (2006) misst der Analyse von psychosozialen Prozessen bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen eine zusätzliche Bedeutung bei.

Als ein weiteres wesentliches Arbeitsgebiet der Gesundheitspsychologie betrachten Schwarzer (2004) und Hurrelmann (2006) die Erforschung von Voraussetzungen,

Krankheiten vorzubeugen und Gesundheit zu fördern. So richten sie den Fokus auf psychologische Intervention in Zusammenhang mit verhaltens- und umweltbedingten Risikofaktoren. Hier nennen die Autoren die Aktivierung der Gesundheitspotentiale eines Menschen auf psychischer Ebene.

Eine eher verhaltensorientierte Betrachtungsweise der Gesundheitspsychologie findet sich bei Schwenkmezger (1994). Demnach verfügt die Gesundheitspsychologie über Modelle, die den Zusammenhang zwischen Persönlichkeit, Gesundheit und Krankheit verdeutlichen, und aus denen sich die Relevanz von Kontrollüberzeugungen, Selbstwirksamkeitskonzepten oder Kompetenzerwartungen für interdependierende Verhaltensänderungen ableiten lassen.

Verschiedene Definitionen der Gesundheitspsychologie werden von Schwenkmezger und Schmidt (1994) diskutiert. Nach Meinung der Autoren beziehen sich die meisten Definitionsversuche auf Matrazzo (1980). Dieser benennt den Bezug der Pädagogik und der Gesundheitspsychologie explizit: „Gesundheitspsychologie ist die Zusammenfassung der spezifischen pädagogischen, wissenschaftlichen und anwendungsbezogenen Beiträge der Psychologie zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit, zur Prävention und Behandlung von Krankheit sowie zur Erforschung der ätiologischen und diagnostischen Korrelate von Gesundheit, Krankheit und damit verbundenen Dysfunktionen.“ (Matrazzo 1980, S. 815, zitiert in Schwenkmezger, Schmidt 1994, S. 2, Wulfhorst 2002, S. 109).

Schwarzer (2004) stellt heraus, dass sich die Gesundheitspsychologie sowohl mit pathogenetischen als auch mit salutogenetischen Aspekten gesundheitlichen Verhaltens befasst. Den psychischen und sozialen Einflussgrößen und deren Auswirkungen auf den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand einer Person müssten dabei eine besondere Bedeutung beigemessen werden. Untersuchungen erfolgten z. B. in den Bereichen Persönlichkeit und Krankheit, Stress und Stressbewältigung, protektiven Faktoren sowie Gesundheitsverhalten und Gesundheitsförderung.

In Kapitel II. 4.4 – II. 4.5 der vorliegenden Arbeit sind die dieser Untersuchung zu Grunde liegenden gesundheitspsychologische Konstrukte, wie u. a. die Salutogenese von Antonovsky (1997) und die Selbstwirksamkeitserwartungstheorie nach Bandura (1997) ausführlich dargestellt und diskutiert worden.

Zwei weitere Repräsentanten, die eine gesundheitspsychologische, arbeits- und organisationspsychologische und sozialepidemiologische Perspektive vertreten, sind Siegrist und Theorell (2008). Sie liefern in ihrem Beitrag des Modells beruflicher Gratifikationskrisen, welches in Kapitel II. 4.5.1 ausführlich dargestellt ist, Erklärungen über den Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit. Die Autoren beleuchten in ihren Ausführungen die materiellen und psychosozialen Dimensionen eines ge-

sundheitsschädigenden Arbeitslebens. Den Autoren zufolge beeinträchtigt eine belastende Arbeitsumwelt die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten. Siegrist und Theorell (2008) gehen davon aus, dass Arbeitsbelastungen sozial ungleich verteilt sind, wobei die Gruppe der gering Qualifizierten in hohem Maße von makroökonomisch ungünstigen Bedingungen betroffen ist. Die Erkenntnisse der Autoren sind für diese Arbeit u. a. auch deshalb von Bedeutung, da die Beschäftigten der untersuchten Institution, die länger als sechs Wochen in 12 Monaten krank waren, zu 90% aus Hilfs- und Pflegeberufen stammen.

Weitere Berührungspunkte hat die vorliegende Studie zur Arbeits- und Organisationspsychologie. Ein wesentlicher Bereich der Arbeitspsychologie untersucht „psychische Fehlbeanspruchungen“ inklusive deren Ursachen und Folgen (Marcus 2011). Nach Kirchler et al. (2005) beschäftigt sich die Arbeits- und Organisationspsychologie mit Erleben und Verhalten von Menschen im Kontext von Organisationen. Die Autoren beschreiben die enge Verbundenheit der Bereiche Arbeits- und Organisationspsychologie, da Arbeit in Organisationen stattfindet, Mitarbeiter und Organisation sich gegenseitig beeinflussen und die Organisationsdynamik nicht isoliert betrachtet werden kann. „In der Arbeitspsychologie wird die Verrichtung der Arbeit in Abhängigkeit vom Arbeitsinhalt und der -umgebung untersucht. Die psychologischen Auswirkungen der Arbeit auf Individuen werden erforscht und Bewertungs- und Gestaltungsmöglichkeiten der Arbeit und der Arbeitsumgebung reflektiert. Ziel ist die Analyse, Bewertung und Neugestaltung der Arbeit, so dass letztlich Arbeit persönlichkeitsfördernd ist.“ (Kirchler et al. 2005, S. 24).

Nachdem das Interesse der Gesundheitspsychologie und die Arbeits- und Organisationspsychologie angerissen wurde, soll, bevor im nächsten Schritt die Gesundheitssoziologie behandelt wird, die von Hurrelmann (2006) vorgenommene Abgrenzung der Gesundheitspsychologie von der Gesundheitssoziologie erläutert werden.

„Der Gesundheitspsychologie geht es vorrangig um die Analyse der psychischen, vor allem innerpersonalen Faktoren für die Gesundheits- und Krankheitsdynamik, während die Gesundheitssoziologie den Akzent auf die außerpersonalen gesellschaftlichen Zusammenhänge legt. Hier liegt der Schwerpunkt der Gesundheitspsychologie auf der Beeinflussung der Wahrnehmungen und der Verhaltensdispositionen eines Individuums, um die Gesundheitspotentiale zu stabilisieren und sich mit Krankheitssituationen auseinander zu setzen, wohingegen die Gesundheitssoziologie den Akzent auf die Beeinflussung der sozialen Rahmenbedingungen und der gesundheitsrelevanten Teilsysteme der Gesellschaft legt.“ (Hurrelmann 2006, S. 15f.).

Der Arbeitsplatz eines Individuums kann als ein individuelles Teilsystem der Gesellschaft betrachtet werden. Am Arbeitsplatz kann auf Grundlage sozialer Rahmenbedin-

gungen beispielsweise Einfluss auf Gesundheitsverhalten durch das BEM erfolgen. Die durch das BEM gesetzlich verankerte Einflussnahme des Staates auf die Fürsorgepflicht von Arbeitgebern im Kontext von Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben unterstreicht die Notwendigkeit einer gesundheitssoziologischen Verankerung des vorliegenden Forschungsvorhabens.

2.5.3 Gesundheitssoziologische Verortung

Hurrelmann (2006) nimmt eine Einordnung der Gesundheitssoziologie als Bestandteil der Soziologie und darüber hinaus als integralen Bestandteil der als interdisziplinär zu betrachtenden Gesundheitswissenschaften vor. Außerdem führt der Autor mögliche Bezüge zu den Verhaltens- und Biowissenschaften, den Wirtschaftswissenschaften sowie den Organisationswissenschaften auf.

Zum Aufgabenbereich der Gesundheitssoziologie zählt Hurrelmann (2006) die „(...) eigenständige soziologische Analyse der sozioökonomischen und psychosozialen Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit und der entsprechenden Infrastrukturektoren, die sich mit Gesundheit und Krankheit befassen (...)“ (Hurrelmann 2006, S. 12).

Badura et al. (2006) zeigen in ihrer sozialepidemiologischen Betrachtungsweise indes historisch gewachsene und politisch bedingte Problemstellungen. Zudem zeigen sie Entwicklungslinien und Interdependenzen zwischen Gesundheit, Krankheit und Gesellschaft auf und erläutern die Möglichkeiten ihrer salutogenetischen oder auch pathogenetischen Betrachtungsweise. So stellen sie das ursprüngliche Interesse an dem Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und seelischen Erkrankungen vor und skizzieren die Weiterentwicklung um die biomedizinische Betrachtungsweise. Demnach seien Interdependenzen zwischen Alter, Geschlecht, Stress, sozialer Unterstützung, Lebensgewohnheiten, Sozialkapital, Persönlichkeit und darüber auch neurowissenschaftlichen Erkenntnissen speziell im Hinblick auf salutogenetische bzw. pathogenetische Aspekte empirisch nachgewiesen. Das Vorhandensein unspezifisch wirkender Sozialfaktoren und deren negativer Einfluss auf die Anfälligkeit von Personen bezüglich physischer und psychischer Leiden, sei empirisch ebenso belegt, wie der positive Einfluss protektiver Faktoren in Bezug auf Krankheiten und Gesunderhaltung (Badura et al. 2006).

2.6 Gesundheitspolitische Verortung

Die Gesundheitspolitik im engeren Sinne befasst sich nach von Troschke und Mühlbacher (2005) mit der gesetzlichen Regelung der Finanzierung und den Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung. Im weiteren Sinne haben nach Meinung der Autoren alle Politikbereiche Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung.

Hurrelmann und Laaser (2003) unterscheiden ebenfalls zwischen engeren und weiteren gesundheitspolitischen Zielen. Unter Gesundheitspolitik im engeren Sinne verstehen sie die Senkung von Krankheitshäufigkeit und Sterblichkeit, die Verbesserung des Zugangs und der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen, den Abbau von sozialen und geschlechtsbezogenen Ungleichheiten in der Versorgung, die Verbesserung der fachlichen Ausbildung des Personals und die Optimierung der Kosten-Nutzen-Bilanz des gesamten Systems.

Die Gesundheitspolitik im weiteren Sinne hingegen umfasst einen Teil der staatlichen Sozialpolitik und greift in die Gestaltung von Arbeitsbedingungen sowie Wohn- und Umweltgegebenheiten ein (Hurrelmann, Laaser 2003).

Schon in Alma Ata (1978) wurde festgehalten, dass das deutsche Gesundheitssystem in der Pflicht ist, sich aktiv mit dem Gesundheitszustand der Bevölkerung auseinanderzusetzen und diesen zu fördern. Aus der Deklaration der Internationalen Konferenz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur primären Gesundheitsversorgung geht hervor, dass Gesundheit ganzheitlich und global betrachtet werden muss. Gesundheit wird als ein äußerst wichtiges Ziel beschrieben, das in direktem Zusammenhang mit nachhaltiger ökonomischer und sozialer Entwicklung der Länder steht und direkt zu einer besseren Lebensqualität und somit zum Weltfrieden beiträgt. Gesundheit kann jedoch nur erreicht werden, wenn zahlreiche soziale und ökonomische Sektoren und Personen in den Gesundheitssystemen tatkräftig handeln. Die Deklaration verweist darauf, dass die Regierungen der jeweiligen Länder die Verantwortung für die Gesundheit ihrer Völker tragen, und diese nur erreicht werden kann, wenn ausreichend gesundheitliche und soziale Maßnahmen getroffen worden sind. Das oberste von der Weltgemeinschaft beschlossene Ziel lautete damals „Gesundheit für alle – im Jahr 2000“ (Alma Ata 1978).

Die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung wurde 1986 in Ottawa durchgeführt. Dort wurde in der „Charta for Health Promotion“ unter anderem die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik gefordert (von Troschke, Mühlbacher 2005).

Rosenbrock und Gerlinger (2009) definieren Gesundheitspolitik „(...) als die Gesamtheit der organisierten Anstrengungen, die auf die Gesundheit von Individuen oder sozialen Gruppen Einfluss nehmen – gleich ob sie die Gesundheit fördern, erhalten, (wieder) herstellen oder auch nur die individuellen und sozialen Folgen von Krankheit lindern. Diese organisierten Anstrengungen umfassen den gesamten Politikzyklus von der Problemdefinition über die Politikformulierung (Definition von Zielen und Instrumenten) bis hin zur Implementation und Evaluation der Maßnahmen und schließen insbesondere die Bemühungen zur Gestaltung der mit Gesundheit befassten Institutionen

und zur Steuerung des Handelns der entsprechenden Berufsgruppen ein. Das normative Ziel von Gesundheitspolitik ist die Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung durch die Minderung krankheitsbedingter Einschränkungen der Lebensqualität und des vorzeitigen Todes.“ (Rosenbrock, Gerlinger, 2009, S. 12).

Somit geht es in der Gesundheitspolitik nicht primär um die Finanzierung und Organisation von Krankenversorgung, sondern es gilt, den Fokus auf die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung zu richten.

Dennoch beinhaltet das allgemeine Verständnis von Gesundheitspolitik zu einem großen Teil das Aushandeln von Gesetzen zur Organisation der Gesundheitsversorgung bzw. deren Finanzierung.

In Deutschlands Gesundheitspolitik stehen Maßnahmen zur Reform des Sozialgesetzbuches an oberster Stelle (von Troschke, Mühlbacher 2005). Dies gilt auch für die gesetzliche Verankerung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements. Das BEM findet sich seit 2004 im neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX). Speziell im Absatz 2 des Sozialgesetzbuches sind Einzelheiten zum BEM aufgeführt. Daraus geht hervor, dass der Staat den ihm auferlegten gesellschaftlichen Gesundheitsförderungsauftrag zum Teil an die Arbeitgeber delegiert.

2.6.1 Implikationen für die Versorgungsforschung

Der Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung ist eine zentrale Bedeutung in der Gesundheitspolitik beizumessen, da diese Einfluss auf sämtliche Entwicklungen des allgemeinen Gesundheitswesens ausübt.

Hurrelmann und Laaser (2003, 2006) verweisen darauf, dass sich durch wirtschaftliche und altersstrukturelle Veränderungen das Auftreten von Krankheiten stark verschoben hat. Die zunehmende Vorherrschaft der chronisch-degenerativen Krankheiten verlange strukturelle Veränderungen im vorherrschenden Gesundheits- und Versorgungssystem. So plädieren sie dafür, Szenarien zu entwickeln, die von der Gesundheitspolitik aufgenommen werden können, und gerade im Hinblick auf betriebliche Gesundheitsförderung konzeptuell eingebettet werden sollen.

Das im SGB IX verankerte Betriebliche Eingliederungsmanagement kann als ein solches „Szenario“ verstanden werden.

Von Troschke und Mühlbacher (2005) definieren Versorgungsforschung wie folgt: „Versorgungsforschung ist ein fachübergreifendes Forschungsgebiet, das die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt und kausal erklärt, zur Erklärung wissenschaftlicher Konzepte beiträgt, die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte begleitend erforscht und die Wirksamkeit von Versorgungsstruktu-

ren und -prozessen unter Alltagsbedingungen evaluiert.“ (Von Troschke und Mühlbacher 2005, S. 165).

2.6.2 Implikationen für die Rehabilitationsforschung

Eine wissenschaftliche Verortung des BEM lässt sich darüber hinaus in eine disziplinübergreifende Wissenschaft – die Rehabilitationsforschung – vornehmen.

„Mit Rehabilitation werden Maßnahmen bezeichnet, die Menschen, die durch Krankheit, ein angeborenes Leiden oder durch eine Schädigung körperlich, geistig oder seelisch behindert sind, über eine Akutversorgung in die Lage versetzen, eine Lebensform zu finden oder wieder zu erlangen, die ihnen entspricht und ihrer würdig ist.“ (Von Troschke, Mühlbacher 2005, S. 52).

Die Rehabilitationsforschung, die sich unter anderem mit Verlauf und Prognose von chronischen Krankheiten, Behinderung und deren Folgen beschäftigt, ist eine systembezogene Forschung und erfordert eine kontextuelle Betrachtungsweise (Bengel, Koch 2000).

Nach Bengel und Koch (2000) befand sich die Rehabilitationsforschung vor gut 10 Jahren noch in einem frühen Entwicklungsstadium. Seit Mitte der 90er Jahre lässt sich jedoch eine Veränderung der Entwicklung der Rehabilitationsforschung beobachten. Diese Veränderung bzw. Weiterentwicklung zeigt sich nach Koch et al. (2007) sowohl im universitären als auch im außeruniversitären Bereich.

So lässt sich eine Zunahme von rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsschwerpunkten an Universitäten, aber auch die Einrichtung und Etablierung von rehabilitationswissenschaftlichen Abteilungen bei der Rentenversicherung und darüber hinaus die Etablierung weiterer regionaler Forschungsinstitute verzeichnen (Koch et al. 2007).

Nach Auffassung der Autoren hat das rehabilitationswissenschaftliche Verbundforschungsprogramm des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) gemeinsam mit der Rentenversicherung wesentlich zu einer Weiterentwicklung beigetragen.

Zentrale Ziele des Forschungsprogramms in der Zeit von 1998 – 2005, in der zwei jeweils dreijährige Forschungsphasen durchgeführt wurden, waren „(...) die Steigerung von Umfang, Qualität und Effizienz der Rehabilitationsforschung, die Erarbeitung transferierbaren Wissens zur Verbesserung der rehabilitativen Versorgung sowie eine langfristige Etablierung regionaler Kompetenznetzwerke für die Rehabilitationsforschung unter Einbeziehung von universitären Einrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen und Rehabilitationsträgern.“ (Koch et al. 2007, S. 127).

Darüber hinaus existieren mittlerweile jährlich stattfindende rehabilitationswissenschaftliche Kolloquien. Auch die zunehmende Etablierung von wissenschaftlichen Fachzeit-

schriften und die Einrichtung der seit dem Jahr 2000 existierenden Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) machen den Bedarf an rehabilitationswissenschaftlicher Forschung deutlich.

Im Hinblick auf die berufliche Rehabilitation zeigt unter anderem die Etablierung des SGB IX im Jahr 2001 und auch die gesetzliche Verankerung des BEM im SGB IX im Jahr 2004 (SGB IX, § 84 Abs. 2, 2004) zumindest theoretisch die Notwendigkeit einer gesellschaftspolitischen Verantwortung. Die Verantwortung für die Umsetzung und Gestaltung eines BEM-Verfahrens tragen die Arbeitgeber.

Die zunehmende Etablierung des BEM in den Betrieben und die damit verbundene Zunahme von wissenschaftlichen Untersuchungen auch im Bereich des Disability Managements sind Indizien für die Brisanz der Thematik (Flach et al. 2006, Hetzel et al. 2007, Niehaus et al. 2008). Darüber hinaus unterstreicht die existierende Dynamik in der Rehabilitationsforschung die Notwendigkeit eines besonderen Forschungsbedarfs auch im Hinblick auf Qualitätssicherung (Jäckel 2010) speziell in der beruflichen Rehabilitation mit dem Fokus auf die Teilhabe am Arbeitsleben. Die integrierte Betrachtung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation hat deutlich zugenommen (Koch et al. 2007).

Es ist davon auszugehen, dass in Zukunft die Anzahl chronisch erkrankter Menschen und Behinderter zunimmt. Das zu erreichende Durchschnittsalter steigt stetig. Darüber hinaus ist ein immer größerer Fortschritt in der medizinischen Akutversorgung zu verzeichnen. Diese Erkenntnisse liefern Grund zu der Annahme, dass zukünftig trotz stagnierender wirtschaftlicher Verhältnisse und abnehmender finanzieller Ressourcen in diesem Bereich ein erhöhter Bedarf an rehabilitativen Leistungen vorherrschen wird (Koch et al. 2006).

Schon Bullinger und Kohlmann (1997) schreiben der Erfolgsmessung und damit der Legitimierung der Rehabilitation eine besondere Bedeutung zu. Wichtige Erfolgskriterien seien demnach:

- „Als medizinische Indikatoren: z. B. Krankheitsdauer, Komorbidität, Funktionskapazität
- Als sozialmedizinische Indikatoren: z. B. Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben, Leistungsbild
- Als sozialepidemiologische Indikatoren: z. B. soziale Integration, Rückkehr zur Arbeit („return to Work“); Eingliederungserhalt
- Als versicherungsrechtliche Indikatoren: z. B. Erwerbsfähigkeit, Grad der Behinderung, Invalidität
- Als gesundheitsökonomische Indikatoren: z. B. Behandlungskosten, Arbeitsausfallzeiten

- Als subjektive Indikatoren und Lebensqualität: z. B. Wohlbefinden, Beschwerden, Angst, Depressivität, Fähigkeiten zur Bewältigung der Belastungen“ (Bullinger und Kohlmann 1997, zitiert in Koch et al. 2006, S. 1019).

Im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements können alle von Bullinger und Kohlmann (1997) aufgeführten Indikatoren eine zentrale Rolle spielen, da sämtliche von den Autoren aufgeführten Faktoren Einfluss auf die Eingliederung in das Arbeitsleben haben können.

Obwohl sich die Forschung zur berufsorientierten medizinischen Rehabilitation in Deutschland fortschrittlich entwickelt hat, weisen Koch et al. (2007) auf Missstände hin, speziell im Bereich der Evaluation einzelner Maßnahmen, wie unter anderem der Weiterentwicklung von Strategien des Eingliederungs- / Partizipationsmanagements in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Hierbei sollen den Autoren nach die Finanzierung einzelner Maßnahmen sowie Evaluationsmöglichkeiten Berücksichtigung finden. Darüber hinaus verweisen sie auf den zunehmenden Forschungsbedarf und Forschungsrückstand im Hinblick auf den internationalen Vergleich (Koch et al. 2007).

In Kapitel 2 sind die Bezüge unterschiedlicher gesundheitswissenschaftlicher Disziplinen sowie die Gesundheitspolitik und deren Zusammenhang mit dem BEM dargestellt worden. Es ist deutlich geworden, dass teilweise Überlappungen im Selbstverständnis der Disziplinen z. B. bei der Gesundheitspsychologie und der Gesundheitspädagogik existieren. Dieses unterstreicht die Notwendigkeit einer transdisziplinären Betrachtungsweise. Die Gesundheitspsychologie lässt sich als eine Teildisziplin der Psychologie betrachten. Die Gesundheitspädagogik hingegen ist als eine Teildisziplin der Pädagogik zu verstehen.

Die interdisziplinär gesundheitswissenschaftliche Verortung kann als eine Grundlage für die im BEM-Verfahren handelnden Protagonisten, wie BEM-Beauftragte, theoretische Grundlagen liefern. So ist deutlich geworden, dass die Selbstbestimmung des Individuums im Kontext von Arbeit und Organisation, wie es in der vorliegenden Untersuchung der Fall ist, eine grundlegende gesundheitspädagogische Betrachtungsweise erfordert.

Ausgehend von dieser (unter-) disziplinären gesundheitswissenschaftlichen Zuordnung werden im weiteren Verlauf ausgewählte theoretische Modelle skizziert, die zu den Gesundheitswissenschaften gehören.

3 Der Arbeit zugrunde liegende praktische Ansätze und theoretische Modelle

Zunächst werden ein Standard und zwei Modelle zum BEM dargestellt. Der Standard des BEM nach Flach et al. (2006) bezieht sich auf die Implementation des Verfahrens und liefert Handlungsempfehlungen für die prozesshafte Implementation eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements (Flach et al. 2006). Das zweite ausgewählte Modell wurde zugrunde gelegt, da Hetzel et al. (2006) zu der Erkenntnis gelangt sind, dass für eine erfolgreiche Implementation des BEM die Akzeptanz des Verfahrens von Entscheidern im Unternehmen unabdingbar zu sein scheint (Hetzel et al. 2006).

Darüber hinaus wird das in der Studie von Niehaus et al. (2008) entwickelte „Modell der Wirkfaktoren für die Bewertung des BEM“ skizziert, da dieses Modell grundlegende Orientierungspunkte zur Bewertung von BEM-Verfahren liefert.

Die hier vorgenommene Darstellung soll nicht als eine abschließende Auswahl betrachtet werden. Um das BEM nachhaltig theoretisch zu etablieren sind Folgestudien, die zusätzliche theoretische Modelle hinzuziehen und eine Verortung in weitere wissenschaftliche Disziplinen vornehmen, notwendig.

3.1 BEM-Konzepte und Standards

Der im Folgenden dargestellte BEM-Standard und die im Anschluss dargestellten BEM-Modelle sind nicht grundlegend wissenschaftlich disziplinär verortet, sondern liefern praktische Handlungsempfehlungen für die Konzeption und Implementation von BEM-Verfahren. Bei dem im Folgenden dargestellten prozessorientierten Standard des BEM wird von Seiten der Autoren ein besonderer Fokus auf Qualitätssicherung gerichtet (Flach et al. 2006).

3.1.1 Der prozessorientierte Ansatz des BEM

Der Ansatz liefert nach Flach et al. (2006) grundlegende prozessorientierte Handlungsanweisungen, die als Orientierungshilfe in einem BEM-Konzeptions- und Implementationsprozess Verwendung finden können.

Er ist im internationalen Qualitätsmanagement anerkannt und bietet Unternehmen die Möglichkeit, sich gemäß einem standardisierten Verfahren, dem Consensus Based Disability Management Audit (CBDMATM), auditieren und zertifizieren zu lassen (Flach et al. 2006).

In Deutschland ist der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HBVG) Lizenzhalter des „Produktes“ (Mehrhoff 2004). Der Standard wurde vom „Institut

für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation“¹⁴ weiterentwickelt und in der Praxis erprobt.

Er wurde zur Einordnung in existierendes Qualitätsmanagement in Anlehnung an die DIN EN ISO 9001:2000 (Deutsches Institut für Normung, 2000) erweitert, um eine Akzeptanzsteigerung in den Unternehmen zu erreichen (Flach et al. 2006).

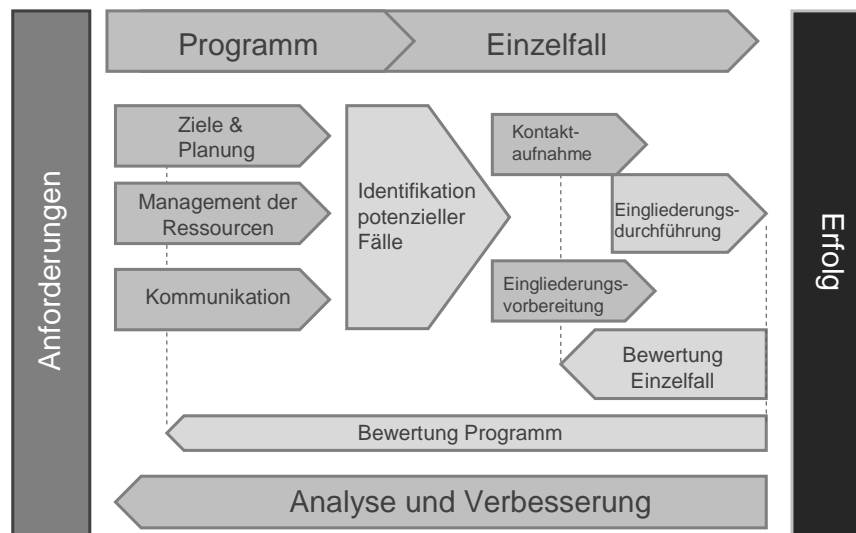
Der prozessorientierte Ansatz des BEM nach Flach et al. (2006) hat seinen Ursprung in einem internationalen Forschungsprogramm zur Wiedereingliederung behinderter Menschen an den Arbeitsplatz. Die International Labour Organization (ILO) hat im Jahr 2001 den „Code of Practice on Managing Disability in the Workplace“ entwickelt (Albrecht, 1999). In Kanada wurde dieser vom National Institute of Disability and Research (NIDMAR) modifiziert und entsprechend weiterentwickelt (Nidmar 2003).

Im Jahre 2006 wurden die Ford-Werke am Standort Deutschland als erstes Unternehmen auditiert und zertifiziert (Flach et al. 2006).

Der Ansatz beschreibt Zielvorgaben des BEM, die über die formulierten Mindestanforderungen an die Umsetzung eines BEM-Verfahrens nach § 84 Absatz 2 (SGB IX 2004) hinausgehen. Er orientiert sich in seiner Struktur an der DIN EN ISO 9001:2000 (Deutsches Institut für Normung 2000). Weiter betonen Flach et al. (2006), dass dieser in der Praxis erprobte und bereits weiterentwickelte Ansatz einen Rahmen für ein Betriebliches Eingliederungsmanagement, unabhängig von der Unternehmensgröße, darstellt.

Den Autoren zu Folge soll mit Hilfe des in der nächsten Abbildung visualisierten Standards des BEM sowohl die Entwicklung als auch die Wirksamkeit eines BEM gefördert werden können.

¹⁴ <http://www.iqpr.de/iqpr/seiten/>

Abbildung 4: Prozessorientierter Ansatz des BEM

Flach et. al. 2006, S. 517

Die Entwickler des Ansatzes betonen die Notwendigkeit der Konzeption eines unternehmensspezifischen Anforderungsprofils (Flach et al. 2006). So plädieren sie dafür, ein BEM zu konzipieren, das wie folgt aussehen kann:

Eingliederungspolitische Grundsätze sind von Seiten der Organisationsleitung in Abstimmung mit der Interessenvertretung zu formulieren. Darüber hinaus soll eine eingliederungspolitische Zielformulierung, die konkrete Zielgruppendefinition und die Festlegung etwaiger Erfolgskriterien erfolgen.

Außerdem fordern die Autoren eine im Vorfeld zu regelnde BEM-Rahmenplanung. Die Leitung soll in Abstimmung mit der Interessenvertretung den zur Planung, Durchführung und Verbesserung des BEM notwendigen Rahmen zu schaffen.

Zudem raten die Verfasser zu der Benennung einer Person, die als Beauftragte für die wesentlichen Prozesse zuständig ist und auf Basis der eingliederungspolitischen Grundsätze und Ziele einen Arbeits- und Zeitrahmen festlegt. Dieser soll wesentliche strukturelle Prozesse unter Berücksichtigung gesetzlicher Vorgaben beinhalten:

- Verantwortung der agierenden Sozialpartner
- Management von Ressourcen
- Kommunikation
- Einzelfallidentifikation und Eingliederung im Einzelfall
- Auswertung / Analyse und Bewertung
- Dokumentationsanforderungen

(Flach et al. 2006)

Die Formulierung der Anforderungen muss nach Meinung der Verfasser unter Berücksichtigung der unternehmensspezifischen Ressourcen erfolgen. Darüber hinaus empfehlen Flach et al. (2006), vorab die eigenen erforderlichen Ressourcen im Unternehmen zu analysieren.

Weiter beschreiben die Autoren die Betrachtung und Bewertung der Zusammenarbeit der am BEM wirkenden Parteien. So schlagen sie vor, die Zusammenarbeit von z. B. Arbeitgeber- und Interessenvertretern anhand der Wirksamkeit von eingliederungsrelevanten Prozessen in regelmäßigen Abständen zu überprüfen.

Ferner stellen sie heraus, dass die wesentlichen Ergebnisse der Analyse sowie etwaige betriebliche Änderungen, die Auswirkungen auf das BEM haben, skizziert und evaluiert werden müssen. Sie plädieren dafür, im Anschluss an die Evaluation, konkrete Interventionsvorschläge abzuleiten (Flach et al. 2006).

Flach et al. (2006) befürworten es, externe Personen, z. B. Disability Manager (s. I. 1.2) zu beauftragen, die als Beauftragte der Sozialpartner agieren und weitgehend die Planung und Steuerung des BEM übernehmen. Bereits im Vorfeld soll nach Meinung der Autoren die Ermittlung von externen Partnern nach bestimmten Kriterien erfolgen. Die Zusammenarbeit mit ihnen ist regelmäßig zu bewerten.

In der Einzelfallarbeit des BEM-Verfahrens setzt sich das Team entsprechend dem jeweiligen Bedarf zusammen. Fallbezogene Kooperationen mit externen Partnern erfordern jedoch die Herstellung von Verbindungen, die gehalten und gepflegt werden müssen.

„Das DM-Team setzt sich je nach Bedarf und Komplexität des Unternehmens zusammen aus:

Disability Manager

Vertretung der Leitung der Organisation

Arbeitnehmersvertretung

bei Bedarf Schwerbehindertenvertretung

bei Bedarf Personalwesen

bei Bedarf Führungskräfte

bei Bedarf betriebsärztlicher Dienst

bei Bedarf Vertreter der Bereiche Ergonomie, Arbeitsbewertung

bei Bedarf betriebliche Sozialarbeit und / oder Psychologie, Suchtberater

bei Bedarf Sicherheitsingenieur, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Arbeitsschutzbeauftragter

bei Bedarf Vertreter der Träger der Sozialleistungen (für die Steuerung von Maßnahmen).“ (Flach et al. 2006, S. 318).

Im Vorfeld sei jedoch der Beschäftigte nachhaltig über BEM aufzuklären, und entsprechend an den Umsetzungs- und Verbesserungsprozessen zu beteiligen (Flach et al. 2006).

Darüber hinaus sei die Infrastruktur eines Unternehmens entsprechend zu berücksichtigen. So müsse beispielsweise der Bedarf an benötigten Materialien zur Umsetzung des BEM ermittelt werden. Kommunikation bedeutet für die Autoren hauptsächlich Öffentlichkeitsarbeit und hat sowohl intern als auch extern zu erfolgen, damit Verständnis und Akzeptanz für das BEM bei Vorgesetzten, Mitarbeitern und externen Partnern erreicht werden kann (ebd. 2006).

Flach et al. (2006) beschreiben darüber hinaus, wie die Identifikation der Einzelfälle und die Kontaktaufnahme erfolgen soll. So wird eine genaue Fehlzeitenanalyse als eine Möglichkeit betrachtet. Darüber hinaus sind auch Alterstrukturanalysen oder ereignisbezogene Mitarbeitergespräche und arbeitsmedizinische Untersuchungen denkbar.

Die Autoren plädieren für eine frühzeitige Kontaktaufnahme zu den als BEM-Fall identifizierten Mitarbeitern, die auch bei längerer Krankheit kontinuierlich fortgeführt werden soll. Sie raten dazu, die Gesprächsthemen, die Gesprächsstruktur wie auch die Kriterien für die Durchführung der Kontaktaufnahme vorab festzulegen.

Stimme der Mitarbeiter einem BEM-Verfahren zu, sei es an der Zeit, die Ausgangssituation zu erfassen. Hierbei sind nach Meinung der Autoren sowohl die Fähigkeiten des betroffenen Mitarbeiters als auch dessen Beschäftigungsprognose systematisch zu ermitteln. Es biete sich an, den Mitarbeiter aktiv mit einzubeziehen und darüber hinaus eine Selbsteinschätzung vornehmen zu lassen. Außerdem befürworten die Autoren die Erstellung einer arbeitsmedizinischen Stellungnahme (ebd. 2006).

Die vorhandenen Eingliederungsmöglichkeiten, inklusive der Klärung der Tätigkeitsanforderungen, sind nach Flach et al. (2006) systematisch und unternehmensweit zu ermitteln. Exemplarisch werden Arbeitsplatzumgestaltungen, der Einsatz von Hilfsmitteln oder auch stufenweise Wiedereingliederungsprogramme genannt. Darüber hinaus findet die mögliche Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz oder auch die Schaffung eines neuen Arbeitsplatzes Berücksichtigung.

Nach der Diskussion über etwaige Umsetzungs- und Eingliederungsmöglichkeiten, sollen die in das Verfahren eingebundenen Akteure gemeinsam mit dem Betroffenen einen Eingliederungsplan aufstellen.

Flach et al. (2006) weisen zudem darauf hin, dass der Disability Manager im Bedarfsfall sicherstellen soll, Sozialleistungsträger frühzeitig mit einzubeziehen, um zu klären, ob Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Anspruch genommen werden können.

Bevor die geplanten Maßnahmen umgesetzt werden, plädieren die Autoren dafür, den direkten Vorgesetzten zu informieren. Die Umsetzung solle anhand eines vorab festgelegten Eingliederungsplanes erfolgen. Erster Ansprechpartner bei Schwierigkeiten sei der Vorgesetzte, der sich ggf. an den Disability Manager wenden solle.

Ablauf und Ergebnis des Verfahrens seien vom betroffenen Beschäftigten, dessen Vorgesetzten und dem DM-Team kritisch zu bewerten, um daraus mögliche Verbesserungspotentiale abzuleiten.

Um nachzuweisen, dass die Anforderungen des „Standards für betriebliches Eingliederungsmanagement“ eingehalten werden und um die Wirksamkeit und Effizienz des BEM ständig zu verbessern, soll das BEM den Autoren nach in grundlegende Analyse- und Verbesserungsprozesse des Unternehmens einbezogen werden.

Dazu bestehe die Notwendigkeit, Erhebungsmethoden einschließlich des Erhebungszyklusses festzulegen. „Mindestens folgende Parameter werden analysiert: Wirksamkeit der eingliederungsrelevanten Prozesse aus Sicht der betroffenen Beschäftigten und der beteiligten Vorgesetzten (...) Wirksamkeit und Effizienz des BEM bei Bedarf die Qualität externer Leistungserbringer.“ (Flach et al. 2006, S. 320).

Nach Flach et al. (2006) ist der Disability Manager dafür verantwortlich, aus der Analyse Verbesserungsvorschläge abzuleiten und diese entsprechen zu dokumentieren. Im Sinne der internen Qualitätssicherung und für die Einschätzung der Wirksamkeit ist es den Autoren nach notwendig, die „(...) wesentlichen Abläufe, Verfahren, Festlegungen, Zuständigkeiten, Befugnisse zu dokumentieren.“ (Flach et al., 2006, S. 320).

So befürworten die Autoren ein Manual, das die grundlegenden eingliederungspolitischen Grundsätze im Hinblick auf Abläufe, Verfahren, Zuständigkeiten, Integration des BEM in die Aufbau- und Ablauforganisation, Zugangskriterien etc. darstellt. Der Disability Manager habe die Aufgabe, die Aktualität des Manuals sicherzustellen und dessen Abgleichung mit dem Standard vorzunehmen. Das Manual könne in Form einer Betriebsvereinbarung formuliert sein.

Für die Durchführung der Aufzeichnungen sowie das Pflegen und Aufbewahren der Aufzeichnungen sei der Disability Manager zuständig, der darüber hinaus auch die Einhaltung der notwendigen Datenschutzbestimmungen prüfe.

Der soeben beschriebene Standard bietet Unternehmen Orientierungspunkte zur Einführung von BEM-Verfahren, wie sie in vielen Prozessstrukturen zu finden sind. Inhaltlich bleibt er auf einer eher abstrakten Ebene. So kann die Gefahr bestehen, dass sich Unternehmen in der frühen Phase der Konzeption des BEM überfordert fühlen, weil z. B. eingliederungspolitische Grundsätze und Ziele noch nicht formuliert werden können, da die Erkenntnis der Bedeutsamkeit des BEM im jeweiligen Unternehmen erst wachsen muss. Unter Anleitung eines Disability Managers, wie von Flach et al. (2006)

beschrieben, kann der Standard im jeweiligen Unternehmen sicherlich mit präziseren Inhalten gefüllt werden.

Kritisch angemerkt werden könnte jedoch, dass die Aspekte Auseinandersetzung mit Krankheit, wie z. B. eine mögliche mit Krankheit einhergehende Leistungsminderung oder auch Krankheit als Tabuthema speziell im Arbeitgeber- / Arbeitnehmerverhältnis und weitere grundlegende verhaltensorientierte und pädagogische Aspekte bei Flach et al. (2006) keine Beachtung finden.

Dennoch liefert der Standard eine grundlegende Orientierung und eine detaillierte Prozessbeschreibung zur Implementation von BEM-Verfahren.

In der im Folgenden dargestellten empirischen Studie wird über die Prozessbeschreibung hinaus ein Augenmerk auf die Förderung von Akzeptanz von BEM-Verfahren speziell bei Geschäftsführern gerichtet.

Grundlage der Studie von Hetzel et al. (2006) bildet die Erkenntnis, dass speziell in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) ein Umsetzungsdefizit des BEM-Verfahrens vorherrscht. Mittels leitfadengestützter Interviews mit Geschäftsführern wurden grundlegende Implementationsbarrieren ermittelt, um anschließend ein Modell zu konzipieren, mit dem die Akzeptanz bei Protagonisten in Unternehmen gefördert werden soll.

Das von Hetzel et al. (2006) konzipierte Modell greift einzelne Komponenten des in II. 3.1.1 dargestellten Standards auf, richtet seinen Fokus jedoch insgesamt stärker auf handelnde Personen innerhalb des Verfahrens und formuliert darüber hinaus im Ansatz konkretere Handlungsanweisungen für Akteure.

3.1.2 Modell für BEM in kleinen und mittleren Unternehmen

Hetzel et al. (2006) führten im Rahmen ihrer Untersuchung in kleinen und mittleren Unternehmen (bis 250 Mitarbeiter) eine leitfadenorientierte Befragung mit 13 Geschäftsführern durch, die inhaltsanalytisch ausgewertet wurde.

Die Autoren konnten feststellen, dass die befragten Geschäftsführer aus den Branchen Gartenbau, Produktion, Altenpflege, Fachhandel, Behörde und Dienstleistung dem betrieblichen Eingliederungsmanagement kaum Beachtung beimaßen.

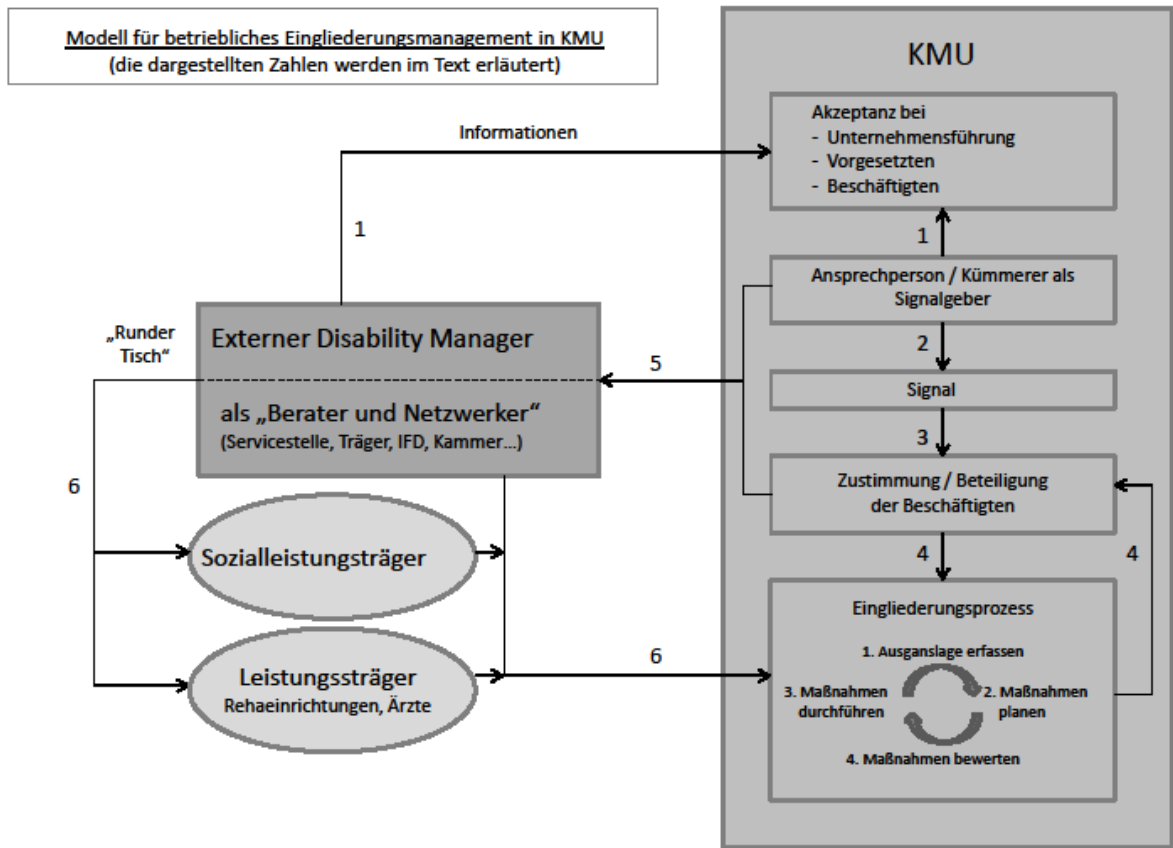
„Meistens bauen sie auf passives, aber teilweise sehr massives Ad-hoc-Management, d. h. sie reagieren auf Notfälle, setzen auf die Eigenverantwortung der Mitarbeiter und betreiben Schadensbegrenzung. Frühzeitige Maßnahmen sind die Seltenheit.“ (Hetzel et al. 2006).

Die Autoren ermittelten folgende Implementationsbarrieren für das Verfahren:

1. **Ein Informationsdefizit bei den Geschäftsführern** zum BEM im Allgemeinen.
2. **Fehlende Prioritätensetzung:** Die Autoren haben die Erkenntnis gewonnen, dass die im Rahmen des BEM-Prozess verantwortlichen Personen zum Teil wirtschaftliche Investitionen als vorrangig und die Leistung der Mitarbeiter eher utilitaristisch betrachten.
3. **Eingeschränkte Eingliederungsmöglichkeiten:** Generell geringere Möglichkeiten von KMU, Unwissenheit und auch Bequemlichkeit.
4. **Eingliederung ist Aufwand:** Dieses benennen die Autoren, weisen aber darauf hin, dass dieser Aufwand durch externe Unterstützung und konkrete Handlungshilfen deutlich reduziert werden kann.
5. **Teilweise geringe Eigenverantwortung der Beschäftigten.**
6. **Krankheit ist ein Tabuthema:** BEM kann nach Auffassung der Autoren nur funktionieren, wenn Krankheit einen Bestandteil der betrieblichen Kommunikationskultur darstellt. (Hetzl et al. 2006).

Hetzl et al. (2006) ziehen folgende Schlussfolgerungen aus den in ihrer Untersuchung gewonnen Erkenntnissen: Für die Etablierung des BEM, wenn es mehr als eine „Notfall-operation am Einzelfall“ darstellen und darüber hinaus von den Verantwortungsträgern in den Unternehmen als relevant betrachtet werden soll, ist es notwendig, die nachstehenden Aspekte zu berücksichtigen:

Im Unternehmen muss ein Problembewusstsein und eine Erkenntnis für den Nutzen des BEM geschaffen werden. Dazu ist es wichtig, die einflussreichsten Mitarbeiter des Unternehmens als Promotoren zu gewinnen, um innerbetriebliche Akzeptanz und ein mitarbeiterorientiertes Betriebsklima zu schaffen. Sie plädieren dafür, Kompetenzen und Kooperationsbereitschaft mit externen Partnern zu fördern und die Eigenverantwortung der Beschäftigten über gemeinsam festgelegte Verhaltensregeln zu stärken. Darüber hinaus betonen sie, die Verantwortlichkeiten und Verhaltensregeln im BEM-Verfahren generell fest zu definieren. Auf Basis der angesprochenen Punkte haben die Autoren ein prozessorientiertes Modell skizziert, das im Folgenden erläutert werden soll.

Abbildung 5: Modell für betriebliches Eingliederungsmanagement in KMU

Hetzel et al. 2006, S. 307

Flach et al. (2006) fordern in ihrem Standard des BEM, primär eingliederungspolitische Grundsätze zu formulieren, sie nehmen jedoch keine Konkretisierung hinsichtlich der Begrifflichkeiten vor.

Hetzel et al. (2006) vertreten die Auffassung, dass im Unternehmen die Schaffung von Akzeptanz hinsichtlich BEM sowohl bei Mitarbeitern als auch bei den verantwortlichen Personen als Grundlage für die Implementation eines BEM-Verfahrens gewährleistet sein muss. So betonen sie die Wichtigkeit der Akzeptanz des BEM-Verfahrens bei den Entscheidern im Unternehmen. Hier nehmen sie eine terminologische Differenzierung zwischen strategischen Entscheidern (Unternehmensführung) und operativen Entscheidern (direkten Vorgesetzten) vor. Ebenso messen Hetzel et al. (2006) der Einbindung der Interessenvertretung entsprechende Bedeutung bei.

In Bezug auf den Einzelfall legen sie ein Augenmerk auf die Kontaktaufnahme, die in dem vorliegenden Modell detailliert beschrieben wird. Im Gegensatz zum Standard des BEM werden hier Begrifflichkeiten wie „Anschepartner“ oder „Kümmerer“ verwendet, die als ein Ausdruck der Fürsorge verstanden werden können.

Im einzelnen BEM-Verfahren wird, wie schon im Standard ausführlich beschrieben, die Ausgangslage des erkrankten Mitarbeiters erfasst, entsprechende Maßnahmen abgelei-

tet und mit Hilfe eines Eingliederungsplanes umgesetzt, kontrolliert und nach erfolgreichem Abschluss bewertet. Bei augenscheinlich unlösbaren Problemen plädieren die Autoren, wie auch Flach et al. (2006) dafür, externe Disability Manager mit wesentlichen Aufgaben zu beauftragen (s. II. 3.1.1).

Die Untersuchung von Hetzel et al. (2006) mit $n=13$ lässt sich auf Grund der kleinen Stichprobe nur begrenzt verallgemeinern. So müssten Folgestudien mit größeren Stichproben und größeren Unternehmen erfolgen, um allgemein gültige Aussagen hinsichtlich der Akzeptanz von BEM-Verfahren zu tätigen. Die Untersuchung von Hetzel et al. (2006) soll in der vorliegenden Untersuchung dennoch Beachtung finden, weil sie über die Formulierung von Prozessbeschreibungen, wie bei Flach et al. (2006), hinausgeht und ihren Fokus auf eine persönlichere Ebene zu „Einstellungen“ zum BEM bei Geschäftsführern und Mitarbeitern richtet. Weitere Untersuchungen mit größeren Fallzahlen liegen derzeit nicht vor.

Nachdem das soeben beschriebene Modell grundlegende eingliederungsrelevante Aspekte hinsichtlich der Akzeptanz des Instruments deutlich gemacht hat, soll im Folgenden ein Modell dargestellt werden, das sich mit den Wirkfaktoren zur Bewertung eines BEM auseinandersetzt. Im Gegensatz zu den bereits vorgestellten Ansätzen stellt es einen Zusammenhang zwischen der Ursache der Erkrankung der Beschäftigten und daraus abzuleitenden Maßnahmen her.

Niehaus et al. haben 2008 im Rahmen eines bundesweiten Forschungsprojektes im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales ein als „vorläufig“ bezeichnetes Modell entwickelt, „(...) das für die Darstellung des Zusammenhangs zwischen Maßnahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements und seinen Auswirkungen herangezogen werden kann (...).“ (Niehaus et al. 2008, S. 86).

Dieser Untersuchung von Niehaus et al. (2008) liegt eine Kombination von quantitativen und qualitativen Methoden zu Grunde. Das Ziel der Studie war, quantitative Aussagen zur Verbreitung des BEM und qualitative Aussagen über die Art und Weise mit der die Betriebe die Ziele des BEM (s. II. 2.4.6) umsetzen, zu ermitteln.

„Die Untersuchung erfolgte auf folgenden Forschungsebenen:

- Bundesweite Befragung von Betrieben, Unternehmen und Dienststellen
- Bundesweite Befragung in der Zeitschrift „Behinderte Menschen im Beruf“
- Dokumentenanalyse und Interviews mit Expertinnen bzw. Experten der Projekte der Initiative des BMAS „job – Jobs ohne Barrieren“ zum § 84 Abs. 2 SGB IX
- Interviews mit betrieblichen Expertinnen und Experten.“

(Niehaus et al. 2008, S. 13)

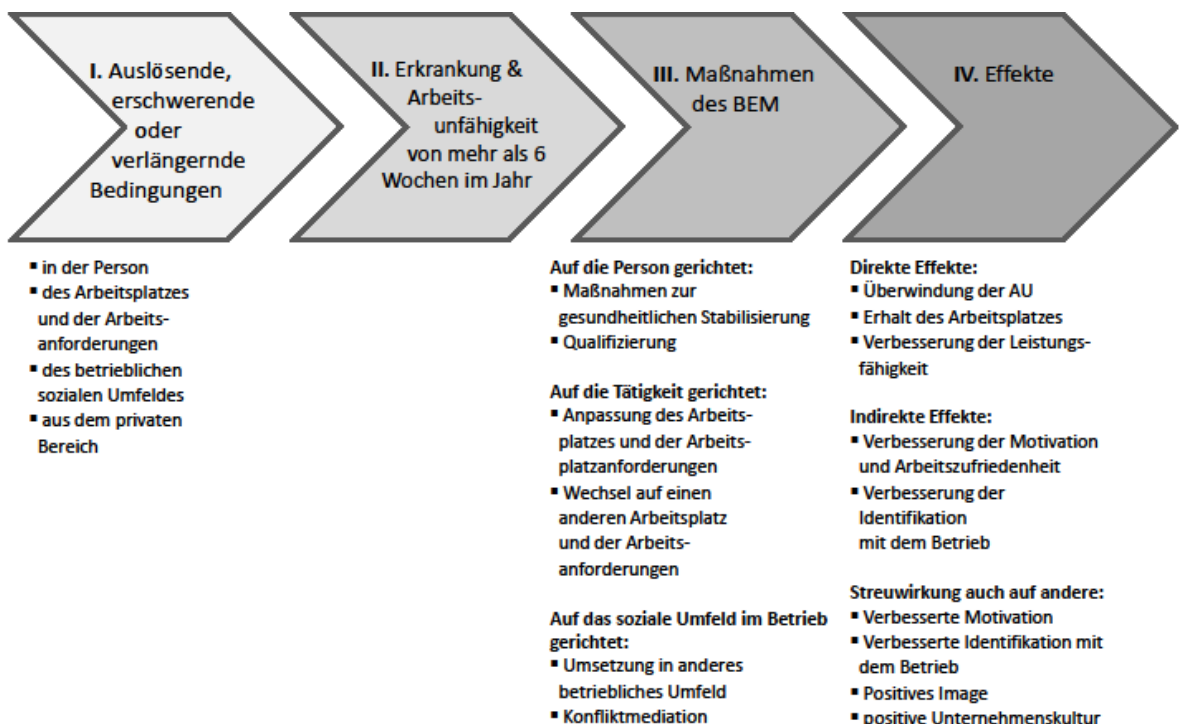
Methodisch lag der Studie eine internetbasierte Onlinebefragung mittels eines Fragebogens mit 53 Fragen zu Grunde. Thematisch beinhaltete der Fragebogen Fragen zu betrieblicher Prävention und zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement.

An der bundesweiten schriftlichen Online-Befragung beteiligten sich 630 Vertreter aus Betrieben, Unternehmen und Dienststellen. An der Befragung in der Zeitschrift „Behinderte Menschen im Beruf“ nahmen 474 Personen teil.

Vertiefende standardisierte Interviews wurden mit 16 Experten der Initiative „job – Jobs ohne Barrieren“ sowie mit verschiedenen an BEM beteiligten Akteuren in vier Unternehmen durchgeführt.

Im Folgenden soll das von Niehaus et al. (2008) als „vorläufig“ bezeichnete „Modell für die Bewertung des BEM“ dargestellt und der Zusammenhang zu der vorliegenden Studie deutlich gemacht werden.

Abbildung 6: Modell der Wirkfaktoren für die Bewertung des BEM



Niehaus et al. 2008, S. 86

Das Modell von Niehaus et al. (2008) richtet den Fokus auf mögliche Ursachen von Erkrankungen von Mitarbeitern.

Dies findet in den bislang dargestellten Modellen kaum Berücksichtigung, obwohl gerade diesem Aspekt im Laufe eines BEM-Verfahrens eine besondere Bedeutung beigegeben werden sollte.

Das Modell differenziert zwischen tätigkeitsbezogenen und personenbezogenen Merkmalen, die zu Erkrankungen führen oder ggf. die Genesung blockieren können.

Niehaus et al. (2008) gehen von gesundheitlichen Belastungen aus, die mit der Tätigkeit in Verbindung stehen. Die personenbezogenen Belastungen vereinen nach Meinung der Autoren Merkmale, wie Motivation, Qualifikation oder Commitment. Auch sozialen Merkmalen, wie dem Betriebsklima, der Unterstützung durch die Führungskraft oder den Kollegen messen die Autoren eine Bedeutung zu. Außerdem weisen Sie darauf hin, dass die Ursachen der Erkrankungen auch im privaten Umfeld anzusiedeln sind. Darauf hätten die Betriebe, wenn überhaupt, nur bedingt Einfluss (ebd. 2008).

Unabhängig von der Ursache der Erkrankung vertreten die Autoren die Auffassung, dass sich der Zeitpunkt der Kontaktaufnahme nicht zwangsläufig an der gesetzlich vorgeschriebenen Frist orientieren muss. So betonen sie, dass frühere oder spätere BEM-Einleitungen durchaus denkbar sind. Dieser Aspekt erfordere jedoch eine differenzierte Betrachtungsweise. So sei vom Grundsatz her nichts dagegen einzuwenden, BEM früher oder später durchzuführen. In der Praxis könne dies jedoch bedeuten, dass für die Beschäftigten die Kriterien, wann ein BEM-Angebot ausgesprochen wird, nicht transparent seien. So bestehe die Gefahr der Verunsicherung bei Beschäftigten, wenn einige Personen nach 42 Tagen angeschrieben würden, andere jedoch nicht.

Wer beurteile, ob ein BEM-Verfahren notwendig sei oder nicht? Das müsse in erster Linie der Beschäftigte sein, der wie alle anderen auch nach 42 Tagen das Angebot erhalte und dann die Möglichkeit habe, zuzustimmen oder abzulehnen. Für den Fall, dass sich ein Beschäftigter vor Ablauf der 42 Tage Frist eigeninitiativ für das Verfahren melde, solle es schon aus der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers heraus entsprechend umgesetzt werden. Mittels der vorliegenden Studie konnte festgestellt werden, dass bei den befragten Unsicherheiten und fehlende Kriterien hinsichtlich der Umsetzung des BEM-Verfahrens in der Einrichtung vorherrschen (s. III. 6.2.2) (ebd. 2008).

Niehaus et al. (2008) sehen mögliche aus den Ursachen abgeleitete Maßnahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements. Zunächst stellen sie die Ziele dar, die mit der Durchführung der Maßnahmen beabsichtigt sind und beschreiben sie. So benennen sie die auch im SGB IX (SGB IX 2004 § 84 Abs. 2) formulierten Ziele, die Arbeitsunfähigkeit des Beschäftigten zu verkürzen und einer erneuten Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen, um so den Arbeitsplatz auf Dauer zu erhalten.

Die Durchführung der betrieblichen Maßnahmen basiert nach Niehaus et al. (2008) auf der Annahme, dass sie Einfluss auf das Krankheitsgeschehen der Mitarbeiter ausüben können.

Darunter fielen Bedingungen, die die Arbeitsunfähigkeit auslösten oder die der Genesung hinderlich seien und die Erkrankung somit erschwerten. Nach Ansicht der Autoren

sind BEM-Verfahren über die tätigkeits-, personen- oder umfeldbezogenen Ansätze hinaus individuell zu betrachten, da verschiedene Personen unterschiedliche Ursachenzuschreibungen und entsprechend variierende Maßnahmen ableiten (Niehaus et al. 2008). Daraus lässt sich ein deutlicher Hinweis auf die Schwierigkeit der Objektivierbarkeit von Erkrankungen im Allgemeinen und Krankheitsursachen im Speziellen in BEM-Verfahren ableiten.

Weiter führen die Autoren Effekte des BEM auf, anhand derer seine Wirksamkeit abgeleitet werden kann. So differenzieren sie zwischen direkten Effekten, wie der Überwindung der Arbeitsunfähigkeit oder der Verbesserung der Leistungsfähigkeit und indirekten Effekten, wie einer verbesserten Motivation und höheren Arbeitszufriedenheit. Darüber hinaus führen die Autoren die durch die ggf. verbesserte Motivation ausgeübte Streuwirkung auf. Gemeint ist hier der indirekte Profit, der durch eine verbesserte Unternehmenskultur erreicht werden kann (Niehaus et al. 2008).

Nach der Darstellung grundlegender bereits existierender Modelle des BEM soll nun der Fokus zunächst auf grundlegende ressourcenorientierte, psychologische Ansätze gerichtet werden, die das Individuum vermehrt in den Vordergrund stellen.

3.2 Theoretische Ansätze zur Erklärung gesundheitsbezogenen Verhaltens und ihre Bedeutung für das BEM-Verfahren

Für die Einführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements in der Klinik wurde über die konzeptionellen und die implementationstechnischen Grundsätze hinaus ein besonderes Interesse auf Beschäftigte und ihre „Krankheitssituation“ – bezogen auf ihr Berufsleben – gerichtet.

Die Personen, die ein BEM-Angebot erhalten, waren bzw. sind länger oder häufiger arbeitsunfähig. Aus aktuellen Studien geht hervor, dass eine vorherrschende unsichere Lebenssituation bzw. -perspektive negativen Einfluss auf die Gesundheit ausüben kann (Kuhnert, Kastner 2006, Richter, Hurrelmann 2007). Individuelle, personenbezogene Aspekte hinsichtlich Gesundheit und Krankheit fanden in den bereits dargestellten Modellen (s. II. 3.1) keine Berücksichtigung. Aus diesem Grund erfolgt nun eine die Person in den Fokus nehmende gesundheitspädagogische theoretische Verortung.

3.2.1 Klärung zentraler Begrifflichkeiten

Vorab soll jedoch die Definition grundlegender Begrifflichkeiten vorgenommen werden.

Selbstwirksamkeit

Im Rahmen der sozial-kognitiven Theorie Banduras (1997) bezeichnet Selbstwirksamkeit die subjektive Überzeugung eines Individuums, ein bestimmtes Verhalten erfolgreich ausführen zu können. Diese Überzeugung wirkt sich in großem Maße auf die Handlungen eines Menschen aus. Der Glaube an die eigene Selbstwirksamkeit stellt nach Bandura eine Leitlinie für das Leben des Menschen dar (Bandura 1997).

Empowerment

Empowerment bedeutet im Kontext der vorliegenden Arbeit und im allgemeinen Sinne der Gesundheitsförderung, dass Menschen Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen, indem sie u. a. dazu befähigt werden (Faltermaier 2003).

Kohärenzgefühl

Antonovsky (1997) nennt die Gewissheit einer Person, schwierige Lebenssituationen bewältigen zu können, „Sense of Coherence“. Je größer das Kohärenzgefühl, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person gesund bleibt bzw. sich gesund erhält.

Psychological Empowerment

Das Psychological Empowerment setzt sich nach Spreitzer (1992) und Laschinger et al. (2001) aus den Faktoren „Meaning“, „Kompetenz“, „Self-Determination“ und „Eindruck“ zusammen.

Unter „Meaning“ verstehen die Autoren den Grad von Übereinstimmung zwischen dem individuellen Normen-und-Werte-Gefühl von Personen und den Anforderungen am Arbeitsplatz. „Kompetenz“ wird als Fähigkeit verstanden, Tätigkeiten gut ausführen zu können und „Self-Determination“ beschreibt Gefühle von persönlicher Kontrolle über die Arbeit. Der Faktor „Eindruck“ beinhaltet das Gefühl, an Entscheidungen mitwirken zu dürfen und Einfluss auf diese auszuüben (Spreitzer 1992, Laschinger et al. 2001).

Structural Empowerment

Unter Structural Empowerment werden Strukturen innerhalb der Unternehmensorganisation verstanden, die Beschäftigten selbstbestimmte Arbeit und die Teilnahmemöglichkeit an Entscheidungen ermöglichen (Kluska et al. 2004).

Es zeigt sich, dass die aufgeführten Begrifflichkeiten Selbstwirksamkeit, Empowerment, Psychological Empowerment, sowie das Kohärenzgefühl inhaltlich deutliche Parallelen aufweisen und somit vom Begriffsverständnis her synonym als Bewältigungskompetenzen zusammengefasst werden können. Auch das Structural Empowerment beinhaltet Bewältigungskompetenzen, hier wird der Fokus jedoch darüber hinaus auf am Arbeitsplatz vorherrschende Strukturen und Bedingungen gerichtet, die die Anwendung persönlicher Bewältigungsmechanismen ermöglichen.

Somit erfolgt auf der Grundlage der salutogenetischen Herangehensweise des Forschungsvorhabens die theoretische Einbettung in Orientierung an Schwarzer (2004), Bandura (1997) und Antonovsky (1997). Die genannten Autoren gehen davon aus, dass Personen, die über ein hohes Maß an Bewältigungsmechanismen verfügen, weniger dazu neigen zu erkranken. Darüber hinaus beschreiben sie, dass selbstwirksame Personen eine höhere Kompetenz hinsichtlich der Bewältigung von Krankheiten aufweisen. Den aufgeführten Ansätzen gemein ist eine grundsätzlich ressourcenorientierte, salutogenetische Betrachtungsweise.

Zudem wird in diesem Kapitel das Modell beruflicher Gratifikationskrisen nach Siegrist (1996) und eine Studie von Kluska et al. (2004) hinzugezogen, da diese empirische Untersuchungen zu Krankheitsursachen am Arbeitsplatz durchgeführt haben.

Es ist davon auszugehen, dass hinter den divergierenden Termini eine hohe inhaltliche Konformität in Bezug auf die Semantik zu verzeichnen ist und diese und weitere Begrifflichkeiten den salutogenetischen Leitgedanken der vorliegenden Arbeit widerspiegeln.

3.2.2 Salutogenesemodell nach Antonovsky

Salutogenetische Modelle haben das Bestreben, in Erfahrung zu bringen, was Menschen trotz belastender körperlicher und psychischer Faktoren gesund erhält. Der von dem Medizinsoziologen Aaron Antonovsky geprägte Begriff der Salutogenese bildet die Basis für die seit den 1970er Jahren entstandenen Salutogenesemodelle. Im Fokus stehen seither nicht mehr vordergründig die pathogenetischen, sprich die krankmachenden Faktoren, sondern eher eine salutogenetische, die Gesundheit in den Fokus nehmende, ressourcenorientierte Betrachtungsweise (Antonovsky 1997).

Franke (2009) führt über das Salutogenesemodell hinaus weitere bedeutsame ressourcenorientierte Ansätze auf:

- Widerstandsfähigkeit (Hardiness) (Kobasa 1979, 1982)
- Selbstwirksamkeit (Self efficacy) (Bandura 1977, 1982)
- Optimismus (Optimism) (Scheier, Carver 1985)
- Resilienz (Resilience) (Werner 1999, Werner, Smith 2001)

Im Zentrum des Salutogenesemodells steht nach Makowsky (2009) die Frage, warum Menschen trotz potenziell gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund bleiben bzw. nicht krank werden und darüber hinaus – ein zentraler Punkt der vorliegenden Arbeit – wie ein Individuum es schafft, sich von Krankheit wieder zu erholen.

Nach Antonovsky (1997) unterliegt das menschliche Leben dem Ungleichgewicht, der sog. Heterostase. Der Autor versteht den menschlichen Organismus als ein System, das eine Tendenz nach Auflösung bzw. Zerfall beinhaltet, der sog. Entropie und geht davon aus, dass Menschen nicht automatisch im Gleichgewicht sind, sondern dass ständig Energie zugeführt werden muss, um das System in Balance zu halten. Menschen werden mit unterschiedlichen Stimuli konfrontiert, die ständig eine angepasste Leistung und aktive Bewältigung erfordern. In diesem Zusammenhang spielen Stressoren eine entscheidende Rolle. Antonovsky (1997) nennt die Gewissheit einer Person, schwierige Lebenssituationen bewältigen zu können, „Sense of Coherence“. Je größer das Kohärenzgefühl, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person gesund bleibt bzw. sich gesund erhält.

Nach Antonovsky (1997) besteht das Kohärenzgefühl aus den Komponenten Verstehbarkeit (comprehensibility), Handhabbarkeit (manageability) und Bedeutsamkeit (meaningfulness).

Franke (2009) interpretiert diese Komponenten folgendermaßen: Verstehbarkeit beschreibt, inwieweit eine Person das Ausmaß, indem sie interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt, als geordnete, konsistente, strukturierte und klare Information und nicht als ein ungeordnetes, zufälliges, chaotisches, willkürliches Rauschen, das für die Person unerklärlich ist. Die Teilkomponente Handhabbarkeit kennzeichne, inwieweit ein Individuum geeignete Ressourcen zur Verfügung habe, um den Anforderungen möglicher Stressoren zu begegnen. Ein hohes Ausmaß an Handhabbarkeit bewirke, dass Menschen weniger die Opferrolle einnehmen und sich auch weniger ungerecht behandelt fühlen. Die Teilkomponente Bedeutsamkeit repräsentiere das Ausmaß, in dem eine Person ihr Leben als sinnhaft erlebe und wie und in welcher Form sie sich dafür einsetze.

So sei davon auszugehen, dass Aufgaben und Anforderungen die Menschen mit einem hohen Maß an Bedeutsamkeit tendenziell weniger belasteten, sondern eher herausforderten. Der Komponente Bedeutsamkeit bzw. Sinnhaftigkeit wird von Antonovsky (1997) die größte Bedeutung beigemessen.

Über das Kohärenzgefühl hinaus sind in der Literatur weitere ressourcenorientierte Ansätze beschrieben, die Einfluss auf die Gesundheit einer Person ausüben können. So ist die positive Bedeutung des „Optimismus“ im Hinblick auf Gesundheitsverhalten vielfach belegt. Optimistische Menschen erholen sich schneller von Krankheiten, set-

zen sich frühzeitiger Ziele für den Genesungsverlauf und zeigen sich nachhaltiger zufriedener (Carver, Scheier 1992, Scheier, Carver, Bridges 2001, Schwarzer 2004). Darüber hinaus können generelle Verbindungen zwischen Optimismus und körperlichem Wohlbefinden festgestellt werden (Seligmann 2005).

Ebenso zählt Hardiness als ein Coping begünstigenden Faktor (Britt, Adler, Bartone 2001). Mit Hardiness sind Überzeugungen einer Person gemeint, die sich auf die Person selbst und die Umwelt beziehen. So gilt als erwiesen, dass Personen, die viel Engagement zeigen, sich und ihre Umwelt als bedeutsam und interessant erleben und ihre Neugierde leicht geweckt werden kann. Auch gehen Personen, die der Überzeugung sind, eine weitreichende Kontrolle über ihre Lebensumstände zu haben, davon aus, einen großen Einfluss auf das Geschehen zu haben und dass es auf ihre eigene Anstrengung ankommt, ihre Bedingungen zu verändern. Die Personen, die Lebenssituationen als Herausforderung begreifen, erfahren, dass sie durch immer neue Herausforderungen bzw. Lernsituationen einen persönlichen Wachstumsprozess durchlaufen und ihr Leben verbessern können. Sie stellen sich neuen Herausforderungen, statt sich mit schon Erreichtem schnell zufrieden zu geben (Maddi 1990). Auch geht aus der Literatur hervor, dass die Bewertung des eigenen Arbeitsplatzes sowohl für die Zufriedenheit mit dem Job als auch für die Lebenszufriedenheit insgesamt bedeutsam ist (Baumeister 1991; Hackman, Oldham 1980; Richardson 1993, Britt, Adler, Bartone 2001).

Ein weiterer Ansatz, der über die kognitiven und intrapsychischen Faktoren hinaus auch soziale und materielle Ressourcen betrachtet, ist das Konzept der Resilienz. Der Resilienzforschung ist es ein besonderes Anliegen, positive Entwicklungstendenzen unter widrigen Bedingungen zu ermitteln (Siegrist 2010). „Unter Resilienz kann man die Fähigkeit verstehen, zerrüttenden Herausforderungen des Lebens standzuhalten und aus diesen Erfahrungen gestärkt und bereichert hervorzugehen. Mit Resilienz sind nicht nur allgemeiner Stärken gemeint, sondern auch dynamische Prozesse, die unter signifikant ungünstigen Umständen die Anpassung an eine gegebene Situation begünstigen.“ (Walsh 2006, S. 43)

Den ressourcenorientierten Ansätzen ist zu entnehmen, dass sowohl intra- als auch interpersonell Einfluss auf jene auch als Bewältigungsmechanismen oder protektive Faktoren betitelten Komponenten genommen werden kann. Deutlich wird aber auch, dass teilweise begriffliche Unschärfen bestehen. So zeigen die genannten Konstrukte mitunter theoretisch und empirisch gravierende Überschneidungen aufgrund gemeinsamer inhaltlicher Konzeptionen (Hoyer, Herzberg 2009). Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass am Arbeitsplatz eines Menschen und der dort gegebenen individuellen Präventionskultur variierende Möglichkeiten des Einflusses auf die bereits aufgeführten Faktoren verortet werden können (Naidoo, Wills 2003).

Im Folgenden beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit der dem Kohärenzgefühl nahe stehenden Ressource der Selbstwirksamkeit nach Bandura (1997). Diese wurde in den letzten Jahren umfangreich erforscht.

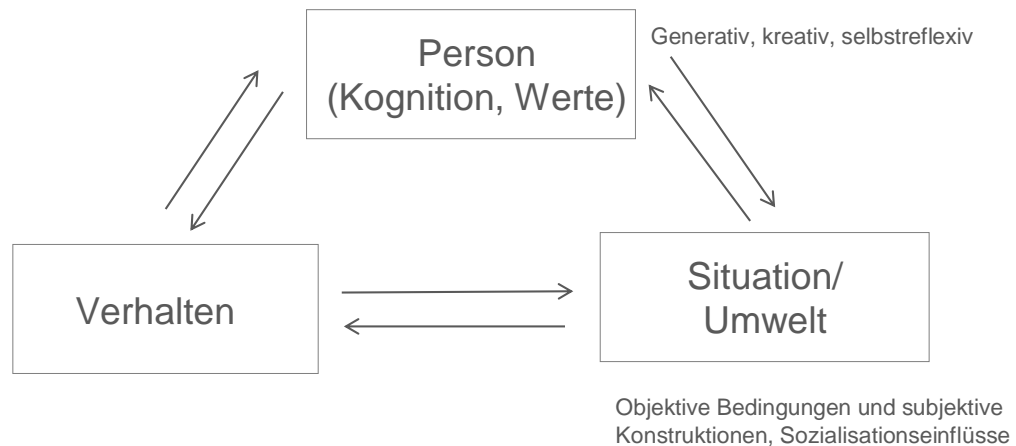
3.2.3 Sozialkognitive Theorie nach Bandura

Zunächst erfolgt die Darstellung der sozialkognitiven Theorie nach Bandura (1997) in Form eines Dreiecks. Im Anschluss daran werden die Selbstwirksamkeit und die Selbstwirksamkeitserwartung im Allgemeinen erläutert, die daraufhin in Bezug zu der Selbstregulation eines Individuums betrachtet werden. Die Gegenüberstellung zwischen Personen mit hoher und niedriger Selbstwirksamkeit nach Jerusalem (1990) soll konkrete, auf die Person bezogene Ansatzpunkte liefern, die im Rahmen eines BEM-Verfahrens Verwendung finden können. Darüber hinaus wird ein Fokus auf die individuelle, die kollektive, die allgemeine und die spezifische Selbstwirksamkeitserwartung gerichtet, da diesen eine zentrale Rolle zugeordnet werden kann, besonders bei der Betrachtung von Verhalten am Arbeitsplatz.

Es erfolgt primär eine gesundheitspädagogische Betrachtungsweise eines BEM-Verfahrens unter besonderer Berücksichtigung einer vertrauensfördernden Konzeption während der Implementation. Bandura (1997) geht in seiner sozial-kognitiven Theorie davon aus, dass sich Menschen gegenüber ihrer Umwelt nicht adaptiv, sondern generativ und proaktiv verhalten. Dem Autor nach werden Personen nicht nur von ihrer Umwelt beeinflusst, sondern können selbst Einfluss nehmen. Sie sind keine reinen Produkte, sondern Konstrukteure und haben somit die Kompetenz, ihr Verhalten unter gegebenen situativen Bedingungen zu kontrollieren.

Die folgende Abbildung stellt die Beeinflussung von Person, Umwelt und Verhalten in vereinfachter Form dar.

Abbildung 7: Dreieck der sozial-kognitiven Theorie in Anlehnung an Bandura



Bandura 1997, S. 6

Nach Ansicht von Bandura (1997) ist die Intensität der einzelnen in der Abbildung zu erkennenden Determinanten Person, Umwelt und Verhalten situationsabhängig und verschieden stark ausgeprägt. Sie können somit zu unterschiedlichen Zeitpunkten wirksam werden und wechselseitig wirken.

Individuen können seiner Meinung nach Einfluss auf die eigene Person nehmen, um gewünschte Resultate zu erzielen. Demnach wählen sie ihre Handlungen durch Selbstreflexion aus und wägen sie nach verschiedenen Alternativen bzw. Handlungsoptionen ab. Vorausschauendes Denken und die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten spielen bei diesen Vorgängen eine wichtige Rolle. Aber auch die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten, die in Betracht kommenden Handlungsoptionen ausführen zu können, wird vom Autor als relevant betrachtet. Bandura (1997) geht davon aus, dass die erläuterten kognitiven Aktivitäten Bestandteil des Selbst-Einflusses eines Menschen sind und das Handeln einer Person bestimmen.

3.2.3.1 Selbstwirksamkeit / Selbstwirksamkeitserwartung

Der Glaube an die eigene Selbstwirksamkeit beeinflusst die Art und Weise, wie Individuen handeln und die Leistungen, die sie in bestimmten Situationen bzw. bei der Verfolgung bestimmter Ziele aufbringen (Bandura 1997, Schwarzer 2004, Hohmann, Schwarzer 2009, Lippke, Luszczynska, Schwarzer 2011). Darüber hinaus bedinge die

Selbstwirksamkeitserwartung das Durchhaltevermögen des Einzelnen, wenn er bei der Verfolgung seiner Ziele auf Hindernisse und Misserfolge treffe, sowie die individuelle Belastbarkeit in Notsituationen. Die Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) bestimme, ob die Gedankenmuster einer Person eher positiven oder negativen Einfluss ausübten, und nicht zuletzt bestimme der Glaube an die eigene Selbstwirksamkeit den Grad an Stress und Depression, den Personen bei der Bewältigung schwieriger Anforderungen erfahren, sowie das Niveau der Ziele, die erreicht werden.

Die Selbstwirksamkeitserwartung bezieht sich somit auf die subjektive Überzeugung einer Person, ihre eigenen Fähigkeiten so zu organisieren und einzusetzen, dass sie die erforderlichen Handlungen ausführen kann, um ein bestimmtes Ziel in einer bestimmten Situation zu erreichen. Die Selbstwirksamkeitserwartung beschäftigt sich den Autoren nach jedoch nicht mit den Fähigkeiten einer Person, sondern beinhaltet die individuelle Vorstellung eines Menschen über mögliche Fähigkeiten in einer Vielzahl von Situationen. So ist davon auszugehen, dass Menschen mit ähnlichen Fähigkeiten oder Menschen in neuen Situationen abhängig von ihren Selbstwirksamkeitserwartungen schlechte, ausreichende oder überragende Leistungen erzielen (Bandura 1997, Schwarzer 2004, Hohmann, Schwarzer 2009, Lippke, Luszczynska, Schwarzer 2011).

Daraus folgt, dass der Selbstwirksamkeit eine Schlüsselrolle bei der Selbstregulation beigemessen werden kann. Sie beeinflusse das Denken, Fühlen und Handeln sowie in motivationaler und volitionaler Hinsicht Zielsetzung, Anstrengung und Ausdauer. „Die kompetente Selbstregulation auf der Grundlage von Selbstwirksamkeit ist auch für eine erfolgreiche Lebensbewältigung von Bedeutung.“ (Schwarzer 2004, S. 16).

Jerusalem (1990) hat die Auswirkung einer geringen Selbstwirksamkeit auf Selbstregulations- und Motivationsprozesse angesichts von Misserfolgserfahrungen herausgestellt. Die von Jerusalem (1990) ermittelten Ergebnisse sind zur besseren Übersicht im Folgenden tabellarisch dargestellt (s. Tabelle 5). Die Ergebnisse bestätigen die Erkenntnisse zur hohen und niedrigen Selbstwirksamkeitserwartung nach Bandura (1997).

Tabelle 5: Gegenüberstellung von Personen mit hoher und niedriger SWE

Personen mit hoher SWE	Personen mit niedriger SWE
sind stressresistent gegenüber belastenden Anforderungen.	sind vulnerabel, haben ungünstige Stresseinschätzungen, die sich kontinuierlich weiter verschlechtern.
halten Zustand der Herausforderung aufrecht und begründen ihre Misserfolge durch ungünstige externe Faktoren.	wechseln aus dem motivationalen Zustand der Herausforderung zu Zuständen stärkerer Bedrohung und später auch Kognitionen von Kontrollverlust. Für Fehlschläge wird eigene Unfähigkeit verantwortlich gemacht.

In Anlehnung an Jerusalem 1990

Die negative Entwicklung bei der Gruppe der Personen mit niedriger Selbstwirksamkeitserwartung werde durch selbstwertschädigende Interpretationen ihres Versagens, das zunehmend als Beleg persönlicher Inkompetenz gewertet werde, weiter verstärkt. Die subjektiven Erfolgsaussichten verschlechterten sich, und ein Teufelskreis im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung könne entstehen, der eine zunehmende Schwächung von Selbstwirksamkeit, Motivation und Leistung mit sich bringe.

Jerusalem (1990) vertritt die Annahme, dass diese Unterschiede zwischen Personen mit hoher und Personen mit niedriger Selbstwirksamkeit durch Informationsprozesse moderiert werden. Er geht davon aus, dass hohe Selbstwirksamkeit einen situationsunabhängigen Verarbeitungsstil fördert. Positive Gesichtspunkte erhielten angesichts anspruchsvoller Aufgaben besonderes Gewicht. Es werde individuell nach potentiellen Erfolgchancen oder dem persönlichen Nutzen Ausschau gehalten und somit Neugier und eine zuversichtliche Exploration der Lösungsmöglichkeiten stimuliert.

Nach Jerusalem (1990) und Schunk (1995) begünstigt eine niedrige Selbstwirksamkeit die Ausprägung von Pessimismus. Negative Fremdbewertungen werden unreflektiert aufgenommen und für zutreffend gehalten. Aus diesem Kontext heraus bestehe die Gefahr, dass die Wahrnehmung und die Handlungsfähigkeit eines Menschen negativ beeinflusst wird und der Selbstwert sinke.

So gewichteten Personen mit hoher Selbstwirksamkeit in schwierigen bzw. belastenden Situationen ihre stabilen und guten Selbsteinschätzungen deutlich stärker als negative Signale wie Misserfolg. Personen mit niedriger Selbstwirksamkeit jedoch nähmen in schwierigen Situationen primär negative Signale wie Misserfolge und schlechte Leistungen wahr und gewichteten ihre negative Selbsteinschätzung entsprechend (Bandura 1997, Schwarzer 2004, Hohmann, Schwarzer 2009, Lippke, Luszczynska, Schwarzer 2011).

Ein weitere zentrale Komponente, die kollektive Selbstwirksamkeitserwartung, beinhaltet nicht nur die Überzeugung eines Einzelnen in einer bestimmten Situation, auch bei

auftretenden Schwierigkeiten, gemeinsame Ziele zu erreichen, sondern die kollektive Überzeugung der Gruppe, durch die Koordination und Kombination verschiedener individueller Ressourcen, gemeinsam erfolgreich zu agieren (Schwarzer, 2004).

So ist es nach Zaccaro et al. (1995) durchaus möglich, dass eine Gruppe, deren Mitglieder eine durchschnittliche individuelle Selbstwirksamkeitserwartung aufweist, durch hohe kollektive Kompetenzen eher höhere Erfolge erzielt, als eine Gruppe, deren Einzelmitglieder eine starke Selbstwirksamkeitserwartung aufweisen, aber weniger Fähigkeiten zu Integration und Koordination dieser Ressourcen besitzen (Zaccaro et al. 1995).

Diese Erkenntnis ist für die vorliegende Arbeit von Bedeutung, da sie für die Betrachtung der Thematik in einem arbeitsorganisatorischen Kontext, im Hinblick auf vorherrschende Teamstrukturen, als relevant erachtet wird.

Laut Bandura (1997) soll in Betracht gezogen werden, dass die Leistungsfähigkeit einer Gruppe von variablen Faktoren, wie z. B. unterschiedlichen Anforderungssituationen, der Gruppenkohäsion oder der Qualität der Gruppenleitung, sprich gegebenenfalls auch von der Führungskraft abhängig ist.

Analog zur individuellen Selbstwirksamkeitserwartung hat die kollektive Selbstwirksamkeitserwartung nach Schwarzer (2004) Einfluss darauf, welche Ziele sich Teams setzen, wie viel Anstrengung sie gemeinsam in ein Projekt investieren und wie viel Widerstand sie leisten, wenn Barrieren auftreten. Eine weitere Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung ist situationsgeprägt. Diese lässt sich laut Schwarzer (2004) je nach Grad der Generalität oder Spezifität beschreiben.

Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung schließt alle Lebensbereiche ein und soll eine optimistische Einschätzung der generellen Lebensbewältigungskompetenz zum Ausdruck bringen. Folgende Aussagen charakterisieren dieses Konzept (Schwarzer 2004):

- (a) Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich immer auf meine Fähigkeiten vertrauen kann.
- (b) Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.

Zur Veranschaulichung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung dienen die Items der Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung von Schwarzer und Jerusalem (2004). (s. Anhang S. 239)

Die situationsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung repräsentiert den situationsspezifischen Teil des Generalitätskontinuums. Dazwischen lassen sich bereichsspezifische Konzepte ansiedeln, wie z. B. die sportbezogene oder die ernährungsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung. In der vorliegenden Arbeit wird die Selbstwirksamkeits-

erwartung bzw. das Empowerment bezogen auf das Arbeitsumfeld als ein bereichsspezifisches Konzept betrachtet. Das in der Studie von Kluska et al. (2004) beschriebene Structural Empowerment, das in Kapitel II. 4.5.2 erläutert wird, soll ebenfalls dem bereichsspezifischen Konzept zugeordnet werden.

3.2.3.2 Förderung von Selbstwirksamkeitserwartung

Nach Bandura (1997), Schwarzer (2004), Hohmann und Schwarzer (2009), gibt es vier wesentliche Informationsquellen für den Erwerb von Selbstwirksamkeitserwartungen:

1. „*enactive mastery experiences*“
Bewältigungserfahrung
2. „*vicarious experiences*“
Stellvertretende Erfahrung
3. „*verbal persuasion*“
Verbale Überredung
4. „*physiological and affective states*“
Physiologische und affektive Zustände
(Bandura 1997, S. 79)

Die Selbstwirksamkeit eines Menschen kann durch eine oder mehrere dieser Faktoren beeinflusst werden.

Bewältigungserfahrungen sind die Quelle von Selbstwirksamkeitsinformationen, die den größten Einfluss ausüben. Sie liefern die authentischsten Beweise dafür, dass eine Person die Fähigkeiten aufbringen kann, die für einen Erfolg nötig sind (Bandura 1997, Schwarzer 2004, Hohmann, Schwarzer 2009, Luszczynska, Schwarzer 2007, Lippke, Luszczynska, Schwarzer 2011). Weiter bilden Erfolgserlebnisse die Grundlage für einen robusten Glauben an die eigene Selbstwirksamkeit. Misserfolge hingegen untergraben die eigene Selbstwirksamkeit, besonders dann, wenn der Glaube an die eigene Kompetenz noch nicht voll ausgebildet ist. Daraus folgt, dass sich bei Menschen, die häufig Erfolgserlebnisse haben, für die sie wenig Leistung aufbringen müssen, eine Erwartungshaltung einstellt, die schnelle Resultate fordert. Diese Menschen verlieren nach Misserfolgen schnell den Mut (Schwarzer 2004).

Bandura (1997) legt dar, dass überwundene Schwierigkeiten der Person Möglichkeiten bieten, zu lernen, wie Misserfolge in Erfolge umgewandelt werden können, indem die eigenen Fähigkeiten so organisiert und eingesetzt werden, dass sie zur Regulierung von schwierigen Situationen besser angewendet werden können.

Wohldosierte Erfolgserlebnisse seien das stärkste Mittel, um Selbstwirksamkeitserwartungen aufzubauen. Besonders entscheidend sei, dass sich die Person selbst für das

jeweilige Resultat verantwortlich fühle. Schwarzer (2004) stellt in diesem Kontext den Zusammenhang zu der Attributionstheorie nach Weiner her (s. II. 3.2.3.3).

Demnach haben nur stabile Attributionen nachhaltigen Einfluss auf die Entstehung bzw. Veränderung von Selbstwirksamkeitserwartung.

So beschreibt Schwarzer (2004), dass, wenn Personen Erfolge vermittelt werden, die sie ihren eigenen Fähigkeiten zuschreiben können (interne, stabile Faktoren), ihre Motivation gefördert wird. Das Vermitteln dieser Erfolgserlebnisse und die Sicherung, einer angemessenen Interpretation erfolge durch das Setzen von Nahzielen und durch unterstützende Bewältigungsstrategien. Die Nahziele können nach Meinung des Autors zunächst fremd gesetzt sein. Später aber sollten die Lernenden diese Ziele eigenständig so setzen, dass sie erreichbar aber dennoch herausfordernd seien.

Verhaltensmodelle werden eingesetzt, um Personen bestimmte Verhaltensweisen zwecks Aneignung zu demonstrieren. Für das Lernen am Modell misst der Autor dem Modell eine besondere Bedeutung zu. Das Modell müsse gegenüber dem Lernenden in Alter, Geschlecht etc. Ähnlichkeiten aufweisen, da die Identifikation dann höher sei. So geht Schwarzer (2004) davon aus, dass sich Vergleichsprozesse abhängig von der Distanz gestalten. Darüber hinaus vertritt er die Auffassung, dass der soziale Vergleich, der Aufschluss über die eigenen Fähigkeiten gibt, dadurch erschwert wird. Er präferiert sich-selbst-enthüllende Bewältigungsmodelle. Damit benennt Schwarzer (2004) Menschen im zu erreichenden Umfeld, die ihre eigenen Problemlösungsstrategien kundtun und dadurch Verhaltensänderungsprozesse anderer fördern. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich die beobachtenden Personen diese Strategien aneignen, sei nach Meinung des Autors gegeben. Am Beispiel der Rauchentwöhnung habe es sich als sinnvoll erwiesen, wenn die Modellperson dem Probanden einige Wochen voraus sei. Der Prozess wirke dann glaubwürdig und gut nachvollziehbar. So sei davon auszugehen, dass die Selbstwirksamkeit einer Person durch das Modellverhalten anderer, als soziale Vergleichsgruppe akzeptierter Personen, beeinflusst werden könne.

Aber auch bei dieser Form der Steigerung bzw. Förderung von Selbstwirksamkeitserwartung sind die Wahrnehmung von eigenen Ressourcen, konstruktive Selbstgespräche, die optimistische Interpretation von Ereignissen und das Setzen von Nahzielen von großer Bedeutung (Schwarzer 2004).

Eine eher als schwache Methode zum Erwerb von Selbstwirksamkeitserwartungen bezeichnete Form ist die „Überredung“. Hier erfolgt die Unterstützung verbal. Der Person wird versichert, dass sie in der Lage ist, die vorliegende Anforderungssituation zu bewältigen und dass sie auf die eigenen Kompetenzen vertrauen soll, da sie über genügend Potential verfüge. Hier ist laut Aussage des Autors ebenfalls entscheidend, welche Funktion bzw. Rolle die Person hat, die Einfluss ausüben will. Wenn es sich um

eine Person handele, die gleichzeitig Autorität und freundschaftliches Interesse verkörpere, könne diese Methode greifen. Häufig werden Überredungsversuche nach Meinung des Autors aber eher kritisch und misstrauisch betrachtet. Er geht davon aus, dass, wenn es eine Person gibt, die Einfluss nehmen kann, es wichtig ist, dass diese die weniger kompetente Person kontinuierlich über einen gewissen Zeitraum in den jeweiligen Entwicklungskrisen begleitet und gezielt unterstützt.

Schwarzer (2004) ist der Meinung, dass Personen, die unter Prüfungsangst leiden, daraus schließen, dass die eigene Kompetenz nicht ausreicht, um die bevorstehende Prüfung zu bestehen. Die Gefühlswahrnehmung liefert seines Erachtens Hinweise über die eigene Befindlichkeit bezogen auf die aktuelle Anforderungssituation. Bei einer Person, die in Krisensituationen eher ruhig bleibt, ist dem Autor nach davon auszugehen, dass diese über ein hinreichendes Repertoire an Bewältigungsstrategien verfügt. Darüber hinaus sei davon auszugehen, dass Emotionen in aufwühlenden Situationen die Bewertung der eigenen Selbstwirksamkeitserwartung beeinflusse. Falle die Bewertung negativ aus, sinke auch die Selbstwirksamkeitserwartung. Ließe sich eine positive Bewertung durch positive Emotionen herbeiführen, so könne auch die Selbstwirksamkeitserwartung gesteigert werden.

Darüber hinaus werden exemplarisch Nachweise für den Aufbau von Selbstwirksamkeitserwartungen in der kognitiven Verhaltenstherapie beschrieben. Zum einen die Behandlung von Menschen mit Phobien und zum anderen die Kontrolle des Körpergewichts von Übergewichtigen

Die Selbstwirksamkeitserwartung soll hier durch vollzogene Bewältigungserfahrung beeinflusst werden. So wird gefordert Ziele zu formulieren, die in überprüfbare Teilziele eingeteilt werden können. Es wird davon ausgegangen, dass durch regelmäßige Evaluation Bewältigungserfahrungen aufgebaut werden können, und so die Person zu einer realistischen Einschätzung der eigenen Selbstwirksamkeit gelangen kann (Schwarzer 2004, Hohmann, Schwarzer 2009).

Der Zusammenhang von Banduras Selbstwirksamkeitserwartung (1997) und der Attributionstheorie nach Weiner (1986) wird im Folgenden erläutert.

3.2.3.3 Die Attributionstheorie nach Weiner und Selbstwirksamkeitserwartung

„Personen mit hoher Kompetenzerwartung tendieren dazu, Erfolg auf Begabung zu attribuieren, Misserfolg dagegen nicht auf Unfähigkeit, sondern auf eine Reihe anderer Attributionsfaktoren. Personen mit niedriger Kompetenzerwartung attribuieren ihren Misserfolg auf fehlende Begabung, ihren Erfolg dagegen weniger auf Begabung als auf eine Reihe anderer Faktoren (zum Beispiel Aufgabenleichtigkeit, Konzentration, Anstrengung).“ (Schwarzer 1996, S. 26 f.).

Die Attributionstheorie nach Weiner (1986) geht davon aus, dass Menschen das grundlegende Bedürfnis haben, nach Ursachen für Ereignisse zu suchen. Bei dieser Suche werden Faktoren diskutiert, die der Ursache zugeordnet werden, wie z. B. Fähigkeiten, Anstrengung, äußere Umstände und Zufall. Diesen vier Attributionsfaktoren liegen nach Schwarzer (1996) drei Attributionsdimensionen zugrunde:

- (1) Lokation der Kontrolle (internal oder external)
- (2) Stabilität (variabel oder stabil)
- (3) Kontrollierbarkeit (Ausmaß, zu dem die betreffende Person willentlich Kontrolle über ein Ereignis ausüben kann).

Schwarzer (1996) nennt als externalen, variablen und unkontrollierbaren Faktor den Zufall. Den internalen, variablen und kontrollierbaren Faktor führt er auf die persönliche Anstrengung eines Individuums zurück, die z. B. je nach Müdigkeit variieren kann. Der Autor geht zudem von einer Verbindung zwischen der Kausalattribution und der Selbstwirksamkeitserwartung aus. „Wer glaubt, die eigene Fähigkeit sei die primäre Ursache für die gelungene Problembewältigung, wird auch in Zukunft darauf vertrauen, gleichartige Probleme lösen zu können“ (Schwarzer 1996, S. 26). Ein weiterer Berührungspunkt zwischen der Attributionstheorie nach Weiner (1986) und der Selbstwirksamkeitstheorie nach Bandura (1996) findet sich in der Erfolgserwartung.

So geht Weiner (1986) in seiner Erfolgserwartungstheorie davon aus, dass stabile Ursachen, sowohl stabile internale (z. B. Immunsystem) als auch stabile externale (z. B. Antibiotika) zu einer Erfolgserwartung führen. Instabile Ursachen wie Zufall oder Anstrengung seien Attributionsdimensionen, bezogen auf das augenblickliche Gesundheitsverhalten, die eher zu Emotionen führten als zu einer Steigerung der Erfolgserwartung. Die Erfolgserwartung ergebe sich hiernach aus der Stabilitätsdimension. Schreibe ein Patient seine Genesung von einer Infektionserkrankung seinem Immunsystem (stabile interne Ursache) zu, dann sei seine Erwartung, in Zukunft wieder schnell zu genesen, höher, als wenn er sie ursächlich Zufall oder Anstrengung zuordnete. Dies gelte in gleicher Weise, wenn der Patient Antibiotika (stabile externe Ursache) für die Ursache des Erfolges ansähe.

Demnach führe Stabilität zu einer Erfolgserwartung. Schwarzer (1996) vertritt die Auffassung, dass die beiden Konzepte Kompetenzerwartung und Erfolgserwartung zwar miteinander in Verbindung stehen, aber konzeptuell verschieden sind. Hohe Kompetenzerwartung gehe in der Regel mit hoher Erfolgserwartung einher. Der entscheidende Unterschied zwischen Kompetenz- und Erfolgserwartung liege darin, dass bei der Kompetenzerwartung die subjektive Verfügbarkeit einer eigenen Bewältigungshandlung wahrgenommen werde, während bei der Erfolgserwartung Erfolg bzw. Misserfolg auf Grundlage von stabilen Attributionen vorher gesagt werde. Bei der Erfolgserwartung bestimmten auch externale Attributionen, wie Medikamente, den Erfolg, ohne dass sie in direktem Zusammenhang mit individueller Kompetenzerwartung ständen (Schwarzer 1996). Weitere Studien belegen, dass besonders die Zuschreibung von Ursachen für negative Ereignisse Einfluss auf die Gesundheit ausübt (Peterson, Bossio 2001). „Es wird angenommen, dass die negativen Folgen eines pessimistischen Attributionsstils dadurch begründet sind, dass entsprechende Personen gesundheitliche Beeinträchtigungen weniger aktiv bekämpfen, insgesamt ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten zeigen und weniger soziale Unterstützung erhalten.“ (Weber, Salewski 2009, S. 76).

Nachdem grundlegende ressourcenorientierte Ansätze im Allgemeinen und die Selbstwirksamkeitserwartung im Besonderen erläutert wurden, soll nun der Fokus auf arbeitsweltbezogene Modelle und Konzepte zur Gesundheit gerichtet werden.

3.3 Grundlegende arbeitsweltbezogene Modelle und Konzepte zur Gesundheit
Im Auswertungsprozess der Interviews ist mitunter deutlich geworden, dass einige Beschäftigte die Ursache ihrer Erkrankungen an ihrem Arbeitsplatz verorten. Aus diesem Grund erfolgt an dieser Stelle die Darstellung des Modells beruflicher Gratifikationskrisen nach Siegrist (1996).

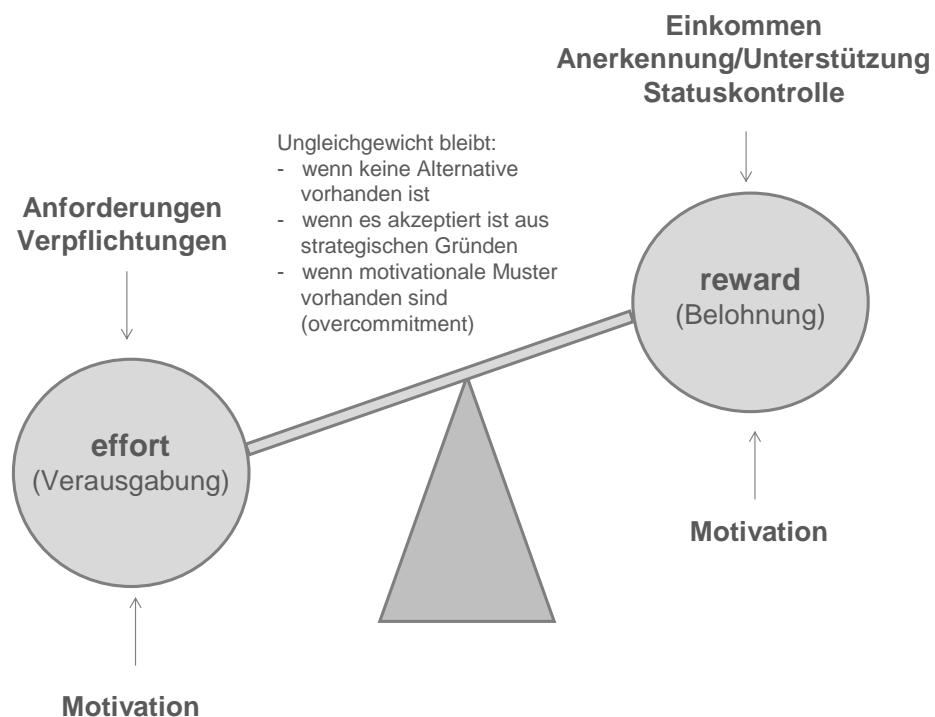
3.3.1 Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen

Einen Bezugsrahmen für mit dem Arbeitsplatz in Zusammenhang stehende Erkrankungen bildet das von Siegrist (1996) veröffentlichte Modell beruflicher Gratifikationskrisen. Das auch als ERI-Modell (Effort-Reward-Imbalance oder Verausgabungs-Belohnungs-Ungleichgewicht-Modell) bekannte Modell visualisiert ein System der sozialen Reziprozität. Es berücksichtigt über die originäre Tätigkeit hinaus, arbeitsorganisatorische Bedingungen und richtet seinen Fokus auf psychosoziale, Stress auslösende Belastungsfaktoren, die kontraproduktiv für die Gesundheit sind. So wurde nachgewiesen, dass Personen, die keine entsprechende Gratifikation bzw. Anerkennung für

ihre Leistung bekommen, gefährdet sind, zu erkranken. Siegrist (1996) formuliert, „(...) dass es einen systematischen Zusammenhang gibt zwischen der Qualität und Intensität von Emotionen, die aus der Selbstregulation im sozialen Austausch resultieren (...)“ (Siegrist 1996, S. 6).

Der Autor differenziert zwischen intrinsischer, auf die Person bezogener, und extrinsischer, auf die Situation bezogener, Art der Verausgabung. Hinsichtlich der Gratifikationsmöglichkeiten unterscheidet er zwischen Geld, Wertschätzung und Status. Als gesundheitsbelastend wird eine andauernde Stressreaktion eines Individuums auf ein lang andauerndes Erleben eines Leistungs- und Gratifikationsungleichgewichtes erachtet. Dies spiegelt eine mangelnde Reziprozität in der individuell erlebten Kosten-Nutzen-Bilanz und fördert die Gefahr zu erkranken.

Abbildung 8: Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen



Wetzstein, Windemuth 2009, S. 179

So wird die Existenz von Zusammenhängen u. a. zwischen andauernden Gratifikationskrisen und Herz-Kreislaufkrankungen (Bosma et al. 1998), Depressionen (Tsutsumi et al. 2001, 2004) und Burnout (Bakker et al. 2000) nachgewiesen.

Nach Wetzstein und Windemuth (2009) in Anlehnung an Siegrist (2000) lassen sich besondere Risikogruppen spezifizieren, die dazu neigen, zu erkranken:

- Personen mit relativ niedriger Qualifikation
- Personen, die jahrelang monotone Arbeit zu erledigen haben

- Personen mit kontinuierlicher Akkordarbeit
- Personen mit starkem Zeitdruck
- Personen mit vielen Überstunden
- Personen mit regelmäßigem Nacht- und Schichtdienst
- Personen mit eher geringen Aufstiegs- oder Qualifizierungschancen
- Personen, die unfreiwillig den Arbeitsplatz wechseln müssen
- Personen mit einem unsicheren Arbeitsplatz, der darüber hinaus nur eine unangemessene, geringe Entlohnung bietet.

Die Autoren gehen darüber hinaus davon aus, dass Arbeitnehmer die für sie unzufriedenstellenden Arbeitsbedingungen temporär akzeptieren könnten, so lange sie glauben, dass sie zu einem späteren Zeitpunkt eine entsprechend höhere Anerkennung erfahren. Trete diese Erwartung nicht wie geplant ein, könne dieses zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen (Wetzstein, Windemuth 2009; Siegrist 2000).

Weiter betonen sie das Phänomen der überengagierten Arbeitnehmer, die aus emotional mangelnder Anerkennung und Wertschätzung heraus einen überdurchschnittlichen Arbeitseinsatz zeigen. So ist davon auszugehen, dass diesen Personen in der Regel nicht bewusst sei, dass sie durch ihr Verhalten dazu beitragen, ein disharmonisches Anerkennungs- und Belohnungsprinzip zu fördern (ebd. 2009, 2000).

Das Interesse des Modells richte sich (...) „insbesondere auf den Abbau unrealistischer Kontrollbestrebungen, auf die Verbesserung der Fähigkeit, zwischenmenschlichen Rückhalt zu suchen und zu geben, auf einen bewussteren Umgang mit Gefühlen, insbesondere mit Ärger, und schließlich das gesamte Programm durchziehend die Verbesserung der Entspannungsfähigkeit.“ (Siegrist, Silberhorn 1998, S. 18f. zitiert in Elekeles, Puls 2009, S. 99). Die im Folgenden dargestellte Studie von Kluska et al. (2004) greift das Modell beruflicher Gratifikationskrisen und auch die bereits hinreichend beschriebene Selbstwirksamkeitserwartung bzw. das Empowerment auf, und untersucht im Rahmen einer Längsschnittstudie an 112 Krankenschwestern in Ontario den Zusammenhang zwischen Empowerment und der Wahrnehmung von Effort-Reward Imbalance.

3.3.2 Staff Nurse Empowerment and Effort-Reward Imbalance

Mit der o.g. Studie sollten Bedingungen untersucht werden, unter denen die Krankenschwestern zu einer Balance zwischen selbst beurteilter Leistung und wahrgenommener Belohnung gelangen.

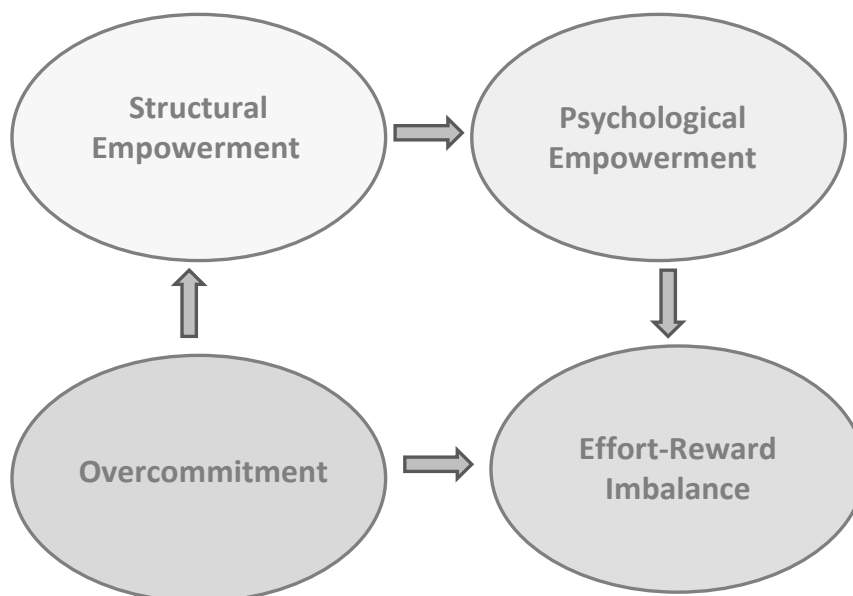
Hierzu wurde mittels eines standardisierten quantitativen Verfahrens in Form einer Korrelationsanalyse überprüft, inwieweit der Zugang zu Informationen, die empfundene

Unterstützung durch den Arbeitgeber und zur Verfügung stehende materielle Ressourcen Einfluss auf die Effort-Reward Imbalance haben.

Grundlage dieser Untersuchung ist die erweiterte „Structural Theory of Organizational Behaviour“ (Kanter 1977, Laschinger et al. 2001) und die Studie von Siegrist (1996) zur „Effort-Reward Imbalance“, aus der hervorgeht, dass 24 von 112 Krankenschwestern, die an einer Untersuchung in einem Lehrkrankenhaus in Ontario teilgenommen haben, der Meinung waren, dass die persönlich empfundenen Anstrengungen nicht einer angemessenen „Belohnung“ entsprachen.

Das in der Studie von Kluska et al. (2004) konzipierte hypothetische Modell geht davon aus, dass Structural Empowerment, Unternehmensstrukturen und Unternehmensorganisationen, die Beschäftigten selbstbestimmte Arbeit und die Teilnahmemöglichkeit an Entscheidungen ermöglichen, direkten Einfluss auf die Selbstwirksamkeitserwartungen bzw. das Psychological Empowerment von Mitarbeitern aufweisen. Darüber hinaus stellen sie die Hypothese auf, dass Overcommitment nach Siegrist und Peter (1999) einen exzessiven Arbeitseinsatz zeigt, motiviert durch ein starkes Verlangen nach Anerkennung und Kontrolle, was wiederum in direktem Zusammenhang zur Effort-Reward Imbalance und darüber hinaus der im Folgenden dargestellten Komponenten steht.

Abbildung 9: Hypothesized Model



Kluska et. al 2004, S.118

Durch die Ergebnisse der Befragung von 112 Krankenschwestern durch Kluska et al. (2004) kann ihre aufgestellte Hypothese, dass die vier Faktoren Structural Empowerment, Psychological Empowerment, Effort-Reward Imbalance und Overcommitment in

direktem Zusammenhang zueinander stehen und Einfluss aufeinander ausüben (s. Abbildung 9) falsifiziert und das Modell entsprechend modifiziert werden.

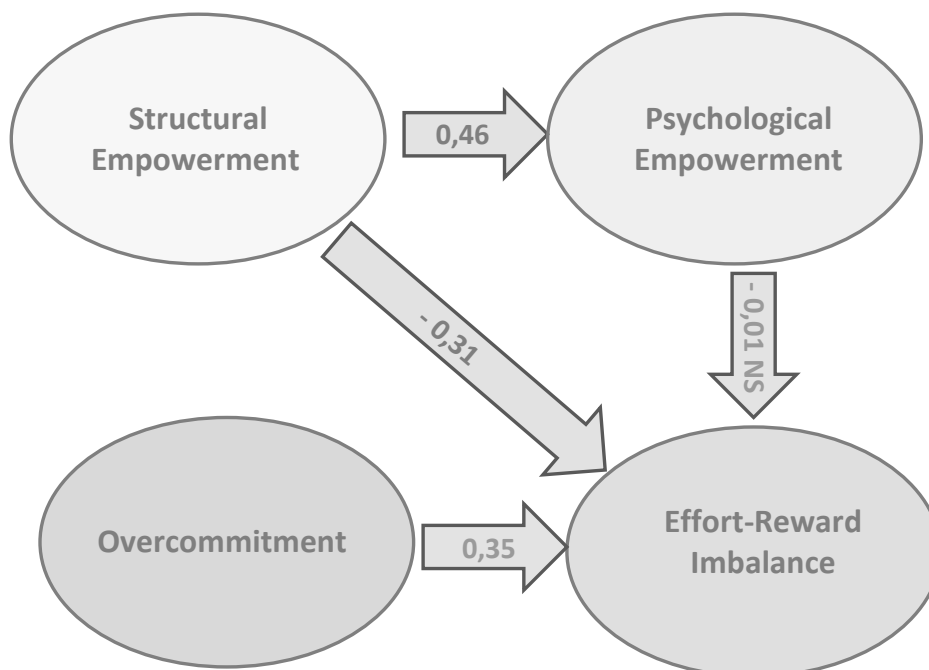
Der Einfluss von Structural Empowerment auf Effort-Reward Imbalance und auf Psychological Empowerment erweist sich als signifikant. Zwischen Psychological Empowerment und Effort-Reward Imbalance kann kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden.

Von entscheidender Bedeutung ist, dass die untersuchten Personen dem Structural Empowerment eine so hohe Bedeutung beimessen, dass die Betrachtung des Psychological Empowerment vernachlässigt werden kann.

Darüber hinaus wird in der Studie deutlich, dass das Overcommitment in einer signifikanten Verbindung zur Effort-Reward Imbalance steht. Zudem weist Kluska et al. (2004) nach, dass „überengagierte“ Arbeitnehmer, unabhängig vom jeweiligen Status des Structural Empowerment, eher dazu neigen, in einen Zustand der Effort-Reward Imbalance zu geraten.

Das Structural Empowerment und das individuelle Overcommitment der jeweiligen Krankenschwestern werden als signifikante Prädiktoren für die von den Krankenschwestern individuell empfundene Effort-Reward Imbalance ermittelt (s. Abbildung 10).

Abbildung 10: Final Model



Aus der Studie von Kluska et al. (2004) lässt sich ableiten, dass grundlegende organisatorische und zwischenmenschliche Beziehungen in Unternehmen, wie Information und Partizipation der Mitarbeiter sowie die Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen, Mitarbeiter, unabhängig von ihrer SWE (im Sinne von Bandura (1997), (s. II. 4.4.2.1) davor schützen können, in einen Zustand der Effort-Reward Imbalance zu gelangen.

Zusammenfassend lässt sich mit Hinblick auf die vorliegende Untersuchung festhalten, dass der Zustand der Effort-Reward Imbalance dieser Studie nach von den organisatorischen Bedingungen im jeweiligen Unternehmen abzuhängen scheint und nicht primär von den Selbstwirksamkeitserwartungen der Individuen.

Das Ausmaß der Selbstwirksamkeitserwartung kann demnach kein allgemeingültiger Prädiktor für den Zustand einer Effort-Reward Imbalance sein. Daraus folgt, dass dem bereits beschriebenen Kohärenzgefühl nach Antonovsky (1997) und der Selbstwirksamkeitserwartung nach Bandura (1997) in diesem Zusammenhang als protektiver Faktor keine so hohe Bedeutung beigemessen werden kann.

Dennoch gilt es zu bedenken, dass Antonovskys (1997) Untersuchungen darauf abzielen, in Erfahrung zu bringen, warum Menschen, die in suboptimalen Bedingungen leben und somit ungünstige Voraussetzungen hinsichtlich der Entwicklung des „Structural Empowerment“ haben, gesund bleiben, wohingegen andere erkranken. Antonovsky (1997) bestätigt durch seine Erkenntnisse eine entscheidende Bedeutung des Kohärenzgefühls. (s. II. 4.4.1).

Aus den Erkenntnissen von Kluska et al. (2004) und Siegrist (1996) zu Overcommitment geht jedoch hervor, dass die Erwartungshaltung von Personen mit einem ausgeprägten Kohärenzgefühl und einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung bzw. „Psychological Empowerment“, auch Basis für Erkrankungen sein kann.

Schon Bandura (1997) weist darauf hin, dass die Selbstwirksamkeitserwartung als inter- und intrapersonelle sowie allgemeine und bereichsspezifische Komponente betrachtet werden muss und nicht gänzlich isoliert gesehen werden kann (s. II. 4.4.2.1). Diskutiert werden könnte, ob der geringe von Kluska et al. (2004) gemessene Einfluss des Psychological Empowerment auf die Effort-Reward Imbalance auf mangelnde Unabhängigkeit bzw. Isolierung des Psychological und Structural Empowerment zurückgeführt werden kann. Dies wird auch von den Autoren selbst kritisch bemerkt: „It is possible (...) that employees` responses to these structures (psychological empowerment) are already captured in their assessment of structural empowerment.“ (Kluska et al. 2004, S. 124).

Der mangelnde signifikante Einfluss des Psychological Empowerment auf die Effort-Reward Imbalance kann also daraus resultieren, dass Merkmale des Psychological Empowerments Einfluss auf die des Structural Empowerments haben.

Eine mögliche Erklärung wäre, dass die Komponenten des „Structural Empowerments“ (z. B. informal power in Form personeller Beziehungen am Arbeitsplatz) einer individuellen Wahrnehmung unterliegen, die ihrerseits wiederum durch „Psychological Empowerment“ (z. B. Impact – als Gefühl des Einflusses auf die Arbeitsverhältnisse) beeinflusst wird.

Durch die vorliegende Studie konnte ebenfalls festgestellt werden, dass das Gefühl, am Arbeitsplatz Unterstützung zu erhalten, wesentlich von der Wahrnehmung und den Erwartungen bzw. den Attributionsmustern einzelner Personen abhängt (s. III. 6.2.16).

Den vorliegenden Erkenntnissen nach ist im Sinne der Gesundheitsförderung davon auszugehen, dass eine Verzahnung von verhaltens- und verhältnispräventiven Ansätzen notwendig ist, um Bedingungen für die Förderung von Selbstwirksamkeitserwartungen zu schaffen und somit Mitarbeitergesundheit zu fördern (s. II. 3.2.3.2).

Zusammenfassend lassen sich zu den in Kapitel 4 dargestellten – der Arbeit zu Grunde liegenden – theoretischen Modellen einzelne Konstrukte festhalten, die im Folgenden für die Beantwortung der Forschungsfragen (III. 2) als relevant betrachtet werden können.

So wurden aus dem international etablierten prozessorientierten Standard des BEM nach Flach et al. (2006) (s. II. 3.1.1) strukturelle Aspekte eines BEM-Verfahrens hinsichtlich der Systematik, der generellen Bedeutung, der Ziele und der Wirksamkeit von BEM untersucht und für bedeutsam erachtet. Im Folgenden wurden untergeordnete Forschungsfragen zu strukturellen Aspekten und zum Bekanntheitsgrad des BEM abgeleitet.

Aus dem Modell für BEM in kleinen und mittleren Unternehmen von Hetzel et al. (2006) (s. II. 3.1.2) wurde der Fokus für die vorliegende Untersuchung bei der Formulierung der Forschungsfragen insbesondere auf den Aspekt der Notwendigkeit der Akzeptanz des Verfahrens bei Entscheidern im Unternehmen gerichtet.

In dem Modell der Wirkfaktoren für die Bewertung von Niehaus et al. (2008) (s. II. 3.1.3) wurden mögliche Maßnahmen eines BEM abhängig von der Ursache der Erkrankung des Mitarbeiters dargestellt. In dieser Arbeit soll der Aspekt der Attribuierung von Krankheitsursachen und der damit verbundenen Ableitung von Maßnahmen im Rahmen des Eingliederungsverfahrens mit Hinblick auf Gesundheit am Arbeitsplatz Berücksichtigung finden.

Darüber hinaus bildeten die dargestellten theoretischen Grundlagen, wie der salutogenetische Ansatz nach Antonovsky (1997), die sozial-kognitive Theorie nach Bandura

(1997) sowie die Erkenntnisse zur Selbstwirksamkeitserwartung nach Bandura (1997) und Schwarzer (2004) weitere Grundlagen für die Formulierung der Forschungsfragen. Zu Bedenken gilt, dass über die prozessorientierte Betrachtungsweise der BEM-Konzeption und Implementation ein Schwerpunkt auf das Erleben bzw. das Verhalten von Individuen gerichtet wurde, die schon einmal oder mehrmals von Krankheit betroffen waren, um daraus Maßnahmen für ein BEM-Verfahren im Kontext von Förderung von Gesundheit am Arbeitsplatz zu entwickeln.

Den ressourcenorientierten Ansätzen ist zu entnehmen, dass sowohl intra- als auch interpersonell Einfluss auf jene auch als Bewältigungsmechanismen oder protektive Faktoren betitelten Komponenten, wie Selbstwirksamkeitserwartung, Kompetenzerwartung, Kohärenzgefühl und Empowerment genommen werden kann (Bandura 1997, Schwarzer, 2004, Hohmann, Schwarzer 2009).

So ist es ein Ziel, durch die gesundheitspädagogische Intention im Rahmen des BEM-Verfahrens eine Stärkung der Selbstbestimmung und der persönlichen Steuerungsfähigkeit von Individuen zu erreichen, um Gesundheitspotentiale zu erhalten.

Im Verlauf der Auswertung der Interviews ist deutlich geworden, dass ein Großteil der befragten Mitarbeiter die Ursache der Erkrankung am Arbeitsplatz verortet (s. III. 6.2.15). Diese Erkenntnis lieferte die Begründung für diese Studie, auf arbeitsweltbezogene Modelle zur Gesundheit am Arbeitsplatz zurückzugreifen.

Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen von Siegrist (1996) (s. II. 3.3.1) bietet einen Bezugsrahmen für mit dem Arbeitsplatz in Zusammenhang stehende Erkrankungen. Dieses Modell berücksichtigt über arbeitsorganisatorische Bedingungen hinaus auch psychosoziale und Stress auslösenden Belastungsfaktoren, die sich kontraproduktiv auf die Gesundheit auswirken können.

Die Studie von Kluska et al. (2004) „Staff Nurse Empowerment and Effort-Reward Imbalance“ (s. II. 3.3.2) wurde ausgewählt, da in ihr Erkenntnisse zur Selbstwirksamkeitserwartung nach Bandura (1997), wie in Kapitel II. 3.2.3 dargestellt, und Erkenntnisse zu Effort-Reward Imbalance nach Siegrist (1996) (s. II. 3.3.1) in Bezug gesetzt wurden und Grundlage der Untersuchung bildeten.

Kluska et al. (2004) haben festgestellt, dass der Zustand der Effort-Reward Imbalance, der als Prädiktor für Erkrankungen betrachtet werden kann (Siegrist 1996), zu einem Großteil von Organisationsbedingungen im Unternehmen abhängt und nicht primär von der Selbstwirksamkeitserwartung bzw. vom Psychological Empowerment des Individuums.

Es soll jedoch nicht unerwähnt bleiben, dass die von Kluska et al. (2004) gewonnenen Ergebnisse kritisch zu betrachten sind, da sie bereits etablierte Erkenntnisse zur Selbstwirksamkeitserwartung entkräften (Bandura 1997, Schwarzer 2004, Hohmann,

Schwarzer 2009, Luszynska, Schwarzer 2007, Lippke, Luszynska, Schwarzer 2004, 2011). Um in diesem Zusammenhang zukünftig verbindliche Aussagen tätigen zu können, wären weitere Folgestudien, die das Structural Empowerment und das Psychological Empowerment im Rahmen der Untersuchung trennschärfer voneinander abgrenzen, unabdingbar (s. II. 4.5.2).

Im folgenden Kapitel erfolgt die Darstellung der der Arbeit zu Grunde liegenden Studie. Dies umfasst den Feldzugang (s. III. 1), die Darstellung der der Arbeit zu Grunde liegenden Forschungsfragen (s. III. 2), die Beschreibung des qualitativen Forschungsansatzes (III. 3) sowie die Gewinnung der Studienteilnehmer und die Datenerfassung (s. III. 4).

III Studie

1 Feldzugang

Im Kontext des bildungspolitisch zunehmenden Interesses an der Verknüpfung von Wissenschaft und Praxis bekundet die Universität Osnabrück, in Kooperation mit einer Klinik in Nordrhein-Westfalen, im Juni 2009 Interesse an einem Forschungsprojekt im Rahmen des Promotionsvorhabens der Verfasserin der vorliegenden Arbeit zum Themenbereich „Betriebliche Gesundheitsförderung“.

1.1 Hintergrund des Forschungsvorhabens

Die Klinik beabsichtigte zeitnah die Umsetzung des seit 2004 vom Gesetzgeber geforderten Betrieblichen Eingliederungsmanagements. Die Konzeption und Implementation des Betrieblichen Eingliederungsmanagements in die Einrichtung sollte durch die Universität Osnabrück wissenschaftlich begleitet werden. Das Forschungsdesign und die Vorgehensweisen in diesem Prozess wurden in Absprache mit den Verantwortlichen entwickelt, so dass im Anschluss an die Untersuchung Interventionsvorschläge zur Implementation von BEM-Verfahren formuliert werden konnten. Die Projektdauer wurde für einen Zeitraum von zwei Jahren angesetzt.

1.2 Eckdaten der untersuchten Einrichtung

Die Untersuchung fand in einer psychiatrischen Verbundklinik in Nordrhein-Westfalen statt. Im Zentrum der Arbeit des Krankenhauses steht die psychiatrische Behandlung, Betreuung und Pflege von Patienten, sowie die Wiedereingliederung psychisch erkrankter Menschen in ein selbstbestimmtes Leben im familiären, sozialen und beruflichen Umfeld.

Die Einrichtung weist eine dreigliedrige Organisationsstruktur auf. Sie gliedert sich in einen ärztlichen, einen pflegerischen und einen kaufmännischen Bereich. Das Krankenhaus verfügt über eine allgemein psychiatrische und eine psychotherapeutische Abteilung sowie über einen gerontopsychiatrischen Bereich und eine Abteilung für Suchtkrankheiten.¹⁵

Das Budget der Einrichtung betrug im Jahr 2010 57.094.248 Euro, wovon 49.399.522 Euro auf Personalkosten entfielen. In 2010 wurden 12.087 vollstationären Patienten mit einer Verweildauer von durchschnittlich 19,82 Tagen durch 1.590 Beschäftigte versorgt, von denen 1.098 Beschäftigte weiblichen und 499 Beschäftigte männlichen

¹⁵ Die Informationen finden sich auf der Homepage der Einrichtung. Auf Grund der Anonymisierung wird auf den expliziten Quellenhinweis verzichtet.

Geschlechts waren. Der Altersdurchschnitt der Beschäftigten betrug zu diesem Zeitpunkt 44 Jahre. Die Anzahl der im Pflegedienst tätigen Personen lag zu dem Zeitpunkt bei 669. Im ärztlichen Dienst waren in 2010 134 Personen beschäftigt.¹⁶ Die weiteren Personalzahlen beziehen sich auf Beschäftigte im Bereich des Sozialdienstes, des Verwaltungsdienstes, des medizinisch-technischen Dienstes, des Küchenpersonals, des Schreibdienstes, der Auszubildenden und weiterer Funktionsdienste. Nach Darstellung der Eckdaten der untersuchten Einrichtung, folgt im nächsten Kapitel die Herleitung der Studie zugrunde liegender Forschungsfragen und die Einbettung in einen größeren Forschungszusammenhang.

2 Forschungsfragen

Die übergreifende Fragestellung der vorliegenden Arbeit bezieht sich auf Erkenntnisse zu einem Konzeptions- und Implementationsvorgang eines BEM-Verfahrens in einer Klinik:

Welche Erkenntnisse lassen sich aus den Interviews mit langzeit- bzw. häufig erkrankten Beschäftigten und mit den Akteuren des Betrieblichen Eingliederungsmanagement ableiten, die Verwendung für die gesundheitspädagogische Konzeption und Implementation eines BEM-Verfahrens finden können?

Um die Beantwortung der übergreifenden Fragestellung zu gewährleisten, wurden Teilfragestellungen formuliert. Wie für qualitative Studien üblich, wurde dabei berücksichtigt, dass die Sichtweise der Verfasserin nicht durch konkrete, im Vorfeld definierte Hypothesen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement eingeschränkt war. Angestrebt wurde vielmehr, sowohl personenbezogene Aspekte als auch Umweltfaktoren zu erfassen, die aus Sicht der Interviewpartner als relevant für das Krankheitserleben am Arbeitsplatz bzw. die Rückkehr nach Krankheit an den Arbeitsplatz – und daraus abgeleitet, für die Implementation eines BEM-Verfahrens – zu betrachten und entsprechend zu beeinflussen.

Zur Klärung der Forschungsfragen erfolgte eine Orientierung an der vorab gesichteten Literatur und bereits gewonnenen Erkenntnissen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (s. II. 1, II. 3.1) sowie zu Gesundheitsverhalten im Allgemeinen mit einem

¹⁶ Die Beschäftigtenzahlen stammen aus der internen Controlling-Abteilung der untersuchten Einrichtung, deren Name auf Grund der Anonymisierung nicht genannt wird.

besonderen Fokus auf den Arbeitsplatz (s. II. 3.2). Verwendung fanden die bereits dargestellten psychologischen, ressourcenorientierten Ansätze wie die Salutogenese nach Antonovsky (1997) (s. II. 3.2.2) und die Sozialkognitive Theorie bzw. die Selbstwirksamkeitstheorie nach Bandura (1997) (s. II. 3.2.3).

Das den Forschungsfragen zugrunde liegende theoretische Verständnis zu Gesundheit am Arbeitsplatz orientierte sich im Ansatz an dem Modell beruflicher Gratifikationskrisen nach Siegrist (1996) (s. II. 3.3.1) und der Studie von Kluska et al. (2004) (s. II. 3.3.2.) zu Structural Empowerment und Psychological Empowerment und deren Zusammenhang zu der Effort-Reward Imbalance.

Als Grundlage für die Untersuchung wurden aus den übergeordneten Fragestellungen Leitfragen generiert, die im Wesentlichen die Fragen des in der Untersuchung verwendeten Interviewleitfadens widerspiegeln.

Abbildung 11: Übergreifende Forschungsfrage

- Welche Erkenntnisse lassen sich aus den Interviews mit langzeit- bzw. häufig erkrankten Beschäftigten und mit Akteuren des BEM ableiten, die Verwendung für die gesundheitspädagogische Konzeption und Implementation eines BEM-Verfahrens finden können?

Das Ziel der Fragestellung war zu eruieren, was die Interviewpartner für die Implementation eines BEM-Verfahrens für relevant hielten. So sollte durch die Fragen ermittelt werden, warum sich nach Vorstellung der Gesprächspartner die Einrichtung dazu entschieden hatte, das BEM einzuführen. Darüber hinaus sollten Vorstellungen zu Implementationsgrundsätzen, wie organisatorische und personenspezifische Zuständigkeiten, die Einstellung zu einem BEM-Beauftragten, Assoziationen zu der Ansprache der BEM-Fälle und etwaigen Schulungen der für das BEM Verantwortlichen erfasst werden. Ein zusätzliches Anliegen war, das vorhandene Wissen zu konkreten Maßnahmen der Wiedereingliederung, die bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz Verwendung finden können, zu sammeln, um daraus Erkenntnisse für die Konzeption und Implementation des BEM-Verfahrens zu gewinnen. Neben der Ermittlung implementationstechnischer Grundsätze beleuchtete eine Fragestellung den individuellen Kenntnisstand zum Bekanntheitsgrad des Betrieblichen Eingliederungsmanagements und die jeweilige Bereitschaft der Mitarbeiter, einem BEM-Verfahren zuzustimmen. Anhand der Aussagen sollten etwaige Chancen und Barrieren für den Implementationsvorgang des BEM in der Einrichtung abgeleitet werden.

Weiterhin sollte mittels der Untersuchung in Erfahrung gebracht werden, ob die interviewten Mitarbeiter einen Zusammenhang zwischen ihrer Erkrankung und dem Arbeitsplatz sehen. Darüber hinaus sollte ermittelt werden, was Mitarbeiter als Unterstützung empfanden und ob sie sich während ihrer Krankheit bzw. bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz unterstützt gefühlt haben. Zudem galt es zu analysieren, welche Maßnahmen die Interviewpartner für die Gesundheit am Arbeitsplatz als sinnvoll erachteten. Die ermittelten Erkenntnisse wurden in Bezug zu der Konzeption und Implementation des BEM gesetzt und bei der Erkenntnisgewinnung entsprechend berücksichtigt. Nachdem dieses Kapitel die Forschungsfragen inhaltlich dargestellt und erläutert hat, behandelt das nächste Kapitel den Forschungsansatz und die im Forschungsprozess verwendeten Methoden.

3 Forschungsansatz und Methoden

Dieses Kapitel stellt dar, mit welchen Methoden die für die Konzeption und Implementation des Betrieblichen Eingliederungsmanagements bedeutsamen personenbezogenen Aspekte und Umweltfaktoren erfasst wurden, und welche Vorgehensweisen eingesetzt wurden, um diesbezüglich zentrale Aspekte des Krankheitserlebens am Arbeitsplatz bzw. die Rückkehr an den Arbeitsplatz von langzeit- oder häufig erkrankten Mitarbeitern aus Akteur- und Mitarbeiterperspektive zu erforschen. Die Untersuchung ordnet sich in der Methodologie in ein qualitatives Forschungsverständnis ein. Im Folgenden sollen zunächst der Untersuchungsansatz und die eingesetzten Verfahren dargestellt werden.

3.1 Untersuchungsansatz und eingesetzte Verfahren

Für die vorliegende Studie wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, da es sich auch acht Jahre nach Inkrafttreten des Betrieblichen Eingliederungsmanagements um ein bisher wenig wissenschaftlich untersuchtes Phänomen handelt. Aus originär gesundheitspädagogischer Perspektive liegen bis dato keine Studien vor.

Darüber hinaus schien der qualitative Untersuchungsansatz auch im Hinblick auf die Forschungsthematik und das Untersuchungsziel sinnvoll.

Qualitative Forschung erschließt die Forschungsthematik, in dem sie den „subjektiven Sinn“ (Flick 2009, S. 25) der untersuchten Fragestellung aus dem Blickwinkel der Beteiligten erfasst. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit stand das Erfassen persönlicher Erfahrungen von Beschäftigten, Arbeitgeber- und Interessenvertretern mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement und der Rückkehr nach Krankheit an den Arbeits-

platz im Vordergrund. Daran anknüpfend wurden Handlungsempfehlungen für eine gesundheitspädagogische Konzeption und Implementation eines BEM-Verfahrens generiert. Im Kontext qualitativer Forschung ist weniger beabsichtigt, bereits vorliegende Theorien zu überprüfen, sondern eher aus in der Untersuchung generiertem Wissen Hypothesen zu formulieren (Flick 2009).

Die Literaturrecherche für diese Studie erfolgte in der Zeit von Juli 2009 bis Februar 2012 in unterschiedlichen Datenbanken und über elektronische Zeitschriftenbibliotheken. So wurde unter anderem der Onlinekatalog der Universität (OPAC) und der Gemeinsame Verbundkatalog (GVK) analysiert. Darüber hinaus wurde im Rahmen der Literaturrecherche auf wissenschaftliche Online-Datenbanken, wie Psynindex, wiso, medline, PsycARTICLES, PsycINFO zurückgegriffen.

In der Literaturrecherche wurden folgende Begriffe abgefragt:

Betriebliches Eingliederungsmanagement, Gesundheitswissenschaften, Gesundheitspädagogik, Betriebliche Gesundheitsförderung, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Gesundheitspsychologie, Gesundheitssoziologie, Disability Management, Arbeitsschutz, Gefahrenschutz, Arbeitsorganisation, Arbeitsgestaltung, Arbeitspsychologie, Rehabilitation Entwicklung, Auswirkungen / Folgen von Arbeit, demografische Entwicklung, demografischer Wandel, Bevölkerungsstrukturen in Zukunft, Fachkräftemangel, Implementierung, (Personalentwicklungs-) Konzeption, Implementierung / Implementation, Implementationsforschung, Organisationsentwicklung, Personalentwicklung, Selbstwirksamkeitserwartung, Empowerment, Hardiness, Optimismus, Resilienz etc.

Darüber hinaus wurde populärwissenschaftliche Literatur gesichtet, da zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement zahlreiche Informationsveranstaltungen, Seminare und Projekte von Seiten der Gewerkschaften, Integrationsämter etc. durchgeführt werden (s. I. 1.3).

3.2 Perspektiven des Forschungsinteresses

Die gewählte Forschungsperspektive betrachtet – in Anlehnung an das Grundverständnis des qualitativen Forschungsparadigmas – den Menschen als gesamte und subjektiv erkennende Person innerhalb eines dynamischen und komplexen sozialen Umfelds (Flick, Kardoff, Steinke 2005). Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde der Schwerpunkt auf die Ermittlung von Erkenntnissen zu der Konzeption und Implementation eines BEM-Verfahrens gelegt. In dem Zusammenhang wurde der Fokus um Aspekte hinsichtlich Gesundheit am Arbeitsplatz bzw. Rückkehr nach Krankheit an den Arbeitsplatz erweitert.

Die Datensammlung erfolgte mittels episodischer Interviews nach Flick (2009). Die Interviews wurden anhand eines nicht standardisierten Interviewleitfadens durchgeführt. Die Fragen des Leitfadens wurden aus dem gesundheitspädagogischen Forschungsinteresse der Studie und aus theoretischen Grundlagen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement generiert (s. II). Inhaltlich beschäftigten sich die Fragen retrospektiv mit dem subjektiven Krankheitserleben der Gesprächspartner am Arbeitsplatz und auf ihre Erfahrungen bei der Rückkehr an diesen. Darüber hinaus beinhalteten die Leitfäden Fragen über Vorstellungen zu Konzeptions- und Implementationsgrundsätzen eines BEM-Verfahrens in den Einrichtungen. Die Betrachtungsweise war somit retrospektiv, das eigene Erleben betreffend, als auch prospektiv, den organisatorisch und inhaltlich zu betrachtenden Implementationsprozess betreffend. Nach Flick (2009) ist das episodische Interview bestrebt, beide Bestandteile des Wissens über einen Gegenstandsbereich zu erfassen, d. h. narrativ-episodisches Wissen über Erzählungen und semantisches Wissen über konkrete zielgerichtete Fragen in Erfahrung zu bringen.

3.3 Gütekriterien qualitativer Forschung

Zur Beurteilung der Güte qualitativer Studien finden sich verschiedene Grundpositionen (Lamnek 2005, Bortz, Döring 2005, Mayring 2002).

Die Qualitätseinschätzung dieser Studie erfolgte anhand der von Mayring (2002) und Lamnek (2005) aufgeführten Gütekriterien, die im Folgenden in modifizierter Form, bezogen auf den in dieser Arbeit beschriebenen Forschungsprozess, erläutert werden.

Verfahrensdokumentation und argumentative Interpretationsabsicherung

Um eine intersubjektive Nachprüfbarkeit der Untersuchung und der ermittelten Ergebnisse auch für Außenstehende zu gewährleisten, wurde eine detaillierte Verfahrensdokumentation vorgenommen. So wurde sowohl das Vorverständnis als auch die eingesetzten Erhebungs- und Auswertungsmethoden dargestellt (s. II. bis IV.). Die umfangreichen Interpretationen wurden mit Interviewsequenzen untermauert, um die Erkenntnisgewinnung für Außenstehende nachvollziehbar zu machen.

Regelgeleitetheit

Die Vorgehensweise im Forschungsprozess erfolgte systematisch und regelgeleitet. Dieses betraf zum einen die Auswahl der Studienteilnehmer als auch die Prozessschritte der Datenauswertung. So wurden eine vorherige Festlegung von Analyseschritten und eine Strukturierung des Materials in zum Großteil de-

duktiv formulierten Kategorien vorgenommen. Darüber hinaus wurden die zur Transkription der Interviews verwendeten Regeln dargestellt.

Nähe zum Gegenstand

Diesem Aspekt wurde in der vorliegenden Studie insofern Rechnung getragen, dass auch nach der Interpretation der Daten die Nähe zum Gegenstand anhand der Beispiele aus den Interviewsequenzen erhalten blieb.

Kommunikative Validierung

Die von Lamnek (2005) vorgeschlagene kommunikative Validierung im Sinne der Rückkoppelung der Interpretationen an die Befragten wurde nicht vorgenommen. Dies war in Anbetracht der zeitlichen und personellen Ressourcen nicht durchführbar.

Triangulation

Dem Aspekt der Triangulation wurde Rechnung getragen, indem bereits vorliegende Daten vorab systematisch analysiert und Interviews mit Beschäftigten und Akteuren geführt wurden.

Nachdem das vorliegende Forschungsvorgehen in Orientierung an die von Lamnek (2005) und Mayring (2002) formulierten Gütekriterien dargestellt wurde, sollen im Folgenden der Untersuchungsansatz und die eingesetzten Verfahren transparent gemacht werden.

4 Datenerfassung und Gewinnung der Studienteilnehmer

Die Datenerhebung erfolgte durch Interviews mit Beschäftigten sowie Arbeitgeber- und Interessenvertretern der untersuchten Einrichtung.

4.1 Gewinnung der Studienteilnehmer

Um eine mehrdimensionale Betrachtungsweise des Untersuchungsgegenstandes zu gewährleisten, wurden für die Untersuchung zwei Gruppen von Personen gewonnen. Die Gruppe der Beschäftigten wurde schriftlich über die Studie in Kenntnis gesetzt (s. Anhang S. 240). Die Akteure wurden einzeln telefonisch oder direkt von der Verfasserin dieser Arbeit angesprochen, über den Kontext der Studie informiert und zur Teilnahme aufgefordert.

4.1.1 Auswahl und Eckdaten der Studienteilnehmer (Beschäftigte)

Der Interessenschwerpunkt bei der Auswahl der Studienteilnehmer für die Interviews lag darauf, Beschäftigte zu gewinnen, die im Jahr 2008 länger als 42 Tage krank waren und ohne ein Betriebliches Eingliederungsmanagement an den Arbeitsplatz zurückgekehrt sind.

Im Dezember 2009 wurden aus den Kliniken berufsgruppenunabhängig 180 Mitarbeiter ermittelt, die die oben genannten Kriterien erfüllten. All diese Beschäftigten erhielten im Dezember 2009 ein Anschreiben der Personalabteilung der Klinik, das über das Forschungsvorhaben informierte und zur freiwilligen Teilnahme aufforderte. Zusätzlich erhielten die ausgewählten Mitarbeiter ein weiteres, auf Einzelheiten der Studie eingehendes Schreiben, dem zu entnehmen war, dass es sich um eine Studie der Universität Osnabrück zu betrieblicher Gesundheitsförderung und speziell zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement handelte. Über die Universität Osnabrück erhielten die angeschriebenen Personen zudem ein Informationsschreiben mit näheren Angaben zur geplanten Studie (s. Anlage S. 217).

Zunächst erklärten sich 26 von 180 angeschriebenen Beschäftigten bereit, an der Untersuchung teilzunehmen. Mit vier von 26 Personen wurde aus organisatorischen Gründen oder wegen plötzlicher Bedenken kein Gespräch durchgeführt. 22 Personen stellten sich für ein Interview zur Verfügung. Diese Gruppe von Personen wird im Folgenden als „Imaginäre BEM-Fälle“ (IBF) bezeichnet.

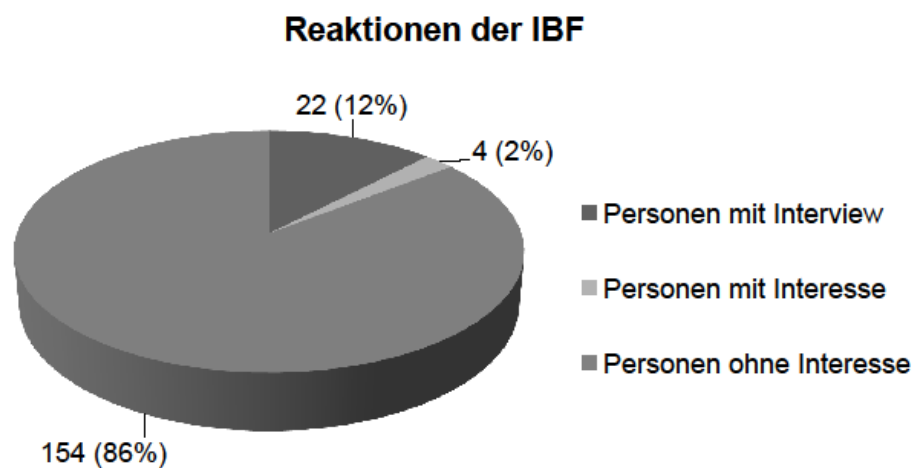
Die imaginären BEM-Fälle erfüllten nicht zu 100% die Kriterien eines BEM-Falles. Die Mitarbeiter, die als IBF angeschrieben wurden, waren alle im Jahr 2008 mehr als 42 Tage krank gewesen. Bei den „echten“ Fällen wird zur Berechnung der Frist nicht das Kalenderjahr zugrunde gelegt sondern eine individuelle Frist von 12 Monaten.

„Als Grundlage für die Berechnung der Arbeitsunfähigkeitszeiten des / der Beschäftigten gilt nicht das jeweilige Kalenderjahr, sondern die letzten zwölf Monate seit Beendigung der letzten Arbeitsunfähigkeit.“ (Seel 2007, S. 128).

Da die Berechnung bedeutend komplexer war, und die Klinik zu dem Zeitpunkt noch nicht über die geeignete Software zur Ermittlung dieser Werte verfügte, wurde das Kalenderjahr als Berechnungsgrundlage verwendet.

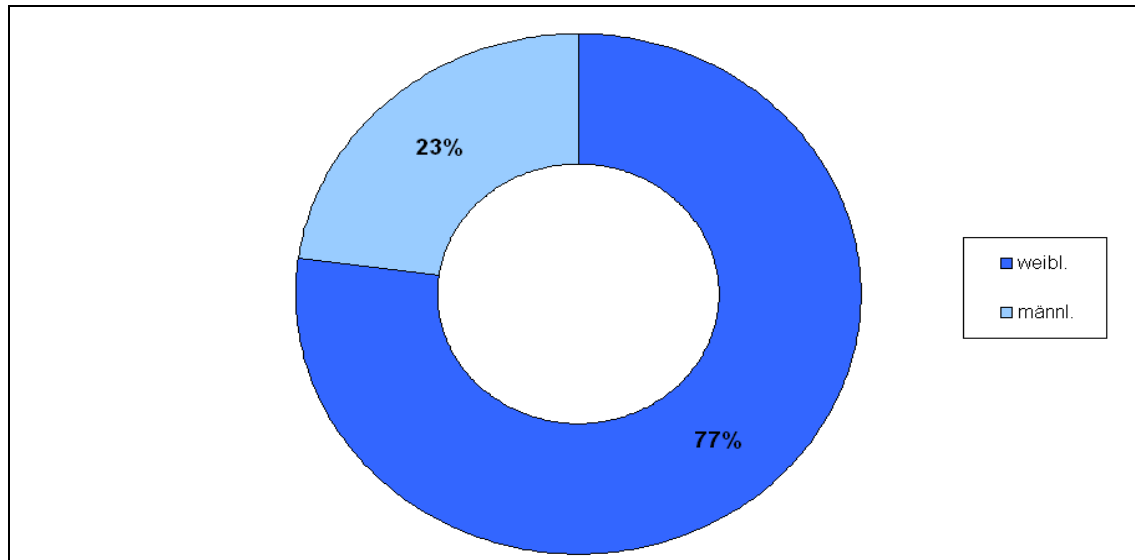
Die Auswahl der Interviewpartner auf Arbeitnehmerseite, die in der Vergangenheit bereits von längerer oder häufiger Krankheit betroffen waren, erfolgte, weil diese Personen in besonderem Maße auf Erfahrungswissen in Bezug auf Krankheit am Arbeitsplatz zurückgreifen konnten und somit zur Erkenntnisgewinnung des vorliegenden Forschungsvorhabens im Hinblick auf den Forschungsschwerpunkt „Betriebliches Eingliederungsmanagement“ beitragen konnten.

Abbildung 12: Reaktionen der IBF

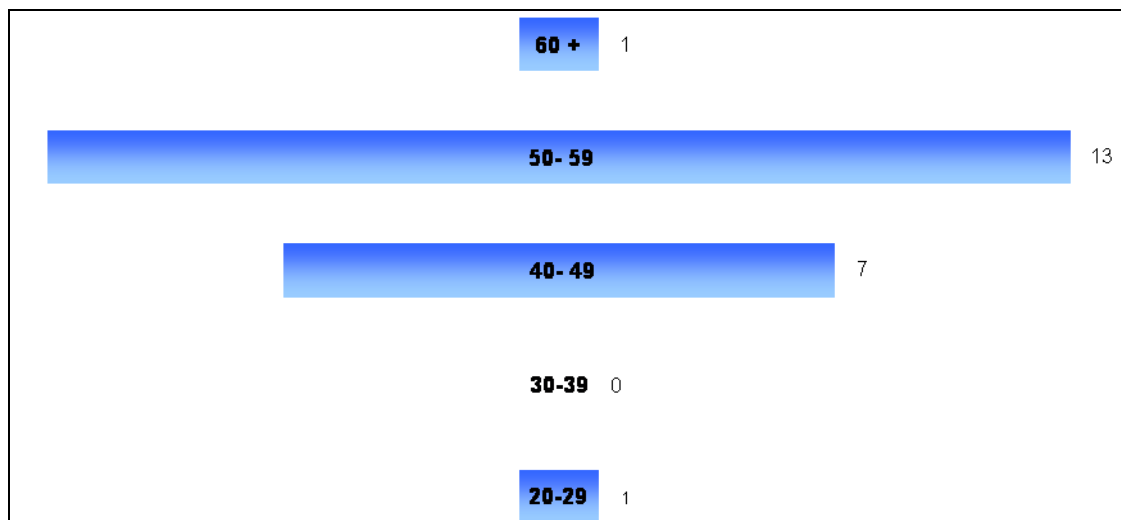


N = 180

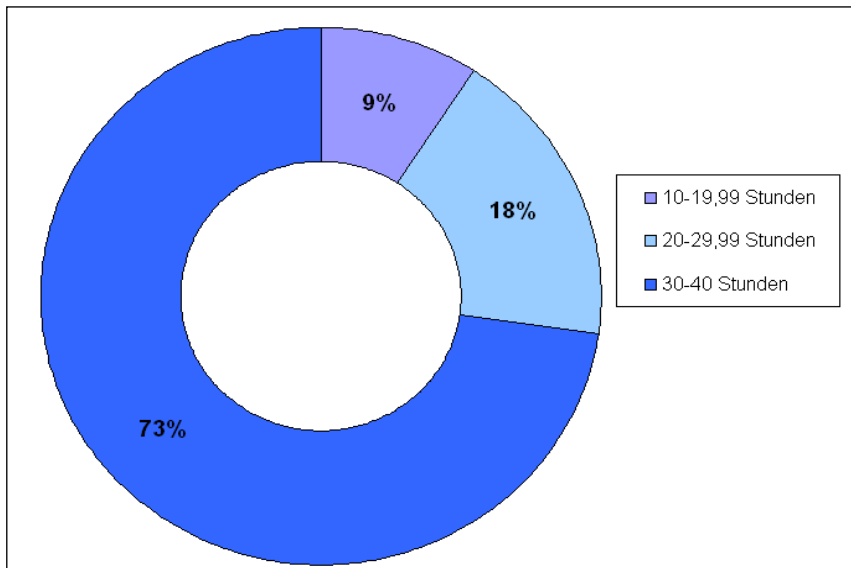
Die Beschäftigten, die an der Studie teilgenommen haben, sind zu 77% weiblichen Geschlechts.

Abbildung 13: Geschlechterverteilung der IBF**N = 22**

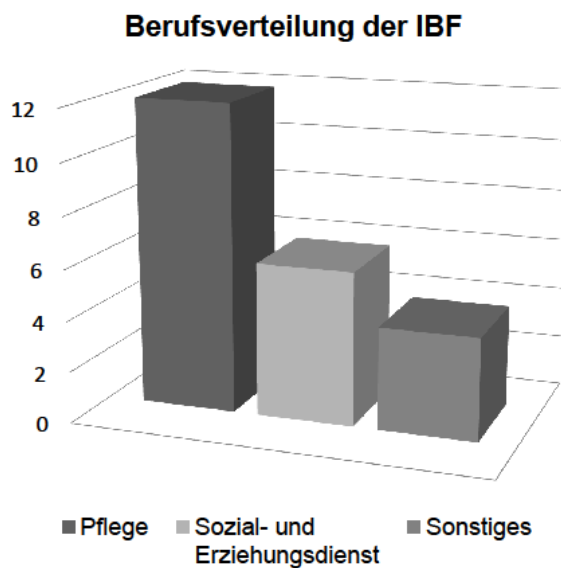
Das Alter von 13 der Beschäftigten, die an der Studie teilgenommen haben, lag zwischen 50 und 59 Jahren.

Abbildung 14: Altersverteilung der IBF**N = 22**

Die wöchentliche Arbeitszeit der interviewten Beschäftigten betrug bei 73% 30 – 40 Stunden, 18% arbeiteten zwischen 20 und 30 Stunden und 9% zwischen 10 und 20 Stunden wöchentlich.

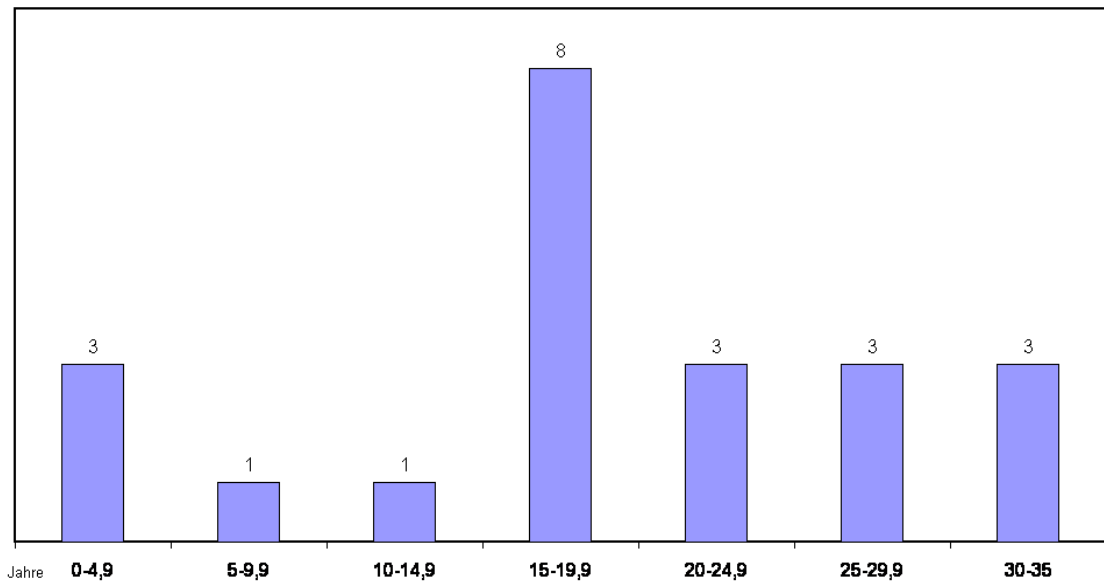
Abbildung 15: Verteilung der Wochenarbeitszeiten der IBF**N = 22**

Anhand der folgenden Abbildung lässt sich erkennen, dass 12 Personen der IBF in der Pflege tätig waren, weitere 6 Personen in dem Bereich Sozial- und Erziehungsdienst und 4 Personen unter Sonstiges zusammengefasst wurden. Hierbei handelte es sich um Beschäftigte aus den Bereichen Verwaltung, technischer Dienst und Gärtnerei.

Abbildung 16: Berufsverteilung der IBF**N = 22**

Anhand der Abbildung 17 wird deutlich, dass 17 von 22 der Beschäftigten, die an der Studie teilnahmen, länger als 15 Jahre im Unternehmen beschäftigt waren.

Abbildung 17: Verteilung der IBF nach der Betriebszugehörigkeit



N = 22

Nachdem der Prozess der Mitwirkung und die detaillierte Darstellung der Studienteilnehmer der IBF erfolgt ist, wird im Folgenden die Auswahl der Akteure beschrieben. Die Beschreibung dieser Studienteilnehmer erfolgt weniger detailliert als die der IBF, da die IBF den Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit bildeten.

4.1.2 Auswahl und Eckdaten der Studienteilnehmer (Akteure)

Der Interessenschwerpunkt bei der Rekrutierung der Akteure richtete sich darauf, für die Gespräche Personen zu gewinnen, die Berührungspunkte mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement in der Einrichtung aufwiesen und bereits über Erfahrung mit langzeit- bzw. häufig erkrankten Mitarbeitern am Arbeitsplatz verfügten. So erfolgten zehn Gespräche mit Personen unterschiedlicher Funktionen. Es wurde mit vier Führungskräften aus dem medizinisch-therapeutischen Bereich, mit drei Personen in Leitungspositionen aus dem Verwaltungsbereich und mit drei Akteuren aus dem Bereich Interessenvertretung der Beschäftigten jeweils ein Interview geführt.

Alle Interviewpartner wurden persönlich kontaktiert und gefragt, ob sie einem Interview zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement im Kontext von Gesundheit am Arbeitsplatz zustimmen. Die Akteure wurden vorab über das Interesse der Studie informiert. Alle zehn angesprochenen Personen standen für ein Interview zur Verfügung.

4.2 Datenerfassung

Die Interviews mit Beschäftigten und Akteuren wurden in der Zeit von Januar 2010 bis Oktober 2010 geführt.

Art, Ort, Datum und Dauer der Gespräche sind schriftlich festgehalten worden. Die Interviewdauer der einzelnen Gespräche betrug zwischen 30 und 90 Minuten. Sie erfolgten je nach Wunsch der Interviewpartner am Arbeitsplatz der Gesprächspartner oder in vertrauter Umgebung zu Hause.

Jede Person hatte vor dem Einstieg in das Gespräch eine Einwilligungserklärung unterschrieben. Alle Gesprächsteilnehmer erklärten sich mit der Aufzeichnung der Interviews einverstanden.

5 Darstellung der Datenaufbereitung

Im Anschluss an die Interviews erfolgte die vollständige, zeitnahe Transkription, damit der Gesprächsverlauf authentisch und präzise in Schriftform festgehalten und entsprechend ausgewertet werden konnte. Die Transkription der Interviews erfolgte wortwörtlich durch die Verfasserin dieser Arbeit und orientierte sich an den von Flick (2005) veröffentlichten Transkriptionsregeln.

Flick (2005) argumentiert, dass bei psychologischen und soziologischen Fragestellungen Sprache als „...Medium zur Untersuchung bestimmter Inhalte ist,...“ und daher „... übertriebene Genauigkeitsstandards nur in Sonderfällen notwendig sind ...“ (a.a.O. S. 253). Die Transkriptionsregeln der vorliegenden Studie sind so festgelegt, dass sie eine gute Lesbarkeit und Handhabbarkeit des Textes ermöglichen und die Inhalt tragenden Bestandteile unverfälscht wiedergeben.

Die in Word 2002 transkribierten Interviews wurden für die nachfolgende Analyse in die qualitative Analysesoftware MAXQDA 2010 eingepflegt.¹⁷

¹⁷ MAXQDA 2010 gilt als Standardprogramm für die professionelle sozialwissenschaftlich orientierte Textanalyse. Das Programm unterstützt die Strukturierung der Texte und erleichtert die inhaltliche Auswertung.

Abbildung 18: Transkriptionsregeln nach Flick

- Wiederholungen und Unvollständigkeiten werden weggelassen Beispiel: „Ja, also, ich denke, ich denke mal....“ wird zu: „Ja, also ich denke mal....“
- Füllworte z. B. „ehm“ werden weggelassen.
- Dialektfärbungen werden eingedeutscht (habn wa = haben wir, dat = das etc). Nur echte Dialektausdrücke bleiben und werden nach Gehör geschrieben.
- Unverständliche Wörter in Klammern mit Fragezeichen: z. B. :(???) - je nach Länge dessen, was nicht verstanden wurde.
- Bei Pausen, Stockungen u. ä. Punkte verwenden: ..., bei längeren Pausen mehrere Punkte. Wenn der Grund der Pause ersichtlich ist, z. B. Husten, wird dieser in Klammern angegeben. Beispiel: „Ja, ich glaube (hustet), ich glaube das mit den Cremes hat gut geholfen.“
- „Zustimmungslaute“ durch den Interviewer, wie z. B. „Mhmm“, „Aha“ etc. die ohne eine nachfolgende Äußerung in Satzform (Frage, Aufmunterung etc.) erfolgen, werden ausgelassen.

Flick 2005, S. 253

6 Qualitative Datenauswertung

Zunächst beschäftigt sich das Kapitel mit dem thematischen Codieren nach Hopf et al. (1993) und der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2002, 2008, 2010), die im vorliegenden Untersuchungsvorhaben ergänzend zur Anwendung kamen, und als in der qualitativen Forschung bewährte Arten der Datenauswertung bezeichnet werden dürfen. Diese Verfahren bieten die Möglichkeit der kontrollierten Form des thematischen Codierens. In der vorliegenden Arbeit basierte dieses auf theoretischem Vorwissen.

Das von Hopf und Schmidt (1993) ausgearbeitete Auswertungsverfahren unterscheidet vier hintereinander angeordnete Schritte:

1. Entwicklung der Auswertungskategorien
2. Codieren des Materials
3. Erstellen von Fallübersichten
4. Vertiefende Analyse von ausgewählten Fällen

(Hopf, Schmidt 1993, Kuckartz 2010)

Nach Hopf (1993) und Kuckartz (2010) werden alle Schritte unmittelbar am Material vorgenommen. Alle Kategorien sind in den empirischen Daten verankert und das Material wird durch das Codieren nicht überflüssig.

Das vorliegende Forschungsvorhaben orientierte sich primär an den ersten beiden von Hopf und Schmidt (1993) beschriebenen Auswertungsschritten, die im Weiteren, be-

sonders im Hinblick auf die Auswertung, durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ergänzt wurden.

6.1 Entwicklung der Auswertungskategorien

Im ersten Schritt wurden die Auswertungskategorien im Rahmen eines deduktiven klassifikatorischen Ansatzes in Anlehnung an Hopf und Schmidt (1993) und Mayring (2010) entwickelt und die Datenauswertung theoriegeleitet geplant. Die Bestimmung der Auswertungskategorien erfolgte etwa zeitgleich mit der Entwicklung der Interviewleitfäden. Hierzu gehörte eine möglichst präzise Formulierung der Forschungsfragen. Des Weiteren wurden Theorien sowie darauf bezogene Begriffe und Kategorien schon vor der Erhebung festgelegt. Diese, auf den theoretischen Vorannahmen beruhenden Kategorien, wurden als Vorannahmen bzw. als „Entwürfe“ verstanden und im Laufe der Erhebung im Bedarfsfall abgeändert und angepasst. Die Auswertungskategorien dienten somit nicht als ein vorab fixierter unabänderlicher Interpretationsrahmen.

Die Kategorien repräsentierten Themen, die mehr oder weniger präzise sind und im Zuge des Auswertungsprozesses ausdifferenziert wurden. In Anlehnung an Hopf und Schmidt (1993) sowie Mayring (2010) wurden in Auseinandersetzung mit der Theorie und aufgrund der ersten Felderkundungen Kategorien gebildet, die gleichzeitig Grundlage der Interviewleitfäden waren.

Die Forschungsfragen wurden als Fragen für die Interviewleitfäden generiert. Nach einer ersten Erprobung der Interviewleitfäden in der Pretestphase wurden die leicht überarbeiteten Interviewleitfäden genutzt, um einen Kategorienleitfaden zu entwickeln. Dabei wurden die einzelnen Fragen der Interviewleitfäden Kategorien zugeordnet. Diesen Kategorien wurden weitere Unterkategorien zugeordnet.

Tabelle 6: Entwicklung der Auswertungskategorien

Forschungsfragen	Kategorien	Interviewpartner
Was verstehen die Interviewpartner unter BEM?	Verständnis	IBF / Akteure
Wird nach Ansicht der Akteure das BEM derzeit in der Einrichtung umgesetzt?	Umsetzung	Akteure
Welche Intention hat der Arbeitgeber nach Ansicht der Interviewpartner, das BEM einzuführen?	Einführungsgründe	IBF / Akteure
Welche Implementationsgrundsätze halten die Interviewpartner für notwendig und welche Chancen und Barrieren sehen sie für die Konzeption und Implementation eines BEM-Verfahrens in der Einrichtung?	Implementationsgrundsätze, Chancen und Barrieren	IBF / Akteure
Wie gestaltet/e sich das Verfahren mit Langzeit- oder häufig erkrankten Mitarbeitern vor der Einführung des BEM in der Einrichtung?	Verfahren bei erkrankten Mitarbeitern vor Einführung	Akteure
Welche Maßnahmen der Wiedereingliederung bot die Einrichtung bereits vor Einführung des BEM an?	Maßnahmen der Wiedereingliederung vor Einführung	IBF / Akteure
Welche Reaktion zeigten die IBF auf das Anschreiben, in dem sie auf ihre Krankheit angesprochen wurden, und wie würden sie auf ein BEM-Angebot reagieren?	Reaktion der IBF	IBF
Durch wen erfolgt bzw. soll die Ansprache der BEM-Fälle nach Ansicht der Akteure erfolgen?	Ansprache	Akteure
Wie ist die Einstellung der Akteure zu der Maßnahme, einen BEM-Beauftragten zu bestimmen?	BEM-Beauftragter	Akteure
Ist es beabsichtigt, Vorgesetzte und verantwortliche Personen zum BEM zu schulen?	Schulungen	Akteure
An wen können sich Vorgesetzte und Mitarbeiter bei Fragen zum BEM wenden?	Informationsmöglichkeiten	Akteure
An welchen Indikatoren machen die Akteure die erfolgreiche Umsetzung eines BEM fest?	Wirksamkeit	Akteure
Sehen die IBF die Ursache ihrer Erkrankung am Arbeitsplatz?	Ursachenzuschreibung der Erkrankung	IBF
Haben die IBF während ihrer Erkrankung oder bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz Unterstützung erhalten, gewünscht oder eingefordert und was empfinden sie als unterstützend?	Unterstützung	IBF
Wie sehen die Akteure den Verantwortungsbereich des Arbeitgebers hinsichtlich Mitarbeitergesundheit?	Verantwortungsbereich Mitarbeitergesundheit	Akteure
Woran machen die Interviewpartner sinnvolle Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz fest?	Maßnahmen für Gesundheit	IBF / Akteure

6.2 Codieren des Materials und Darstellung der Ergebnisse

Das Codieren des Materials erfolgte als ein systematisches Vorgehen entlang der vorab festgelegten Kategorien. Es wurde dem konkreten Forschungsgegenstand angepasst und auf die spezifische Fragestellung hin konzipiert. Als Analyseverfahren wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) verwendet, da mit ihr systematisch relevante Aspekte und Prozesse aus den Gesprächsinhalten abgeleitet werden können, die Relevanz für eine gesundheitspädagogische Konzeption und Implementation eines BEM-Verfahrens aufweisen und Rückschlüsse zur Gesundheit am Arbeitsplatz ermöglichen können. Mithilfe dieser Methode sollten Aussagenbreite und -komplexität auf das Wesentliche reduziert werden, ohne die Qualität der Ausgangsdaten zu beeinträchtigen. So wurde eine hermeneutische Vorgehensweise angewandt, die den Anspruch formuliert, das menschliche Verhalten zu verstehen und nicht lediglich zu erklären. Das Textmaterial wurde fallweise in Anlehnung an die aus der Theorie abgeleiteten Kategorien bearbeitet. Die Strukturierung, als eine zentrale Technik Mayrings (2010), filterte unter Verwendung festgelegter Hauptkategorien bestimmte Strukturmerkmale des Textes heraus.

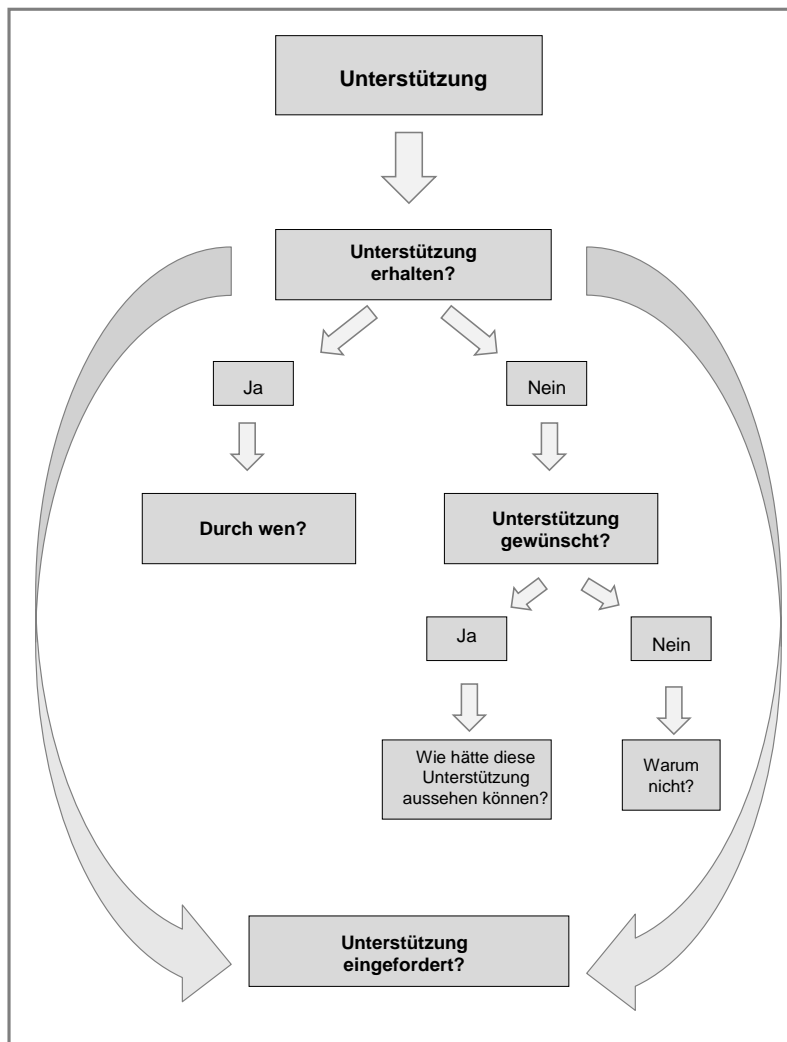
Abbildung 19: Vorgehensweise bei der strukturierenden Analyse des Materials



In Anlehnung an Mayring 2002, S. 120

Ziel der vorliegenden Arbeit war, die Vorstellungen, Erfahrungen und Wissensbestände zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement von Beschäftigten und Akteuren mit spezifischem Bezug zu Gesundheit am Arbeitsplatz aufzuzeigen, um mögliche Konzeptions- und Implementationsvorschläge daraus abzuleiten. Das Textmaterial wurde, nachdem es in das Computerprogramm MAXQDA 2010 eingepflegt worden war, den vorab festgelegten Kategorien zugeordnet und entsprechend analysiert. Dann wurden die Daten nach entsprechender Systematisierung in Kategorien – wo es notwendig war, wurde eine Differenzierung in Haupt- und Subkategorien vorgenommen – nach Word exportiert und die Ergebnisse weiterbearbeitet.

Mit Hilfe der Codierleitfäden wurden alle Interviews durchgearbeitet. In jedem Interview wurden die Passagen, die explizit oder implizit Informationen zu der Kategorie enthielten, identifiziert. Durch weitere Analyse der nun einzelnen Kategorien zugeordneten Aussagen, erfolgte eine weitere Differenzierung der Kategorien. Die einzelnen Kategorien wurden im Bedarfsfall mit entsprechenden Ausprägungen versehen. Exemplarisch sei hier die Kategorie „Unterstützung“ genannt. Auf der Basis des Materials wurden verschiedene Ausprägungen der Kategorie unterschieden:

Abbildung 20: Auswertungsraster Kategorie Unterstützung

In Erfahrung gebracht werden sollte, ob die Interviewpartner während ihrer Erkrankung oder bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz Unterstützung erhalten, gewünscht oder eingefordert hatten und was sie als unterstützend empfanden

Bei der Betrachtung der Daten bestätigte sich das Auswertungsraster Unterstützung. Beschrieben wurde die Erfahrung, Unterstützung erhalten zu haben, insofern dem Wunsch, nicht mehr alleine arbeiten zu müssen, entsprochen wurde. Deutlich wurde, dass Unterstützung erfolgte, nachdem diese eingefordert wurde.

Ich habe von vornherein gesagt, dass es schon schön wäre, wenn ich auf einer Station wäre, wo ich nicht alleine im Dienst bin. Das würde mir schon Sicherheit geben, wenn ich jemanden dabei hab, wenn mal was passiert. Und das ist dann auch akzeptiert worden (016, 33).

Auch die Erfahrung, keine Unterstützung erhalten zu haben, ließ sich aus den Aussagen der Interviewpartner ableiten. Dies berichtete z. B. eine Gesprächspartnerin im Zusammenhang mit rückenschonenden Arbeitsweisen:

Ich habe immer wieder nach rückengerechten Stühlen gefragt. Nach erhöhten Schreibtischen. Dann kam nur, wo soll das denn noch stehen? Was willst du denn jetzt noch? (O17, 34ff.).

Alle ursprünglich konzipierten Kategorien wurden im Rahmen der Datenauswertung kritisch hinterfragt und im Bedarfsfall ergänzt und erweitert.

Nachdem der Forschungsansatz und die verwendeten Methoden beschrieben wurden, sollen im Folgenden die Ergebnisse der Untersuchung dargestellt werden. Die Darstellung erfolgt in Orientierung an die aus den aus der übergeordneten Forschungsfrage entwickelten Forschungsfragen und den daraus abgeleiteten Kategorien (s. Tabelle 6). Um den Prozess der Bildung der Kategorien nachvollziehbar darzustellen, werden dabei die diesen Kategorien untergeordneten Kategorien jeweils anhand von Textbeispielen veranschaulicht.

6.2.1 Verständnis

Der Frage, was unter BEM verstanden wird, wurde sowohl aus Perspektive der Mitarbeiter als auch aus der der Akteure nachgegangen. Die Ergebnisse bilden Vorstellungen zum BEM ab und lassen darüber hinaus Rückschlüsse auf den Bekanntheitsgrad des BEM zu. Zunächst erfolgt eine grobe Darstellung des aus den mit den IBF und den Akteuren geführten Interviews ermittelten Verständnisses, das im Anschluss weiter ausgeführt werden soll.

Tabelle 7: Verständnis des BEM aus der Sicht von IBF und Akteuren

IBF (N=22)	Akteure (N=10)
<p>50% eine Vorstellung von BEM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wiedereingliederung • Arbeitsplatzsicherung • Gesetzliche Verankerung • Alternativer Arbeitsplatz 	<p>100% eine Vorstellung von BEM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützungs- und Hilfsangebot • Wiedereingliederung • Arbeitsplatzsicherung • Gesetzliche Verankerung • Pflicht des Arbeitgebers • Systematische Unterstützung bei Rückkehr an den Arbeitsplatz • Gespräch
<p>Zielgruppe des BEM:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Längere Krankheit 	<p>Zielgruppe des BEM:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erkrankte Mitarbeiter • Dauer 6 Wochen, 42 Tage • Unabhängig von der Ursache der Erkrankung • Unabhängig von unterbrochener oder ununterbrochener Erkrankung

IBF

Bei der Auswertung der Frage, ob den Gesprächspartnern das BEM bekannt sei, ist deutlich geworden, dass die Hälfte der befragten Beschäftigten noch nie vom BEM gehört hatte bzw. das BEM nicht kannte.

das höre ich heute zum ersten Mal (012, 7).

Häufig stellten die IBF einen Zusammenhang zwischen der „stufenweisen Wiedereingliederung“ durch die Krankenkasse und dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement her. So leitete sich ein Interviewpartner den Inhalt des BEM vom Wort „Eingliederung“ ab.

Nicht genau, kann man sich ja so ein bisschen vom Wort her vorstellen. Ich würde es gleichsetzen mit der stufenweisen Wiedereingliederung von der Krankenkasse (003, 4ff.).

Ähnliche Hinweise fanden sich auch in der folgenden Interviewsequenz. Hier erfolgte der Hinweis darauf, dass die reduzierte Arbeitszeit bei der Eingliederung eine Rolle spiele.

Dass man, wenn man länger krank war, dass man dann wieder eine Neueingliederung macht. So zwei Stunden am Tag oder so (009, 4ff.).

Einige IBF verbanden mit dem BEM, dass Mitarbeiter nach längerer Erkrankung zur Arbeitsplatzsicherung einen anderen Arbeitsplatz angeboten bekämen.

Dass ich eine andere Tätigkeit im (.) angeboten bekommen werde, um weiter beschäftigt zu bleiben (002, 7f.).

Im Einzelfall fand von Seiten der IBF die gesetzliche Verankerung Beachtung.

Ja – das weiß ich. Präventionsparagraf, der die Wiedereingliederung eines Mitarbeiters nach einer längeren Erkrankung regelt oder fordert. Ganz grob gesagt (018, 5f.).

Akteure:

Im Gegensatz zu den IBF hatten alle befragten Akteure Vorstellungen zum BEM. Das BEM wurde von den Akteuren einheitlich als ein Unterstützungs- bzw. Hilfsangebot des Arbeitgebers verstanden. Erkennen ließ sich die Akzentuierung der Assoziation des BEM mit der Suche nach einem geeigneten Arbeitsplatz.

... Instrument, den geeigneten Arbeitsplatz zu suchen (03, 05, 2).

bzw. der Sicherung des ursprünglichen Arbeitsplatzes.

Mit Ziel einer dauerhaften Sicherung des Einsatzes und des Arbeitsplatzes (02, 01, 3).

Zudem wurde von Seiten der Akteure der systematischen Begleitung bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz eine entsprechende Beachtung beigemessen.

... an den Arbeitsplatz zurückkehren, dass man nicht einfach sagt, nun machen Sie mal wieder, sondern dieses systematisch begleitet (01, 01, 3).

Der Aspekt von Unterstützung und Hilfe am Arbeitsplatz wurde von den Akteuren explizit benannt.

Es wird geschaut, ob dem Beschäftigten am Arbeitsplatz Unterstützung oder Hilfe gegeben werden kann (03, 03, 4).

Darüber hinaus fand auch hier die gesetzliche Verankerung Berücksichtigung.

Das BEM hat eine gesetzliche Grundlage (03, 03, 3).

Auch der Pflicht des Arbeitgebers wurde entsprechend Bedeutung beigemessen.

Ich weiß, dass der Arbeitgeber verpflichtet ist, ein BEM anzubieten (02, 01, 2).

Ebenso erfolgte der Hinweis darauf, dass das BEM im Sozialgesetzbuch verankert sei und vom Gesetzgeber auf die Unternehmen übertragen wurde.

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement ist im SGB verankert und ist durch die Gesetzgeber auf die Unternehmen übertragen worden (02, 03, 3).

Die Analyse der Aussagen der Akteure, die über Kenntnisse bezüglich des BEM verfügten, ergab, dass unter der Zielgruppe des BEM die Mitarbeiter verstanden wurden, die nach längerer Krankheit an den Arbeitsplatz zurückkehren.

Es geht um systematische Hilfen für Mitarbeiter, die länger krank sind und an den Arbeitsplatz zurückkehren (01, 01, 3).

Zudem erfolgten Hinweise zu den Voraussetzungen eines BEM-Verfahrens.

... dass Beschäftigte, die länger als sechs Wochen im Kalenderjahr erkrankt sind, dass mit denen Kontakt aufgenommen wird (03, 03, 4).

... dass mit jedem Mitarbeiter, der eine gewisse Zeit, mindestens 42 Tage bzw. 6 Wochen erkrankt war, ein Gespräch geführt werden muss (02, 03, 3).

Weiter erwähnten Akteure, dass das BEM unabhängig davon greife, ob es sich um eine ununterbrochene Erkrankungsphase handele oder um eine Erkrankung mit mehreren Unterbrechungen.

... Mitarbeiter nach einer langen Erkrankungsphase oder auch nach langen Erkrankungsphasen mit Unterbrechung (01, 03, 2).

Zudem greife es unabhängig von der Ursache der Erkrankung.

... dass wir bei längerer Erkrankung bzw. bei Behinderung durch Krankheiten und Unfälle usw. unterstützen (03, 03, 2).

6.2.2 Umsetzung

Bei den Akteuren wurde erfragt, inwieweit BEM aktuell in der Einrichtung umgesetzt wird.

- Teilweise umgesetzt
- Noch nicht systematisch
- Durchführung im Einzelfall
- Seit 1,5 Jahren Implementationsgedanken
- Plan zur Umsetzung in Entwicklung

Einige Akteure des medizinisch/therapeutischen Dienstes vertraten die Auffassung, dass das BEM zum Zeitpunkt der Befragung in der Einrichtung bereits umgesetzt würde.

Int: Wird das Betriebliche Eingliederungsmanagement aktuell in Ihrem Haus umgesetzt?

IP: Ja (01, 01, 14).

Weitere leitende Personen im medizinisch/therapeutischen Dienst hingegen beschrieben, dass das BEM noch nicht endgültig implementiert sei.

Es wird umgesetzt hier im Haus. Es gibt Beauftragte dafür. Es gibt glaube ich noch einige Punkte, die noch geklärt werden müssen (...) (01, 01, 7).

Die folgende Interviewsequenz verdeutlicht, dass Unsicherheiten hinsichtlich der Existenz von BEM existierten. Einige Akteure des medizinisch/therapeutischen Dienstes erachteten die Durchführung von BEM-Verfahren ohne Hinzuziehung des Vorgesetzten für problematisch. Das BEM wurde hier als gesetzlich vorgeschriebene Führungsaufgabe verstanden.

Int: Wird das BEM aktuell in Ihrem Haus umgesetzt?

IP: Ja – also es gab ja eine Arbeitsgruppe, die sich ein oder zweimal getroffen hat. Danach habe ich dann nichts mehr gehört. (...) Für unsere Klinik kenne ich den aktuellen Stand nicht (...). Ich weiß aber, dass ein Gespräch von dem Personalleiter und dem Schwerbehindertenvertreter nach BEM geführt wurde, mit einer Mitarbeiterin aus meinem Verantwortungsbereich und da war ich z. B. nicht dran beteiligt.

Int: Was halten Sie davon?

IP: Das find ich schlecht.

Int: Warum?

IP: Weil der Gesetzgeber auch festgelegt hat, dass BEM eine Führungsaufgabe ist und ich bin in Führungsverantwortung für den (...). Und da finde ich es schlecht, wenn die Verantwortlichen außen vor gelassen werden (01, 03, 5 - 10).

Zudem wurde das BEM in der folgenden Interviewsequenz mit dem Krankenrückkehrgespräch als Sanktionsmaßnahme von Seiten des Vorgesetzten gleichgesetzt:

Aktuell nicht, noch nicht. Wird sich hoffentlich langsam einschleichen

Int: Sie haben gerade gesagt, das BEM wird aktuell noch nicht umgesetzt. Wie weit ist der Umsetzungsgedanke in der Klinik?

I.P: Wir haben ja die Unterlagen von BEM und wir im Pflegedienst, wir sprechen mit den Leuten bei BEM nach den Vorgaben.

Int: Welche Unterlagen sind das? Auf welche greifen Sie da zurück?

I.P: (langes Zögern) von dem stv. Personalleiter hatten wir da mal was. Was ist BEM hieß das, glaube ich. Das ist so eine Anleitung über BEM.

Es geht ja auch nicht nur um die Mitarbeiter, die lange krank waren, sondern es geht ja auch um die Mitarbeiter, die oft krank sind. Und mit denen sprechen wir auch im Rahmen von BEM. Also erstmal nur der direkte Vorgesetzte spricht mit ihm. Dann, wenn es zu häufig ist und zu viel ist und der eigene Vorgesetzte sieht, dass da gar nichts fruchtet, holt er den Abteilungsleiter dazu, dann wird ein Gespräch mit dem geführt. Und dann auch bei langen Ausfällen von ein paar Wochen oder was, dann gibt es immer wieder ein Wiederkehrergespräch zwischen dem Mitarbeiter und der Stationsleitung und ggf. Abteilungsleitung. Je nachdem, wie der Mitarbeiter reagiert, hängt dann von der Reaktion des Mitarbeiters ab, ob die Stationsleitung Unterstützung durch die Abteilungsleitung benötigt (01, 04, 2).

Die Aussagen der Verwaltungsmitarbeiter und der Interessenvertreter unterschieden sich den Umsetzungsstand des Verfahrens betreffend von denen der Vertreter des medizinisch/therapeutischen Dienstes. Diese wiesen einheitlich darauf hin, dass derzeit noch kein einheitliches und strukturiertes BEM-Verfahren in der Einrichtung bestehe.

Es wurden bereits durchgeführte BEM-Verfahren in Einzelfällen beschrieben.

Das Verfahren wird aktuell im Hause so komplett nicht umgesetzt, nur ansatzweise bei einigen wenigen konkreten Fällen (02, 01, 5).

Zudem wurde eine bereits existierende Rahmenregelung von Seiten des Trägers der Einrichtung zum BEM erwähnt.

Verwaltungsmitarbeiter wiesen darauf hin, dass noch BEM-Ansprechpartner benötigt werden, die im Rahmen der BEM-Verfahren die Arbeitgeberseite vertreten.

Wir haben im Augenblick kein strukturiertes BEM. Es laufen im Augenblick die letzten Vorbereitungen dafür, das in dem Hause einzuführen. Es gibt eine Rahmenregelung, die durch die zuständige Abteilung der Krankenhäuser und Psychiatrie-Abteilung entworfen worden ist und dann werden wir das in der Klinik umsetzen unter der Maßgabe, dass wir halt noch Ansprechpartner benötigen, die die Arbeitgeberinteressen vertreten (...) (02, 03, 7).

Aus den Antworten der Interessenvertretung ging hervor, dass seit ungefähr eineinhalb Jahren Implementationsgedanken zum BEM in der Einrichtung existierten. Derzeit würde ein Plan zur Umsetzung des Verfahrens entwickelt. Die Interessenvertretung verwies auf die Notwendigkeit der Beteiligung von Interessenvertretern und der Betriebsleitung am Implementationsverfahren.

Wir sind dabei, einen Plan zu entwickeln, wie wir das umsetzen können. Es gibt also Bestrebungen dazu, die getragen werden einmal vom Personalrat und der Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen. Und über die Betriebsleitung. Wir sind aber nach meinem Gefühl seit eineinhalb Jahren dabei. Es ist aber noch nicht soweit, dass tatsächlich systematisch und regelmäßig das BEM angeboten wird. Wir sind da immer noch auf dem Stand, dass wir es entwickeln und überlegen, wie wir es einführen können (...) (03, 01, 11 - 15).

6.2.3 Einführungsgründe

Vorstellungen zur Intention der Betriebsleitung, das BEM einzuführen, wurden ebenfalls gesammelt. Zunächst erfolgt eine grobe Darstellung der aus den Interviews mit den IBF und den Akteuren gewonnenen Erkenntnissen zu der Intention des Arbeitgebers, das BEM einzuführen. Die Punkte werden im Folgenden weiter ausgeführt.

Tabelle 8: Einführungsgründe

IBF (N=21)	Akteure (N=10)
<ul style="list-style-type: none"> • Reduzierung von Ausfallzeiten • Positives Image • Fürsorgepflicht des Arbeitgebers • Gesetzliche Pflicht 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzierung von Ausfallzeiten • Vorbeugung Fachkräftemangel • Vorbereitung krankheitsbedingte Kündigung • Gesetzliche Pflicht • Fürsorgepflicht des Arbeitgebers

IBF:

Tabelle 9: Grund der Einführung des BEM aus der Sicht der IBF (N=21)

Keine Vorstellung	Gesetzliche Verpflichtung	Positives Image	Fürsorgepflicht	Ausfallquote
3	4	3	3	8

Die tabellarische Darstellung zeigt fünf Antwortgruppen. Die Antwort bezüglich der gesetzlichen Verpflichtung war zu erwarten, da jeder Interviewte im Rahmen der Aufklärung zum BEM darüber informiert worden war, dass die Durchführung von BEM-Verfahren im Umgang mit langzeiterkrankten Mitarbeitern seit 2004 gesetzlich vorgeschrieben ist. Von den drei Interviewpartnern, die keine Vorstellung davon hatten, warum ihr Arbeitgeber ein BEM einführt, antworteten zwei mit „*weiß ich nicht*“ und einer mit, „*da habe ich mir noch keine Gedanken zu gemacht*“.

Einige Beschäftigte vertraten die Auffassung, dass der Arbeitgeber das BEM anbiete, um eine positive Außenwirkung zu erzielen.

Außenwirkung in der Öffentlichkeit ?!
Ich glaube nicht Warmherzigkeit (011, 43).

Andere IBF vertraten die Annahme, dass der Arbeitgeber das BEM in erster Linie zur Senkung der Krankenquote einsetzt. Die wirtschaftliche Komponente wurde hier besonders hervorgehoben.

Kostensenkung, ich weiß, dass die Klinik (...) einen hohen Krankenstand hat. (...) Die wissen außerdem auch, dass nur gesunde Mitarbeiter gute Mitarbeiter sind. Ich war lange Zeit ein geschätzter Mitarbeiter, aber als ich krank wurde, war das direkt vorbei. Da hat sich der Arbeitgeber sehr weit zurückgezogen (014, 33ff.).

Der Beschäftigte verwies darauf, dass seiner Meinung nach keine Fürsorge von Seiten des Arbeitgebers gezeigt wurde. Andere Mitarbeiter waren der Auffassung, dass ihr Arbeitgeber das BEM aus einer Fürsorgepflicht heraus anbiete.

Ich denke, dass der Arbeitgeber es anbietet, weil die Mitarbeiter dann das Gefühl haben, dass sich mehr um einen gekümmert wird. Bisher läuft da nicht viel. Es gibt für Pflegekräfte die traditionelle Rückenschule und Yoga. Die Veranstaltungen werden aber so angeboten, dass es Personen, die im Schichtdienst arbeiten, nicht möglich ist, wöchentlich teilzunehmen. Ich glaube, dass die Klinik nun anfängt zu versuchen, besser da zu stehen. Wenn Mitarbeiter jetzt auf freiwilliger Basis in ihrer Gesundheit gefördert werden, bedeutet das ja auch, dass langfristig weniger Mitarbeiter krank sind, das

wiederum bedeutet, dass mehr gesundes Personal da ist und so auch Kosten eingespart werden können. (001, 24 - 25).

Akteure:

Aus der Analyse des Textmaterials der Akteure zu der Frage, warum sich die Betriebsleitung dazu entschieden habe, das BEM-Verfahren einzuführen, ist deutlich geworden, dass ein Großteil der Interviewpartner den gesetzlichen Auftrag in Kombination mit den Auswirkungen der demografischen Entwicklung, sprich dem zukünftigen Fachkräftemangel, als Begründung für die Implementation des Verfahrens erachtete.

Zum einen ist es eine gesetzliche Forderung. Zum anderen ist auch erkannt worden, dass der demografische Wandel uns nicht die Möglichkeit gibt, unbegrenzt Personal, das hoch qualifiziert ist, das viele Kenntnisse hat, zum einen zu gewinnen und bzw. auf nicht mehr leistungsfähige Mitarbeiter zu verzichten (02, 02, 31).

Weiter begründeten Akteure die Einführung des BEM neben den bereits genannten Aspekten mit der Zunahme und den veränderten Ausfallzeiten, speziell bei älteren Arbeitnehmern.

Zum einen gesetzlicher Auftrag. Zum anderen ist es einfach so, wir haben mit der demographischen Entwicklung eine steigende Zahl von älteren Mitarbeitern, wo es vermehrt Ausfallzeiten gibt. Die Mitarbeiter sind weniger kurz krank, aber wenn sie ausfallen sind sie länger krank. Das haben wir auch hier im Haus. Das sagen uns auch die Zahlen (01, 03, 36).

Zudem wurde über die Notwendigkeit hinaus, Mitarbeiter gesund zu halten, beschrieben, dass es in der Vergangenheit einen Fall vor Gericht gegeben habe, in dem ein Arbeitsverhältnis mit einem Mitarbeiter auf Grund von Krankheit beendet werden sollte. Von Seiten des Richters sei die Frage nach der Durchführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements gestellt worden. Diese musste von Seiten des Unternehmens verneint werden. Das Arbeitsverhältnis konnte in dem Fall nicht beendet werden. Die Durchführung eines BEM wurde gefordert. Dies wurde neben der Pflicht des Arbeitgebers und der Sicherung des Humankapitals vereinzelt als ein Grund für die bevorstehende BEM-Implementation in der untersuchten Einrichtung gesehen.

Einmal, weil er das machen muss.

Und dann haben die hier die Erfahrung gemacht, dass sie ein Arbeitsverhältnis beenden wollten, keinen Lohn mehr gezahlt haben und dann die betroffene Mitarbeiterin zum Arbeitsgericht gegangen ist und dann vor dem Arbeitsgericht das alles thematisiert wurde und der Richter gefragt hat, haben Sie denn ein BEM durchgeführt und die Betriebsleitung stottern musste – nein haben wir nicht gemacht und dann vom Gericht kam, dann machen Sie das erstmal (03, 01, 98 - 99).

6.2.4 Implementationsgrundsätze

Darüber hinaus sollten Implementationsgrundsätze und die in dem Zusammenhang vermuteten Chancen und Barrieren für die Konzeption und Implementation des BEM-Verfahrens ermittelt werden.

Tabelle 10: Implementationsgrundsätze

IBF (N=22)	Akteure (N=10)
<ul style="list-style-type: none"> • Vertrauensperson • Information über Bedeutung und Ziele • Raum für Vertrauen und Kommunikation • Individuelle Herangehensweise • Fürsorgliche Gesprächsintention • Positive BEM-Fälle publik machen <p>Anforderungen an Personen, die für das BEM zuständig sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empathische Vertrauensperson, die sich für die Mitarbeiter im BEM-Verfahren einsetzt 	<ul style="list-style-type: none"> • Information über Bedeutung und Ziele • Transparenz für die Beteiligten • Frühzeitige Beteiligung der nach Gesetz zu beteiligenden Personen • Schulungen für Führungskräfte, die dann als Multiplikatoren fungieren sollen • Standardisiertes Verfahren • Evaluation • Einbindung der Interessenvertretung • Individuelle Herangehensweise

IBF:

Die IBF maßen der fundierten Information der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement eine hohe Bedeutung bei. Es erfolgten sowohl inhaltliche als auch organisatorische Informationshinweise. So erwähnten einige der IBF, dass den Kollegen mitgeteilt werden sollte, das BEM diene den Arbeitnehmern und nicht in erster Linie dem Arbeitgeber, und dass es keine Kontrollfunktion habe, sondern als Hilfestellung verstanden werden könne. Die Implementationsvorschläge der Beschäftigten beinhalteten unterschiedliche Aspekte hinsichtlich Information, Sensibilität der Thematik und darüber hinaus auch organisationsspezifische Belange. Zudem wurden Hinweise zu möglichen Akteuren gegeben.

Transparenz und genügend Info auf nicht autoritäre Weise. Vielleicht eine Arbeitsgruppe, die sich mit dem Thema beschäftigt und den Mitarbeitern näher bringt. Es wäre gut, wenn die das dann auf den Stationen vorstellen, damit das jeder Arbeitnehmer kennenlernt. Ich glaube es handelt sich um ein sehr sensibles Thema. Es ist für viele Mitarbei-

ter ein großer Einschnitt, wenn sie nicht mehr so können, wie sie wollen und dann auch noch auf Unterstützung angewiesen sind (001, 26ff.).

In dieser Textpassage wurde über die Information hinaus deutlich, dass das BEM Mitarbeiter betrifft, die unter Umständen eine Beeinträchtigung aufweisen, die für sie selbst schwer zu akzeptieren ist. Der Hinweis auf diesen Aspekt fand sich auch in der nächsten Interviewsequenz.

Erstmal auf ausreichende Information. Es muss so aufgeklärt werden, dass auch jeder so etwas ohne Scheu zustimmen kann.

Wer setzt sich schon freiwillig hin und sagt, pass mal auf ich bin kaputt. Würden Sie das freiwillig machen....ich halte ausreichende Information für die Mitarbeiter notwendig, damit diese Vertrauen fassen können.

Personalveranstaltungen machen. Das ist ja eine Sache, die den Arbeitnehmer sehr persönlich betrifft, deshalb ist es wichtig, dass er auch die Möglichkeit hat, Fragen zu stellen (002, 57ff.).

Erwähnung fand zudem, dass Mitarbeiter, die bereits länger krank gewesen waren, sich in die Situation von erkrankten Mitarbeitern hineinversetzen konnten.

Dass da jemand ist, der das überwacht und sich auch für die Mitarbeiter einsetzt. Ich könnte so etwas machen (Beschäftigte lacht), weil ich weiß, wie sich Menschen fühlen, die krank sind und so behandelt werden (016, 47f.).

Darüber hinaus wurde als sinnvoll erachtet, wenn die ersten positiven BEM-Verfahren in der Klinik publik gemacht würden. Dieses könne dazu dienen, dass weitere Mitarbeiter Vertrauen fassten.

(...) dass Mitarbeiter, die positive Erfahrungen mit dem BEM gemacht haben, das deutlich machen sollten. Wenn die Kollegen erstmal sehen, dass es MA gibt, die damit positive Erfahrungen gemacht haben, dann wächst das Vertrauen (001, 38).

Weitere IBF legten ihren Schwerpunkt darauf, zu beschreiben, dass die betroffenen Mitarbeiter eine individuelle, auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Eingliederung erhalten sollten.

Dass es wirklich eine individuelle Eingliederung ist und nicht nur 08/15 nach irgendeinem Register spreche ich die Leute an, sondern wirklich auch auf die Bedürfnisse eingehen und jeden Fall einzeln prüfen (005, 30f.).

Andere Hinweise von Seiten der IBF behandelten den Punkt „Vertrauen“. Sowohl die gewünschte neutrale Person, die Vertrauensperson, die vertrauensvolle Gesprächsintention und der Wunsch nach einer Gesprächsmöglichkeit ohne Vorgesetzten ließen darauf schließen, dass die Interviewpartner den Raum für Vertrauen und Kommunika-

tion als zentrale Komponenten bei der Implementation eines BEM-Verfahrens betrachtet.

Kein Ansprechpartner, der so involviert ist, da sollte schon nicht so eng miteinander rumgeglückt werden.

Das ist schon wichtig, dass es eine vertrauenswürdige Person ist.

Int: Was heißt Außenstehender?

Außenstehender der Klinik oder Außenstehender des Bereiches?

IBF: Ja so wie Sie – so ein Außenstehender, der schon auch für die Klinik ja da ist und das auch nachvollziehen kann, was die Mitarbeiter schildern. Aber so wie z. B. in einer Supervision, wo auch ne zusätzliche Person einfach vermittelt (016, 45ff.).

Aus der Analyse des Antwortmaterials ging deutlich der Wunsch nach Schutz durch eine Vertrauensperson hervor. Einige Mitarbeiter hatten in der Vergangenheit negative Erfahrungen mit Krankenrückkehrgesprächen (s. II. 2.4.6.2) gemacht.

Dass ein Ansprechpartner da ist, dem vertraut werden kann. Also ne Vertrauensperson. Dass Gespräche, so wie ich sie erlebt habe, nicht mehr stattfinden. Es sollten, wenn das BEM da ist, sollten keine Krankenrückkehrgespräche in der Konstellation, wie ich sie erlebt habe (2 gegen 1) mehr stattfinden (014, 37).

Akteure:

Befragte Akteure forderten, dass der Information und der Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen des BEM-Implementationsprozesses über Bedeutung und Ziele des BEM eine entscheidende Bedeutung beigemessen werden sollte.

(...) fundierte Öffentlichkeitsarbeit im Vorfeld. Das heißt umfangreiche INFO, was bedeutet denn BEM. Was ist Ziel des BEM (...) (03, 01, 70).

Zudem sahen die Akteure die Notwendigkeit, Beschäftigte darüber aufzuklären, dass es sich bei dem BEM um ein Unterstützungs- und Hilfsangebot des Arbeitgebers handele.

(...) Da wäre es sinnvoll sicher zu stellen, dass es um Unterstützung und helfen geht (...) (03, 01, 71).

Darüber hinaus wurden Schulungen für alle Führungskräfte als sinnvoll erachtet. Akteuren nach könne das von Führungskräften erworbene Wissen systematisch an Mitarbeiter weiter getragen werden.

Erstmal ne Schulung für alle Führungskräfte und dann durch die Führungskräfte die Mitarbeiterinformation in den einzelnen Teams (...) (01, 04, 36).

Auch in der folgenden Interviewsequenz wurde eine abteilungsweise Mitarbeiterinformation von Seiten der Akteure in Erwägung gezogen.

(...) Wichtig zur Information: Eine Veranstaltung kann auch abteilungsweise sein, wo alle Mitarbeiter über das BEM informiert werden (...) (02, 02, 47).

Darüber hinaus wiesen sie auf die notwendige Systematisierung und Standardisierung des BEM-Verfahrens und seiner Evaluation hin.

(...) dass da eine gewisse Form der Systematisierung aufkommt (...) (01, 01, 31).

Auch dem Aspekt der Wirksamkeit wurde Bedeutung beigemessen:

(...) dass man auch eine Auswertung hat, ob das geholfen hat. Systematische Grundsätze müssen also beachtet werden (01, 02, 33).

Weiter schlugen Akteure vor, dass zunächst mit leichten BEM-Fällen begonnen werden solle, um möglichst das Zusammenspiel aller Zuständigen zu erproben und einen erfolgreichen Abschluss eines BEM-Verfahrens dokumentieren zu können.

(...) Man sollte sicherlich dann auch mit leichten Fällen zu üben anfangen und dabei das Zusammenspiel der jeweiligen Zuständigen erproben.

I: Was meinen sie mit leichten Fällen zum Üben?

IP: Es gibt Mitarbeiter, die langjährig erkrankt sind, wo man weiß, dass die Erkrankung so leicht nicht zu beheben ist oder wo man festgestellt hat, bereits im Vorfeld, dass ein aus heutiger Sicht weitere Einsatzmöglichkeit nicht existiert, weil die Schädigungen so groß sind, dass wir uns zur Zeit nicht vorstellen können, den Mitarbeiter weiter zu beschäftigen (02, 03, 26 - 27).

Auf den Einzelfall bezogen erachteten Akteure eine flexible, individuelle Vorgehensweise als sinnvoll.

(...) Man muss das Verfahren, auch wenn es standardisiert abläuft, individuell auf die Bedürfnisse und auf die Situation des einzelnen Mitarbeiters auch anpassen können (...) (01, 01, 31).

Zusätzlich forderten Akteure die Beteiligung weiterer Personen (Interessenvertreter), die per Gesetz am BEM-Verfahren zu beteiligen sind.

(...) dass man frühzeitig die Beteiligten, die nach Gesetz zu beteiligen sind, informiert und einbindet (...) (02, 03, 25).

6.2.5 Chancen

Neben den Implementationsgrundsätzen sollte in Erfahrung gebracht werden, welche Chancen die IBF und die Akteure durch das BEM sehen. Aus den Antworten sollte eine generelle Haltung dem BEM-Verfahren gegenüber abgeleitet und weitere Erwartungen, die mit der Implementation erreicht werden sollen, ermittelt werden.

Tabelle 11: Chancen

IBF (N22)	Akteure (N10)
<ul style="list-style-type: none"> • Raum zum Reden • Unterstützung durch den Arbeitgeber • Druckreduzierung • Mehr Transparenz • Ansprechpartner neben den Vorgesetzten • Wenn Vorgesetzte von dem Verfahren überzeugt sind und einen Sinn sehen • Durch Reflexion von Führungsverhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Positive Auswirkung auf Mitarbeiter- / Arbeitgeberverhältnis • Kostensenkung • Qualitätssteigerung • Fürsorge durch den Arbeitgeber • Sicherung des Humankapitals • Mitarbeiter werden durch BEM in die Verantwortung genommen • BEM greift unabhängig von Sympathie und Antipathie • Wandel im Umgang mit erkrankten Beschäftigten • Erfolgreiche Umsetzung kann dazu beitragen, dass Mitarbeiter sich trauen, Hilfe in Anspruch zu nehmen • Struktur des Verfahrens unterstützt alle am BEM-Verfahren Beteiligten

IBF:

Die IBF sahen Chancen darin, dass der Arbeitsplatz auf Dauer erhalten bleibe, dass es Mitarbeitern durch das BEM besser gehe und dass ihnen Druck genommen werde. Einigen Aussagen nach habe das BEM nur eine Chance, wenn vorab eine fundierte Aufklärung erfolge. Ebenfalls wurde deutlich, dass der Zusammenhang zwischen BEM als Chance und der grundsätzlichen Einstellung zum BEM im Unternehmen eine Rolle spielte.

Das liegt an der Einstellung der Entscheider. Ich sehe Chancen, wenn die Führungskräfte mal wirklich gucken, was machen wir eigentlich falsch, dass unsere Mitarbeiter so häufig krank sind. Was läuft da eigentlich nicht richtig. Das heißt, die müssen auch bei sich und ihren eigenen Managementfehlern gucken. Und das ist nicht angenehm (014, 54f.).

Zudem wurde dem Aspekt des Raums für Sinnfindung Bedeutung beigemessen.

Wenn Mitarbeiter oder / und Vorgesetzte den Sinne sehen, dann sehe ich Chancen. In erster Linie wollen die Leute reden und dafür muss Raum geschaffen werden (020, 37).

Chancen wurden darin gesehen, dass der Arbeitgeber sich zukünftig für seine Mitarbeiter einsetze, dass es schön sei, wenn sich jemand kümmere und man Unterstützung erhalte. Außerdem erfolgte der Hinweis darauf, dass Probleme im direkten Arbeitsumfeld, wie z. B. Mobbing, durch das BEM zukünftig besser aufgedeckt und in Angriff genommen werden könnten.

Dass Mitarbeiter neben dem direkten Vorgesetzten Ansprechpartner haben, die sich für seine Belange interessieren, ist eine sinnvolle Sache. Da gerade die Arbeit in der Psychiatrie eine Arbeit ist, die im Laufe der Jahre unheimlich viel Substanz fordern kann. Deshalb sollte gerade hier darauf eingegangen werden, dass Mitarbeiter auch auf ihre Gesundheit achten (015, 16ff.).

Hier wurde eine Chance darin gesehen, wenn im Rahmen von BEM neben dem direkten Vorgesetzten auch andere Ansprechpartner in Anspruch genommen werden könnten, um Probleme zu lösen.

Einige der IBF sahen eine Chance für das BEM nur dann, wenn die Führungskräfte bzw. die Vorgesetzten von dem Ansatz und dem Verfahren überzeugt seien und hinter der Umsetzung ständen.

Ich glaube, das kommt auf die Führungskraft an. Das hängt davon ab, wie die Führungskraft eingestellt ist (004, 27).

Ein besonderes Augenmerk in dieser Textpassage sollte darauf gelegt werden, dass „die Leute reden wollen“ und dass dafür „Raum geschaffen werden muss“. Hier und auch an weiteren Stellen ist deutlich geworden, dass der Raum für Kommunikation bzw. Austausch bei den IBF einen großen Stellenwert einnimmt.

Akteure:

Aus Akteurperspektive sei eine Qualitätssteigerung der Dienstleistung durch BEM möglich, die sich darüber hinaus sowohl auf die Ökonomie des Hauses als auch auf das Fürsorgeempfinden des Mitarbeiters auswirken könne.

Wenn es wirkt, sinken die Kosten, die Qualität bleibt hoch, weil es ja meistens erfahrene Mitarbeiter sind, die länger ausfallen. Die Kontinuität in der Behandlung und auch der Teamstruktur bleibt besser erhalten und der Mitarbeiter hat das Gefühl besser aufgehoben zu sein. Und wird sicherlich auch ein eher positives Verhältnis zum Arbeitgeber entwickeln, wenn er das Gefühl hat, dass der Arbeitgeber sich kümmert (02, 03, 35).

Eine Chance wurde darin gesehen, dass Personen mit Entscheidungsgewalt ein Interesse an der zukünftigen Umsetzung des BEM hätten, so dass Änderungen auch durchgesetzt werden könnten.

Dass der Personalleiter ein Interesse daran hat. Sehe ich auch daran, dass Sie da mit involviert sind. Dass das wissenschaftlich begleitet wird (03, 01, 107).

Darüber hinaus benannte der Interviewpartner den Faktor der Sicherung des Humankapitals.

Sehe ich aber auch daran, dass der stellvertretende Leiter der Personalabteilung, der verantwortlich für die Arbeitsgruppe BEM ist und ich den Eindruck habe, dass es da einen Umschwung im Denken gibt. Hat er vor kurzem sogar auch gesagt. „Der Wind soll sich drehen. Wir sind auf die Beschäftigten angewiesen. Da gibt es eine neue Entwicklung. Wir machen das nicht, weil wir so gute Menschen sind und wir plötzlich das Herz für die Mitarbeiter entdeckt haben, sondern wirklich im Sinn von Humankapital“ (03, 01, 109).

Zudem wurde von Akteuren eine Chance für das BEM gesehen, wenn die Beschäftigten feststellten, dass der Arbeitgeber sich kümmere und ein Interesse an gesunden und zufriedenen Mitarbeitern habe.

Chance ist, dass die Mitarbeiter feststellen, dass der Betrieb sich um sie kümmert und dass der Betrieb auch Interesse hat an gesunden Mitarbeitern und auch an zufriedenen Mitarbeitern (02, 02, 22).

Darüber hinaus wurden Chancen für das BEM gesehen, wenn Offenheit und Ehrlichkeit dem Mitarbeiter gegenüber vorherrsche, und das BEM als etwas Positives erachtet werde.

Chance ist ein offenes und ehrliches Umgehen dem Mitarbeiter gegenüber und ne positive Haltung dem BEM gegenüber (01, 04, 44).

Weiter wurde speziell von Führungskräften eine Chance darin gesehen, dass die Mitarbeiter durch das BEM mehr in die Verantwortung genommen werden.

Ja. Das zum einen, dass auch der Mitarbeiter in die Verantwortung genommen wird. Das finde ich ein ganz wichtiges Thema. Weil ich schon auch häufig die Erwartung sehe, dass die Institution die alleinige Sorge dafür trägt, dass der Mitarbeiter irgendwie zurecht kommt. Da sehe ich ne große Chance drin. Das nämlich auch der Mitarbeiter etwas dafür tut, dass er fit und gesund bleibt. Das hängt natürlich auch von der Krankheit des Mitarbeiters ab (01, 03, 44).

Darüber hinaus wurde deutlich, dass die Schnittstellen vom Betrieblichen Eingliederungsmanagement mit weiteren Bereichen der Institution die Transparenz im Unternehmen fördern.

BEM ist ein Teil des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und ein Teil der Personalentwicklung. Das BEM hat Beziehungen zum Arbeitsschutz einschließlich Hygiene etc. und greift insofern in alle Bereiche der Klinik. (...) (02, 01, 31).

Akteure beschrieben ebenfalls, dass die sich entwickelnde Struktur in dem als Instrumentarium betitelten BEM-Verfahren als Chance für Verbesserungen betrachtet werden kann. Zudem erfolgte der Hinweis darauf, dass die Organisation eines BEM-Verfahrens unabhängig von potentiellen Sympathien oder Antipathien durchgeführt werde.

Int: Was denken Sie, wird durch die offizielle Einführung anders?

Es wird genau wie bei politischen Gespräche. Es werden Daten gesetzt, dann und dann treffen wir uns. Dann entfällt natürlich diese Mühe, dass man sie alle zusammen oder hm, es könnte auch mal sonst, wenn man diese Form nicht hätte, auch mal Bereitschaft fehlen. Man versteht sich ja auch nicht untereinander immer hundertprozentig. Man kann sagen, mir passt das nicht und so. Jetzt haben wir ein Instrumentarium, wo wir zusammen sitzen müssen für eine Entscheidung, jetzt hat das so eine verpflichtende Funktion (03, 03, 5).

Eine Chance wurde darüber hinaus darin gesehen, dass eine erfolgreiche Umsetzung des BEM-Verfahrens in der Einrichtung dazu beitragen könne, dass Mitarbeiter auf Hilfsangebote eingehen.

Eine erfolgreiche Umsetzung könnte die besten Argumente liefern, dass die Mitarbeiter sich trauen, Hilfe in Anspruch zu nehmen (01, 02, 42).

6.2.6 Barrieren

In Bezug zu Implementationsgrundsätzen wurden die Interviewpartner nach möglichen Barrieren für die Konzeption und Implementation des BEM-Verfahrens gefragt.

Tabelle 12: Barrieren

IBF (N =22)	Akteure (N = 10)
<ul style="list-style-type: none"> • Mangelnde Überzeugung von Führungskräften • Negative Einstellung von Mitarbeitern • Mangelndes Vertrauen • Mangelnde Transparenz • Mangelnde Information • Ignoranz • Druck • Komplexe Organisationsstruktur • Krankheit als Tabuthema • Arbeitstätigkeit / Arbeitsorganisation • BEM als Mittel zur Kündigung • Fehlende Alternativarbeitsplätze • „Neues“ wird abgelehnt 	<ul style="list-style-type: none"> • BEM missbraucht als Krankenrückkehrgespräch • Der zukünftige Fachkräftemangel wird noch nicht gesehen • Organisation und Koordination des BEM durch die Personalabteilung • „Rumreichen“ von erkrankten Mitarbeitern • Mangelnde Inanspruchnahme des BEM-Angebots von Mitarbeiterseite

IBF:

Insgesamt schien es den meisten IBF leichter gefallen zu sein, die Frage nach Barrieren für das BEM zu beantworten als die nach Chancen durch das BEM. Nur eine Person äußerte, dass sie keine Barrieren für die Implementation des BEM sehe. Ansonsten wurde bei der Analyse der Antworten zu dieser Frage deutlich, dass der größte Anteil der Barrieren nach Ansicht der IBF bei der mangelnden Überzeugung der Umsetzung bei den Führungskräften und Vorgesetzten liege.

In der folgenden Interviewsequenz wurde darauf hingewiesen, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Mitarbeitern und Führungskräften auf Grund schlechter Erfahrungen in der Vergangenheit gestört sei und viele Mitarbeiter Angst vor ihren Vorgesetzten hätten, was zum einen die Bereitschaft, über Krankheit zu sprechen, minimiere und zum anderen den bei Rückkehr an den Arbeitsplatz erlebten Leistungsdruck erhöhe. Zudem wurde auch die Bereitstellung von Alternativarbeitsplätzen in Frage gestellt.

Barrieren sind immer da. Wenn kein Vertrauen da ist, sind die Barrieren noch viel größer. Druck, viele Mitarbeiter fühlen sich unter Druck gesetzt. Auch wenn ein neuer Arbeitsplatz angeboten wird, hat der Mitarbeiter Druck, dass er ja dann beweisen muss, dass er da zu recht kommt. Es gibt hier im Haus viele Mitarbeiter, die Angst vor ihren Vorgesetzten haben. Die haben Angst zu sagen, was sie haben, warum sie krank sind. Die haben Angst um ihren Arbeitsplatz, die haben Angst, dass sie ihre Arbeit nicht mehr hinbekommen. Die glauben nicht und das wahrscheinlich auch zu recht, dass Ihnen ein anderer Arbeitsplatz angeboten werden kann (007, 35).

Ausreichende Information schien nach Ansicht der Interviewpartnerin eine Möglichkeit zu sein, die Barriere, dass alles Neue erst einmal abgelehnt wird, zu verringern.

*Wenn keine grundlegende Info erfolgt, dann gibt es ein Problem
Das war schon immer hier so – alles was neu ist (...) Das taugt alles nichts (010, 30f.).*

Im nächsten Interviewausschnitt fand sich ein Hinweis darauf, dass die spezielle Struktur mit den verschiedenen Zuständigkeiten in einem Krankenhaus eine Schwierigkeit bei der Umsetzung des BEM darstellen könne. Auch hier wurde auf das Verhalten von Vorgesetzten und Führungskräften Bezug genommen:

*Nicht genügend Transparenz durch die vielen verschiedenen Zuständigkeiten in der Klinik. Die Struktur steht im Weg und dass das sehr viel auch mit den Personen in Führungspositionen steht und fällt. Sehr viele Mitarbeiter hier im Haus haben negative Erfahrungen mit Vorgesetzten gemacht. Da ist dann auch eher wenig Kooperationsbereitschaft von Seiten der Mitarbeiter wegen der Kontrolle
Int: Wie könnte man das vermeiden?*

Unabhängige Personen von Mitarbeitern, die das BEM in die Wege leiten. Neutrale Personen, Instanz bei der ich nicht befürchten muss, dass wenn ich mich öffne und sage, dass ich z. B. nicht mehr kann, weil (...) dass ich nicht direkt Druck vom Vorgesetzten zu befürchten habe (016, 32f.).

Im nächsten Textausschnitt wurden sowohl organisatorische Barrieren angesprochen als auch die individuellen Empfindungen des Mitarbeiters sowie die generelle Akzeptanz hinsichtlich des Umgangs mit erkrankten Mitarbeitern.

Ja. Also die größte Barriere, die ich so erlebe ist dieser Druck, die Arbeit in viel weniger Stunden als früher mit weniger Kollegen zu bewältigen. Qualitativ toll dazustehen. Mit anderen Einrichtungen zu konkurrieren. Das spiegelt sich einfach auch auf das Klima im Team aus. Und ne große Barriere, das finde ich immer ganz paradox, dass wir ja hier mit schwerkranken Menschen arbeiten, die teilweise gar nicht mehr arbeiten können oder sehr lange krank geschrieben sind. Dass aber, wenn es um uns Mitarbeiter geht, da so ein Tabu ist. Ich brauche auch meine Zeiten im Jahr. Ich bin krank und brauche einfach mal eine Woche oder zwei, um wieder auf die Beine zu kommen. Das erlebe ich als ein riesen Tabu. Mir macht das eben Druck, wenn ich erlebe, dass jetzt meine (...) Kollegen sich das so gut wie gar nicht rausnehmen, mal krank zu sein. Ich weiß, dass unser Chef auch immer krank zur Arbeit kommt. Den Anspruch hat, überhaupt nicht zu fehlen. Und das finde ich eine große Barriere damit normal und menschlich umzugehen. Wo ich auch das Gefühl habe, ich nehme mir etwas heraus, was an-

dere sich nicht herausnehmen. Ich habe aber auch das Gefühl, ich kriege es auch zu spüren, wenn ich wieder komme. Es wird auf jeden Fall Druck gemacht, Mensch Du fehlst zu viel. Du wirst hier gebraucht, es hat sich so viel Arbeit angesammelt. So in die Richtung (012, 46ff.).

Aus diesem Interview ging Unmut hervor. Die IBF hatten mitunter den Eindruck, dass ihnen als Person und in dem Zusammenhang auch ihrer Gesundheit bis dato wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens stand ihrer Meinung nach im Vordergrund. So wurde Krankheit von Mitarbeiter tabuisiert. Vorgesetzte gingen zum Teil mit dem Beispiel voran, auch erkrankt zu arbeiten. Gesprächspartner erlebten Druck bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz, da dieses mitunter den Beweis der Leistungsfähigkeit beinhaltete.

Im nächsten Textausschnitt fand sich ein Hinweis darauf, dass eine Barriere für die Umsetzung des BEM sei, wenn es dazu genutzt werden könne, um Mitarbeitern zu kündigen.

*Kein Vertrauen in die oberste Betriebsleitung.
Wenn deutlich wird, dass das genutzt wird, um Mitarbeitern zu kündigen, dann ist es zum Scheitern verurteilt (018, 29).*

Akteure:

Von Akteuren wurden Barrieren bei der Implementation des BEM-Verfahrens darin gesehen, dass den Auswirkungen des zukünftigen Fachkräftemangels bis dato nicht genügend Bedeutung beigemessen wurde.

Dass heutzutage das Verständnis, dass es einen demografischen Wandel gibt, der mit einer ziemlichen Härte zuschlagen wird, nicht klar ist, obwohl mit der sinkenden Bevölkerungszahl insbesondere der Nachwuchskräfte wird es einen Flaschenhals geben, wo man halt nicht mehr in der Lage ist, kurzfristig neues Personal zu finden (02, 03, 33).

Darüber hinaus wurde speziell von Interessenvertretern befürchtet, dass das BEM missbräuchlich als Krankenrückkehrgespräch genutzt werde

Barrieren sehe ich, dass der eigentliche Sinn des BEM nicht gelebt wird. Das es eher im Sinne von Rückkehrergesprächen durchgeführt wird. Oder als Drohung genutzt wird und nicht im Positiven. Das glaube ich könnte eine Barriere sein (03, 01, 104).

Andere Akteure, besonders Personen in Führungspositionen, beschrieben ihre Unzufriedenheit darüber, dass die organisatorische und inhaltliche Verortung des BEM in der Personalabteilung angesiedelt sei.

Eine Barriere ist speziell eine Berufsgruppe, wo die Leitungen ein Problem damit haben, dass die BEM Arbeitsgruppe, dass sich die Personalabteilung um diese Fälle kümmert, dass das zum Teil an den Vorgesetzten vorbei läuft. Die haben die Sorge,

dass sich die Personalabteilung einmisch und empfinden es als Kontrolle. Das sind die Probleme (02, 02, 24).

Die Aussage wurde in der folgenden Interviewsequenz noch untermauert. So wurde artikuliert, dass die Gefahr bestehe, dass Führungskräfte verunsichert darüber seien, wenn Gespräche mit „ihren“ Mitarbeitern geführt würden ohne sie zu informieren bzw. einzubeziehen. Zusätzlich äußerten Akteure – speziell Führungskräfte – mitunter Bedenken, dass im Rahmen von BEM-Verfahren Entscheidungen an Vorgesetzten vorbei getroffen würden. Sie nannten z. B. für die Mitarbeiter nicht „sinnvolle“ Umsetzungen in andere Bereiche.

Ich sehe die Barrieren weniger bei den Mitarbeitern, ich sehe die Barrieren eher darin, wie es hier im Moment implementiert wird.

Int: Können Sie das noch ein bisschen ausführen?

IP: Ich finde es schwierig, dass Führungskräfte nicht eingebunden sind und dass es Sitzungen gibt. Da wird ein BEM Gespräch mit einer Mitarbeiterin aus meinem Bereich geführt und ich bin nicht einbezogen und auch nicht informiert. Das ist schlecht.

Es gibt ganz oft die Situation, dass ein Mitarbeiter dauerkrank ist. Wo versetzen wir den jetzt hin. Dann sagen wir o. k. Frau XY jetzt gucken wir mal, ob es da für Sie weiter geht.

Ja, da mach ich weiter. Der Mitarbeiter fängt in dem Arbeitsbereich an, es geht vier Wochen gut und der Mitarbeiter ist krank. Was passiert: Was ist früher gemacht worden? Die Mitarbeiter wandern rum, die haben einen Bekanntheitsgrad. Und ich bin nicht dafür, dass Mitarbeiter versetzt werden aus einem Team, am besten bleiben sie in ihren Teams (01, 03, 37 - 42).

Weitere Führungskräfte sahen eine Implementationsbarriere darin, dass die Zuständigkeit des BEM nicht in der Zuständigkeit der Vorgesetzten liege. BEM wurde als Führungsaufgabe betrachtet.

(...) Ich möchte natürlich auch ganz gerne, dass der gesamte BEM Ablauf in den einzelnen Bereichen bleibt und nicht durch z. B. den Personalleiter die ganzen Gespräche geführt werden. Ich finde, das müssen die nächsten Vorgesetzten machen (01, 04, 28).

Zudem machten Akteure Barrieren an einer negativen Reaktion der Mitarbeiter auf das Anschreiben fest, in dem sie das BEM-Angebot erhalten und auf ihre Krankheitsdauer angesprochen werden.

Es ist davon auszugehen, dass nicht jeder MA erbaut davon ist, wenn er nach 6 Wochen Krankheit ein Schreiben der Personalabteilung erhält, worin auf seine längerfristige Erkrankung Bezug genommen wird und eine Rückmeldung erwartet wird (02, 01, 44).

Weiter wurden Schwierigkeiten darin gesehen, dass Mitarbeiter ein Risiko darin sehen, das BEM-Verfahren zu beanspruchen.

Ich denke, dass Mitarbeiter sich nicht trauen das einzufordern (01, 02, 40).

6.2.7 Verfahren bei erkrankten Mitarbeitern vor Einführung des BEM

In Erfahrung gebracht wurde zudem, wie sich das Verfahren mit langzeit- oder häufig erkrankten Mitarbeitern vor Einführung des BEM in der Einrichtung gestaltete.

Anhand des Inhalts der vorliegenden Kategorie ließ sich erkennen, dass bei Akteuren keine einheitliche Vorstellung zum Umgang mit erkrankten Mitarbeitern vor Einführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements vorherrschte.

Akteure (N=22):

- Langzeiterkrankten wurde kaum Berücksichtigung geschenkt – es wurde auf das Ausscheiden gewartet.
- Die Vorgehensweise hing vom Stil der jeweiligen Führungskraft ab
- Mitunter gab es ähnliche Vorgehensweisen wie BEM: Kontaktaufnahme – Gespräch mit Vorgesetzten – Planung von vernünftiger Wiedereingliederung
- Genesungsgrüße per Post
- Kollegen als Pate für die Zeit der Wiedereingliederung
- Auch vor BEM gab es Rundtischgespräche

Die Akteure beschrieben, dass Mitarbeiter, die nicht da sind, keinen stören.

Mehr oder weniger nach der Devise, wenn er nicht da ist, dann stört er keinen. (02, 03, 9).

Langzeiterkrankten wurde bisher kaum Berücksichtigung geschenkt, da die Arbeitsplätze in der Regel neu besetzt wurden.

Bisher hat man sich um Langzeiterkrankte nicht gekümmert, weil wir fast immer die Stellen auch wieder neu besetzt haben, so dass die Bereiche auch eigentlich gut wieder versorgt waren, auch möglicherweise nicht unbedingt Interesse hatten, dass die Langzeitkranken dann unbedingt schnell wieder kommen (02, 01, 7).

Den Akteuren nach wurde in der Vergangenheit bei einigen Mitarbeitern auf das reguläre Ausscheiden gewartet, bei anderen „bisher leistungsfähigen“ Mitarbeitern wurde eher unstrukturiert Hilfe angeboten.

Es gibt MA, bei denen man einfach aufs Ausscheiden wartet und die in Ruhe lässt. Bei bisher leistungsfähigen MA wird in der Regel Hilfe angeboten, aber eher unstrukturiert u. auch nicht unbedingt erfolgreich (...) (02, 02, 25 - 27).

Zudem nannten Akteure die bisherige Zuständigkeit der jeweiligen Führungskraft und deren individuellen Stil.

Ich glaube das ist dem Zufall, dem Stil der einzelnen Führungskraft anheim gestellt worden. Ich denke, dass es in einigen Fällen etwas Vergleichbares gegeben hat, ohne dass einer wusste, dass es Betriebliches Eingliederungsmanagement ist und in anderen Fällen wird es möglicherweise auch Defizite gegeben haben, das will ich nicht ausschließen (...) (01, 01, 9).

Weitere Akteure beschrieben eine stringente Vorgehensweise im Umgang mit erkrankten Mitarbeitern auch vor Einführung des BEM-Verfahrens.

Es wurde immer nach der Rückkehr und teilweise auch während der Erkrankung Kontakt aufgenommen. Dann gab es Gespräche, da wurde gefragt, wie es ihm geht und wie eine vernünftige Wiedereingliederung aussehen kann. Was kann der Mitarbeiter, was kann der Mitarbeiter nicht. Es wurde auch auf Aspekte geachtet, die mit dem Arbeitsbereich in Zusammenhang stehen. Da wurde schon überlegt, was man damit macht (01, 02, 12).

So wird die Kontaktaufnahme folgendermaßen beschrieben:

Also wir machen es hier (...) so, wir schreiben den Mitarbeitern eine Karte, wenn die krank sind. Wir schicken dann einen Genesungsgruß (...) (01, 04, 46).

An anderer Stelle führt die Gesprächspartnerin die Vorgehensweise im Umgang mit erkrankten Mitarbeitern noch aus.

Ich kann nur sagen, wie es in (...) ist. In der (...) werden Langzeiterkrankte, wenn sie sich melden, dass sie wieder kommen gefragt, ob sie vorher schon einmal vorbei kommen möchten? Ob sie nicht gemeinsam ein Gespräch führen möchten, mit der Stationsleitung oder alleine je nach dem und dann wird besprochen also der Ist-Zustand, (...) die Ängste. Wie man wieder kommt, die Aufgaben, die man zumuten kann. Wiedereingliederung stundenweise oder nicht stundenweise oder bei Vollzeit. Ich rate ihnen immer, dass sie sich mit dem Arzt absprechen, dass sie eine langsame Wiedereingliederung machen und nicht sofort wieder kommen wollen. Und meistens bekommen sie, wenn sie sehr, sehr lange nicht da waren, bekommen sie erstmal eine Mitarbeiterin zur Seite als Pate (01, 04, 4).

Weiter wurden dem BEM-Verfahren ähnliche Vorgehensweisen im Umgang mit erkrankten Mitarbeitern erwähnt.

(...) wir haben aber diesen BEM-ähnlichen Zustand auch früher gemacht. Wir haben Rundtischgespräche gemacht, dann kam der Mitarbeiter auch manchmal dazu oder auch nicht und dann haben wir überlegt, was machen wir, wo können wir ihn einsetzen (...) (03, 03, 2).

Akteure kritisierten die individuelle von Sympathie bzw. Antipathie abhängende Vorgehensweise im Umgang mit erkrankten Mitarbeitern.

Das Problem ist im Moment noch, dass es von der Person abhängt. Bei sympathischen Mitarbeitern wird sich gekümmert – andere versucht man los zu werden (03, 01, 114).

6.2.8 Maßnahmen der Wiedereingliederung vor Einführung

Sowohl von Beschäftigten als auch von Akteuren wurde in Erfahrung gebracht, welche Maßnahmen der Wiedereingliederung bereits vor der Einführung des BEM, in der Einrichtung angeboten wurden.

Tabelle 13: Maßnahmen der Wiedereingliederung vor BEM

IBF (N=22)	Akteure (N=10)
<ul style="list-style-type: none"> • Derzeit werden keine Maßnahmen der Wiedereingliederung angeboten • Wiedereingliederung durch die Krankenkasse 	<ul style="list-style-type: none"> • Lösungssuche durch Gespräche • Qualifizierungsmaßnahmen • Beratungen • Arbeitsplatz-, Arbeitszeit-, Aufgabenmodifikationen • Hinzuziehung medizinischer Fachkräfte • Erkundigungen von Seiten des Arbeitgebers • Einflussnahme auf Gesundheitsverhalten durch Gespräche

IBF

Die Hälfte der IBF vertrat die Auffassung, dass die Einrichtung bis dato keine Maßnahmen der Wiedereingliederung anbiete. Einige Interviewpartner teilten mit, dass sie nur die Maßnahme der stufenweisen Wiedereingliederung durch die Krankenkasse kennen würden.

Außer der stufenweisen Wiedereingliederung ist mir nichts bekannt (006, 24).

Akteure

Akteure vertraten einheitlich die Auffassung, dass die Einrichtung auch vor der Implementation des BEM Maßnahmen der Wiedereingliederung für Mitarbeiter, die nach Krankheit an den Arbeitsplatz zurückkehrten, angeboten habe.

Aufgeführt wurden Beratungen, gezielte Arbeitsplatz- bzw. Arbeitszeit- oder auch Aufgabenmodifikationen.

Ja eben Beratung (...) eine systematische Begleitung und darüber ein großer Kranz von individuellen Maßnahmen. Häufig verändert man etwas an der Arbeitszeit. Arbeitszeitmodifikationen. Nach einer Erkrankung für eine bestimmte Zeit oder auch längerfristig, manchmal geht es um Veränderung von Aufgabenbereichen, z. B. Wechsel von Stationen, dann die schrittweise Wiedereingliederung. Es gibt Absprachen über besondere Dienste, z. B. für Personen, die längere Zeit krank waren und vielleicht noch Reste von gesundheitlichen Beschwerden haben. Z. B., dass Ärzte dann von Hintergrunddiensten freigestellt werden (01, 01, 11).

Auch in dem folgenden Gesprächsausschnitt erfolgte die Lösungssuche auf Grundlage eines Gespräches.

Also die Maßnahmen, also die Lösungen, die man in einem Gespräch suchen kann, die sind sehr breit eigentlich. Das kann also Arbeitsplatzwechsel teilweise sein, das kann Stundenreduzierung sein, das kann ne Fortbildungsmaßnahme sein, das kann ne Entwicklungsmaßnahme sein, da können unterschiedliche Lösungen erarbeitet werden in so einem Gespräch (01, 02, 23).

Zudem beschrieben Akteure die Möglichkeit der Umsetzung und die Aufforderung an den Mitarbeiter, sich in ärztliche Behandlung zu begeben.

Konkrete Maßnahmen sind Umsetzungen, dass wir jemanden an einen anderen Arbeitsplatz gesetzt haben, das hat auch zum Teil schon funktioniert oder aber auch, dass Beschäftigte dazu aufgefordert werden, sich konkret um ärztliche Behandlung zu bemühen (02, 03, 11).

Über die Arbeitsplatzmodifikationen hinaus wurden die stufenweise Wiedereingliederung und die Versetzung an einen anderen Arbeitsplatz genannt.

Stundenweiser Einstieg, das machen wir ja schon lange. Also diese Wiedereingliederung, die machen wir. Je nach Erkrankung, also wenn der Mitarbeiter eine erhebliches körperliches Handicap hat, dass er dann körperfern, also keine bettnahen Tätigkeiten mehr macht, also Bereiche, die pflegeintensiv sind (01, 03, 14).

Akteure vertraten die Annahme, dass schon niederschwellige Angebote einen nachhaltigen Nutzen für Mitarbeiter aufweisen können.

Eine besondere Bedeutung wurde speziell von Interessenvertretern der Forderung nach Wertschätzung und Anteilnahme im Umgang mit erkrankten Mitarbeitern beigegeben. Die Frage „kann ich was für Dich tun?“ wurde bereits als ein niederschwelliges Unterstützungsangebot erachtet. Darüber hinaus plädierten sie für verhaltens- und verhältnispräventive Interventionsmaßnahmen, die ihren Fokus auf die Gesundheit des Beschäftigten richtet.

Ich denke, dass es nur bei einem kleinen Teil der BEM-Fälle wirklich um Umsetzung geht. Weil die Belastungen in allen Bereichen relativ ähnlich sind. Umsetzung könnte natürlich eine Maßnahme sein. Wäre aber glaube ich nicht das, was in erster Linie eingesetzt werden würde.

Das wäre auch so ein Gespräch, so unter dem Motto, was kannst Du denn mehr für Deine Gesundheit tun? Also, das fällt mir jetzt gerade so dazu ein. Z.B wissen die alle ungefähr, wie arbeite ich rückschonend?

Wie ist es hier verankert? Da könnte man ein Angebot für Leute mit Rückenproblemen anbieten. Hier ist jemand, der unterrichtet dich mal, wie du speziell rückschonend arbeiten kannst. Man könnte Termine mit unseren Physiotherapeuten machen. Dann die klassischen Maßnahmen, z. B. Arbeitszeitreduzierung (03, 01, 26 - 41).

6.2.9 Reaktion der IBF

Hinterfragt wurde auch, wie die IBF auf ein Schreiben, in dem sie auf ihre Arbeitsunfähigkeit in Zusammenhang mit ihrem Arbeitsplatz angesprochen werden, reagierten und wie sie auf ein BEM Angebot eingingen.

IBF (N=22)

- Überraschung, dass mehr als 6 Wochen Erkrankung vorlagen
- Dummes Gefühl auf Krankheit angesprochen zu werden
- Skepsis gegenüber Arbeitgeber
- Gute Idee, wenn es ernst gemeint ist
- Angenehmes Schreiben
- Positive Haltung dem vorliegenden Forschungsvorhaben gegenüber
- Gefühl von mangelnder Fürsorge durch den Arbeitgeber
- Entlastendes Gefühl, weil „Raum“ für Kommunikation über Krankheit angeboten wurde
- Skepsis gegenüber BEM durch Kollegen

Aus den Antworten zu der Frage ging hervor, dass einige Interviewpartner überrascht reagierten. Sie waren sich zum Teil nicht im Klaren darüber so „lange“ gefehlt zu haben.

Ich war aber erstaunt, dass ich im letzten Jahr sechs Wochen krank war (004, 3).

Das Gefühl, auf Krankheit angesprochen zu werden, wurde zum Teil als unangenehm erachtet. Aus der folgenden Interviewsequenz ging hervor, dass das Schreiben als positiv empfunden wurde. Der Arbeitgeber hatte dem Empfinden des Interviewpartners nach in der Vergangenheit nicht das getan, was er im Umgang mit erkrankten Mitarbeitern hätte tun müssen.

*Dummes Gefühl auf Krankheit angesprochen zu werden.
Aber auch überrascht, weil der Arbeitgeber jetzt endlich doch was tut, was er bitter nötig hat (002, 3 - 5).*

Eine skeptische Haltung dem Arbeitgeber gegenüber ging auch aus der Reaktion einiger weiterer befragter Mitarbeiter auf das Anschreiben hervor.

Freitagmittag Post vom XXX, das kann nur Böses sein (006, 3).

Weiter führte die befragte Person ihre durchaus positive Haltung gegenüber dem Forschungsvorhaben aus.

Als ich es dann gelesen habe, fand ich das Schreiben sehr angenehm und ich finde, dass es eine gute Sache ist, dass das mal erforscht wird und habe mich dann auch ganz schnell dafür entschieden. Ich musste da nicht lange überlegen. Bei mir ist direkt hängen geblieben, dass es anonymisiert erfolgt, dass heißt mein Name wird nicht erwähnt. Ich entscheide, das war gut (006, 4 - 6).

Dem Anschreiben wurde nach anfänglicher Skepsis jedoch „Gutes“ abgewonnen.

Als ich das Schreiben gelesen hab, da war mein erster Gedanke, dass ist doch wieder nur so eine Verarsche, die wollen wieder nur irgend etwas rauskriegen. Beim zweiten Durchlesen habe ich gedacht, wenn es ernst gemeint ist, ist es eine gute Idee (0001, 148 - 150).

Positiv bewertet wurde zudem das Interesse an der Thematik „Rückkehr nach Krankheit an den Arbeitsplatz“.

Ja, ich habe mich gewundert bzw. fand es interessant, dass es jemanden interessiert, wenn man lange krank war und wie es dann ist wieder zum Dienst zu kommen. Dass es jemanden interessiert, wie die Unterstützung war bei Wiedereingliederung. Und habe mich insgeheim gefreut, dass da mal was passiert (017, 3 - 4).

Besonders der Aspekt des sich „Kümmerns“ und der in Aussicht stehende „Raum für Kommunikation“ wurde von Beschäftigten positiv bewertet.

Ich habe gedacht: super, dass das thematisiert wird. Ich bin froh darüber zu sprechen. Ich finde das gut. Das ist eher etwas, das für mich sehr wenig Thema ist und das finde ich eigentlich eher belastend. Ich frage mich manchmal, wo überhaupt eine Stelle ist, mit der ich über dieses Thema sprechen kann. Deswegen fand ich das gut.

Int: Was meinen Sie konkret mit Thema?

IP: Für mich ist das eben Thema ne häufigere Krankheitszeit zu haben und wie damit umgegangen werden kann am Arbeitsplatz (...) (012, 3 - 5).

Bei der Datenauswertung wurde jedoch auch Unsicherheiten gegenüber BEM deutlich.

Ich hatte schon durch Kollegen von diesem BEM gehört. Ich habe das dann da zugeordnet. Da man mir gesagt hat: Finger weg! War ich da natürlich erstmal ablehnend (010, 3).

Nachdem alle Interviewteilnehmer eine Aufklärung darüber erhalten hatten, was unter dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement zu verstehen sei (s. Anhang S. 238), sollte im nächsten Schritt in Erfahrung gebracht werden, ob einem BEM-Verfahren im Einzelfall zugestimmt worden wäre. Mehr als $\frac{3}{4}$ der IBF zeigte eine deutliche Bereitschaft, einem BEM-Verfahren zuzustimmen.

Die Motivation für eine Zustimmung war unterschiedlich begründet. Einige Personen interpretierten das Angebot eines BEM-Verfahrens als besondere Wertschätzung und Auseinandersetzung mit ihrer Person.

Int: Sie waren in der Vergangenheit längere Zeit krank. Wenn Ihr Arbeitgeber Ihnen ein BEM angeboten hätte, hätten Sie dem zugestimmt? Warum ja? Warum nein?

MA: Ja – weil dann Interesse an meiner Person da gewesen wäre (005, 9).

Bei anderen war die Zustimmung zu einem BEM-Verfahren von dem Vertrauen in die Institution und die handelnden Protagonisten abhängig.

Ja, hätte ich zugestimmt, wenn ich den Personen glauben könnte und das ehrlich gemeint ist (008, 10).

Einige IBF gingen davon aus, dass ihnen durch ein BEM-Verfahren eine weniger körperlich belastende Arbeitssituation ermöglicht werde.

MA: Ja – das hätte ich angenommen.

Int: Warum?

MA: Ich will ja jetzt nicht ewig mit Schmerzen rumlaufen. Ich weiß ja ganz genau, dass, wenn ich das und das wieder mache, dann kann ich meinen Arm wieder nicht heben und bekomme Rückenschmerzen (009, 10f.).

Aber auch Unsicherheiten hinsichtlich der Zustimmung zu einem BEM-Verfahren wurden deutlich.

Ich hätte mir das erstmal erklären lassen. Weiß ich nicht, ob ich zugestimmt hätte. Wenn ich jetzt genau wüsste, was das ist, dann könnte ich mehr dazu sagen. Ich weiß nicht, wie ich gehandelt hätte (010, 11).

6.2.10 Ansprache

In Erfahrung gebracht werden sollte, durch wen die Ansprache der BEM-Fälle nach Ansicht der Akteure erfolgen sollte.

Akteure (N=10):

- Standardisierte schriftliche Ansprache durch die Personalabteilung
- Angeschriebene Person wird aufgefordert, sich zu informieren und gegebenenfalls einen Termin zu vereinbaren

Akteure vertraten die Auffassung, dass die Ansprache der BEM Fälle in der Institution durch die Personalabteilung erfolgen sollte. So erläuterte beispielsweise eine Person aus der Verwaltung folgendes Prozedere:

Die Personalabteilung wird regelmäßige Statistiken fahren. (...) zeigen, wer quartalsweise unter diese Regelung fällt und die entsprechenden Personen anschreiben, mit der Bitte, sich (...) bei der entsprechenden Person zu informieren bzw. einen Termin mit dem benannten Ansprechpartner BEM zu machen und damit würde das Verfahren dann in Absprache mit dem Betroffenen in Gang gesetzt oder abgebrochen (02, 03, 21).

Auch Interessenvertreter sahen die Zuständigkeit der Ansprache der BEM-Fälle in der Personalabteilung.

Angeschrieben werden die Mitarbeiter durch die Personalabteilung, wenn sich einer als BEM-Fall erweist. Der Kollege hat dann die Möglichkeit, sich mit einem aufgeführten Ansprechpartner in Verbindung zu setzen (03, 01, 64).

Die Befragten des medizinischen Dienstes beschrieben, dass ihnen einzelne Schritte des Verfahrens nicht eindeutig bekannt seien. Sie vertraten jedoch die Auffassung, dass eine standardisierte Ansprache der BEM-Fälle erfolge.

Also die Prozedur ist mir im Einzelnen nicht bekannt, weil ich bisher praktisch sozusagen mit diesen Problemen noch nichts zu tun gehabt habe. Es gibt aber Festlegungen, wer, wen, wann, wie und warum anspricht (01, 01, 23).

Die befragten Akteure waren einheitlich der Meinung, dass die Ansprache der BEM-Fälle durch die Personalabteilung erfolgen sollte. So gingen sie davon aus, dass die Personalabteilung den Regularien entsprechend systematisch für die Aufgaben von der Identifikation der BEM-Fälle über die Ansprache bis hin zu arbeitsrechtlichen Belangen, die im Kontext von BEM auftreten können, zuständig sei.

6.2.11 BEM-Beauftragter

Zudem wurden die Akteure gefragt, ob es geplant sei, einen BEM-Beauftragten zu bestimmen.

Akteure (N=10)

Bei den Akteuren wurden sowohl intra- als auch interdisziplinäre Uneinigheiten im Hinblick auf die Benennung eines BEM-Beauftragten deutlich.

- Person aus der Personalabteilung
- Benennung von mehreren Personen
- Differenzierung zwischen BEM-Beauftragten und BEM-Ansprechpartnern

Führungskräfte des medizinisch/therapeutischen Bereiches hielten die Benennung eines BEM-Beauftragten für relevant. Sie sahen die Verortung der Zuständigkeit in der Personalabteilung.

IP: Vorstellbar wäre, dass das jemand aus der Personalabteilung z. B. übernimmt, der als BEM-Beauftragter das Verfahren formal abwickelt. Es ist auch einfach eine Frage der Kapazitäten, wo sind die Kapazitäten und wo sind die formalen Arbeitsabläufe positioniert und somit die größten Überschneidungen. Letztendlich sind die Vorgesetzten ja auch immer irgendwie mit im Boot. Aber die Position des BEM-Beauftragten soll voraussichtlich durch die Personalabteilung abgedeckt werden, das ist aber noch nicht endgültig geklärt (01, 01, 25 - 29).

Sowohl von Vertretern des medizinisch/therapeutischen Bereiches als auch von Seiten der Interessenvertretung wurden jedoch auch Unsicherheiten zu der Benennung eines BEM-Beauftragten geäußert.

Da das Ganze von der Personalabteilung gesteuert wird, bin ich mir da nicht ganz sicher (...) (01, 04, 28).

Verwaltungsmitarbeiter hingegen vertraten einheitlich die Auffassung, dass ein BEM-Beauftragter benannt werden sollte.

Ja, BEM-Beauftragte, es gibt Ansprechpartner. BEM-Beauftragte, es wird eine BEM-Arbeitsgruppe geben, die besteht aus den Ansprechpartnern, meiner Person und dann noch halt die Schwerbehindertenvertretung und Personalratsvertretern, die als BEM-Team die entsprechenden grundsätzlichen Erkenntnisse mit den gegebenen Mitteln überprüfen und ggf. ändern (02, 01, 23).

Darüber hinaus waren sie der Meinung, dass es sich bei dem BEM-Beauftragten um einen Arbeitgebervertreter handeln sollte und dass es geplant sei, mehrere Personen mit der Aufgabe zu betrauen.

Wir haben jemanden ins Auge gefasst. Wobei da muss man noch unterscheiden. Der BEM-Beauftragte, das ist dann der Arbeitgebervertreter und da werden wir mehrere Personen benennen (02, 01, 12).

6.2.12 Schulungen

Erfragt wurde bei den Akteuren auch, ob es beabsichtigt sei, Vorgesetzte und verantwortliche Personen zum BEM zu schulen?

Akteure (N=10)

- Unsicherheit über existierende Schulungen
- Derzeit keine Schulungen
- Bedarf wird gesehen
- Spekulation über Schulungen durch den Träger
- Schulungen für Führungskräfte, diese sollen dann als Multiplikator fungieren

Bei der Analyse des Textmaterials zu der Frage, ob die für das BEM verantwortlichen Personen geschult werden sollten, zeigten Akteure Unsicherheiten. Unklarheit existierte darüber hinaus hinsichtlich derzeit angebotener Schulungen. So meinten Vertreter des medizinisch/therapeutischen Dienstes, dass zurzeit noch keine Schulungen durchgeführt würden, diese aber vorgesehen seien.

Ich glaube, im Moment noch nicht. Das ist vorgesehen (01, 04, 24).

Den Aussagen der Verwaltungsmitarbeiter war zu entnehmen, dass die Schulungen zum BEM speziell für Vorgesetzte angeboten werden sollten, da diese einen Informationsbedarf zur Thematik aufwiesen.

Das ist vorgesehen und das müsste auch eigentlich geschehen, weil auch Vorgesetzte Informationsbedarf haben und zum Teil auch mit der Thematik überfordert sind (02, 01, 14).

Akteure, die nicht der Verwaltung angehörten, vertraten die Annahme, dass es bereits Schulungen gebe. Es herrschte jedoch Unsicherheit hinsichtlich der Zielgruppe potentieller Schulungen. Hier wurde die Auffassung vertreten, dass die Schulungen nicht primär für die Vorgesetzten vorgesehen seien, sondern eher für die für das BEM verantwortlichen Personen.

Soweit ich das weiß, werden die geschult. Wir haben jetzt also, mein letzter Stand ist etwas unklar, inwieweit das jetzt durch den Träger, den Personalrat und den Einrichtungen, wie das festgelegt worden ist. Ich glaube wir haben dafür Verantwortliche, für dieses BEM, die festgelegt haben und dass diese auch geschult werden (01, 01, 14).

Auch die Interessenvertreter äußerten, dass bisher keine Schulungen durchgeführt wurden. Sie wiesen darauf hin, dass diese geplant seien, dass aber Inhalt und Zielgruppe der Schulungen bis dato noch nicht feststehe.

Bis jetzt noch nicht.

Das ist aber (...) vorgesehen. Der Umfang ist aber noch völlig offen (03, 01, 43).

Darüber hinaus sprachen die Interviewpartner Aspekte an, die als eine Barriere für etwaige Schulungen betrachtet werden könnten. So beschrieben Interessenvertreter die Gefahr, dass Vorgesetzte dem BEM-Verfahren nicht die nötige Bedeutung beimessen würden. Dieses spiegle sich in der generellen Einstellung der Vorgesetzten zu Schulungen wider, die sie häufig als nicht notwendig und als Zusatzbelastung empfinden.

Von den bisherigen Gesprächen mit Vorgesetzten, die teilweise an der Erarbeitung des BEM mit beteiligt sind und auch entscheiden können, habe ich den Eindruck, dass sie dem BEM noch nicht die Bedeutung beimessen, wie es meines Erachtens sein sollte (03, 01, 45).

Weiter vertraten Interessenvertreter die Ansicht, dass Vorgesetzte keine Schulungen wünschten, da die Fürsorgepflicht kranken Mitarbeitern gegenüber bereits Bestandteil von Führung sei.

Dieses Ja – wir machen das ja schon und wir sprechen darüber.

Da weiß ich auch gar nicht, ob diese Schulungen, dann wirklich so aufgenommen werden. Mensch, das ist ja gut so ein Instrument oder eher mein Gott, das sollen wir jetzt auch noch machen. Und warum denn so bürokratisch und formal ich spreche doch schon mit Herrn Müller (03, 01, 47).

Deutlich wurde zudem, dass zu dem Zeitpunkt noch nicht geklärt war, durch wen etwaige Schulungen zur Thematik durchgeführt werden könnten und welche inhaltlichen Schwerpunkte gesetzt werden sollten.

Haben wir noch gar nicht besprochen. Und ich könnte mir vorstellen, dass diese Schulung durch Vertreter des BEM-Teams erfolgen. Man müsste dann mal sehen, wie füllt man die mit Inhalt? (03, 01, 48).

Interessenvertreter beschrieben zudem die Absicht von Seiten der bestehenden BEM-Arbeitsgruppe einzelne Teams zu besuchen, um den formalen Ablauf und die inhaltliche Ausgestaltung des BEM-Verfahrens vorzustellen.

Hier ist schon das Interesse, die Info an die Beschäftigten als Team weiter zu geben. Ich könnte mir gut vorstellen, dass es gut kommen würde, wenn wir das bei diesen Schulungen auch so machen. Wir haben da etwas Neues, wir haben das zusammen erarbeitet. Betreuung bzw. Unterstützung (03, 01, 43 - 51).

6.2.13 Informationsmöglichkeiten

Von den Akteuren wurde zudem in Erfahrung gebracht, an wen sich Vorgesetzte und Mitarbeiter bei Fragen zum BEM wenden.

Akteure (N=10)

- Personalabteilung
- Personalvertretung
- Vorgesetzte
- Ansprechpartner für das BEM
- Schwerbehindertenvertretung

Aus der Perspektive von Akteuren aus der Verwaltung wurde deutlich:

Wir werden eine allgemeine Information zur Verfügung stellen. Einmal das sind die entsprechenden Vertretungen Personalvertretungen, Schwerbehindertenvertretung, die sie ansprechen können. Sie haben sicherlich auch die Möglichkeit die benannten Ansprechpartner, die es geben wird, anzusprechen und allgemeine Informationen einzuholen. Die Personalabteilung steht natürlich ebenfalls zur Verfügung und ich in Person würde ich das dann natürlich auch machen (02, 03, 17).

Auch die direkten Vorgesetzten wurden neben der Personalabteilung speziell von Akteuren des medizinisch/therapeutischen Bereichs als Informationsmöglichkeit für das BEM betrachtet.

Mitarbeiter sollen sich an ihren direkten Vorgesetzten, in jedem Fall aber können sie sich an die Personalabteilung wenden (01, 01, 16).

Zudem wurden von Akteuren die im Rahmen der Implementation des BEM benannten Ansprechpartner zum BEM und auch die Personalabteilung genannt.

Sicher die richtige Stelle, um so formale Fragen zu beantworten, ist die Personalabteilung (01, 02, 29).

6.2.14 Wirksamkeit

Erfragt wurde auch, an welchen Indikatoren die Akteure die erfolgreiche Umsetzung eines BEM festmachen.

Akteure (N=10):

- Reduzierung der Ausfallquote
- Reduzierung von längeren Erkrankungen
- Höhere Arbeitszufriedenheit bei Mitarbeitern
- Ausführung der originären Tätigkeit wieder möglich
- Angstfreie Reaktion auf das Gesprächsangebot
- Hohe Inanspruchnahme des BEM-Angebotes

Als ein Erfolgsfaktor des BEM wurde von den Akteuren die Abnahme der Fehlzeiten benannt.

Hauptindikator wäre für mich zunächst, dass die Ausfallquoten, (...), dass die markant oder signifikant sinken (02, 03, 29).

Auch sollten hier anhand von Kennziffern der Erfolg eines BEM-Verfahrens über die Reduzierung von Ausfallzeiten hinaus sowie beispielhaft Messgrößen von höherer Zufriedenheit am Arbeitsplatz abgeleitet werden und im Arbeitsumfeld als Wirksamkeitsindikator für ein BEM betrachtet werden.

Gekoppelt an folgenden Outputkennziffern:

Reduzierung von Ausfallzeiten kurzfristigen bzw. Reduzierung von längeren Erkrankungsphasen bei Mitarbeitern. Ggf. Messgröße höhere Arbeitszufriedenheit des Mitarbeiters (...) (02, 02, 19).

Führungskräfte des medizinisch/therapeutischen Dienstes formulierten die Wirksamkeit personenbezogener. Sie vertraten die Auffassung, dass ein BEM-Verfahren als wirksam erachtet werden könne, wenn der Mitarbeiter in der Lage sei, seine originäre Tätigkeit wieder auszuführen. Zusätzlich erwähnten sie die Relevanz eines Wohlfühls am Arbeitsplatz.

Der wesentliche Indikator ist, dass der Mitarbeiter, die Mitarbeiterin hinterher wieder die vereinbarten Aufgaben erledigen kann und sich bei der Arbeit – soweit man sich bei der Arbeit wohl fühlt – wohl fühlt (01, 01, 33).

Die Sichtweise zur Wirksamkeit des BEM setzte bei weiteren Akteuren mitunter niederschwelliger an. Sie vertraten die Meinung, dass ein BEM-Verfahren wirksam sei, wenn der Mitarbeiter ohne Vorbehalte auf ein Gespräch und weitere Maßnahmen reagiere.

Die Gesprächspartner nannten als Notwendigkeit für erfolgreiches BEM, dass der Arbeitnehmer das BEM-Verfahren als Hilfsangebot und nicht als Instrument einer zu erleichterten Kündigung verstehe.

Wenn der Mitarbeiter angstfrei auf das Gespräch reagiert bzw. auch zu dem Gespräch kommt und wenn die Mitarbeiter verstehen, dass man im Grunde genommen nicht erreichen will, dass sie ne Kündigung an den Hals kriegen, sondern dass diese geführt werden sollen, damit sie ihre Arbeit weiterhin gut erledigen können (01, 04, 35).

Andere Akteure bezeichneten ein BEM-Verfahren als wirksam, wenn möglichst viele Mitarbeiter das BEM-Angebot annehmen würden. Langfristig machten alle befragten Personen den Erfolg des BEM an der Senkung der Fehlzeitenquote fest.

Erstmal wäre es ein Erfolg, wenn wir möglichst viele Beschäftigte dazu bekommen, dass sie unser Angebot wahrnehmen. (...). Langzeitergebnisse werden sicher erst später kommen, wenn man feststellt, dass sich die Fehlzeiten verringern, gibt es eine höhere Mitarbeiterzufriedenheit (02, 01, 19).

6.2.15 Ursachenzuschreibung der Erkrankung

Erfragt wurde, ob die IBF die Ursache ihrer Erkrankung am Arbeitsplatz begründet sehen. Dreiviertel der IBF sahen dort die Ursache ihrer Erkrankung. Folgende Aspekte wurden als krankmachend empfunden:

IBF (N=22)

Organisatorische Faktoren:

- Einsparungen, die einen Personalabbau nach sich ziehen
- Fehlende Ansprechpartner
- Vorgesetzte, die nicht in der Lage sind, konkret Stellung zu beziehen
- Schichtdienst
- Mangelnde Transparenz
- Unter- und Überforderungen
- Aufgaben, die nicht auf die Kompetenzen und Bedürfnisse der Mitarbeiter abgestimmt sind
- Unklar definierte Aufgaben und Zuständigkeitsbereiche
- Hohe körperliche Belastung
- Versetzung gegen den Willen des Mitarbeiters
- Schlechte technische Ausstattung
- Uninformiertheit

Psychische Belastungen:

- Stress, der krank macht
- Hohe psychische Belastung
- Traumatischer Patientenkontakt
- Mangelnde Wertschätzung der Person und ihrer Arbeitsleistung
- Mangelnde Bestätigung
- Zwischenmenschliche kommunikative Aspekte
- Gefühl von Hilflosigkeit
- Das Gefühl, am Arbeitsplatz nicht ernst genommen zu werden
- Individuelle / zwischenmenschliche Aspekte

Geäußert wurde, dass die mangelnde Unterstützung und Wertschätzung von Vorgesetzten oder Kollegen zur Erkrankung geführt habe.

Sämtliche Kollegen, mit denen ich spreche, fühlen sich irgendwie nicht mehr gewertschätzt. Und das finde ich super traurig.- Weil Erkrankungen oder Langzeiterkrankungen können nämlich zum großen Teil auch dadurch entstehen, dass das Betriebsklima im Arsch ist. Und mein Gefühl ist, dass die Pflegedienstleitung das nicht sieht (0001, 101 - 104).

Als Belastung wurde z. B. empfunden, wenn sich Mitarbeiter im Umgang mit Patienten nicht unterstützt fühlten, obwohl sie um Unterstützung gebeten hatten:

Ja – Notsituation mit einem dementen Patienten, der massiv nach draußen gedrängt hat. Ich habe den Chefarzt um Hilfe gebeten, dass er mitkommt zu dem Patienten, um die Situation zu klären. Er hat mich aber nicht unterstützt. Er wäre in der Visite und könne nicht (...). Da fühlte ich mich sehr alleine gelassen und hilflos einfach (...) hängt natürlich auch mit der eigenen Person zusammen (0019, 10f.).

Als weiterer negativ beeinflussender Faktor wurde Überforderung angesprochen. Die Ursache für die Erkrankung wurde auch in der eigenen Person liegend gesehen. Nur wenige der Interviewten stellten keinen Zusammenhang zwischen Arbeitsplatz und Krankheit beziehungsweise in der Kombination aus Überlastung am Arbeitsplatz, Überlastung in der Familie und Persönlichkeitsstruktur bzw. Alter her.

Dies wird durch folgende Sequenzen nochmals deutlich:

Ich denke, dass viele somatische Erkrankungen aufgrund einer psychischen Belastung entstehen. Bei mir war es Überbelastung am Arbeitsplatz aber auch Überbelastung in meiner Familie. Und das Alter spielt ja auch ne Rolle (...). Ich denke zum Teil. Zum Teil natürlich auch meine Persönlichkeit. Zum Teil denke ich, ist so ein Arbeitsplatz einfach für mich nicht mehr geeignet. (014, 12).

6.2.16 Unterstützung

Erfragt wurde auch, ob die IBF während ihrer Erkrankung oder bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz Unterstützung erhalten, gewünscht oder eingefordert haben und was sie als unterstützend erlebten.

Tabelle 14: Unterstützung bei Krankheit der IBF (N=22)

Unterstützung am Arbeitsplatz durch:	Unterstützung außerhalb des Arbeitsplatzes von:
<ul style="list-style-type: none"> • Kollegen • Vorgesetzten • Arbeitgeber • Personalrat 	<ul style="list-style-type: none"> • Hausarzt • Psychologen • Krankenkasse
Unterstützung bei Rückkehr:	Unterstützung während der Erkrankung:
<ul style="list-style-type: none"> • Gespräch / Rückkehrgespräch • Rücksicht auf eingeschränkte Belastbarkeit • Ernst genommen werden • Mentor, der unterstützt und anleitet 	<ul style="list-style-type: none"> • Erkundigung nach Befinden • Erkundigung nach weiterer Planung • Genesungsgruß per Karte

Als nicht unterstützend empfunden wurde:

- Bei Rückkehr keine Rücksicht auf eingeschränkte Belastbarkeit
- Bei Rückkehr Aufforderung der Attestvorlage vom Facharzt
- Bei Rückkehr Kontrolle durch einen Kollegen, der als Mentor fungiert und anleitet
- Druckempfinden durch Anrufe des Vorgesetzten während der Erkrankung
- Entscheidungen ohne Einbindung des Mitarbeiters

Auf Einforderung von Unterstützung wurde verzichtet, weil:
<ul style="list-style-type: none"> • Kenntnisse über die Möglichkeit nicht vorhanden waren • Das Ausmaß eines traumatischen Kontaktes erst zu einem späteren Zeitpunkt bewusst wurde • Das Gefühl vorherrschte, dass aufgrund von Stress kein Raum für Unterstützung vorhanden ist • Die Tatsache „krank“ zu sein verursachte bereits ein „schlechtes“ Gewissen
Unterstützung eingefordert und erhalten:
<ul style="list-style-type: none"> • Dem Wunsch, nicht alleine im Dienst zu sein, wurde entsprochen • Anschaffung von technischen Hilfsmitteln • Unterstützung durch externe Institutionen • Mit Arbeitgeber gemeinsam überlegt, was nötig ist und entsprechend gehandelt
Unterstützung eingefordert, aber nicht erhalten:
<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung bei Personalchef eingefordert, der den Vorgesetzten informiert hatte, aber weiter nichts passierte • Der Forderung nach rückengerechtem Mobiliar wurde nicht entsprochen

Interviewpartner fühlten sich zum Teil von ihrem Arbeitgeber nicht unterstützt.

In meinem konkreten Fall ist vom Arbeitgeber gar nichts gekommen. Vor einigen Jahren hat mein Arbeitgeber aber mal dafür gesorgt, dass ich vom Nachtdienst in den Tagesdienst gehe. Ich war fertig, wollte es selber nicht wahrhaben. Musste dann aus dem Nachtdienst raus und auf eine andere Station. Das passte mir gar nicht. Im Nachhinein bin ich froh, dass es so gelaufen ist (002, 30).

Vorteile für die eigene Person wurden erst zu einem späteren Zeitpunkt erkannt. (...) So wurde die Vermutung geäußert, dass Vorgesetzte Schritte nicht zur Unterstützung der Angestellten einleiteten, sondern um Pflegefehler, die den Patienten schaden, zu vermeiden.

Das hat er aber nur getan, um Schlimmeres auf der Station zu verhindern. Nicht, dass ich irgendwann einen Patienten vermöbel (002, 32).

Die Aussicht, zu einem späteren Zeitpunkt in einer weniger belastenden Einheit arbeiten zu können, wurde nur bedingt als unterstützend erlebt. In der Regel erhielten sie

Unterstützung von Kollegen. Deutlich wurde der Wunsch nach intensiverer Erkundigung und Hilfestellung besonders durch Vorgesetzte.

Wenn ich angerufen habe, dass ich weiter krank geschrieben bin, hat der Chef kurz gefragt, wie es geht, aber mehr nicht. Aber ich bin nicht gefragt worden, ob man etwas für mich tun kann. Gar nichts.

Obwohl er hat schon mal gesagt, dass ich im nächsten Jahr evtl. eine andere Stelle kriege, wo die körperliche und psychische Belastung nicht ganz so schwer ist. Eine Tagesklinik. Jeden Tag 4 Stunden. Kein Wechseldienst mehr.

Kollegen haben mal angerufen oder gesagt, dass sie mir eine schwere körperliche Arbeit abnehmen (009, 21ff.).

Bei der Analyse des Textmaterials im Hinblick auf Unterstützung ist deutlich geworden, dass die Frage nach Unterstützung differenziert betrachtet werden sollte, da die interviewten Personen eine sehr unterschiedliche Vorstellung davon hatten, was Unterstützung für sie bedeutet.

Um Struktur und Systematik im Umgang mit dieser Kategorie gewährleisten zu können, wurde anhand des konzipierten Auswertungsschemas aufgeführt, von wem die Mitarbeiter Unterstützung erhielten und wie diese Unterstützung aussah.

Ein erster Eindruck hinsichtlich der unterschiedlichen Vorstellungen zur Unterstützung wurde in zwei weiteren Ankerziten deutlich. Die Subkategorie „Unterstützung durch Arbeitgeber“ beinhaltet unter anderem folgende Aussagen:

Wir sind gemeinsam auf die Idee gekommen: Teilberentung. Halbe Stelle arbeiten und halbe Stelle Rente. Das konnte sich mein direkter Vorgesetzter gut vorstellen, das konnte sich der Personalleiter gut vorstellen und das konnte ich mir auch gut vorstellen. Vor zwei Jahren berufliche Rehabilitation. Vor einem Jahr habe ich eine Kur gemacht. Beides mit dem Hintergrund Rente. Jetzt seit dem 18.02.09 krank geschrieben. Kontakt zu meinem Chef hatte ich die ganze Zeit. Ich gehe davon aus, dass das bald entschieden wird mit der Teilrente. Ich gehe auch davon aus, dass das klappt. Das Angebot des Arbeitgebers, halbtags weiter zu arbeiten, das war für mich ein gutes Angebot (007, 13ff.).

Aus dieser Textpassage geht hervor, dass der Mitarbeiter sich durch seinen Arbeitgeber unterstützt gefühlt hat. Deutlich geworden ist aber auch, dass er aktiv in dem Prozess der Lösungsfindung integriert war bzw. die Möglichkeit hatte, sich einzubringen. Der IBF war in diesem Fall nicht nur Empfänger. Im nächsten Beispiel hatte ein anderer IBF eine bedeutend passivere Rolle, fühlte sich aber auch unterstützt.

Ich habe von den Kollegen viel Mitgefühl erhalten. Von der Pflegedienstleitung habe ich eine nette Karte erhalten.

Und nachdem ich aus dem Krank zurückgekehrt bin, hatte ich ein Gespräch mit der Pflegedienstleitung (01, 5f.).

Beide Antworten beinhalteten die Aussage, dass auch zur Zeit der Erkrankung eine Verbindung bestand, die von beiden Personen nicht als unangenehm empfunden wurde. Die Kontaktaufnahme zu einem erkrankten Mitarbeiter spielte auch im Verlauf eines BEM-Verfahrens eine entscheidende Rolle. Festgestellt werden konnte, dass eine Kontaktaufnahme im Sinne von Unterstützung nicht immer und zu jedem Zeitpunkt als Unterstützung interpretiert wurde.

Ich habe ein recht gutes Verhältnis zur Stationsleitung.

Die hat sich auch ein paar Mal gemeldet. Ich konnte ihr auch sagen, dass ich nichts hören möchte, dass mir das nicht gut tut.

Zum Ende der Erkrankung habe ich die Kontaktaufnahme als angenehm empfunden. Ich hätte mir in der Zeit nicht vorstellen können, wie ich abgegangen wäre, wenn ich in der Zeit der Erkrankung ein Schreiben von der Pflegedienstleitung erhalten hätte. Da wäre ich abgegangen, wie ein Zäpfchen. Das wäre garantiert vollkommen schlecht für mich gewesen. Weil ich mir vollkommen verarscht und gelinkt vorgekommen wäre (0001, 71ff.).

Aus dieser Textsequenz geht hervor, dass der Mitarbeiter zwischenmenschliche Probleme am Arbeitsplatz hatte. Dies könnte als eine Ursache interpretiert werden, dass die Kontaktaufnahme zu einem frühen Zeitpunkt der Erkrankung abgelehnt wurde.

Einige IBF erwähnten auf die Frage nach Unterstützung, dass sie Unterstützung durch ihren Hausarzt, ihren Psychologen oder die Krankenkasse erhalten haben.

Ich habe Unterstützung von meiner Krankenkasse bekommen. Ich habe in der Reha einen Plan (Abschlussbericht) erarbeitet, wie es weiter gehen kann. Was ich machen kann und was nicht. Ein zuständiger Mitarbeiter meiner Krankenkasse wird mich jetzt zu einem Gespräch hier in der Klinik begleiten, in dem geklärt werden soll, wie es weiter geht (009, 29).

Einige IBF verneinten die Frage nach Unterstützung. Die Interviewpartner, die Unterstützung erhielten, bekamen sie häufig von Kollegen, weniger häufig vom Arbeitgeber, vom Vorgesetzten, vom Hausarzt, der Krankenkasse oder dem Personalrat.

Die meisten Interviewpartner wurden gefragt, ob sie sich Unterstützung gewünscht haben. Hinsichtlich der Form des Wunsches nach Unterstützung gab es unterschiedliche Vorstellungen.

Ja – ich hätte mir Unterstützung gewünscht. Weil ich es nett gefunden hätte, wenn man mich in meiner Krankheitsphase mal angeschrieben oder angerufen hätte. Und gefragt hätte, na wie geht's Dir? Können wir etwas für Dich tun? (014, 19).

Einfach durch ein Gespräch, wenn ich wieder komme. Einfach mal kurz klären, was ist liegen geblieben? Wie ist die Belastbarkeit? Können Sie das jetzt alleine aufarbeiten? (012, 25).

Bei der Analyse des Textmaterials wurde deutlich, dass viele IBF Unterstützung durch den Arbeitgeber bzw. durch ihre Kollegen wünschten. Darüber hinaus stellte sich heraus, dass der Wunsch nach Unterstützung in hohem Maße vom Vertrauensverhältnis zwischen Arbeitnehmern, Vorgesetzten und Arbeitskollegen abhängig war.

Int: Hätten Sie sich Unterstützung gewünscht?

MA: Zunächst ja – später nicht mehr.

Int: Warum später nicht mehr

MA: Weil ich menschlich enttäuscht war (004, 21ff.).

Aus den Interviews ließ sich schlussfolgern, was die Interviewpartner als unterstützend empfänden. Deutlich wurde, dass Kommunikation eine entscheidende Rolle spielte und dass auch der Beziehungsebene eine besondere Bedeutung beigemessen wurde.

Dreiviertel der Interviewten antworteten, dass sie einen Anruf, Genesungswünsche per Post oder ein Gespräch als Unterstützung empfunden hätten.

Als Unterstützung würde auch empfunden, wenn Rücksicht darauf genommen würde, dass der Mitarbeiter noch nicht wieder voll einsatzfähig sei.

Ich hätte mir gewünscht, dass ich meinen Fuß nicht direkt permanent belasten muss. Ich hätte mehr Dokumentationsarbeit machen können.

Ich hätte mir gewünscht, dass wenn ich sage, das kann ich noch nicht leisten, dass dann Rücksicht genommen wird. Und wenn ich dann sogar ein Attest von einem Facharzt vorlege, dass dann auch nicht ernst genommen bzw. angezweifelt wird.

Ich hatte eine OP am Fuß, die dann bagatellisiert worden ist. Das hat mich verletzt (003, 26ff.)

Deutlich wurde auch, dass sich mangelndes Vertrauen negativ auf Unterstützung empfinden auswirkte. Besonders Anrufe zu Hause, die Frage nach dem möglichen Rückkehrzeitpunkt und die Begleitung der Wiedereingliederung durch Kollegen, die als Mentor fungierten, wurde nicht als Unterstützung erlebt.

Ich hätte mir gewünscht, dass man mich nicht so unter Druck gesetzt hätte. Unterstützung kann ja so aussehen, das habe ich bei einer Kollegin erlebt, diese ist stundenweise wieder angefangen zu arbeiten und hat quasi eine Aufsichtsperson an die Seite bekommen. Das war unglaublich viel Kontrolle, das fand ich ganz gruselig.

Die Kollegin fand das auch unangenehm. Die Maßnahme war dann nach drei Wochen beendet. Abteilungsleitung und Stationsleitung haben damals diese Vorgehensweise entschieden (001, 17ff.).

Von weiteren Interviewpartnern wurde die Begleitung durch Kollegen als Unterstützung empfunden.

Mich haben meine Kollegen unterstützt. Ich hatte einen sog. Mentor, der hat mich unterstützt und angeleitet. Es wurde eine Kollegin von der Pflegedienstleitung benannt,

die mich unterstützt. Ich bin dann erst stundenweise wieder angefangen zu arbeiten und habe darauf geachtet, dass ich die körperlichen Tätigkeiten rückschonend ausführe.

Ich hatte erst Schwierigkeiten, die Hilfe anzunehmen, weil ich eigentlich lieber alleine arbeite. Das hat aber dann doch geklappt. Das mit den Kollegen ist dann wirklich gut gelaufen (002, 41 - 43).

Unterstützung konnte hier trotz anfänglicher Skepsis angenommen werden. Andere Interviewpartner erlebten die gleiche Vorgehensweise nicht als Unterstützung, sondern als Kontrolle. Negativ empfunden wurde die mangelnde Absprache und Beteiligung an der Entscheidungsfindung.

Offenbar wurde, dass Vertrauen, die Partizipation mit der jeweiligen Unterstützungsform und Vorgesetzte, die sich positionieren können, eine zentrale Bedeutung hatten.

Erfragt wurde auch, inwieweit die IBF Unterstützung aktiv eingefordert hatten. Personen, die keine Unterstützung eingefordert hatten, beschrieben z. B.:

Nein. Weil mir das Bewusstsein dafür gefehlt hat, dass das eine Pflicht des Arbeitgebers sein kann. Außerdem fühlt man sich ja sowieso schon schlecht, wenn man krank ist (020, 22).

In der Situation nach den Übergriffen habe ich erst gar nicht geschwallt, was das für Traumata in mir hinterlassen hat, deshalb habe ich auch keine Unterstützung gefordert (014, 27f.).

Personen, die in der jeweiligen Situation keine Unterstützung einforderten, begründeten dies auf unterschiedliche Art und Weise. Interviewpartner, die Unterstützung einforderten und auch erhielten, gaben sehr präzise an, was bzw. welche Form der Unterstützung sie benötigten. So meinte eine Interviewpartnerin:

Ich habe von vornherein gesagt, dass es schon schön wäre, wenn ich auf einer Station wäre, wenn ich nicht alleine im Dienst bin. Das würde mir schon Sicherheit geben, wenn ich jemanden dabei hab, wenn mal was passiert. Und das ist dann auch akzeptiert worden (016, 33).

Vereinzelt gaben IBF an, Unterstützung eingefordert, aber dennoch nicht erhalten zu haben.

Ja ich habe um Unterstützung gebeten – recht häufig sogar.

Bei meinem direkten Vorgesetzten. Ich habe es beim Personalchef gemacht. Der hat dann meinen direkten Chef darüber informiert. Das schien damals für ihn neu zu sein, dass der Arbeitgeber eine Fürsorgepflicht hat. Aber wie gesagt, es hat sich für mich erstmal nichts verändert (011, 37ff.).

Ich habe immer wieder nach rückengerechten Stühlen gefragt. Nach erhöhten Schreibtischen. Dann kam nur, wo soll das denn noch stehen? Was willst du denn jetzt noch? (017, 34ff.).

6.2.17 Verantwortungsbereich Mitarbeitergesundheit

Erfragt wurde, wo Akteure den Verantwortungsbereich hinsichtlich Mitarbeitergesundheit sehen.

Akteure (N=10):

- Der Arbeitgeber ist nicht für die Gesundheit der Beschäftigten zuständig, sondern dafür, dass diese sich im Rahmen ihrer Tätigkeit möglichst wenig gesundheitlich schädigen.
- Der Arbeitgeber sollte Rahmenbedingungen schaffen, die eine möglichst krankheitsverhindernde Struktur haben.
- Der Arbeitgeber trägt keine Verantwortung für das Gesundheitsverhalten des Mitarbeiters.
- Es wäre eine Anmaßung zu sagen, der Arbeitgeber ist für die Gesundheit der Beschäftigten zuständig.
- Die Zuständigkeit des Arbeitgebers für Mitarbeitergesundheit ist im Allgemeinen Arbeitsrecht festgeschrieben.

Von Seiten der Akteure wurde betont, dass der Arbeitgeber Rahmenbedingungen schaffen müsse, die den Mitarbeiter möglichst nicht schädigen. Für die Gesundheit der Mitarbeiter an sich seien sie jedoch nicht zuständig.

Er ist nicht für die Gesundheit zuständig, das halte ich für unrealistisch. Er ist dafür zuständig, dass er sich im Rahmen der Tätigkeit möglichst wenig gesundheitlich schädigt (01, 01, 37).

Hervorgehoben wurde die Selbstverantwortung des Individuums in Bezug auf Gesundheit.

Mit ja. Aber ich bin nicht für die Gesundheit der Mitarbeiter zuständig. Aber ich kann dazu beitragen, dass wir Arbeitsbedingungen haben, die nicht dazu beitragen, dass die Mitarbeiter krank werden. Aber ich bin nicht zuständig für die Gesundheit der Mitarbeiter, dafür ist der Mitarbeiter zuständig (01, 03, 51).

Erwähnung fand zudem die gesetzlich vorgeschriebene Fürsorgepflicht des Arbeitgebers.

Ja einmal gesetzlich und vom allgemeinen Arbeitsrecht hat er eine Fürsorgepflicht also gesetzlich ist das schon definiert (03, 01, 113).

6.2.18 Maßnahmen für Gesundheit

Erfragt wurde auch, woran die Interviewpartner sinnvolle Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz festmachten.

Tabelle 15: Maßnahmen für Gesundheit am Arbeitsplatz

	IBF (N=22)	Akteure (N=10)
Arbeitsorganisation	<ul style="list-style-type: none"> • Längere Pausenzeiten • Teamzusammensetzung • Individuelle Arbeitszeiten • Gute personelle Ausstattung • Separate Pausenräume • Technische Hilfsmittel 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausreichend personelle Ausstattung • Förderung von Transparenz und Teamarbeit • Fortbildungen • Qualifizierungsmaßnahmen auch für ältere Beschäftigte • Betriebsfest • Raum für Entfaltungsmöglichkeiten schaffen • Hohe Selbstverantwortung für die eigene Tätigkeit
Personenbezogene Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Fortbildungs- und Entspannungsangebote auch für Mitarbeiter im Schichtdienst • Neutrale Personen, die für die Gesundheit der Beschäftigten da sind • Druckreduzierung • Betriebssportangebote • Kinderbetreuung • Das Gefühl vermitteln, nicht austauschbar zu sein • Gespräche mit Vertrauenspersonen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bedürfnisse wahrnehmen • Positive Verstärkung • Verbesserung von Kommunikation • Wenig Dienste • Gute Fachkompetenz • Wertschätzung • Positive Verstärkung
Führungsverhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Veranstaltungen für die Teamkultur • Gesprächsangebote durch Vorgesetzte • Vorgesetzte als Vorbild 	<ul style="list-style-type: none"> • keine

	<ul style="list-style-type: none"> • Vorgesetzte mit wirklicher Führungsfunktion • Interesse an Auseinandersetzung mit individuellen Belangen von Seiten der Führung • Vertrauenspersonen, die an Gesprächen mit Vorgesetzten teilnehmen • Jemand, der fragt, wie es geht • Vertrauen, das zu sagen, was gedacht wird • Kontrolle von Führungskräften hinsichtlich Führungsverhalten • Vertrauen, Überforderungsprobleme zu benennen 	
--	---	--

IBF:

Die von den IBF geforderten Maßnahmen für die Gesundheit am Arbeitsplatz sind vielfältig. Erwähnt wurden beispielsweise Aspekte hinsichtlich der existierenden Pausenregelung:

Längere Pausenzeiten, separate Pausenräume, die nicht auf der Station sind (001, 29).

Angeregt wurde zudem, die bereits existierenden Yoga-Angebote den Arbeitszeiten der Mitarbeiter im Pflegedienst anzupassen und das bestehende Fortbildungsangebot auszuweiten. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass es gesundheitsförderlich sei, durch personelle Aufstockung Stress von Mitarbeitern zu reduzieren. Gewünscht wurden auch Veranstaltungen für das Team.

Yoga-Angebote auf Leute im Schichtdienst organisieren. Interessante Fortbildungsangebote: nicht nur rückengerechtes Arbeiten. Mehr Mitarbeiter pro Schicht. Mehr Mitarbeiter bedeutet weniger Stress für den einzelnen, weniger Stress bedeutet, dass die Mitarbeiter nicht so schnell krank werden. Gut wären auch Veranstaltungen fürs Team. Ich verbringe mit meinen Arbeitskollegen teilweise mehr Zeit als mit meinen Freunden. Deshalb ist es wichtig, dass untereinander ein gutes Klima herrscht (001, 30 - 31).

Als ein weiterer gesundheitsförderlicher Aspekt wurde die Vereinbarkeit von Beruf und Familie genannt.

Gut fänd ich auch Kinderbetreuung in den Ferienzeiten oder falls die geplante Betreuung ausfallen sollte (001, 33).

Weitere IBF wiesen auf den Zusammenhang zwischen der Gesundheit der Mitarbeiter und der Person des direkten Vorgesetzten hin.

Die direkte Vorgesetzte hat direkten Einfluss auf den Gesundheitszustand der MA. Sie ist ja die, die sieht, wenn jemand überlastet ist und muss dann ein Gespräch anbieten (004, 36).

Geschildert wurden vielfältige Reaktionen und Verhaltensweisen, die nach Ansicht der Befragten gesundheitsschädlich wirkten.

Von Seiten der Führungskräfte wurde z. B. mehr Sensibilität erwartet. nach Ansicht der Befragten wurde auch kritisiert, dass Belastungen nicht ernst genommen wurden. Der Person des Vorgesetzten wurde zudem eine Vorbildfunktion zugewiesen.

Leitung sollte sensibler werden für die Stimmung der Mitarbeiter. Die Belastungen der Mitarbeiter werden nicht ernst genommen. Ich sehe eine große Verantwortung bei der direkten Vorgesetzten, die eine Vorbild- und wirkliche Führungsfunktion haben sollte. Die Belange der Mitarbeiter sollten ernst genommen werden. Einzelsupervision (018, 26 - 28).

Auch mangelnde Beachtung wurde als ungünstig für die Gesundheit angeführt.

Wenn man sich mal mit meiner Geschichte und meiner Person wirklich auseinander gesetzt hätte. Und mal vernünftig mit mir geredet hätte. Um zu gucken, wo es hakt bzw. gehakt hat (005, 32 - 33).

Als gesundheitsförderlich wurden Gespräche mit Außenstehenden und Vertrauenspersonen beschrieben.

Was im Moment völlig hinten runterfällt, sind Gespräche miteinander. Außerdem wären neutrale Personen gut, wie Gleichstellungsbeauftragte, die aber für die Gesundheit der MA da sind. Stressminimierung, nicht nur Arbeitsbelastung (006, 39 - 42).

Und eine andere Befragte führte aus:

Gespräche mit Vertrauenspersonen, die ein offenes Ohr haben, mit denen man anschließend vielleicht gemeinsam mit den Vorgesetzten sprechen kann (007, 33).

Angeregt wurde auch die Einführung von Selbsthilfegruppen.

Ansprechpartner, jemand dem man mal klar machen kann, wie es jemandem mit Bandscheibenvorfall, Weichteilrheuma und einer Skoliose so geht. Selbsthilfegruppe am Arbeitsplatz. Jemand wie der Betriebsarzt, der aber nicht nur auf die somatischen Dinge guckt, sondern schaut, wie geht es demjenigen damit. So, wenn so eine Erkrankung, die mit dem Alter mehr geworden ist, die schränkt einen ja sehr ein, da könnte

man sich austauschen, wie gehe ich damit um. Das gilt hier nur für Patienten, aber nicht für Mitarbeiter (17, 49 - 52).

Andere IBF erwähnten bei der Frage nach Maßnahmen für die Gesundheit am Arbeitsplatz die Anschaffung technischer Hilfsmittel durch den Arbeitgeber.

(...) Vor Jahren wären bessere technische Hilfsmittel für mich sinnvoll gewesen. Da wäre es gut gewesen, wenn sich der Arbeitgeber dafür gesorgt hätte, dass ich so etwas, wie eine Vergrößerungssoftware, Breitzeile, Sprachausgabe erhalten hätte (007, 31 - 32).

Vor allem wurde eine Reduzierung des hohen, unangenehmen Arbeitsdrucks als gesundheitsförderlich erachtet, der aufgrund organisatorischer Rahmenbedingungen entstanden sei. Zudem wurde gefordert, dass Mitarbeiter sich „trauen“ können, das zu sagen, was sie denken, ohne negative Konsequenzen befürchten zu müssen:

Der Druck ist echt hoch. Das ist wirklich unangenehm. Man geniert sich schon, weil man denkt, man treibt die Kosten in die Höhe. Vertrauen, dass die MA sich wieder trauen, das zu sagen, was sie meinen. Dass man dann nicht davon ausgehen muss, dass man ausgetauscht wird gegen jemanden, der jung dynamisch und billig ist (011, 62 - 67).

Generell wurde der Wunsch nach Entlastung am Arbeitsplatz deutlich:

Ja ganz klar eine Entlastung. Ich fühle mich in dem Arbeitsbereich extrem belastet. Da ist einfach eine ganz große Belastung. Da ist es schwierig auf sich zu achten. Ich persönlich habe das auch angesprochen. (...) Da habe ich angesprochen, dass es eine Vertretung für mich geben muss. Dass ich jemanden brauche, der für mich mitarbeitet und dass es zu wenig Stunden sind für dieses Aufgabenfeld (...) (012, 42 - 43).

Als gesundheitsförderlich wurde die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse, z. B. hinsichtlich der Arbeitszeitgestaltung genannt. Darüber hinaus ging aus der Antwort hervor, dass es Betriebssportangebote gebe und dass in der Vergangenheit Massagen für Mitarbeiter angeboten wurden. Auch wurde die Einrichtung eines „Controllings“ für Führungskräfte gefordert, mit der Funktion zu überprüfen, ob Führungskräfte ihrer Fürsorgepflicht den Arbeitnehmern gegenüber nachkommen.

Es wird beim XXX sehr viel Geld für Führungskräftebildungen ausgegeben. Ich würde mir wünschen, dass von den Inhalten auch in den Kliniken auch etwas zur Anwendung kommt. Die neutrale Person, die ich eben genannt habe, die sollte auch quasi wie im Controlling den Führungskräften auf die Finger schauen und in Erfahrung bringen, was hat die jeweilige Führungskraft für seinen kranken Mitarbeiter in die Wege geleitet oder hat er sich überhaupt gekümmert (014, 39 - 45).

Zudem fand sich die Forderung nach mehr Offenheit im Umgang mit der individuellen Arbeits- und Lebenssituation der Mitarbeiter und mehr Raum für Kommunikation.

Ich würde es gut finden, wenn mehr Transparenz der Arbeits- und Lebenssituation der Mitarbeiter da wäre. Wenn der Arbeitgeber nicht weiß, welche Schwierigkeiten der Mitarbeiter hat, kann er diese auch nicht berücksichtigen. (...) Supervision (...) Mitarbeitergespräche in offener Atmosphäre. (...) Ich finde es wichtig, dass Mitarbeiter ihr Überforderungsproblem darstellen und äußern können – ohne direkt mit negativen Sanktionen rechnen zu müssen (015, 35 - 38).

Nach der Darstellung der Perspektive der IBF sollen im Folgenden die Auffassungen der Akteure zu dieser Kategorie dargestellt werden.

Akteure:

Akteure hielten eine ausreichende personelle Ausstattung, die Förderung von Transparenz und Teamarbeit, wenig Dienste und geringe Belastung am Arbeitsplatz für gesundheitsfördernd. Darüber hinaus wurde die Vermutung geäußert, dass Gesundheitsförderungsangebote, wie Sportkurse oder Beratungsangebote von Mitarbeitern eher außerhalb des Arbeitsplatzes in Anspruch genommen würden.

Eine ausreichende personelle Ausstattung der Stationen und der Funktionsabteilungen. Förderung von Transparenz und Teamarbeit und ein möglichst hohes Maß an Eigenständigkeit einzelner Funktionsbereiche, das glaube ich sind die entscheidenden Dinge, die ich für viel entscheidender halte als Sportangebote, das ist ganz nett oder auch Gesundheitsangebote, die kann man auch überall anders bekommen. Und bei den Ärzten, die sehen hier ihren Arbeitsplatz, die möchten hier weder medizinisch betreut werden noch beraten werden möchten, noch in großem Umfang hier irgendwelche Sport- oder Kursangebote in Anspruch nehmen. Die möchten möglichst wenig Dienste haben. Die möchten möglichst eine ausreichende Personalsituation haben, möglichst wenige Belastungen durch die Arbeit (01, 01, 39).

Auch bei anderen Akteuren ließ sich ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis erkennen, wobei der Schwerpunkt vermehrt auf selbstverantwortliche Arbeit gelegt wurde, die wesentlich zur Gesunderhaltung beitrage. Darüber hinaus wurden eine hohe Fachkompetenz, Qualifizierungsmaßnahmen und die Organisation von z. B. Mitarbeiterfesten als förderlich für die Gesundheit betrachtet.

Hohe Selbstverantwortung für die eigene Tätigkeit, glaube ich trägt erheblich zur Gesundheit bei.

Ne gute Fachkompetenz also Fortbildungen, Qualifizierung von MA auch von älteren MA. Ich finde diese weichen Faktoren ganz wichtig, dass man regelmäßig mal ein Betriebsfest macht. Oder einfach mal andere nette Dinge. Ja, solche Sachen, die tragen dazu bei. Transparenz dessen, was man tut. Oder was man vorhat. Aber ich glaube, die Verantwortlichkeit für die eigene Arbeit, die trägt wesentlich zur Gesunderhaltung bei (01, 03, 53 - 54).

Zudem vertraten speziell die Akteure der Interessenvertreterseite die Meinung, dass mehr Gesundheit durch weniger Druck erreicht werden könne. So wurde davon ausgegangen, dass Wertschätzung, das Gefühl gebraucht zu werden und die Entwicklung gemeinsamer Werte, dazu beitragen, Gesundheit zu erhalten.

Wertschätzung deutlich zu machen. Du bist hier nicht nur eine Nummer. Du bist nicht nur hier, um ein Ergebnis zu erzielen, sondern weil wir dich auch brauchen. Gemeinsame Werte zu schaffen und Ergebnisse zu erzielen.

Mehr Gesundheit durch weniger Druck und Erwartungen (...) (03, 01, 117 - 119).

So wurde gefordert, die Bedürfnisse von Mitarbeitern stärker wahrzunehmen und diesen die erforderliche Beachtung zu schenken. Mitarbeiter sollten in ihrem Handeln positiv bestärkt und Raum für Entfaltungsmöglichkeiten geschaffen werden.

Ja, Bedürfnisse eigentlich auch wahrzunehmen und zu sehen, so weit das Interesse da ist, dem zu entsprechen. Ich bin der Meinung, dass man Entfaltungsmöglichkeiten schaffen sollte und fördern sollte. Damit die Mitarbeiter das Gefühl haben, sie werden wahrgenommen ihre Interessen werden berücksichtigt. Sie werden nicht durch Hierarchie kultiviert, sondern werden positiv verstärkt. Die Kultur und Kommunikation verbessern (01, 02, 47).

IV Diskussion

1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die im Rahmen der Untersuchung ermittelten Ergebnisse konnten dazu beitragen, Antworten auf die eingangs formulierte Fragestellung zu liefern:

„Welche Erkenntnisse lassen sich aus den Interviews mit häufig bzw. langzeiterkrankten Mitarbeitern und mit Akteuren des BEM ableiten, die hilfreich für die Konzeption und Implementation eines BEM-Verfahrens, speziell unter gesundheitspädagogischen Gesichtspunkten, sind?“ (s. Abbildung 11).

Um die übergeordnete Fragestellung zu beantworten, wurden Teilfragestellungen aus bereits existierenden Erkenntnissen zum BEM und grundlegenden salutogenetischen, ressourcenorientierten in den Gesundheitswissenschaften anzuesiedelnden Erkenntnissen generiert. Aus den Teilfragestellungen wurden Kategorien abgeleitet, anhand derer im Folgenden die Darstellung der Ergebnisse in Kombination mit der kategorien-spezifischen Diskussion erfolgt (s. Tabelle 6).

Zur besseren Nachvollziehbarkeit werden in der Diskussion prägnante Ergebnisse in Fett, die aus den Ergebnissen abgeleiteten Handlungsempfehlungen in kursiv gesetzt.

Umsetzung

Die Ergebnisse bestätigen die Erkenntnisse des aktuellen Forschungsstandes zum BEM, aus dem hervorgeht, dass auch sieben Jahre nach der Einführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements dieses noch nicht flächendeckend bekannt bzw. umgesetzt ist (s. II. 1.1). Die Studie „Gesunde Arbeit“ (2008) ermittelt beispielsweise, dass in 1.441 Unternehmen mit bis zu 250 Beschäftigten nur einem Drittel der Unternehmer der Begriff „Betriebliches Eingliederungsmanagement“ bekannt ist. Auch Glomm (2005), Niehaus et al. (2008), Köpke (2009) beschreiben den noch nicht flächendeckend vorherrschenden Umsetzungsstand.

In der vorliegenden Studie wurden erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Vorstellung des Umsetzungsstandes von Akteuren und Beschäftigten deutlich.

Den befragten Akteuren waren grundlegende gesetzliche **Grundlagen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement und zur Zielgruppe des BEM** theoretisch bekannt. **Das Wissen der IBF hingegen war jedoch defizitär.** Obwohl die Akteure ein

einheitliches Verständnis des BEM im Sinne einer Pflicht des Arbeitgebers aufwiesen, herrschte **Uneinigkeit im Hinblick auf den Umsetzungsgrad des BEM**. Es wurde deutlich, dass zu dem Zeitpunkt der Untersuchung das BEM im Einzelfall durchgeführt wurde. Eine systematische Herangehensweise herrschte jedoch noch nicht vor (s. III. 6.2.2).

Der mangelnde Bekanntheitsgrad des BEM von Seiten der IBF unterstreicht die bereits eingangs geforderte grundsätzliche Verortung des BEM in bereits bestehende Unternehmensstrukturen, das somit als ein Managementbereich des BGM verstanden werden kann (s. II. 2.4 und II.2.2.3).

Eine Information aller im Unternehmen beschäftigten Personen über das Betriebliche Eingliederungsmanagement scheint somit unabdingbar.

Verständnis

Die IBF, die eine Vorstellung zum BEM besaßen, brachten es überwiegend mit der **stufenweisen Wiedereingliederung nach Krankheit** in Verbindung. Dies stellen auch Richter und Gels (2010) fest. Bereits im Theorieteil der vorliegenden Studie wurde ein Zusammenhang zwischen dem BEM und der stufenweisen Wiedereingliederung hergestellt (s. II. 2.4.6.1). Nebe (2008) und Glomm (2005) konkretisieren diesen Aspekt dahingehend, dass das BEM unter anderem die Möglichkeit bietet, die individuellen Einzelheiten einer stufenweisen Wiedereingliederung zu klären.

Die Akteure betrachteten das BEM durchgängig als ein **Unterstützungs- und Hilfsangebot** von Seiten des Arbeitgebers für erkrankte Beschäftigte. Darüber hinaus verstanden sowohl die IBF als auch die Akteure das BEM als ein **Instrument, den geeigneten Arbeitsplatz zu suchen bzw. den ursprünglichen Arbeitsplatz zu sichern**. Auch Richter und Gels (2010) verbinden BEM mit einer planmäßigen Suche nach alternativen Arbeitsplätzen.

Die IBF thematisierten nur im Einzelfall die gesetzliche Grundlage des BEM, wohingegen die Akteure dem gesetzlichen Aspekt und der **Verankerung im Sozialgesetzbuch** wesentlich mehr Bedeutung beimaßen. Neben der Betonung des **BEM als Pflicht des Arbeitgebers** und dem Aspekt der **Unterstützung erkrankter Mitarbeiter**, äußerten sich Akteure mehr oder weniger präzise hinsichtlich der **Zielgruppe des BEM**. So wurde darauf hingewiesen, dass bei einer sechswöchigen Erkrankung eines Mitarbeiters eine Kontaktaufnahme von Seiten des Arbeitgebers zu erfolgen habe, unabhängig von

der Ursache der Erkrankung. Diese Aussagen werden von den Festlegungen im § 84 Abs. II SGB IX (SGB IX, § 84, 2004) und auch in der Literatur mannigfach bestätigt (Niehaus et al. 2008, Kohte 2008, Romahn 2010, Kaiser 2007, 2009).

Uneinigkeit herrscht jedoch darüber, wie diese 6 Wochen bzw. 42 Tage definiert werden. Werden Kalendertage oder Arbeitstage zu Grunde gelegt? Zudem wird dem Aspekt 12 Monate versus Kalenderjahr Bedeutung beigemessen (Beseler 2011).

Ebenso wird die Meinung vertreten, dass ein BEM-Angebot auch schon vor Ablauf der 6 Wochen Frist getätigt werden kann (Romahn 2010). Dieser Auffassung ist nur insofern zuzustimmen, wenn Transparenz und Nachvollziehbarkeit darüber herrscht, nach welchen Kriterien ein BEM-Angebot erfolgt. So wurde im Rahmen dieser Studie die Erkenntnis gewonnen, dass im BEM die Chance liegt, Beschäftigten unabhängig von Sympathie und Antipathie Unterstützung anzubieten, da die Kriterien für ein BEM-Angebot formal vorgegeben seien (s. III. 6.2.5). Eine zeitliche und personenbezogene willkürliche Ansprache der Mitarbeiter könne das Vertrauen in das Verfahren gefährden. Sinnvoll wäre jedoch, dafür zu werben, dass Beschäftigte das BEM-Verfahren freiwillig auch schon vor 42 Tagen Arbeitsunfähigkeit in 12 Monaten in Anspruch nehmen können, indem sie Kontakt mit den für das BEM zuständigen Personen aufnehmen.

Ein weiterer Aspekt, der von den befragten Akteuren genannt wurde, war, dass das BEM **sowohl bei einer ununterbrochenen Erkrankungsphase als auch bei einer Erkrankung mit mehreren Unterbrechungen** durchzuführen sei. Auch dieses wird in der Literatur bestätigt (Kohte 2008, Niehaus 2008).

Das vorherrschende Verständnis von BEM beinhaltet mögliche Ziele des BEM und spiegelt eine grundsätzliche unternehmensspezifische Bedeutung des BEM wider. Diese können als Grundlage für die Konzeption und Implementation des Verfahrens genutzt werden, indem sie als Grundlage für die Arbeit bspw. in der BEM-Arbeitsgruppe und darüber hinaus für Informations- und Sensibilisierungsveranstaltungen für das BEM genutzt werden können.

Einführungsgründe

Sowohl die IBF als auch die befragten Akteure sahen eine Begründung für die Einführung des BEM in der seit 2004 vorherrschenden **Verpflichtung eines jeden Arbeitgebers**, jedem Mitarbeiter, der länger als 42 Tage in 12 Monaten arbeitsunfähig ist, ein BEM anzubieten (vgl. SGB IX). Darüber hinaus wurde sowohl von den IBF als auch von den Akteuren die Meinung vertreten, dass das *BEM* als *ein* Instrument genutzt werden könne, **um Ausfallzeiten zu verringern**. Bereits Romahn (2005) benennt die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit und die damit verbundene Senkung der Kosten für Ausfallzeiten als Reformziele der letzten Jahre. Zudem weist sie darauf hin, dass das BEM auf der Freiwilligkeit der Betroffenen beruht. Notwendig für die Durchführung ist ihre Zustimmung, die die wesentliche Voraussetzung dafür ist, ein auf Vertrauen, Hilfe und Unterstützung angelegtes BEM zu initiieren (Romahn 2005).

Auch Niehaus et al. (2008) stellen in ihrer Studie zum BEM den Nutzen durch geringere Ausfallkosten aufgrund von verringerter Arbeitsunfähigkeit heraus. Ebenso benennen die Autoren, wie auch Beschäftigte und Akteure der untersuchten Einrichtung, einen **durch BEM gesteigerten Imagegewinn** für das jeweilige Unternehmen (Niehaus et al. 2008, Richter und Habib 2011). Akteure nannten eher einen vom Unternehmen wahrgenommenen **Handlungsdruck**. Sie sahen sich mit den Auswirkungen des **Demografischen Wandels** und dem damit verbundenen **Fachkräftemangel** konfrontiert und verstanden BEM als ein Instrument, diesem Mangel zukünftig entgegenzuwirken.

Sie bestätigten somit die Ergebnisse von Niehaus et al. (2008), die in ihrer Untersuchung feststellen, dass durch das BEM langjährige, qualifizierte, fachkompetente und geschätzte Mitarbeiter länger im Betrieb verbleiben, und dass Arbeitnehmer durch das BEM eine höhere Bindung zum Unternehmen aufweisen. Auch Richter und Gels (2010) und Seel (2009) plädieren dafür, das BEM zu nutzen, um es als Hilfsangebot präventiv im Unternehmen zu verankern und Beschäftigungsmöglichkeiten im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements aufzuzeigen. Dennoch weisen die Autoren wie auch vereinzelt Akteure darauf hin, dass ein vom Mitarbeiter abgelehntes oder gescheitertes **BEM unter Umständen als Basis für eine Kündigung** betrachtet werden kann (Richter und Gels 2010). Auch Niehaus et al. (2008) vertreten die Auffassung, dass das BEM bei nicht zu verhindernden krankheitsbedingten Kündigungen eine Rechtssicherheit geben kann.

Dabei besteht im juristischen Verfahren weder die Notwendigkeit, das Prozedere als BEM zu betiteln, noch ist es erforderlich zu belegen, dass es sich um einen Prozess im

Sinne eines Verfahrensablaufs handelt (Schils 2009, Müller-Mundt 2010, Vossen 2010, Richter und Habib 2011). Das bedeutet somit auch, dass Arbeitgeber, die angeben den Mitarbeitern ein BEM angeboten zu haben, nachweisen müssen, ob alle möglichen Maßnahmen im Rahmen des BEM geprüft worden sind.

In der untersuchten Einrichtung ließ sich jedoch feststellen, dass über die gesetzliche Pflicht zur Durchführung des BEM und die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers hinaus durch das BEM, sowohl ein **ökonomischer Nutzen durch die Senkung der Ausfallquote** als auch die **Sicherung des Erwerbspersonenpotentials** erwartet wurde. Dieses bestätigen auch Niehaus et al. (2008), dennoch liegen derzeit keine abschließenden empirischen Untersuchungen dazu vor (s. III. 6.2.14).

Implementationsgrundsätze

Sowohl bei den IBF als auch bei den Akteuren herrschte Einigkeit darüber, dass eine fundierte **Information zu der Bedeutung und den Zielen des BEM** im Rahmen der Implementation in der Einrichtung unabdingbar sei. Diese Erkenntnis haben auch Jastrow et al. (2006) und Niehaus et al. (2008) gewonnen und auch Flach et al. (2006) haben diesem Aspekt in ihrem prozessorientierten Standard des BEM bereits Rechnung getragen (s. II. 3.1.1).

Die IBF hielten **Transparenz und eine ausreichende Information** für notwendig, damit Betroffene Vertrauen fassen und daraus resultierend dem Verfahren ohne Scheu zustimmen können.

Die Zustimmung zu einem BEM-Verfahren wird auch von Niehaus et al. (2008) als ein wesentlicher Indikator für die Qualität und die Erfolgsaussichten des BEM verstanden. In diesem Zusammenhang wird der Information und dem Aspekt des Vertrauens im Rahmen von BEM auch in der aktuellen Literatur eine besondere Bedeutung beigemessen (Niehaus et al. 2008, Kayser 2008, Köpke 2009, Seel 2009, Landschaftsverband 2010, Giesert, Wendt, Danigel 2011, Ramm et al. 2012).

„Die erfolgreiche Wiedereingliederung eines Mitarbeiters setzt Vertrauen voraus. Vertrauen hängt mit Transparenz und Beteiligung sowie mit Nutzenklarheit und Problembewusstsein zusammen. Insofern sollten alle Mitarbeiter über die wesentlichen Inhalte und Vorgehensweisen informiert sein. Konstruktive Kritik sollte berücksichtigt werden.“ (Hetzl et al. 2007, S. 62).

Hetzel et al. (2007) führen folgende übergeordneten Ziele des Betrieblichen Eingliederungsmanagements auf:

- das Gesundwerden fördern
- eine chronische Erkrankung vermeiden
- krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit vorbeugen und
- den Arbeitsplatz erhalten.

Seel (2005) versteht die Ziele des BEM folgendermaßen: Ihr Fokus liegt verstärkt auf Zusammenarbeit. Ihrer Auffassung nach soll den Ursachen der Arbeitsunfähigkeit gemeinsam nachgegangen werden. Ferner erachtet sie es als relevant, frühzeitige Rehabilitationsbedarfe zu erkennen und Maßnahmen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit zu ergreifen. Dies diene sowohl dem Beschäftigten als auch dem Arbeitgeber (Hetzel et al. 2006, Seel 2005, Niehaus et al. 2008).

Die IBF forderten **Partizipation im Verfahren**. Sie legten einen besonderen Wert darauf, auf **nicht autoritäre Weise in das Verfahren mit eingebunden zu werden**. Dieses bestätigen auch Kothe (2010) und Liebrich et al. (2011).

Darüber hinaus scheint es unabdingbar, über die rechtlichen Gegebenheiten und in dem Zusammenhang auch über die Freiwilligkeit – sprich die Selbstbestimmung – des Beschäftigten zu informieren. Die Freiwilligkeit der Zustimmung bzw. Ablehnung des Verfahrens durch Betroffene kann nach Gagnes und Decis (2005) Selbstbestimmungstheorie der Motivation nach zu einer Leistungssteigerung und einer erhöhten Motivation am Arbeitsplatz führen.

Das BEM soll ein Angebot zum Austausch und Gespräch sein, in dem es primär darum geht, spezifische und zum Teil auch niederschwellige Bedürfnisse der betroffenen Mitarbeiter herauszuarbeiten. Es soll besonders darauf geachtet werden, nicht zu pauschalisieren, sondern individuelle Verfahren in Bezug auf den Einzelfall zu gestalten.

Auch Seel und Adlhoch (2005), (2010), Niehaus et al. (2008), Giesert, Wendt, Danigel (2011) und Ramm et al. (2012) beschreiben das Betriebliche Eingliederungsmanagement als individuell und dynamisch:

„Betriebliches Eingliederungsmanagement ist also immer ein individuelles Verfahren das genau so viele Prozessschritte umfasst wie erforderlich sind, um im Einzelfall die Ziele zu erreichen. Das heißt, mal reichen wenige Schritte mit wenigen Akteuren aus,

mal ist der Prozess aufwendiger und erfordert die Hinzuziehung mehrerer betrieblicher und außerbetrieblicher Akteure. Entscheidend ist in erster Linie das Ergebnis.“ (Adl-hoch, Seel 2005, S. 5).

Die IBF und einige Akteure, speziell Interessenvertreter, forderten eine **vertrauenswürdige Person, die im BEM-Verfahren als Ansprechpartner fungieren soll**. Die IBF wünschten sich eine **Person, die als Vermittler auftritt**.

Grundlage für diese Forderungen waren u. a. Interessenkonflikte zwischen Mitarbeitern und Vorgesetzten. Beschäftigte hatten zum Teil negative Erfahrungen mit Krankenrückkehrgesprächen (s. II. 2.4.6.2) gemacht. Sie empfanden diese als wenig hilfreich, sondern eher als Bedrohung. Auch Schilling und Rath (2009) weisen auf diese Gefahr hin. Sie beschreiben, dass speziell kleinere Betriebe aufgrund von Zeitmangel und personellen Engpässen Schwierigkeiten haben das BEM bis ins Detail auszuschöpfen. Die Autorinnen sehen die Gefahr, dass Arbeitgeber das BEM aus solchen Gründen zu einem bloßen Krankenrückkehrgespräch degradieren (Schilling, Rath 2009). Einige IBF beschrieben, dass sie die Gesprächssituation mit der Besetzung von zwei Vorgesetzten und einem Beschäftigten als bedrohlich empfanden.

Gesetzlich entschieden wurde bereits, dass BEM-Gespräche im Gegensatz zu Fehlzeitengesprächen unter Beteiligung der Interessenvertretung zu erfolgen haben (SBG IX § 84 Abs. 2). Gesetzlich entschieden wurde jedoch bis dato nicht, wem die Leitung des BEM zu übertragen ist (BAG, Urteil vom 10.12.2009 – 2 AZR 400/08).

Die IBF versprachen sich von einer neutralen Person, die vermittelt, die Möglichkeit der Unterstützung bei unter Umständen notwendiger Konfliktlösung.

Die Person des Ansprechpartners soll eine empathische Person sein, die die Lage der Betroffenen und die Arbeitsanforderungen kennt und somit Arbeitsprozesse nachvollziehen kann.

Auch Hetzel et al. (2007) und Jastrow et al. (2010) halten es für sinnvoll, neben dem Vorgesetzten Ansprechpartner zu benennen, da dadurch der Kontrolleffekt durch den Vorgesetzten und auch mögliche Zielkonflikte zwischen beiden Parteien in den Hintergrund treten. Hetzel et al. (2007) gehen zudem davon aus, dass die Hemmschwelle für Betroffene geringer ist und sie einem Gespräch mit „neutralen“ Personen eher zustim-

men. Diese Annahme wird durch die vorliegenden Ergebnisse bestätigt. Besonders **die IBF wünschten die Einbindung einer neutralen Person / Vertrauensperson** in das Verfahren.

Hetzel et al. (2007) sehen darüber hinaus Vorteile für den Vorgesetzten, der nicht erst langwierige Lösungen entwickeln, sondern lediglich über Machbares entscheiden muss. Hetzel et al. (2006) führen dieses weiter aus und nehmen eine Differenzierung zwischen strategischen Entscheidern (Ansprechpartner) und den operativen Entscheidern (Vorgesetzte) vor (s. II. 3.1.2). Mögliche Lösungsszenarien können so im Rahmen des BEM-Verfahrens unter Beteiligung weiterer Person vorbereitet, entwickelt und bei Bedarf dem Vorgesetzten als Grundlage für weitere Entscheidungen unterbreitet werden.

Darüber hinaus haben sich Hetzel et al. (2007) zu den Anforderungen, die an eine Ansprechperson gestellt werden, geäußert. Sie vertreten die Auffassung, dass es sich um eine Person handeln soll, die bei einem Großteil der Beschäftigten bekannt und auch anerkannt ist. Darüber hinaus sollte gewährleistet sein, dass sie hinsichtlich Einarbeitung und Umsetzung über die notwendigen zeitlichen Ressourcen verfügt. Ebenso sollte es sich um eine Vertrauensperson handeln. Unter Vertrauensperson verstehen die Autoren eine Person, die über persönliche Daten Verschwiegenheit wahrt und niemandem berichtspflichtig ist.

Die Interviewpartner schlugen für die Implementation des BEM die **Bildung einer Arbeitsgruppe zum BEM** vor, die mit Personen aus unterschiedlichen Funktionen (Leitung, Personalrat, evtl. Fachexperte) besetzt ist und ein BEM entwickelt, das verschiedene Perspektiven berücksichtigt. Die Arbeitsgruppenmitglieder greifen dabei auf ihre unterschiedlichen Erfahrungen zurück und unterscheiden sich deshalb hinsichtlich ihrer Werte und Vorstellungen. Vor allem die Beschäftigten waren der Meinung, dass eine solche **Arbeitsgruppe Ablauf und Ziele eines BEM-Verfahrens in der Einrichtung publik machen** und dadurch Vertrauen fördern kann. Zudem schlugen sie vor, **mit positiv verlaufenen BEM-Verfahren in der Einrichtung aktiv zu werben**. Dieses wird auch von Ramm et al. (2012) als sinnvoll erachtet, um das Vertrauen in das Instrument zu fördern.

Bei der Frage nach Implementationsgrundsätzen ist weiter deutlich geworden, dass das Thema Krankheit für Beschäftigte und Führungskräfte ein sensibles Thema ist, dessen Erörterung und Thematisierung **eine besondere Vertrauenssituation erfordert**. **Krankheit wird als großer Einschnitt bezeichnet** und Gesprächspartner empfinden

eine durch Krankheit entstandene Leistungsminderung, die einer Form der Unterstützung am Arbeitsplatz bedarf, als belastend.

Die Konfrontation mit der eigenen individuellen Leistungsminderung durch Krankheit, das Erleben des „ich kann nicht mehr, ich bin kaputt“, der gleichzeitig zunehmende Leistungsdruck in Gesundheitsberufen und der direkte Vergleich mit Kollegen belastet Beschäftigte sehr.

Das BEM kann eine Möglichkeit der Entlastung bieten. Die Beschäftigten können eine Wertschätzung ihrer Person unabhängig von Leistung erfahren. Darüber hinaus kann durch das BEM eine Reduzierung von Druck erreicht werden.

Die Gesprächspartner beschäftigte, was andere von ihnen denken, wenn sie schon wieder krank seien, bzw. dass sie bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz nicht über die dieselbe Leistungsfähigkeit verfügten wie vor der Krankheit. Das BEM bietet Raum für verschiedene Betrachtungsweisen, Einschätzungen und Bewertungen. Was bedeuten schlechte Gefühle? Wie sind meine eigenen Erwartungen? Welche Rolle spielen Verletzbarkeit, Scham, Tabuisierung von Krankheit? Was heißt es, sich Schwächen einzugestehen und Vertrauen aufzubauen?

Im Gegensatz zu den IBF betonten Akteure primär formale Aspekte des Verfahrens, wie **Öffentlichkeitsarbeit, Schulungen für alle Führungskräfte** zur Thematik und die **notwendige Systematisierung, Standardisierung und Evaluierung des Verfahrens**. Adlhoch et al. (2010) und Beseler (2011) plädieren ebenfalls ab einer Betriebsgröße von 200 Personen für ein standardisiertes Verfahren und befürworten die Aufstellung eines Integrationsteams.

Akteure erachteten es zudem als sinnvoll **zunächst mit „leichten“ Fällen zu beginnen**, um das Miteinander der involvierten Personen zu erproben und eine größere Aussicht auf Erfolg zu verzeichnen. Die von Akteuren geforderten **standardisierten, prozesshaften Implementationsgrundsätze** fanden sich in den Aussagen der Beschäftigten kaum. Diese betonten in erster Linie die **Wichtigkeit der Person des Ansprechpartners** bei der BEM-Implementation. Darüber hinaus ordneten sie dem für das BEM-Verfahren notwendige Maß an Vertrauen, Transparenz und Kommunikation einen besonderen Stellenwert zu. Diese Erkenntnis wird durch Schilling und Rath (2009), Seel (2009), Niehaus et al. (2008), Hetzel et al. (2006) bestätigt.

Chancen

Speziell die IBF sahen durch ein BEM Chancen, dass die Beschäftigten, die nach Krankheit an den Arbeitsplatz zurückkehren, **Aufmerksamkeit** erhielten. Sie erhofften sich eine nähere Betrachtung ihrer persönlichen Situation von Seiten des Arbeitgebers. Bisher beschäftigten sich – den Interviewpartnern nach – die Führungskräfte bzw. die Institution nur begrenzt mit kranken Mitarbeitern. Die IBF äußerten die Hoffnung, dass im Rahmen des BEM geschaut würde, ob es einen **Zusammenhang zwischen der Erkrankung und der Organisation** gäbe. Zudem sahen die IBF die Chance, dass dem Unternehmen der **steigende ökonomische Nutzen und wirtschaftliche Erfolg durch die Einführung von BEM** verdeutlicht werde, da die Beschäftigten zufriedener und gesunder seien.

Durch die BEM-Implementation könnte aus Sicht der Beschäftigten **Raum zum Reden** geschaffen werden. Darüber hinaus hielten sie bereits die Kontaktaufnahme zu dem erkrankten Beschäftigten und das Suchen nach gemeinsamen Lösungen für einen positiven Effekt. Deutlich wurde, dass die IBF ein Interesse daran hatten, von Seiten der Organisation **ernsthaft wahrgenommen und beachtet zu werden**. Als Bedingung forderten sie ein offenes und ehrliches Umgehen. Sie betonten eine **personenspezifische Abhängigkeit von der Bedeutung des Instruments BEM**, da seine Gestaltung abhängig von der Einstellung der von BEM betroffenen Personen und der jeweiligen Führungskräfte sei. Die IBF sahen Chancen, wenn alle Beteiligten einen **Sinn in dem Instrument des BEM sehen** würden.

Oberstes Ziel einer BEM-Implementation sollte somit sein, die individuelle Bedeutung des BEM unternehmensspezifisch zu erarbeiten und den unternehmensspezifischen Sinn des BEM zu vermitteln (s. III. 6.2.1).

Die IBF sahen eine Chance im BEM darin, dass jemand sie darin **unterstützt, auf ihre Gesundheit zu achten**. Durch BEM würde sich für Belange interessiert, die bis dato wenig Berücksichtigung fänden.

Auch die Akteure sahen das **BEM im Sinn von Fürsorge und Interesse am Beschäftigten**, darüber hinaus sahen sie die Chance einer **Kostensenkung mit verbundener Qualitätssteigerung** bei erfolgreich durchgeführten BEM-Verfahren. Diese Aussagen wurden zusätzlich hinsichtlich positiver Effekte für die jeweilige Teamstruktur spezifiziert. Auf der Dienstleistungsebene fand die aus gesunden und erfahrenen Mitarbeitern

resultierende Kontinuität der Patientenbehandlung Erwähnung. Weitere positive Effekte wurden in der gelebten **Fürsorgepflicht des Arbeitgebers** gesehen. Interessenvertreter sahen eine Chance für das BEM, weil Entscheidungsträger der Einrichtung ein Interesse an der Umsetzung hätten. So wurde von Interessenvertreterseite ein **Wandel im Umgang mit erkrankten Beschäftigten** wahrgenommen. Die **Sicherung des Humankapitals** mit Blick auf den bevorstehenden Fachkräftemangel wurde besonders von Akteuren als ein Effekt des BEM gesehen. Zudem vermerkten die Akteure als weiteren Nutzen des BEM-Verfahrens, dass so auch die **Beschäftigten in die Verantwortung genommen werden könnten, um gemeinsam zu schauen und Lösungen zu entwickeln**. Dies beinhaltet auch **Aktivität und Eigeninitiative der betroffenen Beschäftigten**. Diesen Ansatz verfolgen auch Liebrich et al. (2011), die die Unterstützung des Beschäftigten durch ein Arbeitsfähigkeitscoaching für sinnvoll erachten.

Weiter wurde deutlich, dass das **BEM als ein Teil des BGM und der Personalentwicklung Berührungspunkte mit vielen weiteren Bereichen**, wie z. B. dem Arbeitsschutz der Einrichtung, aufweist. Somit kann davon ausgegangen werden, dass Transparenz durch die Verknüpfung von Schnittstellen durch BEM zunimmt.

Diesen Erkenntnissen nach kann ein gesundheitswissenschaftlich fundiertes BEM, verstanden als ein Managementbereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (s. Abbildung 2) dazu beitragen, zunehmenden Kosten durch Arbeitsunfähigkeit entgegenzuwirken.

Sowohl Beschäftigte als auch Akteure betonten die Notwendigkeit **einer positiven Haltung dem BEM gegenüber**. Dies bestätigen auch Hetzel et al. (2006) (s. II. 3.1.2). Die Autoren betonen darüber hinaus die Notwendigkeit der Akzeptanz bei Entscheidungsträgern im Unternehmen. In der Untersuchung wurde jedoch deutlich, dass das Begriffsverständnis von „positiver Haltung“ und die Anforderungen an ein BEM abhängig von den jeweiligen Personen variierte. Als eine weitere wesentliche Chance wurde genannt, dass das **BEM unabhängig von Sympathie und Antipathie** zum erkrankten Beschäftigten greife (s. III. 6.2.5). Zu dieser Erkenntnis gelangen auch Richter und Habib (2011).

Auch Seel (2009) benennt diverse mit dem BEM verbundene Chancen für die Beschäftigten und den Betrieb. Sie weist jedoch darauf hin, dass die Grundlage jeglicher Chancen der unternehmensspezifische Ansatz sei.

Diesen Erkenntnissen zufolge bedarf es eines gesundheitspädagogischen, ressourcenorientierten BEM-Ansatzes, der von den Entscheidern und den Beschäftigten eines Unternehmens unterstützt, mitentwickelt und mitgetragen wird. Es hat sich gezeigt, dass das Ziel und die Intention, das BEM als ein Hilfsangebot des Arbeitgebers zu kommunizieren, dafür elementar zu sein scheinen. Die Partizipation von Arbeitgebern, Interessenvertretern und Arbeitnehmern an dem Verfahren ist hierfür unabdingbar. Darüber hinaus sollte die Niederschwelligkeit des BEM Angebotes und die Selbstbestimmung des Individuums eine hohe Priorität besitzen. Da es sich um ein freiwilliges Verfahren handelt, wird ein zu formalisiertes BEM wenig Aussicht auf Erfolg haben.

Barrieren

Die Vorstellungen der IBF und der Akteure hinsichtlich möglicher Barrieren, die bei der Implementation eines BEM auftreten könnten, unterschieden sich deutlich.

Akteure, speziell Führungskräfte, sahen Barrieren in erste Linie darin, dass das BEM **organisatorisch und inhaltlich der Personalabteilung zugeordnet** sei. Dieses bemerken auch Richter und Gels (2010).

Von den Akteuren wurde die **mangelnde Information und Einbindung von Vorgesetzten** in das Verfahren kritisiert. Die Äußerungen von Seiten der Führungskräfte ließen auf existierende Unsicherheiten hinsichtlich des eigenen Führungsverhaltens schließen, da im BEM-Verfahren „außenstehende“ Personen Einblick in Prozesse und Abläufe erhielten. Dies kann ein Grund dafür sein, dass einige Vorgesetzte dem BEM-Verfahren im Allgemeinen und insbesondere den Personen, die im Rahmen des BEM-Verfahrens Gespräche mit „ihren“ Mitarbeitern führen würden, kritisch gegenüber standen.

Weiter befürchteten sie das **„Rumreichen“ von Personen** in der Institution dadurch, dass BEM-Beauftragte Entscheidungen trafen, mit denen sie nicht einverstanden seien.

Inwieweit BEM-Beauftragte Entscheidungskompetenz besitzen, ob weitere Personen mit eingebunden werden und inwieweit Vorgesetzte generell in BEM-Verfahren mit einbezogen werden, hängt von der jeweiligen Konzeption eines BEM-Verfahrens ab und sollte somit unternehmensspezifisch vereinbart werden. Ein gesundheitspädagogischer BEM-Ansatz legt den Primat auf die Selbstbestimmung des Individuums.

Zudem wurde von Seiten der Akteure die Annahme formuliert, dass Mitarbeiter **Hemmungen aufweisen könnten, das Angebot zum BEM in Anspruch zu nehmen** oder auch ablehnend auf das Angebot zu reagieren, da die Tatsache, vom Arbeitgeber auf Krankheitszeiten angesprochen zu werden, zum Teil ungute Gefühle auslösen könne. Interessenvertreter befürchteten zudem, dass das **BEM von Vorgesetzten missbräuchlich als Krankenrückkehrgespräch** eingesetzt würde (s. II. 2.4.6.2)

In der Mitarbeiter- / Vorgesetztenbeziehung liegt ein Abhängigkeitsverhältnis vor. Je weniger Abhängigkeit vorhanden ist, desto mehr Raum besteht für offene und vertrauensvolle Kommunikation.

Mit dem „BEM-Stempel“ (alle wissen, ich habe gegebenenfalls Leistungseinschränkungen aufgrund von Krankheit) wächst der Druck, sich am möglichen „neuen“ Arbeitsplatz zu beweisen.

Die IBF machten Barrieren an der **mangelnden Überzeugung** der Führungskräfte und auch der Mitarbeiter bezüglich des BEM-Verfahrens fest. Weiter wurde ein **mangelndes Vertrauensverhältnis** zwischen Mitarbeitern und Vorgesetzten, welches den bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz empfundenen Leistungsdruck erhöhe, als eine Barriere genannt. **Krankheit wurde als ein Tabuthema bezeichnet** und die **negativ empfundene Einstellung von Vorgesetzten gegenüber kranken Mitarbeitern** als Barriere empfunden.

Als hinderlich für die BEM-Implementation erachteten die IBF darüber hinaus, dass der Arbeitgeber **keine oder nur begrenzt Möglichkeit habe, Lösungen zu bieten**. Auch die **mangelnde Transparenz aufgrund der komplexen Organisationsstrukturen** eines Krankenhauses erschwere nach ihrer Meinung die Prozesse bei der Konzeption und Implementation des BEM-Verfahrens.

Sowohl der noch ungeklärte Verfahrensablauf in der untersuchten Einrichtung als auch die noch nicht endgültig geklärte bzw. allen Akteuren bekannte Zuständigkeit für die Führung und Organisation der Gespräche führte zu Unsicherheiten bei Beschäftigten und Führungskräften, was durch eine systematische Vorgehensweise bei der Implementation vermieden werden sollte.

BEM wurde speziell von einer Berufsgruppe des medizinisch/therapeutischen Dienstes als Führungsaufgabe betrachtet. Es wurde deutlich, dass Führungskräfte mitunter der Meinung waren, in BEM-Verfahren nicht genügend mit einbezogen zu sein. Auch die Verortung der Zuständigkeit in der Personalabteilung über die formalen Prozesse hinaus wurde mitunter kritisch betrachtet, da das BEM als originäre Führungsaufgabe verstanden wurde (01.03 ,5–10).

Die von Hetzel et al. (2006) ermittelten Implementationsbarrieren (s. II. 3.1.2) wurden von den Interviewpartnern nicht direkt benannt, lassen sich aber induktiv aus dem Inhalt weiterer Kategorien wie z. B. zum Verständnis des BEM (s. II. 6.2.1), Verantwortungsbereich Mitarbeitergesundheit (s. II. 6.2.17), Unterstützung (s. II. 6.2.16) und aus der Kategorie Einführungsgründe (s. II. 6.2.3) ableiten. Auch Richter und Habib (2011) stellen fest, dass in Unternehmen die Bürokratisierung und der damit verbundene Arbeitsaufwand aber auch der Aspekt des Datenschutzes als Implementationsbarrieren benannt wurden.

Verfahren bei erkrankten Mitarbeitern vor Einführung des BEM

Vor Einführung des BEM lag die **Zuständigkeit für erkrankte Beschäftigte in der Hand der jeweiligen Führungskraft** – mit sehr unterschiedlichen Ausprägungen. So wurde in einigen Bereichen **Langzeiterkrankten kaum Berücksichtigung geschenkt**, da die Arbeitsplätze in der Regel neu besetzt wurden. Zudem wurde die Auffassung vertreten, dass erkrankte Beschäftigte, die nicht da sind, keinen stören. In anderen Bereichen wurde auch schon vor Einführung des BEM **systematisch Hilfe und Unterstützung angeboten**, ähnlich wie es beim BEM-Verfahren der Fall ist. Dies wurde auch bei der Frage nach Maßnahmen der Wiedereingliederung vor Einführung des BEM deutlich (s. III. 6.2.7).

Durch die Konzeption und Implementation des BEM-Verfahrens kann eine standardisierte Vorgehensweise im Hinblick auf den Zeitpunkt der Ansprache und die Einheitlichkeit eines Gesprächsangebotes erreicht werden.

Maßnahmen der Wiedereingliederung

Von den Akteuren wurden diverse Wiedereingliederungsmaßnahmen aufgeführt, die auch schon vor Einführung des BEM in der Einrichtung angewendet wurden. Die IBF hingegen hatten neben der Wiedereingliederung durch die Krankenkasse (§ 74 SGB V,

2004) kaum Vorstellungen zu weiteren Maßnahmen der Wiedereingliederung am Arbeitsplatz.

Akteure nannten Möglichkeiten der **Umsetzung an einen anderen Arbeitsplatz**. Darüber hinaus erwähnten sie **Arbeitsplatzmodifikationen, Beratungen bzw. die Lösungssuche durch Gespräche**, die **Hinzuziehung medizinischer Fachleute**, mögliche **Qualifizierungsmaßnahmen** und die **Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell** (§ 74 SGB V, 2004).

Interessenvertreter äußerten die Annahme, dass schon niederschwelligere Angebote, wie **Gespräche** einen nachhaltigen Nutzen für Mitarbeiter aufweisen könnten.

Es scheint unabdingbar zu sein, dass die vom Arbeitgeber angebotenen Maßnahmen im Rahmen des BEM von Mitarbeitern akzeptiert und als sinnvoll erachtet werden.

Dazu plädieren Niehaus et al. (2008) dafür, neben dem Angebot der Maßnahmen ebenfalls die Akzeptanz zu überprüfen, da nur so gewährleistet ist, dass sie von den Mitarbeitern auch in Anspruch genommen werden (Niehaus et al. 2008).

Reaktionen der IBF auf Anschreiben

Aus den Antworten der befragten Personen auf die Frage, wie sie auf das Schreiben, in dem sie auf Krankheit angesprochen wurden, reagiert haben ist deutlich geworden, dass durchgehend **anfängliche Skepsis gegeben war**. Nachdem die IBF jedoch Informationen über BEM erhalten hatten, zeigten sie Bereitschaft, dem Verfahren zuzustimmen. Während sie sich großenteils **Unterstützung wünschten**, zeigten sie dem Arbeitgeber gegenüber jedoch ein gewisses **Misstrauen**.

Anhand dieser Ergebnisse ist die Brisanz der Thematik, von Seiten des Arbeitgebers auf Krankheit angesprochen zu werden, deutlich geworden. Die Erkenntnisse zeigen die Notwendigkeit einer möglichst feinfühligem Ansprache von BEM-Fällen.

Richter und Habib (2011) weisen darauf hin, dass Ängste von Beschäftigten minimiert werden können, wenn deutlich wird, dass das BEM fürsorglich orientiert ist und nicht nur im Einzelfall greift, sondern jeder Beschäftigte, der länger als 42 Tage in 12 Monaten arbeitsunfähig ist, ein BEM-Angebot erhält.

Schon das schriftliche BEM-Angebot bedarf einer besonderen Beachtung. Der Schwerpunkt sollte auf eine fürsorgliche, wenig bürokratische Formulierung gesetzt werden. Es bietet sich an, ein Schreiben zu entwickeln, das sowohl die Arbeitgeber- als auch die Interessenvertreter- und Mitarbeiterperspektive beinhaltet (s. Anhang S. 219). Der Erfolg eines BEM ist zunächst einmal davon abhängig ob eine angeschriebene Person auf das BEM-Angebot reagiert bzw. dieses annimmt. So scheint es sinnvoll zu sein, die Schwelle der Nichtreaktion bzw. der Ablehnung möglichst hoch zu setzen. Eine Reaktion, wenn auch nur in Form von Informationen über BEM, bedeutet ein „in Kontakt bzw. in Beziehung gehen“. Dieses wiederum ist die Gelegenheit für eine Erläuterung des BEM-Verfahrens und der darin konzipierten Fürsorge (Verfahrensablauf Personalabteilung, Anschreiben und Antwortschreiben (s. Anhang S. 222).

Richter und Habib (2011) weisen auf Unternehmen hin, die ihre Einladungsschreiben regelmäßig überarbeiten, weil ihnen deutlich geworden ist, dass die Beschäftigten durch das Anschreiben sprachlich nicht erreicht werden oder es ihnen zu leicht gemacht wird, nicht zu reagieren oder abzusagen (Richter, Habib 2011, S. 32). So formulieren sie: „Die Wirkung eines offiziellen Schreibens, das die BEM-Einladung ja ist, darf nicht unterschätzt werden.“ (Richter, Habib 2011, S. 32).

Nur wenn eine grundsätzlich positive Einstellung dem BEM-Verfahren gegenüber bei Entscheidungsträgern vorherrscht, kann dieses auch glaubhaft an Beschäftigte kommuniziert und deren Vertrauen gewonnen werden.

Ansprache

Die befragten Akteure vertraten einheitlich die Auffassung, dass die Ansprache der BEM-Fälle **durch die Personalabteilung** erfolgen solle. So gingen sie davon aus, dass die Personalabteilung den Regularien entsprechend systematisch für die Aufgaben von der Identifikation der BEM-Fälle über die Ansprache, bis hin zu arbeitsrechtlichen Belangen zuständig sei. Auch Richter und Gels (2010) betonen den hohen Stellenwert der Personalabteilung im Rahmen von BEM, gerade im Hinblick auf arbeits- und dienstrechtliche Regelungen (Richter, Gels 2010). Dennoch weisen die Autoren darauf hin, dass unmittelbare Schreiben aus der Personalabteilung zu Sorgen und Ängsten bei Beschäftigten führen können und plädieren dafür, dort möglichst eine Untergliederung vorzunehmen und so die Ansprache z. B. durch die Personalentwicklung oder die betriebliche Gesundheitsförderung zu organisieren. Auch Romahn (2010) betont, dass die Ansprache der BEM-Fälle zur Entscheidung für oder gegen BEM führt

und dieses der Grund ist, warum viele Betriebe der Ansprache eine besondere Bedeutung beimessen.

Die Brisanz der Thematik, von Seiten des Arbeitgebers auf Krankheit angesprochen zu werden, gilt es in sämtlichen Schritten der Konzeption und Implementation zu berücksichtigen.

Um so notwendiger erscheint es, den Beschäftigten die fürsorgliche Intention bereits bei der Einführung des Verfahrens als auch bei der Unterbreitung des BEM-Angebotes glaubhaft deutlich zu machen (Richter, Habib 2011), (s. III. 6.2.9).

BEM-Beauftragter

Aus den Ergebnissen geht hervor, dass die Akteure die Ansicht vertraten, dass in der Einrichtung ein **BEM-Beauftragter** benannt werden sollte. Inhaltlich und organisatorisch sollte dieser **in der Personalabteilung** angesiedelt sein. Auch Richter und Gels (2010) sehen die Zuständigkeit des formalen Ablaufs in der Personalabteilung. Sie verorten die Initiierung des BEM in diesem Bereich.

Aus den Ergebnissen dieser Kategorie lassen sich keine Ableitungen dahingehend treffen, welche Anforderungen an einen BEM-Beauftragten gestellt werden bzw. über welche Kompetenzen dieser verfügen sollte (s. III. 6.2.4).

Auch in der Literatur findet sich bis dato noch recht wenig hinsichtlich eines Anforderungsprofils für Personen, die BEM-Gespräche führen. Richter und Habib (2011) fordern, dass diese über Empathiefähigkeit verfügen müssen, da sie mit vielfältigen Problemen, unterschiedlichen Menschen und auch eigenen Grenzen konfrontiert werden.

Die von den Autoren als relevant genannten Fragestellungen, mit denen die jeweiligen Beauftragten konfrontiert werden, lauten:

- *„Wie gehe ich mit einem (manchmal schwer und schicksalhaft) erkrankten Menschen um?*
- *Wie spreche ich mit psychisch Kranken?*
- *Was mache ich mit Erkrankten ohne Krankheitseinsicht?*
- *Was kann ich fordern, ihnen zumuten?*
- *Wie weit kann ich überhaupt helfen, und wo sind meine eigenen Grenzen?“*

(Richter, Habib, 2011, S. 33)

Richter und Habib (2011) fordern des Weiteren Schulungen, in denen die für das BEM verantwortlichen Personen auf ihre Aufgabe vorbereitet werden. Liebrich et al. (2011) plädieren dafür, externe Personen mit einzubeziehen. Darüber hinaus wird im Rahmen des Projektes „Neue Wege des BEM“ seit 2012 auch die Möglichkeit der Qualifizierung zum Arbeitsfähigkeitscoach geboten.¹⁸ Weiter wurde bereits in Kapitel II. 1.1 die Möglichkeit der Hinzuziehung von Disability Managern als auch die Möglichkeit der Qualifizierung zum Disability Manager diskutiert. Wie eingangs dargestellt, sollten in diesem Zusammenhang jedoch fachliche und strukturelle Aspekte gegenüberstellend diskutiert werden.

Für die Konzeption und Implementation gilt es zu klären, welches Aufgaben- bzw. Tätigkeitsprofil der BEM-Beauftragte haben und über welche Kompetenzen er verfügen sollte. Liegt seine Zuständigkeit primär in der formalen und koordinativen Abwicklung des Verfahrens oder ist er derjenige, der die Gespräche führt und somit verhaltensintervenitiv tätig zu wird.

Schulungen

Aus den Antworten der befragten Akteure ließen sich **Unsicherheiten hinsichtlich bereits existierender Schulungen** zum BEM in der Einrichtung erkennen. Es herrschten unterschiedliche Vorstellungen darüber, ob bereits Schulungen zum BEM stattfinden bzw. stattgefunden haben. Darüber hinaus herrschte **Unsicherheit bezüglich der Zielgruppe** etwaiger Schulungen. Im Gespräch wurden sowohl Vorgesetzte die einen Informationsbedarf aufweisen, als auch die für das BEM verantwortlichen Personen als Teilnehmer für Schulungen genannt. Speziell von Interessenvertreterseite schien die Befürchtung zu bestehen, dass Vorgesetzte Schulungen zum BEM **nicht die notwendige Bedeutung beimessen** würden, da sie die Fürsorge für erkrankte Beschäftigte ohnehin als originäre Führungsaufgabe betrachteten und etwaige Schulungen als Zusatzbelastung empfinden könnten. Interessenvertreter beschrieben die Absicht, dass die bereits existierende **BEM-Arbeitsgruppe**, die sich mit der Konzeption und Implementation des Verfahrens in der Einrichtung beschäftigt, einzelne Teams besuchen könne, um den formalen Ablauf und die inhaltlich für das Unternehmen spezifische Ausgestaltung des BEM als Unterstützungsangebot vorzustellen.

Die Ergebnisse verdeutlichen die Notwendigkeit der Verortung des BEM-Verfahrens in vorherrschende Organisationsstrukturen, da die Zuständigkeiten, die Inhalte, das Zeit-

¹⁸ www.neue-wege-im-bem.de/news/qualifizierungen-zum-arbeitsfaehigkeitscoach

raster und die Zielgruppe möglicher Schulungen organisiert bzw. entwickelt werden können.

Informationsmöglichkeiten

Von Seiten der Akteure wurde der **Personalabteilung** in der Funktion, als Informationsstelle für BEM zu fungieren, eine hohe Bedeutung beigemessen. Darüber hinaus führten die Akteure die **Vorgesetzten**, die entsprechenden **Interessenvertretungen** wie den **Personalrat** und die **Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen** auf, die bei Bedarf Auskunft zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement geben könnten. Außerdem wurde von allgemeinen zur Verfügung gestellten Informationen und Ansprechpartnern zum BEM gesprochen, bei denen sich Mitarbeiter zukünftig informieren könnten.

Eine fundierte und spezifische Information zum BEM kann erst erfolgen, wenn die grundsätzliche Einstellung über Bedeutung und Ziele des BEM im Unternehmen geklärt sind, der Verfahrensablauf sowie die Identifikation und Ansprache der BEM-Fälle organisiert ist, die Besetzung und die Rollen des BEM-Teams definiert sind und die grundsätzliche Vorgehensweise im Einzelfall überlegt wurde. Erst dann kann aus einer sich entwickelten „Selbstverständlichkeit zum BEM“ heraus im Unternehmen über BEM informiert und letztendlich dafür geworben werden.

Die Personen, die das unternehmensspezifische BEM mit erarbeiten, haben die Möglichkeit, Rentenversicherungsträger, Unfallkassen, das Integrationsamt und weitere Institutionen für Informationen und Anregungen für die Konzeption und Implementation ihres BEM-Verfahrens zu nutzen (Kayser 2008), (El Gamali, Selig 2008), Seel (2009). Zudem wurde bereits die Möglichkeit dargestellt, externe Disability Manager als Unterstützung für den Implementationsprozess einzukaufen (s. II. 1.1 und II. 1.2).

Wirksamkeit

Im Rahmen der Untersuchung wurden die Interviewpartner nach ihren Vorstellungen zur Wirksamkeit des BEM gefragt. In diesem Zusammenhang wurde primär die **Reduzierung der Ausfallquote** genannt. Der dafür notwendigen **Akzeptanz des BEM-Verfahrens** bei den betroffenen Beschäftigten wurde ebenfalls große Bedeutung beigemessen.

Aus den gewonnen Erkenntnissen zur Wirksamkeit des BEM lässt sich ableiten, dass sowohl aus der Perspektive der Akteure als auch aus der der IBF, das BEM für wirksam gehalten wird, wenn möglichst viele als BEM-Fall identifizierte Beschäftigte positiv auf das Angebot reagierten.

Nur wenn Betroffene dem Verfahren zustimmen, kann das Verfahren positiven Einfluss auf einen weiteren von Akteuren erwähnten Wirksamkeitsindikator nehmen, wie die Reduzierung der Ausfallquote und weitere Kennziffern aus denen der Erfolg eines BEM abgeleitet werden kann.

Die Studie von Niehaus et al. (2008) weist darauf hin, dass derzeit noch keine umfassende und valide Bewertung der Auswertung des BEM möglich sei. Ebenso existiere derzeit kein allgemeingültiges Modell über einen differenzierten monetären Nutzen für alle Arten von Unternehmen (Niehaus et al. 2008). Zum wirtschaftlichen Nutzen liegen jedoch erste Untersuchungen vor, nach denen sich besonders bei der Betrachtung von Einzelfällen positive Tendenzen nachweisen lassen.

Jastrow et al. (2010) haben mittels einer Kosten-Nutzen-Analyse, die auch Aspekte des Humankapitals berücksichtigt, die Gesamtkosten und den Gesamtnutzen eines BEM-Verfahrens bei einem Unternehmen mit 1300 Beschäftigten in Geldeinheiten bewertet und gegenübergestellt. So stellten sie Kostenaspekte (BEM-Einmaldurchführung; Laufende Kosten für BEM; Extra Stelle; Geringere „Produktivitätsstufe“ nach BEM) den Nutzenaspekten (Verringerung der AU-Zeiten, Verminderung der Kosten durch die Ausgleichsabgabe; Produktivitätsgewinne der BEM-Kandidaten; Geringe Wiedereinstellungskosten; BEM-Prämie; Kosten für Rechtsstreitigkeiten; Humankapitalerhalt) gegenüber. Sie konnten feststellen, dass durch jeden investierten Euro eine Einsparung von 4,84 Euro erfolgt.

Kritisch angemerkt werden könnte jedoch auf der Nutzenseite, dass die Verminderung der Kosten durch die Ausgleichsabgabe nicht erst durch die Einführung eines BEM-Verfahrens erfolgt, sondern auch ohne BEM bei dem Erreichen der Beschäftigungsquote von schwerbehinderten Beschäftigten greift. Darüber hinaus ist die BEM-Prämie gemäß § 84 Abs. 3 SGB IX (2004) eine Einmalzahlung, die nicht garantiert ist und sicherlich nicht als dauerhafte Größe im Hinblick auf den monetären Nutzen gewertet werden kann.

Dennoch ist nicht beabsichtigt, den Nutzen des BEM in Frage zu stellen. Vielmehr soll unterstrichen werden, dass Jastrow et al. (2010) selbst feststellen, dass sie in ihrer Studie Aspekte nicht haben einfließen lassen, die nicht oder nur schwer monetär bewertet werden konnten, wie Motivationssteigerung der Beschäftigten, positiver Einfluss auf das Betriebsklima sowie reibungslosere Arbeitsabläufe und eine Imagesteigerung durch das BEM. Dieses lässt darauf schließen, dass der von Jastrow et al. (2010) ermittelte Nutzen noch überschritten werden könnte.

Ursachenzuschreibung der Erkrankung

Ein Großteil der befragten IBF sah einen Zusammenhang zwischen der Erkrankung und dem Arbeitsplatz (s. III. 6.2.15).

Die IBF, die die Ursache ihrer Erkrankung am Arbeitsplatz begründet sahen, sprachen in erster Linie **zwischenmenschliche, kommunikative Aspekte** oder **individuelle, personenspezifische** Komponenten an. Darüber hinaus wurde **schlechte Führung** in Form von **Uninformiertheit, mangelnder Transparenz** und **mangelnder Bestätigung** genannt.

Nur selten wurde ein Zusammenhang zwischen der Erkrankung und einer schlechten Arbeitsausstattung oder einem Mangel an technischen Hilfsmitteln gesehen.

Die Fehlzeiten aufgrund von psychischen Erkrankungen haben in den letzten Jahren zugenommen (Seel, 2009, DAK, Gesundheitsbericht 2011). Reusch (2009) vertritt die Auffassung, dass die Arbeit einen großen Anteil daran habe. Um so mehr liege es in der Verantwortung von politischen und unternehmerischen Instanzen, etwas für die Gesundheit von Beschäftigten zu tun.

In Kapitel II. 3.3 wurde bereits beschrieben, dass Krankheiten in der Regel komplexe Ursachen zugrunde liegen. Aus gesundheitspsychologischer Perspektive hängt nach Bandura (1997) und Antonovsky (1997) das Gesundheitsempfinden einer Person wesentlich von ihrem Kohärenzgefühl oder von ihrer jeweiligen Selbstwirksamkeitserwartung ab. So hat das individuelle Kohärenzgefühl, die individuelle Selbstwirksamkeit oder das individuelle Empowerment Einfluss darauf, ob Personen dazu neigen, zu erkranken (Kluska et al. 2004, Bandura 1997, Schwarzer 2004, Hohmann, Schwarzer 2009, Lippke, Luszczynska, Schwarzer 2011).

Über die individuelle Betrachtungsweise hinaus sollte auch dem Umfeld entsprechend Bedeutung beigemessen werden. Bandura (1997) beschreibt die Wechselwirkung zwischen Person, Umwelt und Verhalten bereits in seiner sozialkognitiven Theorie (s. II. 3.2.3). Siegrist (1996) kommt in seiner arbeitspsychologischen Studie zu der Erkenntnis, dass eine mangelnde Gratifikation von Beschäftigten am Arbeitsplatz dazu beitragen kann, dass diese erkranken (s. II. 3.3.1).

So kann davon ausgegangen werden, dass durch das BEM-Verfahren berufliche Gratifikationskrisen bei Beschäftigten frühzeitiger wahrgenommen und ihnen mitunter sicherlich auch vorgebeugt werden kann, da die Beschäftigten selbst, Beauftragte, Ansprechpartner und Führungskräfte für arbeitsorganisatorische und individuell stressauslösende Faktoren im Rahmen des Arbeitslebens sensibilisieren bzw. sensibilisiert werden können und somit eher sowohl präventiv als auch kurativ gesundheitspädagogische Verhaltensintervention vorgenommen werden kann.

Kluska et al. (2004) weisen in ihrer Untersuchung nach, dass die am Arbeitsplatz vorherrschenden Strukturen einen signifikanten Einfluss auf das Erleben von Effort-Reward Imbalance und somit auch direkten Einfluss auf Gesundheit ausüben (s. II. 3.3.2). Wobei in dem Zusammenhang die Person als solches mit ihrem Verhalten und ihrer individuellen Wahrnehmung und letztendlich Bewertung der jeweiligen Situation ebenfalls berücksichtigt werden sollte.

In einer repräsentativen Befragung vom Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit in Nordrhein Westfalen ist deutlich geworden, dass die psychische Belastung aufgrund von Zeitdruck und Arbeitsüberbelastung entscheidend zu Erkrankungen beitrage (LIGA:NRW 2009).

Nach dem von Niehaus et al. (2008) entwickelten „Modell der Wirkfaktoren für die Bewertung des BEM“ kann jedoch davon ausgegangen werden, dass Krankheitsursachen, die am Arbeitsplatz verortet werden, speziell für Arbeitgeber eine Möglichkeit der Einflussnahme bieten. Die Maßnahmen können auf die Person, die Tätigkeit als auch auf das soziale Umfeld am Arbeitsplatz gerichtet sein. Das BEM-Verfahren bietet die Möglichkeit einer gezielten Analyse und darauf aufbauend der Entwicklung von Maßnahmen.

Hervorzuheben ist die Bedeutung arbeitsbedingter Erkrankungen, deren Ursachen eher im Verantwortungsbereich der im BEM handelnden Akteure liegen. Durch BEM-Verfahren können hier Verbesserungen erzielt und wirksam Einfluss genommen werden. (s. II. 3.1.3)

Die Studie von Kluska et al. (2004) (s. II. 3.3.2) hat zusätzlich die Erkenntnis gebracht, dass die am Arbeitsplatz vorherrschenden Bedingungen wesentlichen Einfluss auf den Grad der Selbstwirksamkeitserwartung als auch auf die empfundene Effort-Reward-Imbalance haben.

Auch wenn es eher utopisch erscheint die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung aller BEM-Fälle in allen Lebenslagen zu verbessern, so kann aber durchaus positiver Einfluss auf die bereichsspezifische oder kollektive Selbstwirksamkeitserwartung, wie sie am Arbeitsplatz entwickelt werden kann, vermutet werden (s. II. 3.2.3.1).

Weiter kann das BEM-Verfahren in Orientierung an die Attributionstheorie nach Weiner (1986) als ein stabiler externaler Faktor verstanden werden, der Hilfe und Unterstützung bietet (s. II. 3.2.3.3).

Für Beschäftigte, die die Ursache Ihrer Erkrankung am Arbeitsplatz verorten und die daher Unsicherheit bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz verspüren, kann eine Begleitung durch BEM dazu dienen, diese Unsicherheiten zu überwinden. Bereits in Kapitel II. 3.2.3.2 wurde in Anlehnung an Bandura (1997) darauf hingewiesen, dass Schwierigkeiten die Möglichkeit bieten zu lernen, wie Misserfolge in Erfolge umgewandelt werden. Erfolgserlebnisse können wesentlich zur Förderung von Selbstwirksamkeitserwartungen beitragen (Schwarzer 2004).

Unterstützung

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass der Wunsch nach Unterstützung durch den Arbeitgeber in hohem Maße von dem Vertrauensverhältnis bzw. der Beziehungsebene zwischen Arbeitnehmer, Vorgesetzten und Kollegen abhängt.

Die Zuständigkeit für das BEM-Verfahren außerhalb der Führungsebene erhöht die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme des BEM-Angebotes durch die Beschäftigten. Hauptvoraussetzung dafür ist jedoch Vertrauen in das Verfahren und die handelnden Personen.

Unterstützung wurde als Interesse an der Person verstanden. Schon niederschwellige Angebote, wie ein **Anruf**, eine **Karte** oder ein **Gesprächsangebot** während des Zeitraums der Erkrankung wurden von Beschäftigten als unterstützend empfunden.

Bedingung für ein Unterstützungsempfinden schien die **Wahrnehmung der fürsorglichen Intention der Kontaktaufnahme** zu sein.

IBF **wünschten Unterstützung bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz**. Sie forderten ein **Interesse des Vorgesetzten an der Belastbarkeit** des an den Arbeitsplatz zurückkehrenden Beschäftigten.

Eklatant schienen **Unsicherheiten hinsichtlich der potentiellen Leistungsfähigkeit** der Betroffenen zu sein.

Des Weiteren wurde eine besondere Bedeutung von **Vertrauen**, aber auch die **Beteiligung an der Entscheidungsfindung** bei der Lösungssuche sowie die **Partizipation** mit der jeweiligen Unterstützungsform erkennbar.

Die IBF, die gut informiert und in der Lage waren Wünsche konkret zu formulieren, forderten in der Regel Unterstützung ein. Beobachtet wurde ein schlechtes Gewissen wegen der eigenen Erkrankung. Darüber hinaus wurde deutlich, dass Betroffene nicht zur Last fallen wollten und davon ausgingen, dass ihre Belange von Vorgesetzten nicht gehört werden wollten.

BEM kann eine Unterstützung für Beschäftigte aber auch für Führungskräfte im Umgang mit erkrankten Beschäftigten bedeuten, da die Verantwortung für zum Teil schwierige „Fälle“ auf mehreren Schultern lastet. Dafür ist es jedoch erforderlich, Führungskräften die Mediator- und Organisatorfunktion der BEM-Beauftragten zu vermitteln. Es geht nicht darum, Entscheidungen über die Köpfe der Führungskräfte hinweg zu treffen. Vielmehr geht es darum bei der Lösungssuche zu unterstützen und gegebenenfalls vermittelnd tätig zu werden.

Es hat sich herausgestellt, dass das Unterstützungsempfinden der IBF in hohem Maße von Erwartungen geprägt war, die nur zum Teil offen kommuniziert und eingefordert wurden.

Im Rahmen von BEM kann danach gefragt werden, mit welchen Erwartungen der Beschäftigte das BEM-Angebot angenommen hat. Darüber hinaus bietet es sich an, gemeinsam zu schauen, welche dieser Erwartungen erfüllt werden können. Ferner besteht durch BEM die Möglichkeit, nicht erfüllte Erwartungen offen zu kommunizieren, den Beschäftigten zu unterstützen oder gegebenenfalls auch Raum für die Äußerung von Frustration auf Grund von nicht erfüllten Erwartungen zu geben.

Beschäftigte, die sich in der Vergangenheit nicht unterstützt fühlten, obwohl sie Unterstützung eingefordert hatten, bekommen durch BEM die Chance, ihre Einflussmöglichkeiten zu erhöhen oder ihre Erwartungen zu überdenken.

BEM bietet Raum zur Erläuterung der Wahrnehmung der Führungskraft und des Beschäftigten unter Anwesenheit einer dem System nicht zugehörigen Person, die im Bedarfsfall vermittelnd tätig wird.

So zeigten Beschäftigte, die die Ursache ihrer Erkrankung am Arbeitsplatz verorteten, und diese eher im zwischenmenschlichen Bereich sahen, eher Hemmungen, ein BEM-Angebot in Anspruch zu nehmen, als Beschäftigte, die die Ursache der Erkrankung nicht am Arbeitsplatz verorteten.

Es ist davon auszugehen, dass ein gesundheitspädagogisch orientiertes BEM-Verfahren, das das Individuum, die Selbstbestimmung und die Aktivierung von Bewältigungskompetenzen in den Fokus nimmt, positiven Einfluss auf die Entwicklung von Selbstwirksamkeitserwartungen ausüben kann. So kann beispielsweise dem Gefühl der Überforderung bei der Rückkehr nach Krankheit an den Arbeitsplatz durch eine vorab systematisch geplante Rückkehr, die eine detaillierte Tätigkeitsbeschreibung für die Zeit der Wiedereingliederung beinhaltet, dazu dienen Überforderung zu verhindern.

Im Rahmen von BEM kann die Möglichkeit der Einflussnahme auf Gesundheitsverhalten unter anderem im Hinblick auf Selbstbestimmung genutzt werden. Der Beschäftigte hat in einem geschützten Rahmen die Möglichkeit, Unsicherheiten zu thematisieren und gemeinsam mit weiteren Personen seines Vertrauens erste Lösungsschritte zu entwickeln.

Lösungen können durchaus niederschwellig sein, indem beispielsweise die Dauer der Wiedereingliederung kritisch reflektiert eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt oder

aber ein rückengerechter Bürostuhl bestellt wird (Seel, 2009). Manchmal geht es auch darum, mit dem Beschäftigten individuelle Abgrenzungsmöglichkeiten zu erläutern. Für das Unternehmen bietet die Hinzuziehung externer Institutionen, wie Rentenversicherungsträger (RVT), aktive Unterstützung bei der Lösungssuche zur Integration des Beschäftigten an den Arbeitsplatz. Des Weiteren sind hier finanzielle Anreize, wie z. B. Eingliederungszuschüsse oder betriebliche Anpassungsmaßnahmen zu erwähnen, die für Arbeitgeber auch aus ökonomischer Perspektive durchaus interessant sind (El Gamali, Selig 2008).

Verantwortungsbereich Mitarbeitergesundheit

Die befragten Akteure sahen die originäre Zuständigkeit für die Gesundheit in der Person des Beschäftigten selbst. Der **Eigenverantwortung von Individuen** wurde insgesamt eine hohe Bedeutung beigemessen. Ihre Zuständigkeit für Mitarbeitergesundheit sahen die Akteure primär in der **Minimierung von Risikofaktoren am Arbeitsplatz**. Zudem erfolgten Hinweise auf die gesetzlich verankerte Zuständigkeit im Hinblick auf Arbeits- und Gesundheitsschutz, die in Kapitel II. 2.4.3 der vorliegenden Arbeit beschrieben und als ein Managementbereich des BGM (s. Abbildung 2) dargestellt wurde.

BEM kann dazu dienen, verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen zu eruieren, zu unterstützen und einzufordern.

Im Kontext von Führung und Zusammenarbeit als einen weiteren Managementbereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ist bereits in Kapitel II: 2.4.5 die Rolle der Führungskraft im Hinblick auf die Gesundheit der Beschäftigten thematisiert worden. Ebenso wird diesem Aspekt in den Ergebnissen zu Maßnahmen zur Gesundheit am Arbeitsplatz (III. 6.2.18) Rechnung getragen.

Maßnahmen zur Gesundheit am Arbeitsplatz

Die Akteure legten ihren Schwerpunkt auf **strukturelle Bedingungen am Arbeitsplatz** und die **Selbstverantwortung des Mitarbeiters**.

Die IBF forderten neben traditionellen Gesundheitsförderungsangeboten wie **Yoga** und **Rückenschule** von Seiten der Vorgesetzten **Verbindlichkeit** und **Wertschätzung**. Sie wünschten sich eine **vertrauensvolle Atmosphäre** im Team, Raum für **Kommunikation** und Offenheit, eine ausreichende **personelle Ausstattung** und eine Arbeitsorga-

nisation und Gestaltung, die die **Vereinbarkeit von Beruf und Familie** und **individuelle Entfaltung** ermöglicht.

Die von den Interviewpartnern im Hinblick auf Arbeitsgestaltung und Arbeitsorganisation geforderten Maßnahmen wurden zum Teil in Kapitel II. 2.4 behandelt. Von besonderer Bedeutung scheinen in diesem Zusammenhang die „Gestaltungsmerkmale persönlicher- und gesundheitsförderlicher Aufgabengestaltung“ zu sein, wie sie Ulich und Wülser (2010) formulieren.

Weiter wurde von einigen Beschäftigten eine **engmaschigere Kontrolle der Vorgesetzten** gefordert.

Das BEM-Verfahren kann die Möglichkeit bieten, Führungsverhalten zu reflektieren.

Schon in Kapitel II. 2.4.5 wurde die Funktion der Führungskraft als Sicherheits- und Ressourcenmanager nach Zimmer (2006) beschrieben. Auch Ducki (2011) und Echterhoff (2011) betonen, dass das Führungsverhalten einzelner Vorgesetzter entscheidenden Einfluss auf Arbeitsabläufe, Teamstrukturen und Veränderungen im Unternehmen hat.

Diese Studie hat aufgezeigt, dass das Führungsverhalten in einem engen Zusammenhang mit dem Stresserleben der IBF stand. Die befragten Beschäftigten forderten zur Verbesserung ihrer Gesundheit am Arbeitsplatz, die Vorgesetzten in ihrem **Führungsverhalten konstruktiv kritisch zu betrachten**.

BEM lässt sich zur Ableitung primärpräventiver Maßnahmen nutzen, weil Vorgesetzte für den Umgang mit Beschäftigten sensibilisiert werden und krankmachende Faktoren frühzeitiger ermittelt oder diesen vorgebeugt werden kann.

Beschäftigte versprachen sich von der Umsetzung der genannten Aspekte Entlastung und Druckreduzierung. Dass Druckreduzierung und Entlastung gesundheitsförderlich sind, ist durch diverse Studien hinreichend belegt (Laschinger, Finegan et al. 2001) und wurde durch die Aussagen der IBF und Akteure untermauert.

Wie schon in Kapitel II. 2.4.4., in Orientierung an Ulich und Wülser (2010) dargestellt, halten Akteure eine **ausreichende personelle Ausstattung**, die Förderung von **Transparenz**, ein hohes Maß an **Eigenständigkeit** einzelner Funktionsbereiche sowie die

Selbstverantwortung des einzelnen bei der Arbeitserledigung für gesundheitsförderlich am Arbeitsplatz.

Auch der **Fachkompetenz** des Beschäftigten, die nach Ansicht der Akteure durch **Qualifizierungsmaßnahmen** erreicht werden könne, wurde entsprechende Bedeutung beigemessen. Des Weiteren wurden die Aspekte **Kommunikation**, **Vertrauen** sowie die Berücksichtigung der Interessen der Beschäftigten als wichtig erachtet.

Die Ergebnisse bestätigen die Ergebnisse von Kluska et al. (2004) zu Workplace Empowerment und Psychological Empowerment sowie zu Effort-Reward Imbalance nach Siegrist (1996) (s. II. 3.3). Über die soeben genannten Studien hinaus wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit festgestellt, dass die Vorstellungen zu Maßnahmen für Gesundheit am Arbeitsplatz von der Wahrnehmung der IBF, der Akteure und deren individuellem Gesundheitsverständnis abhing.

Deutlich wurde zudem, dass die IBF weniger konkrete Handlungsempfehlungen benannten, sondern eher den Wunsch nach verstärkter **Kommunikation**, harmonischem Miteinander und **Wertschätzung durch die Vorgesetzten**.

Für eine erfolgreiche und nachhaltige Konzeption und Implementation eines BEM-Verfahrens ist bei den handelnden Akteuren das Bewusstsein über vorherrschende persönliche Beziehungsebenen und grundsätzliche Aspekte hinsichtlich Arbeitgeber- / Arbeitnehmerrolle als Basis für die Lösungssuche und gegenseitiges Verständnis unabdingbar.

Eine gute Kommunikationskultur zwischen Mitarbeitern und Vorgesetzten ist unentbehrlich.

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement kann dazu dienen, die Kommunikationskultur zu verbessern. In dem Zusammenhang können bspw. die Wahrnehmung eigener Ressourcen, konstruktive Gespräche, die Interpretation vergangener und aktueller Ereignisse am Arbeitsplatz und das Setzen von Nahzielen von großer Bedeutung sein.

Die aus den BEM-Gesprächen gewonnenen Erkenntnisse, können unter Berücksichtigung des Vertrauenscodex, unternehmensweit präventiv genutzt werden, um Krankheit am Arbeitsplatz vorzubeugen.

BEM kann Transparenz fördern, unzureichende Arbeitsbedingungen ins Bewusstsein rücken und die selbstkritische Auseinandersetzung der Führungskräfte in ihrer Rolle als leitende Angestellte fördern.

Die von den Interviewpartnern geforderten Maßnahmen für die Gesundheit am Arbeitsplatz spiegeln die in Kapitel II. 2.4 aufgeführten Managementbereiche des BGM wider und unterstreichen die Komplexität der Thematik Gesundheit am Arbeitsplatz.

BEM ist ein Angebot eines Arbeitgebers an einen Beschäftigten, der mindestens 42 Tage in 12 Monaten erkrankt ist. Arbeitnehmer stehen objektiv betrachtet grundsätzlich in Abhängigkeit zu ihrem Arbeitgeber. Das bedeutet, dass eine vertrauensvolle symmetrische Kommunikation über mögliche gesundheitliche Beeinträchtigungen, deren mögliche Krankheitsursachen am Arbeitsplatz begründet sein können, nur bedingt möglich ist. Auch die Kommunikation über mögliche Auswirkungen von Erkrankung auf die Arbeit kann schwer fallen, da im Rahmen der vorherrschenden Beziehungsstruktur eine komparative Kommunikationsstruktur besteht.

Es zeigte sich, dass Beschäftigte nur bedingt den Raum für offene Kommunikation nutzten, da sie aufgrund des Abhängigkeitsverhältnisses potentiell die Gefahr sahen, den Arbeitsplatz zu verlieren, wenn die Arbeitserledigung nur noch eingeschränkt möglich war.

Somit gilt es, in Anbetracht des vorherrschenden Abhängigkeitsverhältnisses, das BEM-Verfahren dazu zu nutzen, Zugang zu Beschäftigten und somit Zugang zu Informationen, die für Interventionsmaßnahmen für Gesundheit am Arbeitsplatz bereits im primär präventiven Bereich notwendig sind, zu erhalten.

Es gilt, das Vertrauen in das Instrument BEM zu fördern, um den Zugang zu möglichst vielen gesunden und nicht gesunden Beschäftigten zu erhalten.

Nachdem die Ergebnisse und die abgeleiteten Handlungsempfehlungen dargestellt und diskutiert worden sind, soll im Folgenden die Darstellung des BEM-Konzeptions- und Implementationsprozesses erfolgen.

2 Abriss des Implementationsprozesses auf Grundlage der Ergebnisse

Übergeordnete konzeptionelle Aspekte:

Von Seiten der xxx Abteilung xxx und der Betriebsleitungen der XXX Kliniken xxx wurde in 2010 die Konzeption und Implementation eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) beschlossen.

Um das Vertrauen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in das Instrument zu fördern, war es ein Anliegen der Einrichtungen, das BEM als ein gemeinsames Konstrukt von Betriebsleitung und Personalrat zu entwickeln und dieses entsprechend an die Beschäftigten zu kommunizieren.

Ein weiteres Ziel war, das BEM zukünftig als einen festen Bestandteil des betrieblichen Gesundheitsmanagements zu etablieren. Dieses sollte auf strategischer Ebene im Bereich der Personalabteilung / Allg. Verwaltung angesiedelt sein und in Wechselbeziehung zu weiteren Managementbereichen des betrieblichen Gesundheitsmanagements, wie beispielsweise dem Bereich Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit, stehen. Es wurde ein grundlegend ressourcenorientierter Ansatz verfolgt, der das Individuum in den Mittelpunkt stellt.

Die formale Zuständigkeit für das BEM-Verfahren wurde an die Personalabteilung / Allg. Verwaltung delegiert. Diese ermittelt in monatlichen Abständen die BEM-Fälle, unterbreitet den betroffenen Mitarbeitern das schriftliche BEM-Angebot und koordiniert das Antwortverfahren. Zudem gibt es eine BEM-Beauftragte, deren Arbeitsschwerpunkt in der Personalentwicklung liegt und die darüber hinaus als übergeordnete BEM-Koordinatorin fungiert.

Aus dem Arbeitskreis Gesundheit ist bereits in der Vorbereitungsphase eine klinikübergreifende Arbeitsgruppe zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement entstanden. Diese war besetzt durch den stellvertretenden Personalleiter, zwei Personalratsvertreter, eine Vertrauensperson schwerbehinderter Menschen und eine Promotionsstudentin aus dem Fachbereich Humanwissenschaften der Universität Osnabrück. Die Arbeitsgruppe entwickelte einen Vorschlag für eine Dienstvereinbarung in Anlehnung an die vom Träger der Einrichtungen vorgegebene Rahmenregelung. Die Dienstvereinbarung zu „BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“ (s. Anhang 227) ist im August 2011 in Kraft getreten.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe entwickelten während des Konzeptions- und Implementationsprozesses eine grundlegend systemische Betrachtungsweise eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Zudem fanden in ihrer Arbeit Erkenntnisse aus Interviews zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement und zu Krankheitserleben am Arbeitsplatz Berücksichtigung, die mit Mitarbeitern, Führungskräften des medizinisch-therapeutischen Dienstes, Führungskräften des Verwaltungsdienstes und Interessenvertretern geführt worden waren.

Um dem Anspruch der Betriebsleitung als Initiator für das BEM zu fungieren und gleichzeitig den Forderungen der interviewten Beschäftigten hinsichtlich einer „neutralen“ Ansprechperson Rechnung zu tragen, wurden drei arbeitgeberseitig benannte BEM-Beauftragte¹⁹ und drei von Interessenvertreterseite benannte BEM-Ansprechpartner²⁰ benannt, die von den Betroffenen gewählt werden können, und die sich mit der individuellen Vorgehensweise im Einzelfall beschäftigen bzw. den Beschäftigten begleiten.

Die von Arbeitgeberseite benannten BEM-Beauftragten und von der Interessenvertretung benannten BEM-Ansprechpartner wurden als BEM-Team betitelt.

Im Verlauf der Untersuchung wurde in Abstimmung mit der Betriebsleitung durch die Mitglieder der Arbeitsgruppe

- eine flächendeckende Mitarbeiterinformation vorgenommen (persönliches Informationsschreiben), (siehe Anhang S. 219)
- eine Personalversammlung zum Thema BEM durchgeführt,
- ein Intranetportal, ein Flyer und ein Plakat erstellt und
- bereichsbezogene Informationsveranstaltungen durch Mitglieder des BEM-Teams durchgeführt

Für Vorgesetzte, Personalratsvertreter und Vertreter der Personalabteilung fand zur Basisinformation in 2009 eine Inhouse-Schulung durch eine Trainerin von der Technologie-Beratungsstelle NRW statt. 2011 folgte eine Intensivschulung: „Prävention plus 2011“ in zwei Modulen für die Mitglieder des BEM-Teams durch das LWL-Integrationsamt. Im Folgenden sollen strukturelle prozessbezogene und einzelfallbezogene

¹⁹ BEM-Beauftragte sind arbeitgeberseitig benannt. Ein BEM-Beauftragter nimmt verpflichtend an einem BEM-Gespräch teil.

²⁰ BEM-Ansprechpartner sind von Interessenvertreterseite benannt. Sie können auf Wunsch des Mitarbeiters zu einem BEM-Verfahren hinzugezogen werden.

Aspekte stichpunktartig dargestellt und die prägnanten Verfahrensgrundsätze verdeutlicht werden.

Strukturelle prozessbezogene Aspekte:

- Die Identifikation und Ansprache der BEM-Fälle erfolgt nach einem festen Schema;
- standortübergreifende Lösungssuche des Klinikverbundes;
- das BEM-Team reflektiert Erfahrungen regional und überregional bezogen auf die Standorte;
- Kommunikation steht im Vordergrund und schafft Entlastung;
- alle BEM-Beauftragten und BEM-Ansprechpartner verfügen über eine Zusatzausbildung im Bereich Kommunikation bzw. Konfliktberatung und wurden für eine gesundheitspädagogische Betrachtungsweise sensibilisiert;
- während der Umsetzung von Maßnahmen wird der Betroffene begleitet;
- auf Wunsch wird der Betroffene auch zu Hause oder an einem neutralen Ort vom BEM-Beauftragten und / oder BEM-Ansprechpartner aufgesucht;
- für die Strukturierung der BEM-Gespräche ist ein Gesprächsleitfaden in Orientierung an dem Modell der Wirkfaktoren des BEM nach Niehaus (2008) entwickelt worden. Dieser steht sowohl dem BEM-Team als auch allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Intranet zur Verfügung (s. Anhang S.224);
- die Inanspruchnahme des BEM-Angebots sowie der BEM-Beauftragten und der Informationsgespräche wird regelmäßig evaluiert. Die Anzahl der BEM-Fälle in den unterschiedlichen Arbeitsbereichen wird nachgehalten und die Zufriedenheit der Beschäftigten mit dem Ergebnis des BEM-Verfahrens ermittelt (Evaluationsbogen s. Anhang S. 234).
- Um das Vertrauen in das Verfahren zu fördern, haben in der Personalversammlung zu „BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“ Beschäftigte, die bereits ein BEM-Verfahren durchlaufen haben, über ihre Erfahrungen berichtet.
- Der Schutz personenbezogener Daten und der Vertrauenskodex findet in besonderem Maße Berücksichtigung (BEM-Akte).
- Ein übergeordnetes Ziel der Arbeitsgruppe BEM ist, durch BEM die Motivation und Zufriedenheit bei den Beschäftigten in einem Klima des Vertrauens zu fördern

Einzelfallbezogene Aspekte:

- Die Selbstbestimmung des Individuums hat eine hohe Priorität.
- Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter ist Frau / Herr des Verfahrens, dieses wird überall betont und dient der niederschweligen Vertrauensbildung („ich bestimme, ob ich mit einer oder mehreren Personen spreche“).
- Beschäftigter kann zwischen drei arbeitgeberseitig benannten BEM-Beauftragten wählen, unabhängig davon, zu welcher Berufsgruppe er gehört.
- Von Interessenvertreterseite benannte BEM-Ansprechpartner stehen vorab für Informationsgespräche zur Verfügung.
- Beschäftigter kann auf Wunsch weitere Personen seines Vertrauens, wie Partner, Kollegen oder Vorgesetzte in das Verfahren involvieren.
- Eine vom Mitarbeiter ausgewählte Person des Personalrats nimmt an den Gesprächen teil, es sei denn, der Mitarbeiter schließt dieses aus.
- Individuelle Lösungssuche und Maßnahmenplanung.
- Gegebenenfalls Hinzuziehung weiterer Personen, z. B. Fachkraft für Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit, Vorgesetzter, Schwerbehindertenvertretung oder auch externe Personen wie Rehabilitationsberater oder weitere.

Im Rahmen des Forschungsvorhabens wurden induktiv Möglichkeiten der Evaluation des BEM-Angebots (s. Anhang S. 223) und des BEM-Verfahrens (s. Anhang S. 234) ermittelt. Diese berücksichtigen keinen monetären Nutzen des BEM und sollen auch nicht als abschließend betrachtet werden. Diese erste Form der Evaluation bietet jedoch einen Überblick über die Inanspruchnahme des BEM-Angebots und über die im BEM-Verfahren durchgeführten Maßnahmen. Die Evaluationsergebnisse lassen Rückschlüsse auf die Akzeptanz des BEM-Verfahrens im Unternehmen zu und decken darüber hinaus Verbesserungspotentiale im System auf, um konkrete Ansatzpunkte für die Förderung von Gesundheit am Arbeitsplatz zu liefern.

3 Kritische Reflexion der Studie

Einleitend wurde eine theoriegeleitete Verortung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements auf der normativen, strategischen und operativen Unternehmensebene vorgenommen. Anschließend wurde eine grundlegende gesundheitswissenschaftliche Betrachtungsweise angewandt. Die gesundheitswissenschaftliche und gesundheitspädagogische Verortung konnte dazu beitragen, wie von Troschke und Mühbacher (2005) postuliert, ein politisch gefordertes Konzept, wie das BEM, wissenschaftlich zu untermauern.

Einige Einschränkungen sollten bei der vorgenommenen Standortbestimmung jedoch berücksichtigt werden. So sollte nicht unerwähnt bleiben, dass die Erkenntnisse im Rahmen des Forschungsvorhabens aus einem gesundheitswissenschaftlichen Implikationszusammenhang heraus gewonnen wurden. Die Wahl anderer wissenschaftlicher z. B. rechts- oder wirtschaftswissenschaftlicher Betrachtungsweisen hätte möglicherweise andere Erkenntnisse erbracht.

Weiter sollte bei der Betrachtung der Untersuchung berücksichtigt werden, dass auch nicht empirisch gesichertes Wissen in die Studie mit einbezogen wurde, da davon auszugehen ist, dass das aus der alltäglichen Praxis gewonnene Wissen Erkenntnisse für Konzeptions- und Implementationsprozesse von BEM-Verfahren liefert.²¹

Anzumerken ist darüber hinaus, dass an der Studie nur die langzeit- bzw. häufig erkrankten Arbeitnehmer teilgenommen haben, die motiviert waren, sich an dem Verfahren zu beteiligen und der Meinung waren, etwas zum Thema beitragen zu können. Speziell die Antworten auf die Fragen hinsichtlich der Reaktion auf das Anschreiben und auch, ob einem BEM-Verfahren zugestimmt worden wäre, bedürfen einer differenzierten Betrachtungsweise. So ist davon auszugehen, dass die Beschäftigten, die sich für die Studie zur Verfügung gestellt haben, sich generell offener zeigten, über ihre Erkrankung zu kommunizieren als die Personen, die nicht bereit waren, sich für ein Interview zur Verfügung zu stellen, obwohl sie vielleicht etwas hätten beitragen können. Der Zugang zu dieser Personengruppe war jedoch nicht möglich. Ein Vorschlag zur weiteren Forschung wäre eine Folgestudie, die gezielt die Personen anspricht, die ein BEM-Angebot abgelehnt haben.

²¹ Abriss des Entwicklungsprozesses, die Darstellung der Dienstvereinbarung zum BEM, der dargestellte BEM-Verfahrensablauf in der Personalabteilung, das BEM-Infoschreiben, das BEM-Anschreiben, das BEM-Antwortschreiben, der Gesprächsleitfaden. Die Entwicklung der aufgeführten Handlungsprodukte erfolgte im Rahmen des BEM-Konzeptions- und Implementationsprozesses. Sie waren jedoch nicht Bestandteil der Methodologie der vorliegenden Untersuchung

Die sehr stringente theoriegeleitete Vorgehensweise der Datenerhebung und -auswertung bietet weitere Ansatzpunkte für Kritik im qualitativen Forschungskontext. aufgrund der Tatsache, dass die Klinik an einer zeitnahen Implementation des BEM-Verfahrens interessiert war und ihr Interesse auf vereinzelte, konkrete Ergebnisse richtete, war kein Raum für eine umfangreichere Datenerhebung und -auswertung, was somit zu einer eingeschränkten induktiven Erkenntnisgewinnung geführt hat. Einschränkungen ergeben sich auch durch die eingesetzten Methoden der qualitativen Interviews. So kann ein lenkender Einfluss durch die im Vorfeld formulierten Kategorien nicht ausgeschlossen werden. Zudem erfolgte aufgrund der zeitlichen Rahmenbedingungen auch keine kommunikative Validierung der Daten durch die Interviewten.

Ebenso ist deutlich geworden, dass das Ziel, Handlungsempfehlungen für eine gesundheitspädagogische Konzeption und Implementation eines BEM-Verfahrens zu formulieren, nur ansatzweise erreicht wurde, da sich im Verlauf der Untersuchung zeigte, dass die Komplexität der Thematik im Widerspruch zu universal formulierten Handlungsempfehlungen steht. Dennoch erbrachte die vorliegende Studie Erkenntnisse, die für die erfolgreiche Konzeption und Implementation von BEM-Verfahren genutzt werden können und aus denen sich effektive Maßnahmen für Gesundheit am Arbeitsplatz ableiten lassen.

4 Fazit und Ausblick

Durch diese empirische Studie sind Erkenntnisse zu der Konzeption und Implementation eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements generiert worden. Sie legt exemplarisch das Erleben langzeit- bzw. häufig erkrankter Personen und die Einstellungen von Akteuren zum Umgang mit kranken Mitarbeitern am Arbeitsplatz dar, beziehungsweise bei der Rückkehr an diesen.

Die Studie sollte dazu beitragen, gesundheitswissenschaftliche Theorien zu liefern, um die Konzeption und Implementation des gesetzlich formal vorgeschriebenen BEM-Verfahrens mit einer gesundheitspädagogischen Intention zu etablieren und so die Bereitschaft von Arbeitgebern, ein BEM durchzuführen und darüber hinaus die Bereitschaft, einem BEM-Verfahren zuzustimmen, positiv zu beeinflussen.

Mit Hilfe qualitativer Forschungsmethoden wurden Vorstellungen zu der Konzeption und Implementation eines BEM-Verfahrens und Erfahrungen mit Krankheit am Arbeitsplatz von 22 von Krankheit betroffenen Arbeitnehmern und 10 Akteuren²² systematisch erfasst. Zum Einsatz kam das episodische Interview nach Flick (2005, 2009). Als methodologischer Rahmen zur Gestaltung des Forschungsprozesses, der Darstellung der Ergebnisse und der Diskussion fand eine Orientierung an der thematischen Codierung nach Hopf et al. (1993) und der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2002, 2008, 2010) statt.

Die gewonnenen Erkenntnisse können bei einer Konzeption und Implementation eines BEM-Verfahrens aus gesundheitspädagogischer Perspektive Verwendung finden und lassen Rückschlüsse auf effektive Maßnahmen für Gesundheit am Arbeitsplatz zu. Wie eingangs beschrieben, ist davon auszugehen, dass die Auswirkungen des demografischen Wandels, wie Fachkräftemangel und alternde Belegschaften, die Unternehmen zukünftig personalstrategisch vor neue Herausforderungen stellen. So besteht die Notwendigkeit, die Integration Beschäftigter nach Krankheit und auch die Integration leistungseingeschränkter Beschäftigter in besonderem Maße zu forcieren, um Erwerbspersonenpotential auf Dauer zu sichern und die Quote der Arbeitsunfähigkeit nachhaltig zu senken. Die Umsetzung des seit 2004 vom Gesetzgeber geforderten Betrieblichen Eingliederungsmanagements (SGB IX; § 84, Abs. 2, 2004) durch die Arbeitgeber, kann bei entsprechender Umsetzung durch die Unternehmen dazu dienen, diesen Zielen näher zu kommen (Niehaus et al. 2008).

²² Führungskräfte med/therap. Dienst, Führungskräfte aus dem Bereich der Verwaltung und Interessenvertreter

Als ein zentrales Phänomen hinsichtlich der Wirksamkeit von BEM-Verfahren konnte festgestellt werden, dass die grundlegende Voraussetzung für ein erfolgreiches BEM die Zustimmung der Betroffenen zu dem Verfahren ist. So bedarf es, um die Mitwirkung möglichst vieler als „BEM-Fall“ identifizierter Mitarbeiter zu erreichen, einer gesundheitspädagogischen Konzeption und Implementation eines BEM-Verfahrens, das auf normativen, strategischen und operativen Ebenen des Unternehmens zu verankern ist. Es bietet sich an, auf der normativen Ebene das Ziel bzw. die Intention des BEM als ein Hilfs- und Unterstützungsangebot des Arbeitgebers übergeordnet anzusiedeln, um Partizipation an dem Verfahren von Führungskräften und Belegschaft zu gewährleisten und somit Gesundheit am Arbeitsplatz zu fördern, insbesondere bei der Rückkehr nach Krankheit. Auf der strategischen Ebene ist das BEM im Bereich der Organisations- und Personalentwicklung anzusiedeln. Auf der operativen Ebene steht es im Bereich des BGM als Präventionsinstrument in Wechselbeziehung zu anderen Managementbereichen.

Die Einbettung in bestehende Unternehmensstrukturen liefert die Voraussetzung dafür, dass das BEM zur Ableitung primärpräventiver Maßnahmen im Sinne eines Controllinginstruments genutzt werden kann.

BEM schafft Transparenz und dient dazu, Verbesserungspotentiale im Unternehmen aufzudecken, die über die Bearbeitung des Einzelfalls hinausgehen.

Die vorliegende Studie bestätigt, dass für eine erfolgreiche Konzeption und Implementation die Notwendigkeit von Vertrauen in das Instrument von Seiten der Beschäftigten wie auch von Seiten der Vorgesetzten existieren sollte. Darüber hinaus hat sie die Erkenntnis erbracht, dass das existierende Abhängigkeitsverhältnis des Arbeitnehmers zu seinem Arbeitgeber mitunter als Vertrauensbarriere betrachtet werden kann, asymmetrische Kommunikationsstrukturen und Machtverhältnisse vorherrschen und somit besondere Anforderungen an die Gestaltung eines BEM-Verfahrens zu stellen sind. Grundlage für Vertrauen in zwischenmenschlichen Kontakten ist die Beziehungsebene basierend auf einer symmetrischen Kommunikation, welche durch BEM gefördert werden kann. Der Ansatz sollte ressourcenorientiert gestaltet sein und von Betriebsleitung und Interessenvertretung unterstützt werden.

Die vorliegende Studie zeigt auf, dass die Inanspruchnahme durch eine möglichst niederschwellige Konzeption erreicht wird, in der eine ausreichende Information, eine fürsorglich orientierte Ansprache, Freiwilligkeit, Selbstbestimmung durch Wahl eines BEM-Beauftragten, neutrale Ansprechpartner, auf Wunsch Hinzuziehung weiterer Vertrauenspersonen und Unterstützung im Vordergrund steht. Darüber hinaus erscheint es sinnvoll, die Ablehnungshürde bzw. die Möglichkeit der Nichtreaktion möglichst hoch zu

setzen, um Zugang zu einer möglichst hohen Anzahl angesprochener Personen zu erhalten.

In der fallorientierten Vorgehensweise des BEM-Verfahrens ist die Selbstbestimmung des Betroffenen, der ein Gefühl der Kontrolle über seine Situation hat, Voraussetzung für eine erfolgreiche Lösungssuche, da nur so Partizipation mit dem Verfahren gewährleistet ist.

Voraussetzung dafür ist wiederum eine für den Betroffenen nachvollziehbare Strukturierung der Gespräche, in der auf Grundlage einer zunächst symmetrischen Kommunikationsstruktur in vertrauensfördernder Atmosphäre Raum für Kommunikation, individuelle und kreative Lösungssuche gegeben ist. Darüber hinaus gilt es, eventuell vorherrschende Unsicherheiten von Führungskräften durch Information über und Sensibilisierung für BEM vorzunehmen, indem die Führungskräfte nach Möglichkeit in die Verfahren eingebunden und über generelle Erkenntnisse informiert werden. Die Tatsache, dass der BEM-Beauftragte sowohl von Beschäftigten als auch von Führungskräften akzeptiert sein sollte, stellt ihn vor die große Herausforderung, bei der Lösungssuche eine systemische Betrachtungsweise der Situation vorzunehmen und bei Bedarf aktiv zwischen den Beteiligten zu vermitteln.

Ein entsprechend dargestellter gesundheitspädagogischer Ansatz des BEM, der den Primat auf die Selbstbestimmung des Individuums im Kontext der Organisationsstruktur richtet, kann als ein Instrument betrachtet werden, den Auswirkungen des Demografischen Wandels entgegenzuwirken, Mitarbeitergesundheit zu fördern, Erwerbspersonenpotential zu sichern und Wettbewerbsfähigkeit auf Dauer zu erhalten.

Es ist deutlich geworden, dass die Begrifflichkeit BEM-Beauftragter in der Literatur nicht einheitlich verwendet wird, und dass die Funktion und das Tätigkeits- und Anforderungsprofil des BEM-Beauftragten unternehmensspezifisch konkretisiert werden sollte.

Dennoch gilt es zu berücksichtigen, dass für die Gestaltung eines solchen Verfahrens besondere Anforderungen an das professionelle Handeln eines BEM-Beauftragten gestellt werden können, die diese Arbeit und auch bereits existierende Literatur zum BEM noch nicht hinreichend berücksichtigen. Da der Beobachtung und Beeinflussung von Verhalten im Kontext des Betrieblichen Eingliederungsmanagements eine zentrale Bedeutung beigemessen werden sollte, könnte diskutiert werden, inwieweit dies ein zukünftiges Aufgabengebiet für Gesundheits-, Sozial- oder auch Rehabilitationspädagogen sein kann. Angeknüpft an die mittels dieser Studie ermittelten Erwartungen der Mitarbeiter an ein Betriebliches Eingliederungsmanagement und insbesondere an die Person des BEM-Beauftragten ist eine quantitative Nachfolgestudie mit größeren Stichproben

unter Einsatz von Fragebögen zu empfehlen, um darauf aufbauend ein gesundheitspädagogisches Kompetenzprofil für BEM-Beauftragte zu entwickeln.

V Literaturverzeichnis

ADLHOCH, U., SEEL, H. (2005): Handlungsempfehlungen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement. In: Landschaftsverband Rheinland – Integrationsamt –, Köln, Landschaftsverband Westfalen-Lippe-Integrationsamt, Münster (Hrsg.), S. 5

ALTHAUSER, U. (2008): Bearbeitung menschlicher Ressourcen. Strategien, Methoden, Werkzeuge. In: Althausen, U., Schmitz, M. Venema, C. (Hrsg.): Demografie – Engpass Personal. Antworten, Strategien und Konzepte im Umgang mit knappen Ressourcen. Köln, S. 88

ANTONOVSKY, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. (Deutsche Ausgabe von Unraveling the Mystery of Health). Tübingen

ArbSchG § 4. (1996): Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz – ArbSchG). Arbeitsschutzgesetz vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1246), das zuletzt durch Artikel 15 Absatz 89 des Gesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160) geändert worden ist. Online unter: <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/arbschg/gesamt.pdf> (13.10.2011)

AUTORENGRUPPE BILDUNGSBERICHTERSTATTUNG (Hrsg.) (2008): Bildung in Deutschland 2008. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Übergängen im Anschluss an den Sekundärbereich I. Bielefeld, Online unter http://www.bildungsbericht.de/daten2008/bb_2008.pdf (29.08.2011)

BADURA, B., ISERINGHAUSEN, O., STRODTHOLZ, P. (2006): Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K., Laaser, U., Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, München, S. 183–219

BAG Urteil vom 10.12.2009 – 2 AZR 400/08

BAKKER, A.B., KILLMER, C.H., SIEGRIST, J., SCHAUFELI, W.B. (2000): Effort-Reward Imbalance and Burnout Among Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31, S. 884–891

BANDURA, A. (1997): *Self Efficacy: the Exercise of Control*. New York

BARMER GESUNDHEITSREPORT (2006): Demografischer Wandel – ältere Beschäftigte im Focus betrieblicher Gesundheitsförderung. Barmer Ersatzkasse. Wuppertal

BAUMEISTER, R. F. (1991): *Meanings of Life*. New York

BECKER, M. (2002): *Personalentwicklung. Bildung, Förderung und Organisationsentwicklung in Theorie und Praxis*. Stuttgart

BECKER, M. (2007): *Lexikon der Personalentwicklung*. Stuttgart

BENGEL, J., KOCH, U. (2000): Definition und Selbstverständnis der Rehabilitationswissenschaften. In: Bengel, J., Koch, U. (Hrsg.): *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung*. Berlin, S. 4–18

- BERGER, PETER A. (2006): „Soziale Milieus und die Ambivalenzen der Informations- und Wissensgesellschaft“, in: Bremer, Helmut / Lange-Vester, Andrea (Hrsg.) (2006): Soziale Milieus und Wandel der Sozialstruktur. Die gesellschaftlichen Herausforderungen und die Strategien sozialer Gruppen, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 73–101.
- BESELER, L. (2011): Betriebliches Eingliederungsmanagement. Gesundheit im Betrieb. Münster
- BITZER, B. (2010): Kommunikation macht gesund. Das Rückkehrgespräch als Sozialinnovation und Basis für das Betriebliche Eingliederungsmanagement. Hamburg
- BORTZ, J., DÖRING, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg
- BOSMA, H., PETER, R., SIEGRIST, J., MARMOT, M. (1998): Two Alternative Job Stress Models and the Risk of Coronary Heart Disease. In: American Journal of Public Health, 88, S. 68–74.
- BRITT, T. W., ADLER, A. B., BARTONE P. T. (2001): Deriving Benefits From Stressful Events: The Role of Engagement in Meaningful Work and Hardiness. In: Journal of Occupational Health Psychology, Vol 6, No 1, 53–56
- BULLINGER, M., KOHLMANN, T. (1997): Outcome – Evaluation in der Rehabilitation: Eine Studie zur projektübergreifenden Standardisierung und Analyse von Prognose- und Outcome-Kriterien. In: Norddeutscher Verbund Rehabilitationsforschung (Hrsg.): Optimierung der Rehabilitation. Bedarfserhebung und Effektivitätssteigerung, S. 1–26 Lübeck: Universität, Institut für Sozialmedizin
- BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER INTEGRATIONSÄMTER UND HAUPTFÜRSORGESTELLEN (BIH) (Hrsg.) (2010): SGB IX. Sozialgesetzbuch mit Verordnungen zum Schwerbehindertenrecht. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Stand Oktober 2010
- BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES (BMAS) (2008): Lebenslagen in Deutschland. Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. o.A. Online unter: http://www.bmas.de/coromedia/generator/26742/property=pdf/dritter_armuts_und_reichtumsbericht.pdf (25.08.2011)
- CARVER, C., SCHEIER, M.F. (1992): Perspectives on Personality. Boston
- DAK GESUNDHEITSREPORT (2010): Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunkt Schlafstörungen. Hamburg. Online unter http://www.dak.de/content/filesopen/Gesundheitsreport_2010.pdf
- DAK GESUNDHEITSREPORT (2011): Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema: Wie gesund sind junge Arbeitnehmer?
http://www.dak.de/content/filesopen/Gesundheitsreport_2011.pdf
- DEUTSCHES INSTITUT FÜR NORMUNG e.V. (DIN). (2000): DIN EN ISO 9001:2000 Qualitätsmanagementsysteme, Anforderungen. Berlin, Beuth, 2000
- DEUTSCHES INSTITUT FÜR NORMUNG e.V. (DIN) (1981): DIN ISO 6385:1981, Ergonomic Principles in the Design of Work Systems.

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG. – Berlin: Deutsche Rentenversicherung, ZDB-ID 22091634, Bd. 55. 2008, 2, S. 55–60)

DEUTSCHE GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG (DGUV) (2009): Die Fachkraft für Arbeitssicherheit. Zeitgemäßer Arbeitsschutz. Präventionsverständnis, Anforderungsprofil, Ausbildung. Berlin

DUCKI, A. (1998): Allgemeine Prozessmerkmale betrieblicher Gesundheitsförderung. In: Bamberg, E., Ducki A., Metz, A.M. (Hrsg.): Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Konzepte. Göttingen, S. 135–145

DUCKI, A., FELFE, J. (2011): Führung und Gesundheit: Überblick. In: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Macco, K. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin, Heidelberg, S. 7–12

ECHTERHOFF, M. (2011): Führungskräfte tragen Verantwortung – auch für die Gesundheit der Beschäftigten?! Eine empirische Untersuchung zur Selbsteinschätzung von Führungskräften hinsichtlich ihrer gesundheitsrelevanten Einflussmöglichkeiten im Betrieb. In: Badura, B. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit. Kosten und Nutzen Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, Heidelberg, S. 89–95

EL GAMALI, J. SELIG, R. (2008): Förderpraxis des betrieblichen Eingliederungsmanagements – Prämien und Boni durch Reha-Träger und Integrationsämter? – Ergebnisse einer Umfrage. In: Hahn, W., Baumeister, P. (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement im Unternehmen. Rechtsfragen, Weiterbildung, Praxis. Schriftenreihe der SRH Hochschule Heidelberg, 2, Berlin, S. 132–155

ELKE, G., ZIMOLONG, B. (2000): Ganzheitlicher Ansatz des Gesundheitsmanagements. In: Brandenburg, U., Nieder, P., Susen, B. (Hrsg.): Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Grundlagen, Konzepte und Evaluation. Weinheim und München, S. 111–130

ELKELES, T., PULS, W. (2009): Gesundheitswissenschaften und Gesundheitserziehung. In: Wulfhorst, B., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitserziehung. Bern, S. 93–106

FALLER, G. (2010): Mehr als nur Begriffe: Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement im betrieblichen Kontext. In: Faller, G. (Hrsg.): Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Bern, S. 23–33

FALTERMAIER, T. (2003): Subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit. In: Jerusalem, M., Weber, H. (Hrsg.): Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, S. 57–77

FALTERMAIER, T. (2005): Gesundheitspsychologie. Band 21. In: von Salisch, M., Selg, H., Ulich, D. (Hrsg.): Grundriss der Psychologie (Eine Reihe in 22 Bänden). Stuttgart

FLACH, H., HETZEL, C., MOZDANOWSKI, M., SCHIAN, H.M. (2006): Standard des betrieblichen Eingliederungsmanagements und dessen Auditierung. Standard of Integration Management at Company Level Auditing. In: Rehabilitation 2006. 45, S. 316–321

- FLICK, U., VON KARDOFF, E., STEINKE, I. (Hrsg.) (2005): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg, S. 13–29
- FLICK, U. (2005): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg
- FLICK, U. (2009): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge. Reinbek bei Hamburg
- FRANKE, A. (2009): Psychologie und Gesundheitserziehung, In: Wulfhorst, B., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitserziehung, Bern, S. 82–91
- FREILING, T., GOTTWALD, M. (2011): Unternehmen der Pflegewirtschaft im demografischen Wandel. In: Wirtschaft und Beruf. Zeitschrift für berufliche Bildung. 63, S. 31–36.
- FREUDE, G., PECH, E. (2005): Demographischer Wandel, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit. In: Kerschbaumer, J., Schroeder, W. (Hrsg.) (2005): Sozialstaat und demographischer Wandel. Herausforderungen für Arbeitsmarkt und Sozialversicherung. Wiesbaden, S. 185–222
- GABLER, F. (2000): Wirtschaftslexikon. Die ganze Welt der Wirtschaft: Betriebswirtschaft-Volkswirtschaft-Recht-Steuern. Wiesbaden, S. 2386
- GAIRING F. (2002): Organisationsentwicklung. Weinheim
- GEBAUER, E., HESSE, B., HEUER, J. (2007): KoRB Kooperation Rehabilitation und Betrieb. Ein Projekt zur Versorgungsforschung in kleinen und mittleren Unternehmen (Abschlussbericht). Institut für Rehabilitationsforschung Norderney, Abteilung Sozialmedizin, Münster
- GIESERT, M., WENDT-DANIGEL (2011): Handlungsleitfaden für ein Betriebliches Eingliederungsmanagement. In: Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) (2011): Gesundheit und Qualität der Arbeit. Düsseldorf
- GLOMM, D. (2005): Stufenweise Wiedereingliederung von gesundheitlich eingeschränkten Mitarbeitern im Betrieb. In: Mehrhoff, F.; Schönle, P.W. (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement, Leistungsfähigkeit von Mitarbeitern sichern. Stuttgart, S. 59–64
- GREGERSEN, S., ZEH, A. (2001): Vom traditionellen Arbeitsschutz zum erweiterten Präventionsauftrag. Report Psychologie. 26, S. 659–660
- HACKMAN, J. R., & OLDHAM, G. R. (1980): Work Redesign. Reading, MA: Addison-Wesley
- HAINES, H. (2004): Ausblick. In: Mehrhoff, F. (Hrsg.): Disability Management. Strategien zur Integration von behinderten Menschen in das Arbeitsleben. Stuttgart, S. 111–114
- HAISCH, J., ZEITLER, H.P. (1991): Gesundheitspsychologie. Heidelberg
- HAMTIN, C. (2002): The History and Development of Public Health in Developed Countries. In: Detels, R., Mc Ewen, J., Beaglehole, R., Tanaka, H. (Hrsg.): Oxford Textbook of Public Health. Oxford

- HETZEL, C., FLACH, T., WEBER, A., SCHIAN, H.M. (2006): Zur Problematik der Implementation des betrieblichen Eingliederungsmanagements in kleinen und mittleren Unternehmen. Problems of Implementing Integration Management at Company Level in Small and Medium-sized Enterprises. In: Gesundheitswesen, 68, S. 303–308
- HETZEL, C., FLACH, T., MOZDANOWSKI, M., SCHIAN H.-M. (2006): Wie lässt sich die Qualität des betrieblichen Eingliederungsmanagements messen? In: Die Betriebliche Wiedereingliederung. 11, S. 516–519
- HETZEL, C., FLACH T., MOZDZANOWSKI M. (2007): Betriebliches Eingliederungsmanagement und Disability Management. In: iqpr-Forschungsbericht Nr. 3/2007: Teilhabe am Arbeitsleben durch betriebliches Gesundheitsmanagement. iqpr. Köln, S. 91–113
- HETZEL, C., FLACH, T., MOZDANOWSKI, M. (2007): Mitarbeiter krank – was tun!? Praxishilfen zur Umsetzung des betrieblichen Eingliederungsmanagements in kleinen und mittleren Unternehmen. Wiesbaden
- HOHMANN, C., SCHWARZER, R. (2009): Selbstwirksamkeitserwartung. Perceived Self-Efficacy. In: Bengel, J., Jerusalem, M. (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Göttingen, Bern, Wien und weitere, S. 61–64
- HOPF, C., SCHMIDT, C. (Hrsg.) (1993): Zum Verhältnis von innerfamilialen sozialen Erfahrungen, Persönlichkeitsentwicklung und politischen Orientierungen. Dokumentation und Erörterung des methodischen Vorgehens in einer Studie zu diesem Thema. Hildesheim. Vervielfältigtes Manuskript
- HOYER, J., HERZBERG, P.Y. (2009): Optimismus. In: Bengel, J., Jerusalem, M. (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie, S. 68–73, Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Cambridge, MA Amsterdam, Kopenhagen, Stockholm
- HÜBNER, H. (1994): Entwicklung und Implementation eines curricularen Reformprogrammes. Beitrag zu einer sozialwissenschaftlich fundierten und beratungskompetenten Sportpädagogik. Münster
- HURRELMANN, K. (2006): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim und München
- HURRELMANN, K., LAASER, U., RAZUM, O. (2006): Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften in Deutschland. In: Hurrelmann, K., Laaser, U., Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, München, S. 11–46
- HURRELMANN, K., LAASER, U. (2003): Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften in Deutschland. In Hurrelmann, K., Laaser, U. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, München, S. 17–45
- HURRELMANN, K., LAASER, U. (2006): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K., Laaser, U., Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, München, S. 749–780
- HURRELMANN, K., LAASER, U. (2003): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K., Laaser, U. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, München, S. 395 – 425

- INTERNATIONALES ARBEITSAMT (IAA), (2004): Umgang mit Behinderungen am Arbeitsplatz. Genf
- ISFORT, M., WEIDNER, F. (2010): Pflege thermometer 2009. Der Pflegemangel im Krankenhaus wird chronisch. In: Die Schwester der Pfleger, 49, H. 6, S. 530–537
- JASTROW, B., KAISER, H., EMMERT, M. (2010): Betriebliches Eingliederungsmanagement. Grundlagen und ökonomische Aspekte. In: Esslinger, A. S., Emmert, M., Schöffski, O. (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg. Wiesbaden, S. 133–155
- JÄCKEL, W.H. (2010): Qualität in der Rehabilitation. Rehabilitation, 49, S. 345–355
- JERUSALEM, M. (1990): Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Stresserleben. Göttingen
- JOIKO, K., SCHMAUDER, M., WOLF, G. (2002): Psychische Beanspruchung im Berufsleben. Erkennen – Gestalten. In: Reihe „Gesundheitsschutz“, Broschüre 23 Dortmund, Berlin: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- KAISER, H., FROHNWEILER, A., JASTROW, B. (2007): EIBE–Entwicklung und Integration eines betrieblichen Eingliederungsmanagements, Forschungsreihe des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Bericht 372
- KAISER, H., JASTROW, B., FROHNWEILER, A., LAMPARTER, K. (2009): Abschlussbericht des Projekts EIBE – Entwicklung und Integration eines betrieblichen Eingliederungsmanagements, Forschungsreihe des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Bericht 401, ISSN 0174–4992
- KAHN, R. (1977): Organisationsentwicklung: Einige Probleme und Vorschläge. In: Sievers, B. (Hrsg.): Organisationsentwicklung als Problem. Stuttgart, S. 281–301
- KANTER, R.M. (1977): Men and Women of the Corporation. New York: Basic Books
- KAYSER, U. (2008): Unterstützung durch das Integrationsamt bei der Einführung des betrieblichen Eingliederungsmanagement und bei der Wiedereingliederung im Einzelfall. In: Hahn, W., Baumeister, P. (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement im Unternehmen. Rechtsfragen, Weiterbildung, Praxis. Schriftenreihe der SRH Hochschule Heidelberg, 2, Berlin, S. 132–155
- KETTNER, A. (2011): Zur Abgrenzung der Begriffe Arbeitskräftemangel, Fachkräftemangel und Fachkräftengpässe und zu möglichen betrieblichen Gegenstrategien. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Auch online verfügbar unter: http://doku.iab.de/grauerpap/2011/Fachkraeftemangel_GrauesPapier_Kettner.pdf (31.10.2011)
- KIENZLE, B., PFENDER, M., SCHMIDT-WELLER, R., SCHNEIDER, V. (1994): Gesundheitspädagogik an der Pädagogischen Hochschule Freiburg. In: Prävention 17 (2), S. 35–39
- KIRCHLER, E., MEIER-PESTI, K., HOFMANN, E. (2005): Menschenbilder, Arbeit und Organisation. In: Kirchler, E. (Hrsg.): Arbeits- und Organisationspsychologie. Stuttgart, S. 17–26
- KLUSKA, K. M., LASCHINGER, H. K. S., KERR, M.S. (2004): Staff Nurse Empowerment and Effort-Reward Imbalance. In: Nursing Leadership, 17(1), S. 112–128

- KOBASA, S. C. (1979): Stressful Life Events, Personality, and Health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1–11.
- KOBASA, S. C. (1982): The Hardy Personality: Toward a Social Psychology of Stress and Health. In: Sanders, G. S., Suls, J. (eds.): *Social Psychology Health and Illness*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 3–32
- KOCH, U., MORFELD, M., BERGELT, C., MEHNERT A. (2006): Versorgung mit Rehabilitationsleistungen. In: Hurrelmann, K., Laaser, U., Razum O. (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim, München, S. 1003–1021
- KOCH, U.; LEHMANN, C., MORFELD, M. (2007): Bestandsaufnahme und Zukunft der Rehabilitationsforschung in Deutschland. *Expertise of Current Trends and Future Perspectives in Rehabilitation Research in Germany*. *Rehabilitation*, 46, 127–144
- KOHTÉ, W. (2008): Betriebliches Eingliederungsmanagement und Bestandsschutz. In: *Der Betrieb*, 11, S. 582–587
- KOHTÉ, W. (2010): Das betriebliche Eingliederungsmanagement – Ein doppelter Suchprozess. In: *Zeitschrift des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts in der Hans-Böckler-Stiftung (WSI) Mitteilungen*, S. 1–4
- KOLIP, P. (2002): *Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung*. Weinheim
- KOPPEL, O., PLÜNNECKE, A. (2009): Fachkräftemangel in Deutschland. Bildungsökonomische Analyse, politische Handlungsempfehlungen, Wachstums- und Fiskaleffekte. In: *Forschungsberichte aus dem Institut der deutschen Wirtschaft Köln* (Hrsg.), 46. Köln. Deutscher Instituts-Verlag
- KÖPKE, K.H. (2009): *Gesunde Arbeit für alle: Von der Gesundheitsförderung zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement im Betrieb*. DRV Nord. Hamburg, Lübeck
- KUHN, J., KAYSER, T. (2002): Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung. Anmerkungen zu einem schwierigen Verhältnis. *Prävention*, 25, 4, S. 103–105
- KUCKARTZ, U. (2010): *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*. Wiesbaden
- KUHNERT, P. KASTNER, M. (2006): Chancen und Grenzen arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung am Beispiel der Job-Fit-Evaluationsstudie. In: Holleder, A.; Mosebach, K. (Hrsg.): *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*. Bern, 2006, S. 123–135
- KUNTZ, B. (2010): Bildungsdisparitäten im Gesundheitsverhalten. Eine Sekundärdatenanalyse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 im Kontext der Diskussion um sozial bedingte Ungleichheiten. In: BKK Landesverband Hessen (Hrsg.): *Bildung und Gesundheit. Prämierte Arbeiten des BKK Innovationspreises Gesundheit 2008*. Frankfurt am Main, S. 13–68
- KUTTER, I. (2011): Fachkräftemangel. Jetzt müsst ihr uns was bieten. In: *DIE ZEIT*, Nr.18, online verfügbar unter: <http://www.zeit.de/2011/18/C-Fachkraeftemangel> (28.10.2011)
- LAASER, U., WOLTERS, P. (1989): Das Gesundheitswissenschaftliche Graduiertenstudium an der Universität Bielefeld im Rahmen vergleichbarer Bestrebungen. *Soz. Präventivmed* 34/5, S. 223–226

- LANDESARBEITSGERICHT HAMBURG, Beschluss vom 21.05.2008 – H 3TaBV 1/08
- LANDSCHAFTSVERBAND RHEINLAND, WESTFALEN LIPPE (2010): Handlungsempfehlungen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement, Münster
- LAMNEK, S. (2005): Qualitative Sozialforschung. Weinheim, Basel
- LAMPERT, T. (2005): Schichtspezifische Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten. Blaue Reihe des Berliner Zentrums für Public Health, 15 (54), S. 2–4
- LASSHOFER, L. (2006): Betriebliches Gesundheitsmanagement und Salutogenese. Ressourcen erfolgreich nutzen und aufbauen. Saarbrücken
- LASCHINGER, H.K.S., FINEGAN, J., SHAMIAN, J. (2001): Promoting Nurses Health: Effect of Empowerment on Job Strain and Work Satisfaction. Nurses Economics 19 (2), 42–52
- LAWALL, C., LEWERENZ, M., MUSCHALLA, B. (2008): Wie organisieren Arbeitgeber betriebliches Eingliederungsmanagement und welche Hilfe erwarten Sie von Rehabilitationsträgern? – Ergebnisse einer Arbeitgeberbefragung im Rahmen der Regionalen Initiative „Betriebliches Eingliederungsmanagement“ der Deutschen Rentenversicherung Bund. In: RV aktuell: Fachzeitschrift und amtliche Mitteilungen der Deutschen Rentenversicherung. Berlin. ZDB-ID 22091634, 55, 2, S. 55–60
- LIGA. NRW (2009): Gesunde Arbeit in NRW 2009. Belastung – Auswirkung – Gestaltung – Bewältigung. LIGA. Praxis 3. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit, Düsseldorf (www.liga.nrw.de)
- LIEBRICH, A., GIESERT, M., REUTER, T. (2011): Das Arbeitsfähigkeitscoaching im Betrieblichen Eingliederungsmanagement. In: Giesert, M. (Hrsg.): Arbeitsfähig in die Zukunft. Hamburg. VSA-Verlag, S. 81–95. (PDF, 113 kB)
- LIPPKE, S., LUSZCZYNSKA, A., SCHWARZER, R. (2011): Mechanism of Health Behavior Change in Persons with Chronic Illness or Disability: The Health Action Process Approach (HAPA). Rehabilitation Psychology, 56 (3), 161-170
- Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union 1997, Deutsche Übersetzung, http://www.netzwerk-unternehmen-fuer-gesundheit.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxemburger_Deklaration_22_okt07.pdf (25.02.2011)
- MAKOWSKY, K. (2009): Adipositas – kein Thema rund um die Geburt? Gesundheit und Wohlbefinden in peripartalen Phasen. In: Schücking, B. (Hrsg.): Frauengesundheit, Band 7. Göttingen
- MARCUS, B. (2011): Einführung in die Arbeits- und Organisationspsychologie. In: Kriz, J. (Hrsg.): Basiswissen Psychologie. Wiesbaden
- MATRAZZO, J.D. (1980): Behavioral Health and Behavioral Medicine. Frontiers for a New Health Psychology. American Psychologist, 35, 807–817, zit. in Schwenkmezger, Schmidt (1994)
- MEHRHOFF, F. (2005): Betriebliches Eingliederungsmanagement für Kranke Mitarbeiter: Externe Dienstleister helfen beim Disability Management. In: Rehabilitation / Gesundheitspolitik. Soziale Sicherheit. 10, S. 318–322

- MAYRING, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. München
- MAYRING, P. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel
- MAYRING, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel
- MENTZEL, W. (1994): Unternehmenssicherung durch Personalentwicklung. Mitarbeiter motivieren, fördern und weiterbilden. Freiburg i. Breisgau
- MÜLLER, E., OSING, S. (2000): Gesundheitsmanagement aus der Sicht der Arbeitgeber. In: Brandenburg, U., Nieder, P., Susen, B. (Hrsg.): Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Grundlagen, Konzepte und Evaluation. Weinheim und München, S. 85–94
- MÜLLER-MUNDT, A. (2010): Betriebliches Eingliederungsmanagement. In: Personal, 11, S. 52
- NAIDOO, J., WILLS, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (Hrsg.) Köln, Hamburg
- NATIONAL INSTITUTE OF DISABILITY MANAGEMENT AND RESEARCH (NIDMAR) (2003): Disabilitymanagement in the Workplace. A Guide to Establishing a Joint Workplace Program. 2nd edition. Port Alberni
- NEBE, K. (2008): (Re-) Integration von Arbeitnehmern: Stufenweise Wiedereingliederung und Betriebliches Eingliederungsmanagement – ein neues Kooperationsverhältnis. In: Der Betrieb, 33, S. 1801–1805
- NIEHAUS, M., MAGIN, J., MARFELS, B., WERKSTETTER, E. (2008): Betriebliches Eingliederungsmanagement. Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX. Köln
- NIEHAUS, M., VATER, G. (2010): Aktueller Stand der Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements. In: Badura, B., Schröder, H., Klose, J. et al. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2010. Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potenziale nutzen. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Heidelberg, S. 189–196
- NIEHAUS, M., FRIEDRICH-GÄRTNER, L. (2011): Betriebliches Eingliederungsmanagement bei der Polizei Nordrhein-Westfalen. Download Uni Köln. Zugriff am 29.08.2011.
- PERSCH, N., WEBER, S. (2008): Krankheit und Behinderung im Unternehmen – Auswertung eines Fragebogens und weiterführende Hinweise für Unternehmen zur Einführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements. In: Hahn, W., Baumeister, P. (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement im Unternehmen. Rechtsfragen, Weiterbildung, Praxis. Schriftenreihe der SRH Hochschule Heidelberg, 2, Berlin, S. 132–155
- PETERSON, C., BOSSIO, L. M. (2001): Optimism and Physical Health. In: Chang, E. C., Optimism and Pessimism. Implications for Theory, Research, and Practice (pp. 127–145). Washington, DC: American Press Association

- PFÄFF, H. (2001): Evaluation und Qualitätssicherung des betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Pfaff, H. und Slesina, W. (Hrsg.): Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung. Weinheim, S. 27–41
- PIORR, R., HELLER, E., TAUBERT, R. (2000): Rückkehrgespräche: ein wirksames Instrument des betrieblichen Gesundheitsmanagements (?). In: Arbeit: Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik. Stuttgart, 9, 4, S. 269–279
- POPPELREUTER, S., MIELKE, K. (2008): Psychische Belastungen am Arbeitsplatz. Ursachen – Auswirkungen – Handlungsmöglichkeiten. Berlin
- RAMM, D., MAHNKE, C., TAUSCHER, A., WELTI, F., SEIDER, H., SHAFAEI, R. (2012): Betriebliches Eingliederungsmanagement in Klein- und Mittelbetrieben. Rechtliche Anforderungen und Voraussetzungen einer erfolgreichen Umsetzung. Company Integration Management in Small and Medium-Sized Companies. Legal Requirements and Prerequisites for Successful Implementation. In: Die Rehabilitation. Zeitschrift für Praxis und Forschung in der Rehabilitation. Stuttgart, 51, S. 10–17
- REUSCH, J. (2009): Gearbeitet, krank geworden, Unfall gehabt. Handlungsfelder für Prävention und Rehabilitation. Gute Arbeit (5), S. 17–26
- RICHARDSON, M. S. (1993): Work in People's Lives: A Location for Counseling Psychologists. Journal of Counseling. Psychology, 40, 425-433.
- RICHTER, A., GELS, R. (2010): Betriebliches Eingliederungsmanagement. Fürsorgepflicht und Gesundheitsschutz im öffentlichen und kirchlichen Dienst. Regensburg
- RICHTER, M. (1994): Organisationsentwicklung. Bern
- RICHTER, R.; HABIB, E. (2011): Das Betriebliche Eingliederungsmanagement. 22 Praxisbeispiele. Bielefeld
- RICHTER, M., HURRELMANN, K. (2007): Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krankmachen. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 42 (2007), S. 3–10
- REHFELD, U.G. (2006): Gesundheitsbedingte Frühberentung. Robert-Koch-Institut. Berlin
- ROMAHN, R. (2005): Gestaltungsanforderungen beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement aus Sicht der Beschäftigten. In: Mehrhoff, F., Schönle, P.W. (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement, Leistungsfähigkeit von Mitarbeitern sichern. Stuttgart, S. 55–58
- ROMAHN, R. (2010): Betriebliches Eingliederungsmanagement. Betriebs- und Dienstvereinbarungen. Analyse und Handlungsempfehlungen. Frankfurt am Main
- ROSENBROCK, R., GERLINGER, T. (2009): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern
- RÜCKEMANN, G. (2008): Disability Management Herausforderung und Chance für Unternehmen. In: Hahn, W., Baumeister, P. (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement im Unternehmen. Berlin, S. 175–182
- SCHEIER, M.F., CARVER, C.S., BRIDGES, M.W. (2001): Optimism, Pessimism and Psychological Well-Being. In E. C. Chang (Ed.). Optimism and Pessimism. Implications

for Theory, Research, and Practice (pp. 189-216). Washington pm, d. C.: American Psychological Association.

SCHILLING, A., RATH, A.-K. (2009): Best Practice – Betriebliches Eingliederungsmanagement. In: Arbeit und Arbeitsrecht, 7, S. 420–423

SCHILS, M. (2009): Das betriebliche Eingliederungsmanagement im Sinne des § 84 Abs. 2 SGB IX. Frankfurt

SCHNABEL, P. (2007): Gesundheit fördern und Krankheit präventieren. Leistungen und Potentiale aktueller Konzepte vorbeugenden Versorgungshandelns. Weinheim, München

SCHRÖCK, R. (1996): Konzepte, Modelle und Theorien. In: Schädle-Deiningner, H., Villinger, U. (Hrsg.): Praktische Psychiatrische Pflege. Arbeitshilfen für den Alltag, Bonn, S. 53–76

SCHUNK, D. H. (1995): Self Efficacy and Education and Instruction. In: Maddux, J. E., Self Efficacy, Adaption, and Adjustment. Theory, Research, and Application. New York, S. 281–303

SCHWARZER, R. (1996): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag

SCHWARZER, R., JERUSALEM, M. (Hrsg.) (1999): Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahrens im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs selbstwirksame Schule. Berlin

SCHWARZER, R. (2004): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag

SCHWARZER, R., LUSZYNSKA, A. (2007): Self-Efficacy. In: Gerrad, M., McCaul (Eds.): Health Behavior Constructs: Theory; Measurement, and Research. National Cancer. Institute Website: <http://cancercontrol.cancer.gov/constructs>

SCHWENKMEZGER, P. (1994): Gesundheitspsychologie. Die persönlichkeitspsychologische Perspektive. In: Schwenkmezger, P., Schmidt, L.R. (Hrsg.): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Stuttgart, S. 46–64

SCHWENKMEZGER, P., SCHMIDT, L.R. (1994): Gesundheitspsychologie: Alter Wein in neuen Schläuchen? In: Schwenkmezger, P., Schmidt L.R. (Hrsg.): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Stuttgart, S. 1–8

SEEL, H. (2007): Teamarbeit für die Prävention – Integrationsämter unterstützen Betriebe bei der Einführung des betrieblichen Eingliederungsmanagements. In: Hetzel, C., Flach, H., Mozdanowski, M.: Mitarbeiter krank – was tun!? Praxishilfen zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements in kleinen und mittleren Unternehmen. Wiesbaden, S. 126–151

SEEL, H. (2009): Wenn die Psyche kündigt: Betriebliches Eingliederungsmanagement – ein wirkungsvolles Instrument im Rahmen von Prävention und Gesundheitsmanagement. LVR, DGSP und Kölner Verein für Rehabilitation e.V., Köln (http://www.koelnverein.de/download_kv/helga-seel_lvr.pdf; Stand 29.07.2011

SELIGMANN, M.E.P. (2005): Der Glücksfaktor. Warum Optimisten länger leben. Bergisch Gladbach: Lübbe

- SIEGRIST, U. (2010): Der Resilienzprozess. Ein Modell zur Bewältigung von Krankheitsfolgen im Arbeitsleben. Wiesbaden
- SIEGRIST, J. (1996): Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen
- SIEGRIST, J., PETER, R. (1996): Threat to Occupational Status Control and Cardiovascular Risk. In: Israel Journal of Medical Science, 32, S. 179–184
- SIEGRIST, K., SIBERHORN, T. (1998): Stressabbau in Organisationen – ein Manual zum Stressmanagement. Münster
- SIEGRIST, J.; PETER, R. (1999): The Model of Effort-Reward Imbalance. Statistical Information. <http://www.uni-duesseldorf.de/MedicalSociology> (13.07.2010)
- SIEGRIST, J. (2000): Basiswissen zu arbeitsbedingten Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems. In: Teske, U., Witte, B. (Hrsg.): Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen, 2, Hamburg, S. 105–156
- SIEGRIST, J., THEORELL, T. (2008): Sozioökonomischer Status und Gesundheit: Die Rolle von Arbeit und Beschäftigung. In: Siegrist, J., Marmot, M. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Forderungen. Bern, S. 99–130
- SMITH, R. S. , WERNER, E. (1992): Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In: Opp, G., Fingerle, M., Freytag, A. (Hrsg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München
- SOZIALGESETZBUCH IX § 84 (2004) online unter <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/SGB IX/84.html> (06.09.2010)
- SOZIALGESETZBUCH V § 74 (2004) online unter http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/05/index.php?norm_ID=0507400 (10.01.2011)
- SPREITZER, G.M. (1992): When Organizations Dare. The Dynamics of Individual Empowerment in the Workplace. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Michigan, Ann Arbor. Michigan
- STEWART, J., CLARK, D., CLARK, P.F. (2007): Abwanderung und Anwerbung von Fachkräften im Gesundheitswesen: Ursachen, Konsequenzen und politische Reaktionen. In: Hamburgisches Weltwirtschaftsinstitut (HWWI) (Hrsg.). Hamburg <http://focus-migration.hwwi.de/Abwanderung-und-Anwe.2496.0.html> (02.02.2012)
- STOFFERS, CH. (2009): Ärztemangel auch in NRW-Kliniken angekommen. KU Gesundheitsmanagement. Das Fachmagazin, 70–71 (5)
- TSUTSUMI, A., ISHITAKE T., PETER R., SIEGRIST J. & MATOBA T. (2001): The Japanese Version of the Effort-Reward Imbalance Questionnaire: A Study in Dental Technicians. *Work Stress*, 15, 86-96
- TSUTSUMI, A. & KAWAKAMI, N. (2004): A Review of Empirical Studies on the Model of Effort–Reward Imbalance at Work: Reducing Occupational Stress by Implementing a New Theory. *Social Science & Medicine*, 59, 2335-2359
- ULICH, E., WÜLSER, M. (2010): Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven. Wiesbaden

- VOLPERT, W. (1987): Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten. In: Kleinbeck, U., Rutenfranz, J. (Hrsg.): Arbeitspsychologie (S. 1–42). Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D, Serie III, Band 1. Göttingen: Hogrefe
- VON ROSENSTIEL, L., PIELER, L., GLAS, P. (2004): Strategisches Kompetenzmanagement. Wiesbaden
- VON TROSCHKE, J., MÜHLBACHER, A. (2005): Grundwissen Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliche Gesundheitspflege. Bern
- VOSSEN, K. (2010): Relevanz der BEM-Pflichten steigt. Rechtsprechung. Ein Urteil zeigt, dass die Pflicht zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement bei Kündigungen zunehmend zum Problem werden kann. Personalmagazin, 11/2010, S. 64
- WALLER, H. (2006): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. Stuttgart, Berlin, Köln
- WALSH, F. (2006): Ein Modell familiärer Resilienz und seine klinische Bedeutung. In Welter-Enderlin, R., Hildenbrand, B. (Hrsg.), Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände (S. 43–79), Heidelberg
- WERNER, E. (1999): Overcoming the Odds: High Risk Children from Birth to Adulthood. Ithaca NY
- WEBER, H., SALEWSKI, B. (2009): Erwartungen und Überzeugungen. Expectancies and Beliefs. In: Bengel, J., Jerusalem, M. (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie, S. 74–79, Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Cambridge, MA Amsterdam, Kopenhagen, Stockholm
- WEINER, B. (1986): An Attributional Theory of Motivation and Emotion, Berlin
- WENZEL, A. (1999): Betriebliche Gesundheitsförderung – ein organisationspsychologisches Arbeitsfeld. In: Rieländer, M., Brücher-Albers, C. (Hrsg.): Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Neue Ziele der Weltgesundheitsorganisation mit psychologischen Perspektiven erreichen. Bonn, S. 277–282
- WETZSTEIN, A.; WINDEMUTH, D. (2009): Gesundheitserziehung im Betrieb. In: Wulfhorst, B., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitserziehung. Bern, S. 171–187
- WILKE, C., BIALLAS, B., FROBÖSE, I. (2008): Zeitgemäße Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF). In: Froböse, I., Wellmann, H., Weber, A. (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung. Möglichkeiten der betriebswirtschaftlichen Bewertung. Wiesbaden, S. 19–64
- WINDELBAND, L., SPÖTTL, G. (2011): Fakten zum vermeintlichen Fachkräftemangel. Argumente für eine differenzierte Betrachtung. In: Deutsche Gesellschaft für Personalführung e.V. (Hrsg.): Das Fachmagazin Personalführung. 11/2011, S. 30–37
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (1986): Ottawa Charta for Health Promotion. Geneva, WHO
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (1978): Ottawa Charta for Health Promotion. Alma Ata, WHO

- WULFHORST, B. (2002): Theorie der Gesundheitspädagogik. Legitimation, Aufgabe und Funktionen von Gesundheitserziehung. Juventa, Weinheim
- WULFHORST, B. (2006): Gesundheitserziehung und Patientenschulung. In: Hurrelmann, K., Laaser, U., Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, München, S. 819–845
- WULFHORST, B., HURRELMANN, K. (2009): Theorien von Gesundheitserziehung, In: Wulfhorst, B., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitserziehung, Bern
- ZACCARO, S., BLAIR, V., PETERSON, C., ZAZANIS, M. (1995): Collective Efficacy. In: Maddux, J. E. (Hrsg.): Self-Efficacy, Adaption, and Adjustment: Theory, Research and Application. New York, S. 305–328
- ZELFEL, R.C., ALLES, T., MOZDANOWSKI, M. (2009): Zum Stand des Gesundheitsmanagements in kleinen und mittleren Unternehmen – eine repräsentative Studie. DRV-Schriften, 83. Berlin, S. 233–235
- ZIMBER, A. (2006): Wie Führungskräfte zur Mitarbeitergesundheit beitragen können. Eine Pilotstudie in ausgewählten BGW-Mitgliedsbetrieben. 1. Teilprojekt: Literaturanalyse. In: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege: Projekt „Gesundheitsfördernd Führen“. Verlauf und Ergebnisse der Pilotstudie von 2004–2008, Hamburg, http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/Fachartikel/BGW-Projekt_20F_C3_BChrung_20und_20Gesundheit.html, aufgerufen am 10.05.2011
- ZIMMERMANN, W. (2004): Die globale Dimension. In: Mehrhoff, F. (Hrsg.): Disability Management. Strategien zur Integration von behinderten Menschen in das Arbeitsleben. Stuttgart, S. 21–30

VI Anhang

Infoschreiben

„Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“ Betriebliches Eingliederungsmanagement – BEM

Sehr geehrte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter! Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Wir alle kennen das: Eine kürzere oder längere Erkrankung – wieder zurück am Arbeitsplatz – und nach einigen Stunden im Dienst läuft alles wieder wie vorher. Wirklich? Wir möchten Sie einladen, einen Moment inne zu halten, um kurz zurück zu schauen.

Unser Angebot: BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben.

Wir möchten mit Ihnen ins Gespräch kommen, um zu fragen ob Sie Unterstützung zur Gesunderhaltung benötigen und ob wir – im Rahmen unserer Möglichkeiten – dazu beitragen können.

Wie funktioniert das BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben?

Das Angebot richtet sich zukünftig an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in 12 Monaten länger als 6 Wochen krank sind, gleichgültig ob es sich um eine lang andauernde Erkrankung handelt oder um mehrere Erkrankungen in Folge. Sie erhalten ein Anschreiben der Personalabteilung und bekommen die Möglichkeit mit einer Person aus dem „BEM-Team“ Kontakt aufzunehmen, um gemeinsam abzuklären ob Sie Unterstützung zur Gesunderhaltung benötigen, diese wünschen und ob auch wir dazu beitragen können.

Wichtig: Die Teilnahme ist freiwillig!

Was steckt dahinter?

Ganz klar: Arbeitgeber, aber auch Kolleginnen und Kollegen, sehen Sie natürlich lieber gesund am Arbeitsplatz als krank zu Hause. Auch hat der Gesetzgeber die Arbeitgeber in die Pflicht genommen, sich um erkrankte Beschäftigte verstärkt zu kümmern. Er nennt dieses Angebot „Betriebliches Eingliederungsmanagement“ und hat die Grundlage hierfür im § 84 des Sozialgesetzbuches (SGB IX) festgeschrieben.

Wer ist das „BEM-Team“? Welche Hilfen sind möglich?

Wie läuft alles praktisch ab? Wo ist der Haken?

Viele Fragen sind zu beantworten. Wir, Arbeitgeber und Personalrat, werden umfassend informieren. Die unten genannten Ansprechpartner/-innen und Beauftragten stehen ab sofort telefonisch und persönlich für Fragen zur Verfügung.

Noch etwas:

Vielleicht ist Ihnen aufgefallen, dass dies ein gemeinsames Schreiben der Betriebsleitung und des Personalrates ist.

BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben ist sowohl der Betriebsleitung als auch dem Personalrat ein wichtiges Anliegen. Wir sind übereingekommen, dass das Projekt nur lebendige Wirklichkeit werden wird, wenn es Betriebsleitung und Personalvertretung gemeinsam tragen.

Mit freundlichen Grüßen

(Kaufmännische Direktorin)

(Personalratsvorsitzende)

BEM-Team „Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“

Unabhängig davon, zu welcher Berufsgruppe sie gehören bzw. in welchem Bereich Sie tätig sind – wir stehen Ihnen persönlich für Informationen und Fragen zur Verfügung.

Ansprechpartner(innen)

Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen

Ansprechpartnerin für Gleichstellungsfragen

Personalratsvertreter

Ansprechpartner(innen) und Beauftragte arbeitgeberseitig:

Pflegedirektorin

Sozialpädagoge

Personalentwicklung – BEM-Koordinatorin

Anschreiben BEM-Angebot

Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben (Betriebliches Eingliederungsmanagement)

Sehr geehrte

in der Hoffnung, dass es Ihnen gesundheitlich (bald) wieder besser geht, möchten wir Sie über ein neues, freiwilliges Angebot informieren: „BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“. Das Angebot richtet sich an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in 12 Monaten länger als 6 Wochen krank waren. Gleichgültig, ob es sich um eine lang andauernde Erkrankung handelt oder um mehrere Erkrankungen in Folge.

Unser Ziel: Wir möchten mit Ihnen ins Gespräch kommen und fragen, ob wir Ihnen Hilfe und Unterstützung anbieten können, damit Sie gesund bleiben. Gesundheit ist ein wichtiges Gut. Und ganz ehrlich, wir als Arbeitgeber, aber auch ihre Kolleginnen und Kollegen sehen Sie natürlich lieber gesund am Arbeitsplatz als krank zu Hause.

Auch der Gesetzgeber hat die Arbeitgeber in die Pflicht genommen, sich verstärkt um erkrankte Beschäftigte zu kümmern.

Der Gesetzgeber nennt die Hilfe „Betriebliches Eingliederungsmanagement“ (BEM) und hat die Grundlage hierfür im § 84 des Sozialgesetzbuches (SGB IX) festgeschrieben.

Falls Sie weitere Informationen über den Ablauf des Verfahrens wünschen, können Sie sich gerne bei den unten aufgeführten Ansprechpartner/innen informieren, die – wenn Sie es wünschen – auch an dem Gespräch teilnehmen. Falls Sie sich für ein BEM-Gespräch entscheiden, haben Sie die Möglichkeit zwischen den drei arbeitgeberseitig benannten BEM-Beauftragten zu wählen, unabhängig davon zu welcher Berufsgruppe Sie gehören bzw. in welchem Beruf Sie tätig sind. Des Weiteren können Sie entscheiden welches Personalratsmitglied an dem Gespräch teilnehmen soll, falls Sie dies nicht ausdrücklich ablehnen.

BEM-Team:

Ansprechpartner(innen):

- Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen
- Ansprechpartnerin für Gleichstellungsfragen
- Personalratsvertreterin

Ansprechpartner(innen) und Beauftragte arbeitgeberseitig:

- Pflegedirektorin
- Sozialpädagoge
- Personalentwicklung – BEM Koordination

Bitte senden Sie das beiliegende Antwortschreiben innerhalb von 14 Tagen ausgefüllt an die Personalabteilung zurück. Wir würden uns freuen, bald von Ihnen zu hören und wünschen Ihnen bis dahin gute Besserung.

Mit freundlichen Grüßen

im Auftrag

(Personalentwicklung, BEM Koordination)

Antwortschreiben**N a m e: Sachbearbeiter/in trägt hier den Namen des Mitarbeiters ein**

Ich habe die Informationen zu „BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“ im Sinne von § 84 Abs. 2 Sozialgesetzbuch erhalten und habe mich

- nach Rücksprache
- ohne Rücksprache mit einem der Ansprechpartner/innen entschieden:

Ja, ich nehme das Angebot zu „BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“ an.

Folgende/r BEM-Beauftragte soll das Gespräch führen.

- XXXX
- XXXX
- XXXX

Diese erreicht mich unter Tel: _____ bzw. e-mail: _____

Darüber hinaus wähle ich weitere BEM-Ansprechpartner aus, die an dem Gespräch teilnehmen:

- XXXX
- XXXX
- XXXX
- weitere von mir gewünschte Vertrauenspersonen, aus meinem privaten oder beruflichen Umfeld (z. B. Kollege/in, Partner(in), Vorgesetzte(r), Personalratsvertreter/in)

Personalrat

- Als Vertreter des Personalrates soll Herr / Frau teilnehmen.
- Der PR kann ein beliebiges Mitglied benennen.
- Es soll kein Vertreter des PR Personalrates an dem Gespräch teilnehmen.

Nein, ich nehme das Angebot zu „BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“ nicht an.

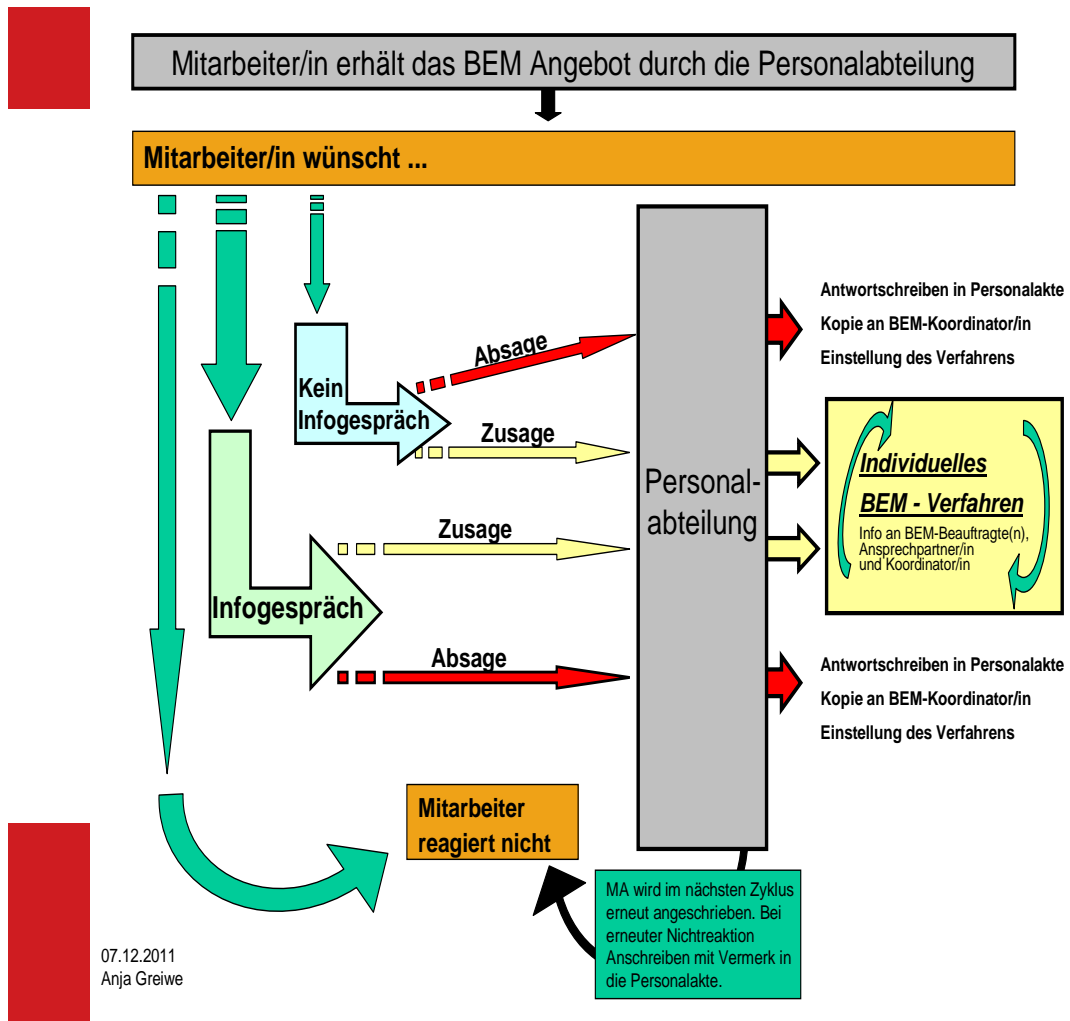
Nach Rücksprache mit dem / der Ansprechpartner/in oder dem / der Beauftragten
Herr / Frau _____ ist ein BEM-Verfahren zurzeit nicht notwendig.

Hinweis: Lediglich dieses Antwortschreiben wird in Ihre Personalakte aufgenommen. Der Inhalt der Gespräche bleibt im Kreis der von Ihnen ausgewählten Personen.

(Ort, Datum)

Unterschrift (Vor- und Zuname)

Verfahrensablauf in der Personalabteilung



Evaluation des BEM-Angebots für das Jahr 20__

Anzahl angeschriebener Personen ____

Anzahl Ja ____ nach Info ____ ohne Info ____

Anzahl nicht notwendig ____

Anzahl Nein ____ nach Info ____ ohne Info ____

Anzahl ohne Reaktion ____

Inanspruchnahme des BEM-Beauftragten

Anzahl BEM-Beauftragter 1 ____

Anzahl BEM-Beauftragter 2 ____

Anzahl BEM-Beauftragter 3 ____

Weitere auf Wunsch des Beschäftigten hinzugezogene Personen

Anzahl Ansprechpartner ____

Anzahl Personalrat ____

Anzahl Vorgesetzte/r ____

Anzahl Kollege ____

Anzahl Partner ____

Anzahl weitere ____

Gesprächsleitfaden in Orientierung am Modell der Wirkfaktoren des BEM

(Niehaus et al. 2008)

„BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“

Name des Mitarbeiters:

Dimensionen / Phasen des Eingliederungsgespräches

1. Begrüßung

■ *Grund des Zusammentreffens erläutern*

➔ BEM-Angebot wurde angenommen

Vorwissen zu „BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“?

- *ggf. Erläuterungen zu den folgenden Themen durch den / die BEM-Beauftragte/n*
 - Freiwilligkeit ➔ Hilfsangebot des Arbeitgebers
 - Datenschutz ➔ Verfahrensablauf
 - „Herr / Frau des Verfahrens“ – Möglichkeit des Widerrufs
 - Der Mitarbeiter muss nichts über die Diagnose mitteilen, wenn auch hilfreich für weitere Verfahrensschritte bzw. den konkreten Maßnahmenentwurf
- *Abschluss der einleitenden Phase:*
 - bestehen weitere Fragen zum BEM-Verfahren?

2. Formale Angaben

a) die Gesprächssituation betreffend

■ Datum des Gesprächs:

■ Name des / der BEM-Beauftragten:

■ Name und Funktion weiterer anwesender Personen:

b) den Mitarbeiter / die Mitarbeiterin betreffend

■ Name:

■ Anschrift:

■ Telefonnummer:

■ Geburtsdatum:

■ Beruf:

■ im Betrieb seit:

■ Derzeitige Tätigkeit:

■ Anzahl der Stunden:

■ Am jetzigen Arbeitsplatz seit:

■ Station / Bereich:

■ zurzeit arbeitsfähig:

Ja

Nein

■ arbeitsunfähig seit:

- Existiert eine Arbeitsplatz- bzw. Stellenbeschreibung:
- Wurde eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt:

■ Name des / der Vorgesetzten:

■ Liegt ein Grad der Behinderung vor:

Ja

Nein

■ Beantragt:

■ Grad d. Behinderung:

■ Erklärung zum Schutz personenbezogener Daten (Anlagen)

→ *Unterschrift einholen*

3. Beschreibung der aktuellen Situation

Orientierungspunkte für die Situationsbeschreibung

■ *Beschreibung der Ausgangslage durch die / den Betroffene(n)*

■ *Ursachen der Erkrankung*

- Steht / stand die Erkrankung im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz?
- ➔ Ist die Ursache der Erkrankung tätigkeitsbezogen oder liegt sie eher in dem betrieblichen sozialen Umfeld?

■ *Auswirkungen der Erkrankungen*

- Welche Tätigkeiten können ausgeführt werden, welche nicht?

■ *Veränderungsvorschläge des Mitarbeiters*

- Was müsste sich verändern, damit die Arbeit wieder erledigt werden kann?
- Sollten im Verfahren weitere Personen / Institutionen in das BEM-Verfahren involviert werden? z. B. Vorgesetzter, RVT, IA, IFD.

4. Lösungsansätze

■ Ziele und Maßnahmen beraten

Auf die Person gerichtet

- Maßnahmen zur gesundheitlichen Stabilisierung
- Gibt es Qualifizierungs- / Weiterbildungsbedarf?
- Welche Ressourcen / Kompetenzen bestehen (bereits / noch)?

Auf die Tätigkeit gerichtet

- Adäquater Einsatz des Mitarbeiters an derzeitigem Ort der Beschäftigung? Gibt es alternative Einsatzmöglichkeiten?
- Inwiefern können der derzeitige Arbeitsplatz und die Arbeitsanforderungen an Ihre Bedürfnisse angepasst werden?

Soziales Umfeld

- Ist Konfliktvermittlung vonnöten?

5. Vereinbarungen und Abschluss

- Erste Schritte gemeinsam festlegen
- Wer macht was bis wann?
- Weiteren Gesprächstermin vereinbaren.
- Datenschutzerklärung unterschrieben?
- Info an Personalabteilung notwendig (abrechnungsrelevante Aspekte) ?

BEM Beauftragte/r muss BEM Akte anlegen

Dienstvereinbarung**Dienstvereinbarung****zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement****„BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“****zwischen****den Betriebsleitungen.....****der Heimleitung des ... Pflegezentrum****der Heimleitung des ... Wohnverbundes.....****und den örtlichen Personalräten**

wird die nachfolgende Dienstvereinbarung über die Einführung und Durchführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements „BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“ gemäß § 84 Abs. 2 SGB IX geschlossen.

Die Dienstvereinbarung zum „BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“ basiert auf den Rahmenregelungen für ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) der XXX Abteilung für Krankenhäuser und Gesundheitswesen im XXX vom 12.04.2010.

1. Einleitung

„Ein Betrieb ist so gesund und leistungsfähig wie seine Beschäftigten“.

Die physische und psychische Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft der Beschäftigten langfristig zu erhalten und zu fördern, ist nicht nur eine soziale Verpflichtung, sondern auch eine ökonomische Notwendigkeit. Die Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf das Unternehmen und die zunehmende Mehrbelastung der Beschäftigten rücken den Aspekt der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz vermehrt in den Vordergrund.

Mit den Regelungen des § 84 SGB IX überträgt der Gesetzgeber einen Teil der Verantwortung für die Gesundheit der Beschäftigten der Dienststelle. Dabei setzt das BEM auf Dialog und Konsens zwischen Arbeitgeber und der / dem betroffenen Beschäftigten.

Die Art der Erkrankung, die möglichen Auswirkungen auf den Arbeitsplatz und das Schutzbedürfnis der Betroffenen sind höchst individuelle Belange und verlangen situationsbezogene und kreative Hilfsangebote; eine formalisierte „Abwicklung“ eines BEM würde den Bedürfnissen der Betroffenen sicher nicht gerecht.

Dem Verfahren eines BEM werden Betroffene nur dann zustimmen können, wenn das Angebot des Arbeitgebers, ihr/ihm zu helfen, mit der nötigen Umsicht und angemessenem Respekt vor ihrer / seiner gesundheitlichen Situation angetragen wird und dadurch für die Betroffenen glaubhaft ist.

2. Ziele und Nutzen „BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“

Ziel des BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben ist es,

- den betrieblichen Ursachen von Arbeitsunfähigkeitszeiten einer / eines Beschäftigten gemeinsam nachzugehen,
- nach Möglichkeiten zu suchen, die Arbeitsunfähigkeit zu überwinden,
- künftige, betrieblich beeinflussbare Arbeitsunfähigkeitszeiten zu vermeiden oder zumindest zu verringern,
- den Arbeitsplatz zu erhalten und krankheitsbedingte Kündigungen zu vermeiden.

Mit „BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“ wird ein neues betriebliches Strukturmodell verfolgt, das betriebliche und außerbetriebliche präventive Strukturen, Angebote und Potentiale aufeinander abstimmt, nutzt und nachhaltig stärkt.

2.1 Information zum „BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“

Ein erfolgreiches BEM nutzt sowohl den betroffenen Beschäftigten als auch dem Arbeitgeber. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden umfassend über Ziele, Inhalte und Abläufe, insbesondere auch über die Freiwilligkeit der Teilnahme und die datenschutzrechtlichen Regelungen des Verfahrens informiert. Hierdurch kann eine hohe Bereitschaft, sich am BEM-Verfahren zu beteiligen, geschaffen werden.

Die Information der Beschäftigten zu „BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“ erfolgt durch:

- Informationsschreiben „BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“, das jedem Beschäftigten persönlich zugestellt. Darüber hinaus liegt es an zentralen Stellen in den Einrichtungen aus.
- Erstellung eines Intranetportals „BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“
- Personalversammlung
- Personalabteilungs- bzw. Personalbereichsversammlungen (z. B. Gruppe der Hausangestellten, Schule, Gruppe der Ärzte, Verwaltungsabteilung, Bereichsteams, Abteilungen Neurologie, etc.)
- Aufnahme des Informationsschreibens in die Startmappe für neu eingestellte Beschäftigte.
- Information von neu eingestellten Beschäftigten über „BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“ durch die Startbegleiter.
- Regelmäßige zielgruppenspezifische Schulungen / Informationsveranstaltungen zum Projekt „BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“ im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung (IBF) durch die BEM-Koordinatorin und / oder Mitglieder der BEM-AG.
- Bei Bedarf bereichsspezifische Information zu „BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“ gemeinsam durch Arbeitgebervertreter/innen und Personalvertreter/innen, um die Bedeutung der gemeinsamen Aktion zu untermauern und das Vertrauen der Beschäftigten in das Verfahren zu stärken.

3. Gesetzliche Voraussetzungen

Die Vorschrift des § 84 Abs. 2 SGB IX verpflichtet den Arbeitgeber, den betroffenen Beschäftigten unter bestimmten Voraussetzungen ein BEM anzubieten.

Diese Verpflichtung gilt gegenüber allen Beschäftigten die in einem Dienst-, Arbeits-, Ausbildungs- oder sonstigem Beschäftigungsverhältnis stehen, unabhängig vom Vorliegen einer Schwerbehinderung.

Nach den gesetzlichen Regelungen muss der Arbeitgeber zwar die Initiative für ein individuelles BEM ergreifen, für alle folgenden Aktivitäten ist jedoch die schriftliche Zustimmung der oder des Betroffenen zwingend erforderlich.

Der Gesetzgeber hat die Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person zu einer Grundvoraussetzung für die Durchführung eines BEM gemacht.

3.1 Fristen

Der Arbeitgeber muss handeln, wenn eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter innerhalb eines Jahres länger als 6 Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig ist.

Bei der Berechnung der Jahresfrist wird nicht das Kalenderjahr zugrunde gelegt, sondern ist darauf abzustellen, ob die betroffene Person in den letzten 12 Monaten seit Ablauf der letzten Arbeitsunfähigkeit insgesamt länger als 6 Wochen arbeitsunfähig war.

Für die Berechnung der Frist werden die Kalendertage zugrunde gelegt – unabhängig davon, ob es sich um eine andauernde Erkrankung oder um mehrere Erkrankungen in Folge handelt.

3.2 Erfassen und Auswerten von Arbeitsunfähigkeitszeiten

Die Auswertung der Arbeitsunfähigkeitszeiten erfolgt in monatlichen Abständen durch eine benannte Person der Personalabteilung. Ab Januar 2011 erfolgt die Ermittlung der unter die Frist fallenden Beschäftigten sukzessiv. Das heißt, ab Januar 2011 wird monatlich erhoben, welche Beschäftigten das Angebot zur Teilnahme an „BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“ erhalten.

3.3 Begrifflichkeiten: BEM-Team, BEM-Ansprechpartner/in, BEM-Beauftragte/r

BEM-Beauftragter / BEM-Ansprechpartner:

Für die erfolgreiche Implementation von „BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“ ist das Vertrauen der Beschäftigten in das Instrument unabdingbar. Dafür ist es notwendig, eine Differenzierung hinsichtlich der Begrifflichkeiten „BEM-Ansprechpartner/in“ und „BEM-Beauftragte(r)“ vorzunehmen. Für die neutrale Vertrauensperson wird der Begriff „BEM-Ansprechpartner/in“ verwendet. Die Person, die im Auftrag des Arbeitgebers federführend die Gespräche führt, wird als „BEM Beauftragte(r)“ bezeichnet. Der von dem Beschäftigten gewählte BEM-Beauftragte ist verpflichtend in das Verfahren involviert.

Die 3 BEM-Beauftragten pro Einrichtung werden durch die Arbeitgeberseite benannt. Die 3 BEM-Ansprechpartner/innen werden von Seiten der Interessenvertretungen (Personalrat und Vertrauensperson der Schwerbehinderten) benannt.

BEM-Beauftragte (arbeitgeberseitig):

Pflegedirektion
Sozialpädagoge
Personalentwicklung / BEM-Koordination

BEM-Ansprechpartner:

Ansprechpartnerin für Gleichstellungsfragen
Personalratsvertreterin
Vertrauensperson schwerbehinderter Menschen

BEM-Team

Das BEM-Team setzt sich aus den 3 arbeitgeberseitig benannten BEM-Beauftragten und den 3 von Seiten der Interessenvertretung benannten BEM-Ansprechpartner(innen) zusammen.

Das BEM-Team tagt in den Einrichtungen 4-wöchentlich, um Maßnahmen, Ergebnisse, Vorgehensweisen etc. der jeweiligen Verfahren zu diskutieren und zu evaluieren. Klinikübergreifend tagt das BEM-Team 2 x jährlich.

4. Ablauf „BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“

4.1 Erster Schritt: Erfassen der Arbeitsunfähigkeitszeiten

Die Personalabteilung stellt fest, ob bei einer oder einem Beschäftigten Arbeitsunfähigkeit von mehr als 6 Wochen ununterbrochen oder wiederholt innerhalb der letzten 12 Monate vorliegt.

4.2 Zweiter Schritt: Anschreiben an die Beschäftigte / den Beschäftigten

Wird eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 6 Wochen festgestellt, erhält der / die jeweilige Beschäftigte das Angebot zu „BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“ in schriftlicher Form (s. Anlage „Anschreiben“) durch die zuständige Sachbearbeiterin bzw. den zuständigen Sachbearbeiter der Personalabteilung. Die / der angeschriebene Beschäftigte wird gebeten innerhalb von 14 Tagen schriftlich mitzuteilen, ob sie / er das Angebot annimmt oder ablehnt (s. Anlage „Rückantwortschreiben“).

Wird das Angebot angenommen, vermerkt die / der Beschäftigte, welche Personen als BEM-Beauftragte(r) – arbeitgeberseitig – das Verfahren durchführen, ob und wenn ja, welche BEM-Ansprechpartner(innen) teilnehmen sollen. Darüber hinaus kann die / der Betreffende jetzt schon weitere Personen seines Vertrauens benennen, die sie / er bei einem ersten Gespräch hinzuziehen möchte.

Erfolgt keine schriftliche Rückantwort der / des Beschäftigten wird sie / er nach der nächsten monatlichen Erhebung erneut angeschrieben.

Sowohl die Zusage, die Absage als auch die Nichtreaktion des Angebotes wird in der Personalakte vermerkt.

Die Personalvertretung erhält eine Auflistung der angeschriebenen Beschäftigten.

Die Vertrauensperson der schwerbehinderten Beschäftigten erhält eine Auflistung der angeschriebenen schwerbehinderten Beschäftigten

Die / der Beschäftigte die / der nach dem Angebot durch den Arbeitgeber die Notwendigkeit eines BEM verneint hat, hat bei Bedarf jederzeit zu einem späteren Zeitpunkt die Möglichkeit, die Durchführung eines BEM zu beantragen.

4.3 Dritter Schritt – (Zwischenschritt)

Vor Zustimmung bzw. Ablehnung des Verfahrens hat die angeschriebene Person die Möglichkeit, sich bei einem Mitglied des BEM-Teams (Beauftragte/r Ansprechpartner/in) über Ziele, Inhalte und Ablauf des Verfahrens „BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“ zu erkundigen. In diesem Gespräch wird erörtert, ob Unterstützungsmaßnahmen gewünscht oder nicht gewünscht bzw. nicht notwendig sind. Die / der Beschäftigte kann auf diesem Weg für sich klären, ob das Angebot ihr / ihm persönlich sinnvoll erscheint.

Erkennt der / die Beauftragte bzw. der / die Ansprechpartner/in gemeinsam mit der / dem Beschäftigten im Informationsgespräch, dass keine Notwendigkeit für ein BEM-Verfahren vorliegt, wird dies in der Personalakte dokumentiert. („BEM nicht erforderlich“)

4.4 Vierter Schritt:

Erste Besprechung – „BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“

Hat die / der Beschäftigte ihre / seine Bereitschaft zum „BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“ erklärt, werden in einem Gespräch die individuelle Situation der / des Beschäftigten betrachtet, analysiert und mögliche Maßnahmen der Unterstützung erörtert, um die gesundheitliche Situation der / des Beschäftigten zu verbessern bzw. erkrankungsbedingte Faktoren zu vermeiden.

An der Besprechung nimmt der / die Beschäftigte, der / die BEM-Beauftragte und ein/e vom Beschäftigten ausgewählte/r Vertreter des Personalrats teil. Der / die Beschäftigte hat die Möglichkeit, sich gegen die Teilnahme eines Personalratsvertreters zu entscheiden.

Auf Wunsch der / des Beschäftigten können weitere Personen an dem Gespräch teilnehmen:

- BEM-Ansprechpartner/In
- Vertreter/in des Personalrats
- Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen
- Ansprechpartnerin für Gleichstellungsfragen
- Betriebsärztin / Betriebsarzt
- Weitere Vertrauenspersonen (Arbeitskollege(in), die / der Vorgesetzte, Partner(in) etc.)
- Weitere Personen (z. B. Reha-Berater(in), Integrationsfachdienst, Rentenversicherungsträger, Vertreter der Krankenkasse)

4.4.1 Ziele der Besprechung „BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“

- Schaffung einer Vertrauensbasis
- Informieren über den Zweck des Gespräches und Aufklärung über „BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“ (Intention, Ziel, Inhalt, Ablauf, Freiwilligkeit, Datenschutz, BEM-Akte, Rücknahme der Zustimmung, Hinzuziehung weiterer Personen etc.)
- Die / Der Beschäftigte gibt seine Einschätzung ab über:
 - o mögliche betriebliche Ursachen und Auswirkungen der Erkrankung
 - o Einschränkungen der Leistungsfähigkeit bzw. verbleibende Leistungspotentiale der / des Betroffenen
 - o Zielvorstellungen, Lösungsideen und Perspektiven der / des Betroffenen
- Möglichkeiten, Grenzen sowie nächste Schritte im BEM aufzeigen
- Weitere Bereitschaft der / des Beschäftigten zur Mitwirkung am BEM abklären
- Schriftliche Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung zum Zwecke des BEM einholen.
- nächste Schritte vereinbaren.

Ausschließlich der / die Beschäftigte entscheidet, welche Angaben zur Erkrankung gemacht werden.

Stellt sich heraus, dass (derzeit) ein BEM nicht notwendig ist, oder lehnt die / der Betroffene die weitere Teilnahme am BEM ab, ist das Verfahren beendet, da ausschließlich die / der Beschäftigte Frau / Herr des Verfahrens ist.

Die Ablehnung oder die Nichterforderlichkeit ist zu dokumentieren und zur Personalakte zu nehmen (die / der Betroffene ist zuvor darauf hinzuweisen).

4.4.2 Maßnahmenplan

Die an der Besprechung beteiligten Personen planen gemeinsam die nächsten Schritte und legen fest, wer verbindlich welche Aufgaben übernimmt. Die / der BEM-Beauftragte koordiniert und kontrolliert die Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen und unterstützt die / den Beschäftigte(n). Die Ergebnisse werden dokumentiert und die Durchführung der Maßnahmen werden protokolliert.

Ziele und Maßnahmen können sein:

- Den bisherigen Arbeitsplatz an die Ressourcen und Einschränkungen der / des Beschäftigten anzupassen
- Die / den Beschäftigte(n) auf einen ihre / seine Einschränkungen und Ressourcen angepassten und gleichwertigen Arbeitsplatz umzusetzen
- Aktive Begleitung bei der stufenweisen Wiedereingliederung
- Veränderungen des Arbeitsplatzes
- Veränderung der Arbeitsorganisation
- Veränderung der Arbeitsumgebung
- Veränderung der Arbeitszeit
- Arbeitsversuche
- Qualifizierungsmaßnahmen

Im Zusammenhang mit den geplanten Schritten können in ggf. folgenden Gesprächen mit Zustimmung der / des Beschäftigten weitere Personen hinzugezogen werden (z. B. die / der direkte(r) Vorgesetzte, Rentenversicherungsträger, Integrationsfachdienst, Arbeitsamt, Krankenkassen u. a.).

Falls erforderlich, erfolgt in weiteren Gesprächen eine erneute Situationsanalyse. Die bereits vereinbarten Maßnahmen werden im Bedarfsfall erneut diskutiert und falls nötig ergänzt.

Abschließend stellen die Beteiligten eine erfolgreiche oder nicht erfolgreiche Umsetzung der Maßnahmen fest und prüfen im Falle eines Scheiterns weitere Optionen.

Auf Wunsch der / des Beschäftigten kann das BEM zu jedem Zeitpunkt des Verfahrens eingestellt werden. Wurde das Verfahren eingestellt kann es zu einem späteren Zeitpunkt auf Wunsch der / des Beschäftigten wieder aufgenommen werden.

5. Datenschutz

Das BEM erfolgt unter Beachtung sowohl der datenschutzrechtlichen Bestimmungen als auch sonstiger Schweigepflichten (z. B. § 203 StGB – ärztliche Schweigepflicht).

Alle Beteiligten werden eindringlich über die datenschutzrechtlichen Bestimmungen informiert und auf die Verpflichtung zur strengen Beachtung – mit Hinweis auf das besonders hohe Schutzbedürfnis der Beschäftigten hinsichtlich der Teilnahme am BEM hingewiesen.

Die / der Betroffene erhält – sofern sie / er dem angebotenen „BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“ zugestimmt hat – eine Erklärung zum Schutz personenbezogener Daten im Rahmen von Maßnahmen des BEM (siehe Anlage).

Die Betroffenen werden darüber informiert,

- dass sie ihre Zustimmung zur Durchführung des BEM jederzeit für die Zukunft widerrufen können

- dass die am BEM Beteiligten zur Verschwiegenheit verpflichtet sind
- dass die erhobenen Daten ausschließlich für die im vereinbarten Maßnahmenplan genannten Ziele genutzt werden
- welche im Rahmen des BEM erhobenen Daten in einer separaten BEM-Akte aufbewahrt werden.
- dass eine Weitergabe von Daten an Personen oder Stellen, die nicht an diesem Verfahren beteiligt sind, nur nach vorheriger (dokumentierter) Zustimmung für die jeweilige konkrete Einzelweitergabe erfolgt
- dass ärztliche Angaben zu Krankheitsdiagnosen nicht zur Personalakte genommen werden
- dass sie in alle BEM-Unterlagen, die ihre Person betreffen, Einsicht nehmen können
- dass die im Rahmen dieser Maßnahme angelegte BEM-Akte 2 Jahre nach Abschluss des Verfahrens ersatzlos vernichtet wird.

Die BEM-Akte wird von der / dem vom Beschäftigten ausgewählten BEM-Beauftragten verwaltet und in einem verschließbaren Schrank aufbewahrt. Nach Abschluss des BEM-Verfahrens wird die Akte (geschlossener Umschlag) in einem abschließbaren Schrank innerhalb der Personalabteilung aufbewahrt. Die BEM-Akte wird 2 Jahre nach Abschluss des Verfahrens, auf Wunsch der / des Beschäftigten unter Beisein der / des Beschäftigten, vernichtet.

Der Eintrag in die Personalakte z. B. „2011 – BEM abgelehnt / durchgeführt / nicht notwendig“ wird nach 2 Jahren aus der Personalakte entfernt.

6. Inkrafttreten

Die Dienstvereinbarung zu „BEM – Wieder am Arbeitsplatz und gesund bleiben“ zwischen der Betriebsleitung und dem Personalrat der XXXX XXXX tritt zum 22. 07. 2011 in Kraft.

Betriebsleitung

Kaufmännische Direktorin

Ärztlicher Direktor

Pflegedirektor

Personalrat

Personalratsvorsitzender

Evaluationsbogen

Evaluation BEM-Verfahren

- Name: _____ Alter: _____
 Geschlecht: _____ Beruf: _____
 Aktueller Einsatzbereich: _____ Wöchentliche Arbeitszeit: _____
 Vorgesetzter: _____ Betriebszugehörigkeit: _____
- Ursachenklärung**
 Sieht der Mitarbeiter die Ursache seiner Erkrankung am Arbeitsplatz?
 Nein Ja eher tätigkeitsbezogen eher im betrieblichen / sozialen Umfeld

Im Rahmen von BEM durchgeführte Maßnahmen

- auf die Person gerichtet
 Gesprächig
 Informativ
 unterstützend
 perspektivenerweiternd
 klärend
 beratend
- auf die Tätigkeit gerichtet
 Arbeitsorganisation
 technische Hilfsmittel
 Handgelenkstütze
 Umkleearbeitsplatz
 Bürostuhl
 anderer Bildschirm
- auf das soziale Umfeld gerichtet
 Gespräch mit Dritten Vorgesetzten Kollegen anderen
- Qualifizierungsbedarf ermittelt
 Study Nurse Schulung
 Erweiterung sozialer Kompetenzen
 gesundheitstabilisierende Maßnahmen
 Anregung Sport zu treiben
 Besuch Rückenschule
 weitere Verhaltenspräventive Maßnahmen

Rubrik übergreifend

- Begleitung bei der stufenweisen Wiedereingliederung
 Beratendes Gespräch unter Hinzuziehung weiterer Personen
- Rehabilitationsberater
 Beratung
 Leistungen zur Teilhabe beantragt genehmigt
 Erwerbsminderungsrente beantragt genehmigt
- Betriebsmediziner
 Beratung
 Betriebsärztliche Untersuchung
 Betriebsärztliche Bescheinigung
- Arbeitschutz- und Arbeitssicherheitskraft
 Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung
- Schwerbehindertenvertreter/in
- Experte / Expertin Personalabteilung
 arbeitsrechtliche Fragen
 tarifrechtliche Fragen
 Kündigungsschutz
 Urlaubsanspruch nach Krankheit

Weitere Rubrik / Platz für Bemerkungen

- Anzahl der geführten BEM-Gespräche:**
Beteiligung weiterer Personen
 (z.B. Personalrat, Schwerbehindertenvertreter/in, Gleichstellungsbeauftragte/r)
- _____ Von Beginn an
 _____ Im Verlauf hinzugezogen
- _____ Von Beginn an
 _____ Im Verlauf hinzugezogen
- _____
- _____
- _____
- _____

Interviewleitfäden

Interviewleitfaden IBF

Datum:

Name:

Beruf / Funktion:

Alter:

Betriebszugehörigkeit:

Wochenarbeitszeit:

Was war Ihre erste Reaktion auf das Anschreiben?	Der Gesetzgeber hat 2004 das BEM ins Leben gerufen, wissen Sie was das ist?	Info BEM (s. Abbildung 21)	Sie waren in der Vergangenheit längere Zeit krank, wenn Ihr Arbeitgeber Ihnen ein BEM angeboten hätte, hätten Sie dem zugestimmt? Warum ja? Warum nein?
Hatte Ihre Erkrankung arbeitsplatzbezogene Ursachen? Wenn ja:			
Haben Sie während Ihrer Krankheit Unterstützung von Ihrem Arbeitgeber, Ihrem Vorgesetzten oder Kollegen erhalten?	Hätten Sie sich Unterstützung gewünscht? Warum ja – warum nein.	Wie hätte diese Unterstützung aussehen können?	Haben Sie Unterstützung eingefordert?
Ist Ihnen bekannt, welche Maßnahmen der Wiedereingliederung die Klinik anbietet?	Was denken Sie, warum sich Ihr Arbeitgeber dazu entschieden hat, seinen Mitarbeitern das BEM anzubieten?		
Was denken Sie, worauf sollte bei der Implementierung des BEM in dieser Klinik beachtet werden?	Was denken Sie, wären sinnvolle Maßnahmen für Ihre Gesundheit am Arbeitsplatz?	Welche Barrieren sehen Sie im Betrieb für das BEM?	Welche Chancen sehen Sie für das BEM?

Interviewleitfaden Akteure

Datum:

Funktion:

Der Gesetzgeber hat 2004 das BEM ins Leben gerufen, wissen Sie was das ist? Wenn ja – was?	Wird das BEM aktuell in Ihrem Haus umgesetzt?	Wie ist bisher mit langzeiterkrankten Mitarbeitern verfahren worden?
Welche Maßnahmen der Wiedereingliederung bietet die Klinik an?	Werden Vorgesetzte bzw. für das BEM verantwortliche Personen in den Kliniken zur Thematik geschult? Wenn ja – durch wen?	An wen können sich die Mitarbeiter mit ihren Fragen wenden? (auch MA in Führungspositionen)
Ansprache – wann und durch wen?		Ist es geplant, einen BEM Beauftragten zu bestimmen?
Was denken Sie sollte bei der Implementierung des BEM beachtet werden	An welchen Indikatoren würden Sie eine erfolgreiche Umsetzung des BEM in den Einrichtungen festmachen / bzw. wann wäre das BEM für Sie wirksam?	
Warum hat sich die Betriebsleitung dazu entschieden, das BEM einzuführen?	Welche Barrieren sehen Sie in den Kliniken für das BEM?	Welche Chancen sehen Sie in der Klinik für das BEM
Ist der Arbeitgeber für die Mitarbeitergesundheit zuständig? Warum ja / nein?	Was denken Sie, wären sinnvolle Maßnahmen für die Mitarbeitergesundheit am Arbeitsplatz?	

Hinweise zur Zitierart der Interviews

Beispiel:

Akteure: Führungskräfte med/therapeutischer Dienst, Interviewnummer: 01/01-04
Führungskräfte Verwaltung, Interviewnummer, 02/01 -03
Interessenvertretung, Interviewnummer 03/01-03

Beschäftigte: zwei offen geführte Interviews, Interviewnummer 0001, 0002
Zwanzig mittels Interviewleitfaden geführte Interviews, Interviewnummer
001 – 020

Ergänzend zu den Interviewnummern wurden die entsprechenden Zeilen- bzw. Absatznummern angegeben.

Abbildung 21: Begleitschreiben InterviewAufklärung Betriebliches Eingliederungsmanagement (IBF)

- Jeder Arbeitgeber ist gesetzlich dazu verpflichtet, all seinen Mitarbeitern, die in 12 Monaten mehr als 42 Tage krank sind, ein BEM anzubieten
- Seit 2004 vom Gesetzgeber vorgeschriebenes Prüf- bzw. Suchverfahren SGB 9 § 84 Abs. II

Das bedeutet, dass Arbeitgeber und Arbeitnehmer gemeinsam schauen sollen.

- ob die Arbeitsunfähigkeit in Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz steht.
- wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst schnell überwunden werden kann.
- wie einer erneuten Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt werden kann.
- wie der Arbeitsplatz auf Dauer erhalten bleiben kann.

Tabelle 16: SWE-Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung

SWE

Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung

Autoren	Matthias Jerusalem & Ralf Schwarzer
Wortlaut der Items	<p>Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen. 2. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe. 3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen. 4. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll. 5. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, daß ich gut mit ihnen zurechtkommen kann. 6. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann. 7. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen. 8. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden. 9. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann. 10. Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.
Antwortformat	(1) stimmt nicht, (2) stimmt kaum, (3) stimmt eher, (4) stimmt genau.
Quelle	Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999). <i>Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen</i> . Berlin: Freie Universität Berlin. http://www.fu-berlin.de/gesund/

Anschreiben Studie IBF

Fachbereich
Humanwissenschaften
Dermatologie, Umweltmedizin und
Gesundheitstheorie
Abteilung Gesundheitspädagogik

Lieber [REDACTED]

im Rahmen einer Studie der Uni Osnabrück führe ich aktuell Untersuchungen zu betrieblicher Gesundheitsförderung, speziell zu dem „Betrieblichen Eingliederungsmanagement“, in den [REDACTED] durch. Ein besonderes Interesse meiner Arbeit besteht darin, zu ermitteln, wie die Mitarbeitergesundheit langfristig erhalten bzw. gefördert werden kann.

Aus diesem Grund suche ich für meine Erhebungen gesprächsbereite Mitarbeiter, die während ihres Arbeitslebens schon einmal oder mehrmals wegen längerer oder häufigerer Krankheit nicht zum Dienst kommen konnten.

Ich würde mich gerne mit Ihnen u.a. darüber unterhalten,

- wie Sie Ihre „Krankheitssituation“ bezogen auf Ihr Berufsleben erlebt haben.
- ob Sie im Genesungsprozess Unterstützung durch Ihren Arbeitgeber erhalten haben/ bzw. diese gewünscht hätten.
- was Ihrer Meinung nach bei der Rückkehr von erkrankten Mitarbeitern an ihren Arbeitsplatz beachtet werden sollte.

Ich erhoffe mir durch die Erfahrungsberichte einen berufsgruppenübergreifenden Einblick in die „Situation“ von erkrankten Mitarbeitern und gehe davon aus, dass sich aus den Gesprächen Erkenntnisse ableiten lassen, die hilfreich für die Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung sind.

Wissen sollten Sie, dass meine Erhebungen in anonymisierter Form erfolgen. Sie müssen also keine Bedenken haben, dass Ihr Arbeitgeber erfährt, ob und welche Aussagen Sie gemacht haben.

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie einem Gespräch zustimmen und Kontakt mit mir aufnehmen. Sie erreichen mich unter den Telefonnummern [REDACTED] oder aber per mail an:

[REDACTED]

Freundliche Grüße

[REDACTED]

Eidesstattliche Erklärung

Ich gebe hiermit die eidesstattliche Erklärung ab, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema „Betriebliches Eingliederungsmanagement – Wissenschaftliche Begleitung der Konzeption und Implementation in einer Klinik“ im Fachbereich Humanwissenschaften der Universität Osnabrück.

1. selbständig angefertigt habe,
2. dass sie weder in der gegenwärtigen noch in einer anderen Fassung einer in- oder ausländischen Fakultät als Dissertation vorgelegt wurde,
3. dass sie nur unter Benutzung der im Literaturverzeichnis angegebenen Arbeiten angefertigt und sonst kein anderes gedrucktes oder ungedrucktes Material verwendet und
4. dass ich keine unerlaubte Hilfe in Anspruch genommen habe.

Osnabrück, 14. Oktober 2012
An der Lauburg 30
49078 Osnabrück
