

Marianne Giesert / Adelheid Weißling

Betriebliches Eingliederungs- management in Großbetrieben

Betriebs- und
Dienstvereinbarungen

Fallstudien

Marianne Giesert/Adelheid Weßling

Betriebliches Eingliederungsmanagement in Großbetrieben

Betriebs- und Dienstvereinbarungen

Fallstudien

Eine Schriftenreihe der Hans-Böckler-Stiftung

Marianne Giesert/Adelheid Weißling

Betriebliches Eingliederungs- management in Großbetrieben

Betriebs- und Dienstvereinbarungen

Fallstudien

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2012 by Bund-Verlag GmbH, Frankfurt am Main
Redaktion: Dr. Manuela Maschke, Hans-Böckler-Stiftung
Herstellung: Birgit Fieber
Umschlaggestaltung: Neil, McBeath, Stuttgart
Satz: Dörlemann Satz, Lemförde
Druck: Beltz Bad Langensalza GmbH
Printed in Germany 2012
ISBN 978-3-7663-6118-9

Alle Rechte vorbehalten,
insbesondere die des öffentlichen Vortrags, der Rundfunksendung
und der Fernsehausstrahlung, der fotomechanischen Wiedergabe,
auch einzelner Teile.

www.bund-verlag.de
www.boeckler.de/betriebsvereinbarungen

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
Abkürzungsverzeichnis	10
1. Einleitung	11
2. Unternehmen I: Berliner Stadtreinigung	14
2.1 Daten und Strukturen des Unternehmens	14
2.2 Meilensteine des Betrieblichen Eingliederungs- managements	18
2.2.1 Wiedereingliederung von Beschäftigten vor 2004	18
2.2.2 Umsetzung der Anforderungen nach § 84 (2) SGB IX	19
2.2.3 Stolpersteine und Perspektiven für die weitere Arbeit	29
2.3 Beispiel für eine gelungene Eingliederung aus Sicht eines Beschäftigten und des BEM-Teams	31
2.4 Der Stellenwert von Arbeitsfähigkeit im Betrieb	34
3. Unternehmen II: Westfalz-Klinikum GmbH	35
3.1 Daten und Strukturen des Unternehmens	35
3.2 Meilensteine des Betrieblichen Eingliederungs- managements	41
3.2.1 Wiedereingliederung von Beschäftigten vor 2004	41
3.2.2 Umsetzung der Anforderungen nach § 84 (2) SGB IX	41
3.2.3 Stolpersteine und Perspektiven für die weitere Arbeit	49

3.3	Beispiel für eine gelungene Eingliederung aus Sicht einer Beschäftigten und des BEM-Teams	51
3.4	Der Stellenwert von Arbeitsfähigkeit im Betrieb	54
4.	Unternehmen III Stadtwerke München GmbH	55
4.1	Daten und Strukturen des Unternehmens	55
4.2	Meilensteine des Betrieblichen Eingliederungs- managements	58
4.2.1	Wiedereingliederung von Beschäftigten vor 2004	58
4.2.2	Umsetzung der Anforderungen nach § 84 (2) SGB IX	59
4.2.3	Stolpersteine und Perspektiven für die weitere Arbeit	68
4.3	Beispiel für eine gelungene Eingliederung aus Sicht eines Beschäftigten und des BEM-Teams	69
4.4	Der Stellenwert von Arbeitsfähigkeit im Betrieb	72
5.	Unternehmen IV: Tectrion GmbH	74
5.1	Daten und Strukturen des Unternehmens	74
5.2	Meilensteine des Betrieblichen Eingliederungs- managements	78
5.2.1	Wiedereingliederung von Beschäftigten vor 2004 . .	78
5.2.2	Umsetzung der Anforderungen nach § 84 (2) SGB IX	78
5.2.3	Stolpersteine und Perspektiven für die weitere Arbeit	88
5.3	Beispiel für eine gelungene Eingliederung aus Sicht eines Beschäftigten und des BEM-Teams	90
5.4	Der Stellenwert von Arbeitsfähigkeit im Betrieb	92
6.	Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen	94
6.1	Ziele und Erfolgskriterien	94
6.2	Regularien und Betriebs-/Dienstvereinbarungen	96
6.3	Mitglieder des BEM-Teams und ihre Aufgaben	99
6.4	Information und Datenschutz	102
6.5	Innerbetriebliche Prozesse des BEM	103

6.6	Information und Einbindung der Belegschaft	108
6.7	Kooperation mit externen Partnern	109
6.8	Evaluation: Erfolge und Maßnahmen des BEM in Zahlen .	111
6.9	Handlungsempfehlungen	113
Literatur- und Internethinweise		117
Das Archiv Betriebliche Vereinbarungen		
der Hans-Böckler-Stiftung		121

Vorwort

Im Mittelpunkt dieser Fallstudien stehen Erfahrungen aus vier Unternehmen mit der Einführung und Gestaltung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements. Unser Anliegen mit diesen Praxisberichten ist es, unterschiedliche Varianten und Möglichkeiten aus dem betrieblichen Alltag in den dokumentierten Fällen zu zeigen.

Befragt wurden Betriebs- und Personalräte sowie Arbeitgebervertreter unter anderem auch nach den Aushandlungsprozessen, die mit der Entwicklung des Systems einhergingen, sowie nach den Schwierigkeiten und Chancen, die sich in der praktischen Umsetzung herauskristallisierten. Einige zentrale Fragen lauten: Welche Ideen, Vorstellungen und Konzepte gingen in die Entwicklung ein? Wie stellen sich diese Ausgangsüberlegungen nach einigen Jahren dar? Was würden die Akteure heute ändern und warum?

Den Gesprächen ging die Entwicklung und Überarbeitung eines Handlungsleitfadens zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement voraus. Dieser zeigt detailliert, welcher Weg gegangen werden sollte, um ein wirkungsvolles und nachhaltiges Betriebliches Eingliederungsmanagement aufzubauen. Handlungsempfehlungen für die Entwicklung von Betriebsvereinbarungen und deren Umsetzung lassen sich aus den beschriebenen Erfahrungen für die betriebliche Praxis ableiten.

Unser Dank gilt allen beteiligten Akteuren und Interviewpartnerinnen und -partnern für ihre Bereitschaft, Auskunft zu geben und über ihre Erfahrungen und Einschätzungen zu berichten.

Wir wünschen eine anregende Lektüre!

Dr. Manuela Maschke

Abkürzungsverzeichnis

AG	Aktiengesellschaft
A. ö. R.	Anstalt des öffentlichen Rechts
ASiG	Arbeitssicherheitsgesetz
AU	Arbeitsunfähigkeit
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BetrVG	Betriebsverfassungsgesetz
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BSR	Berliner Stadtreinigung
BV	Betriebsvereinbarung
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DV	Dienstvereinbarung
GBV	Gesamtbetriebsvereinbarung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GVM	Gesamtvertrauensmann für Schwerbehinderte
HSEQ	Health-, Safety-, Environment- und Quality-Management-system
INQA	Initiative Neue Qualität der Arbeit
ISO	International Organization for Standardization
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
OHG	Offene Handelsgesellschaft
PersVG	Personalvertretungsgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
SWM	Stadtwerke München

1. Einleitung

Seit 2004 ist das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) eine verpflichtende Aufgabe für alle Arbeitgeber. Die gesetzliche Grundlage findet sich in § 84 SGB IX. In den ersten Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes bestand in den Unternehmen vielfach Unklarheit, wie die gesetzlichen Vorgaben umzusetzen sind. Mit Mitteln des Europäischen Sozialfonds hat das Bildungswerk des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) daher einen Handlungsleitfaden für die praktische Handhabung des BEM erstellt. Dieser gliedert sich in zehn Handlungsschritte: von einer ersten Orientierungsphase bis zur Evaluation und Dokumentation der Eingliederungsprozesse (vgl. Giesert/Wendt 2011). In einem Folgeprojekt wurde der Leitfaden von 2008 bis 2010 evaluiert und um Anregungen aus der Praxis ergänzt, die aus einer Befragung von BEM-Akteuren und betroffenen Beschäftigten in sechs Betrieben resultieren.

Im Folgenden wird die praktische Handhabung des BEM in vier der sechs Betriebe vorgestellt. Die Fallbeispiele sind nicht repräsentativ für die Unternehmen in Deutschland. Dargestellt wird die Praxis in vier Großbetrieben mit 2500 bis 7000 Beschäftigten. Beteiligt haben sich drei Unternehmen aus dem öffentlich-rechtlichen Bereich bzw. in kommunaler Trägerschaft: die Münchner Stadtwerke AG, die Berliner Stadtreinigung Anstalt des öffentlichen Rechts und die Westpfalz-Klinikum GmbH; aus der Privatwirtschaft nimmt die Tectrion GmbH teil, eine Ausgliederung der ehemaligen Bayer Industrial Services GmbH. Die genannten Betriebe setzten sich schon vor 2004 für die Eingliederung von Langzeiterkrankten ein. Allerdings äußern die BEM-Akteure übereinstimmend, dass auf Basis der gesetzlichen Grundlage die Verfahrensweise systematisiert wurde und dass der Bedarf deutlich größer ist, als sie anfangs erwartet hatten. Übereinstimmend äußerten sich die Betriebe aber auch hinsichtlich der beiden grundlegenden Probleme: a) Das Durchschnittsalter der Beschäftigten steigt, was meist eine Veränderung der Arbeitsfähigkeitsprofile nach sich zieht. b) Die Möglichkei-

ten der körperlichen Entlastung durch Schonarbeitsplätze oder Arbeitsumverteilung zwischen älteren und jüngeren Mitarbeitern sinken. Die Darstellung der Fallbeispiele erfolgt nach einer einheitlichen Gliederung: Zunächst wird das Unternehmen anhand seiner Daten und Strukturen vorgestellt. Besondere Beachtung findet hierbei das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM), das sich aus den drei Säulen Arbeitsschutz, Eingliederungsmanagement und Gesundheitsförderung zusammensetzt. Anschließend werden die jeweiligen Prozesse des BEM in den Betrieben nachvollzogen. Als Grundlage dienen die zehn Handlungsschritte des DGB-Leitfadens:

1. Orientierungsphase
2. Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung
3. Unterweisung im Dialog
4. Feststellung der Arbeitsunfähigkeit von mehr als 6 Wochen
5. Kontaktaufnahme zu den Betroffenen
6. Erstgespräch
7. Analyse des Arbeitsplatzes
8. Anforderungen an die Beschäftigten und deren Fähigkeiten
9. Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen
10. Wirksamkeitsprüfung, Evaluation und Dokumentation

Zwischen Schritt 9 und 10 wurden zwei weitere Gliederungspunkte eingefügt, um deren Bedeutung hervorzuheben: Information und Einbindung der Belegschaft sowie Kooperation mit externen Partnern. Die Gemeinsamkeiten aller Unternehmen bei der Umsetzung, aber auch die unternehmensspezifischen Besonderheiten werden in einem abschließenden Kapitel zusammengefasst und münden in einer Übersicht über die Stolpersteine und Chancen des BEM.

Die Umsetzung des BEM ist ein dynamischer Prozess. Dies bestätigt der persönliche Kontakt zu den befragten Unternehmen während der Evaluationsstudie und anschließend für die Erstellung der Fallstudien. In den Betrieben sind in den ersten Jahren nach Verabschiedung des § 84 (2) SGB IX Verfahren der Umsetzung erprobt und Regularien erarbeitet worden. Viele Strukturen haben sich gefestigt, andere werden hinterfragt und modifiziert. Daher hat sich manches verändert, was zum Zeitpunkt der Interviews noch Gültigkeit hatte. Beispielsweise ist bei der Berliner Stadtreinigung 2011 eine neue Dienstvereinbarung zum BEM in Kraft getreten. Ferner planen die Münchner Stadtwerke, ihre Kon-

zernbetriebsvereinbarung zu modifizieren. Diese Änderungen werden in den Fallstudien thematisiert, doch bezieht sich die Darstellung der gemachten Erfahrungen naturgemäß auf den Zeitraum davor.

Die Verpflichtung zum BEM gilt für alle Arbeitgeber gleichermaßen, unabhängig von der Betriebsgröße oder der Branchenzugehörigkeit. Bei der Ausgestaltung lassen sich jedoch unterschiedliche Schwerpunktsetzungen erkennen, wie anhand der vier befragten Großunternehmen deutlich wird:

- Ein besonderes Merkmal der Berliner Stadtreinigung ist das starke Engagement für Schwerbehinderte und ihnen Gleichgestellte. So konnten neue Arbeitsplätze für Leistungsgeminderte geschaffen werden. Gemeinsam mit der Personalabteilung hat die Schwerbehindertenvertretung den Aufbau des BEM federführend gestaltet.
- Das Westfalz-Klinikum hebt sich durch eine vorausschauende Personalplanung hervor. Sie bringt die Bedürfnisse der Beschäftigten und die betrieblichen Anforderungen in Einklang und setzt auf eine Vertrauenskultur im Unternehmen. Dies schlägt sich bei der Umsetzung des BEM nieder, dessen Prozesse vom stellvertretenden Personalleiter gesteuert werden.
- Bei den Münchner Stadtwerken ist die Umsetzung des BEM dezentral auf die Führungskräfte in den einzelnen Betrieben ausgerichtet. Auf Konzernebene wird das BEM dem zentralen Gesundheitsmanagement des Geschäftsbereichs Personal zugeordnet. Es erzielt Erfolge auf Basis eines arbeitsplatzbezogenen Kennziffersystems.
- Tectrion ist als eigenständiges Unternehmen relativ jung am Markt. Seine Gesamtbetriebsvereinbarung für das BEM konnte von der Muttergesellschaft weitgehend übernommen werden. Ein besonderes Merkmal ist, dass die von außen agierenden Betriebsärzte innerhalb des BEM-Verfahrens eine zentrale Stellung innehaben. Sie sind Eingliederungsberater und führen das Erstgespräch mit den Betroffenen.

Die Fallbeispiele geben einen Einblick, wie einzelne Unternehmen ihr BEM umsetzen und welche Vorstellungen sie damit verbinden. Sie sollen Betriebe dazu ermutigen, das gesetzlich Geforderte umzusetzen und darüber hinaus für die Gesundheit der Beschäftigten tätig zu werden – wohlwissend, dass deren Eigenverantwortung für persönliches Wohlbefinden und ein langes gesundes Leben dadurch wirksam unterstützt werden kann.

2. Unternehmen I: Berliner Stadtreinigung

2.1 Daten und Strukturen des Unternehmens

Allgemeines

Die Berliner Stadtreinigung (BSR), eine Anstalt öffentlichen Rechts, ist das größte kommunale Entsorgungsunternehmen in Deutschland. Das Versorgungsgebiet der BSR umfasst eine Fläche von knapp 900 km² und ist damit größer als das der Städte München, Frankfurt und Stuttgart zusammen. In Berlin leben 3,4 Mio. Einwohner in 1,8 Mio. Haushalten, die jährlich 1 Mio. Tonnen Müll verursachen. Hinzu kommen Entsorgungsarbeiten auf öffentlichen Flächen sowie die Straßenreinigung und der Winterdienst. Bei der Entsorgung von privatem, öffentlichem und gewerblichem Müll setzt die BSR auf den Einsatz moderner Technologie. Sie betreibt gasbetriebene Müllfahrzeuge und unterhält ein Müllheizkraftwerk, eine Biogasheizanlage, eine Sperrmüllaufbereitungsanlage, Abfallverwertungsanlagen sowie spezielle Anlagen zur Deponiegasverwertung.

Grundsätze und Unternehmensziele

Die BSR gilt als kommunales Vorzeigeunternehmen. Als modernes Dienstleistungsunternehmen orientiert sie sich an den Prinzipien der Wirtschaftlichkeit sowie an hohen ökologischen und sozialen Standards. Sie sieht es – eigenen Angaben zufolge – als Aufgabe an, ihr ökologisches Profil kontinuierlich auszubauen, eine hohe Leistungsqualität sicherzustellen und soziale Verantwortung für die Beschäftigten und das Land Berlin zu übernehmen. Ihr Ziel ist es, der Berliner Bevölkerung gute Dienste bei niedrigen Gebühren und Tarifstetigkeit anzubieten. Hierzu nutzt sie moderne Technologien, beschäftigt qualifizierte Mitar-

beiterinnen und Mitarbeiter und fördert deren Weiterbildung. Des Weiteren investiert die BSR in die Ausbildung des Nachwuchses über den eigenen betrieblichen Bedarf hinaus.

Soziale Verantwortung trägt die BSR innerhalb des Unternehmens in Form von Projekten für lernbehinderte Jugendliche und durch die Integration von Leistungsgeminderten. Das Unternehmen engagiert sich landesweit in der Kinder- und Jugendarbeit (z.B. Vereine, Stiftung Zukunft für Berlin), fördert bürgerschaftliches Engagement (z. B. Aktion »Auf die Plätze, Straßen, los – Putzaktionen im Kiez«) und arbeitet mit Umwelt-Organisationen zusammen (z. B. Stiftung Naturschutz, BUND). Im sozialen Bereich unterstützt die BSR die »Berliner Tafel – Mit Leib und Seele«, »Karuna – Hilfe für suchtgefährdete und suchtkranke Straßenkinder«, den Kinderschutzbund Berlin und die »Aktion gegen Gewalt gegen Frauen«. Auch unter wirtschaftlichen Aspekten übernimmt die BSR Verantwortung für die Stadt: Zwei Drittel aller externen Aufträge werden an Berliner Unternehmen vergeben.

Entwicklung der Beschäftigtenstruktur

Anfang der 1990er Jahre waren mehr als 10000 Menschen bei der BSR tätig, Ende des Jahrzehnts waren es nurmehr gut 7000. Die Anzahl ist seither um weitere 2000 Personen gesunken. Derzeit sind rund 5300 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der BSR beschäftigt. Bei der Entsorgung handelt es sich um eine Männer-Domäne: Der Frauenanteil ist mit weniger als 15% gering. Dennoch setzt sich die BSR aktiv für die Förderung von Frauen ein. Überproportional hoch ist der Frauenanteil an Führungspositionen (32%).

Der Altersdurchschnitt bei der BSR liegt bei 46 Jahren. Mehr als die Hälfte der Belegschaft ist älter als 50 Jahre. Durchschnittlich sind die Beschäftigten seit 17 Jahren im Betrieb tätig. Der Krankenstand beträgt gut 10%, wobei starke Unterschiede zwischen den Berufsgruppen bestehen: Der Krankenstand bei Pförtnern und internen Reinigungskräften ist überdurchschnittlich hoch, in der Verwaltung eher gering. Als Ursachen für erhöhte Krankenstände wird u.a. das Führungsverhalten der Vorgesetzten diskutiert.

Nach dem Personalabbau in den vergangenen Jahrzehnten ist derzeit

ein moderater Personalaufbau geplant, primär im Bereich der Straßenreinigung. Die BSR beschäftigt grundsätzlich keine Leiharbeitskräfte, sondern im Wesentlichen nur fest angestellte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Es ist jedoch möglich, dass saisonal – beispielsweise für den Winterdienst – Aushilfskräfte eingestellt werden. Da der Krankenstand bei den Pförtnern mitunter bis zu 40 % beträgt und die Bereitschaft, Schichtdienst zu übernehmen, gering ist, arbeitet die BSR darüber hinaus mit einem externen Bewachungsschutz zusammen, um Personalengpässe abzufedern. Es ist geplant, bestimmte Arbeitsbereiche wie z. B. die Containerausfuhr auszulagern – allerdings ohne dabei Personal abzubauen. Die Arbeitsverträge der Beschäftigten mit der BSR bleiben erhalten.

Die Aus-, Fort- und Weiterbildung hat einen hohen Stellenwert bei der BSR. In fünf gewerblich-technischen und drei kaufmännischen Berufen wird in dem Unternehmen über den eigenen Bedarf hinaus ausgebildet. Zudem kooperiert die BSR mit der Berufsakademie der Fachhochschule für Wirtschaft Berlin. Knapp 200 Auszubildende und Studenten der Berufsakademie sind zurzeit bei der BSR tätig. Die internen und externen Seminare zur Fort- und Weiterbildung wurden 2008 von mehr als 3700 Teilnehmenden besucht.

Betriebliche Interessenvertretungen

Die betriebliche Interessenvertretung wird über den Personalrat wahrgenommen. Dieser setzt sich aus den Personalräten der Unternehmensbereiche Abfallwirtschaft, Reinigung und Hauptverwaltung zusammen und wird um einen Gesamtpersonalrat ergänzt. Dieser bestellt auch die Arbeitnehmerseite im Aufsichtsrat der Berliner Stadtreinigung. Des Weiteren ist die Schwerbehindertenvertretung zu nennen: Diese setzt sich gleichfalls aus einer Gesamtvertretung sowie drei bereichsbezogenen Vertretungen zusammen und kümmert sich insbesondere um die Belange von Leistungsveränderten und Schwerbehinderten. Ferner sind bei der BSR eine Gesamtfrauenvertretung und drei bereichsspezifische Vertretungen für Frauen tätig. Für die Interessen der Auszubildenden setzt sich neben der Gesamtjugend- und Auszubildendenvertretung eine Vertretung in der Hauptverwaltung ein.

Gesundheitsrelevante Strukturen und Maßnahmen

Neben dem BEM, dessen Umsetzung an die Strukturen der betrieblichen Interessenvertretung gebunden ist, verfügt die BSR über einen Ausschuss für Arbeitsschutz nach dem Arbeitssicherheitsgesetz sowie über einen Arbeitskreis Gesundheit.

Für den betriebsärztlichen Dienst arbeiten drei Ärzte, die direkt bei der BSR angestellt sind. Sie beraten u. a. bei Fallkonferenzen im Rahmen des BEM. Ihr Aufgabenbereich umfasst zudem Untersuchungen nach berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen (z. B. Vorsorgeuntersuchungen). Außerdem beraten sie die Beschäftigten und führen Arbeitsplatzbegehungen durch. Weiterhin stehen sie für spezielle Aktionen wie Gesundheits-Checks und Schutzimpfungen zur Verfügung.

Die Arbeit des Arbeitskreises basiert u. a. auf den Ergebnissen der betrieblichen Gesundheitsberichterstattung. Die Gesundheitszirkel tragen dazu bei, gesundheitsrelevante Anliegen im Betrieb zu ermitteln und umzusetzen. Zu den Themen, die bearbeitet werden, zählen Ernährung und Bewegung, Sucht, Mobbing, Umgang mit Gefahrenstoffen, gesundes Altern und Demografie sowie Projekte zur Arbeitsplatzgestaltung und Arbeitsorganisation. Zudem unterstützt die Gesundheits- und Sozialberatung bei psychosozialen Problemen, bei Suchtmittelgefährdung und Alkoholmissbrauch sowie bei Problemen infolge von Schulden. Des Weiteren können die Beschäftigten Kurse in Ausgleichssport, Rückentraining und Nikotinentwöhnungworkshops belegen.

Ein wesentliches Ziel der BSR ist es, die Beschäftigungsfähigkeit älterer Arbeitskräfte langfristig zu steigern. Sie beteiligte sich etwa als Kooperationspartner am Verbundprojekt »Länger arbeiten in gesunden Organisationen«, das vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert wurde. Um die Motivation für ein gesundheitsbewusstes Verhalten zu stärken, bietet die BSR ein jährliches Gesundheitsbonusprogramm mit sechs Bausteinen an: Vitalbonus, Vorsorgebonus, Sportbonus, Sicherheitsbonus, Bildungsbonus, Spendenbonus. In einem Bonuspass, den die Beschäftigten bei der Gesundheits- und Sozialberatung, Arbeitssicherheit oder dem betriebsärztlichen Dienst beziehen, lassen sie ihre Teilnahme an den entsprechenden Kursen und anderweitigen Angeboten eintragen. Der Nachweis kann bis Anfang des Folgejahres bei der Koordinierungsstelle in der Abteilung für betriebliche Gesundheitsförderung

eingereicht werden und ist Voraussetzung dafür, einen Bonus zu erhalten. Hierzu zählen Einkaufsgutscheine in Höhe von 40 Euro sowie die Teilnahme an der Verlosung eines Wellness-Urlaubs für zwei Personen.

2.2 Meilensteine des Betrieblichen Eingliederungsmanagements

2.2.1 Wiedereingliederung von Beschäftigten vor 2004

Bereits vor der gesetzlichen Verankerung des BEM gemäß § 84 (2) SGB IX 2004 wurden bei der BSR vorbeugend Maßnahmen ergriffen, um krankheitsbedingte Fehlzeiten abzubauen. Viele der eingeführten Maßnahmen lassen sich auf die Initiative der Schwerbehindertenvertretung zurückführen und werden in Zusammenarbeit mit dem Arbeitsschutz umgesetzt. Sie zielen sowohl auf Verhaltens- als auch auf Verhältnisprävention: Zu Letzterer gehören die Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Bereich der Tourengestaltung, Arbeitssicherheit, Arbeitsplatzgestaltung und Schulungsprogramme. Zu den Maßnahmen der Verhaltensprävention zählen Raucherentwöhnung, Betriebssport und Beratungsangebote in psychosozialen Konfliktsituationen.

Das Engagement der BSR für Schwerbehinderte und ihnen Gleichgestellte ist hoch: Ihre Beschäftigungsquote liegt mit über 13% deutlich über der Pflichtquote von 5%. Besonders hoch ist die Schwerbehindertenquote im Betrieb Reinigung sowie in der Abfallwirtschaft, demgegenüber geringer in der Hauptverwaltung und den Werken (z. B. Recyclinghöfe, Müllheizkraftwerk). Zu den Projekten der Schwerbehindertenvertretung zählt u. a. die Papierkorb-Reparaturwerkstatt, wo die über 20000 Papierkörbe der Stadt regelmäßig gewartet werden. Zunächst war eine externe Firma mit dieser Aufgabe betraut, bis das Konzept der Schwerbehindertenvertretung ein Insourcing ermöglichte. Finanziell gefördert wurde diese Teilhabe am Arbeitsleben durch das Integrationsamt Berlin. Dadurch erhielten die leistungsgeminderten Beschäftigten eine berufliche Perspektive und die BSR eine zusätzliche produktiv arbeitende Betriebsstätte.

2.2.2 Umsetzung der Anforderungen nach § 84 (2) SGB IX

Ziele und Erfolgskriterien des BEM

Mit dem BEM verfolgt die BSR u. a. das Ziel, die Belastungen des Unternehmens durch Fehlzeiten zu mindern. Um dies zu erreichen, werden den Beschäftigten spezifische Angebote unterbreitet, um die Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, vorbeugende Leistungen und Hilfen zu finden und den Arbeitsplatz zu erhalten. Als messbare Erfolgskriterien gelten der Rückgang krankheitsbedingter Kündigungen und Frühverrentungen, kalkulierbare Ausfallzeiten, behindertengerechte Arbeitsplatzgestaltung und motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die direkten Effekte, die sich die BSR vom BEM erwartet, entsprechen den gestzten Zielen: Erneute Arbeitsunfähigkeit soll vermieden, der Arbeitsplatz erhalten sowie die Leistungsfähigkeit des bzw. der Beschäftigten verbessert werden. Als indirekte Effekte erhofft man sich erhöhte Arbeitsmotivation und -zufriedenheit sowie eine stärkere Identifikation mit dem Betrieb. Die Verantwortlichen gehen zudem davon aus, dass das BEM eine positive Signalwirkung auf die gesamte Belegschaft ausübt. Man nimmt an, dass das Vertrauen in die Unternehmensführung wächst, die Identifikation mit der BSR zunimmt, das Unternehmen sowohl von der Belegschaft als auch von Kunden positiv wahrgenommen wird und die Beschäftigten insgesamt motivierter arbeiten.

Dienstvereinbarung zum BEM

Als Vorstufe einer umfassenden Dienstvereinbarung zum Gesundheits- und Arbeitsschutz wurde 2005 zunächst eine Integrationsvereinbarung beschlossen. Sie sollte Konsens und Transparenz hinsichtlich der Verfahrensabläufe des BEM herstellen. Die Vereinbarung wurde mehrfach unterzeichnet: von einem Mitglied des Vorstands, vom Gesamtbeauftragten der BSR für die Angelegenheiten von Schwerbehinderten sowie von je einem Mitglied der Gesamtschwerbehindertenvertretung, des Gesamtpersonalrats und der Gesamtfrauenvertretung. Ein Jahr später wurde eine ergänzende Vereinbarung getroffen. Darin wurden insbesondere die Anschreiben an die BEM-berechtigten Beschäftigten aktualisiert und um Informationen und Einwilligungserklärungen zum Datenschutz ergänzt. 2008 folgte eine Vereinbarung zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Eine Dienstvereinbarung zum BEM wurde 2010

von Geschäftsführung und Gesamtpersonalrat unterzeichnet und trat Anfang 2011 in Kraft.

Mitglieder des BEM-Teams und ihre Aufgaben

Das BEM-Team der BSR besteht formal aus elf Mitgliedern. Es tagt ein- bis zweimal pro Monat in Form von Fallkonferenzen. De facto sind neun Mitglieder im BEM-Team aktiv: eine Vertreterin der Geschäftseinheit Personal, die leitende Betriebsärztin sowie je ein Mitglied des Personalrats und der Schwerbehindertenvertretung der Betriebe Müllabfuhr, Reinigung und Hauptverwaltung. Ferner ist je ein Arbeitgebervertreter der Betriebe Reinigung und Müllabfuhr beteiligt. Je nach Bedarf nimmt die Gesundheits- und Sozialberatung bzw. die zuständige Frauenvertretung teil. Laut der neuen Dienstvereinbarung soll das Team auf 15 Mitglieder aufgestockt werden.

Die Steuerung und der Vorsitz des zentralen BEM-Teams obliegen dem Arbeitgeber- und dem Schwerbehindertenvertreter gemeinsam. Sie kontaktieren frühzeitig die Mitglieder des jeweiligen Integrationsteams in den Betrieben und die direkte Führungskraft, um sie über die mögliche Einleitung eines BEM-Verfahrens zu informieren. Vier Mitglieder des BEM-Teams – neben den drei Schwerbehindertenvertretern auch eine Personalvertreterin – verfügen über eine spezifische Zusatzqualifikation als Disability Manager¹. Ferner haben vier Mitglieder der Schwerbehindertenvertretung eine Qualifikation als Fallberater (Return-to-Work-Manager) abgeschlossen.

Die neue Dienstvereinbarung führt die Funktion eines Eingliederungskordinators innerhalb des BEM-Teams ein. Die Koordination ist der Abteilung für betriebliche Gesundheitsförderung zugeordnet und dem Vorstand Personal unterstellt. Die personelle Besetzung erfolgt im Einvernehmen mit dem Gesamtpersonalrat. Beibehalten bleibt das Prinzip eines zentralen BEM-Teams und dezentraler Maßnahme-Teams. Letztere bestehen aus dem Eingliederungskordinator, einem Mitglied des BEM-Teams sowie auf Wunsch einer Vertrauensperson der bzw. des Beschäftigten.

1 Der Disability Manager (DM) ist eine international anerkannte Ausbildung der DGUV. Die DM unterstützen die Wiedereingliederung von Arbeitnehmern, die aus gesundheitlichen Gründen längere Zeit arbeitsunfähig waren bzw. von längerer Arbeitsunfähigkeit bedroht sind.

Innerbetriebliche Prozesse des BEM

Handlungsschritt 1: Orientierung

In der Präambel der Integrationsvereinbarung hebt die BSR hervor, dass die Einführung des BEM in Zusammenhang mit dem Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen steht. Das Gesetz trat 2004 in Kraft und führte zur grundlegenden Novellierung des SGB IX, so auch zur Einführung eines BEM gemäß § 84 (2) SGB IX. Entsprechend ist die Umsetzung des BEM in der BSR durch die Schwerbehindertenvertretung geprägt. Dabei wird ausdrücklich betont, dass sich die Präventions- und Eingliederungspflicht des Arbeitgebers auf die gesamte Belegschaft bezieht, d. h. auf behinderte und nicht-behinderte Beschäftigte.

Als Voraussetzung für ein erfolgreiches BEM gelten eine aktive Auseinandersetzung mit dem Thema Betriebliche Integration sowie klar definierte Prozessabläufe zur Integration, die im Unternehmen von allen Beteiligten mitgestaltet werden. Des Weiteren zeigen die Erfahrungen des BEM-Teams: Die positive Kosten-Nutzen-Bilanz des BEM muss intern kommuniziert werden, damit es von der Geschäftsführung akzeptiert und über das gesetzlich Geforderte hinaus unterstützt wird. Zur Akzeptanz im Unternehmen tragen ferner die frühzeitige Einbindung aller beteiligten Akteure sowie transparente Entscheidungsprozesse bei. Letzteres gilt insbesondere dann, wenn der Eingliederungsprozess problematisch verläuft.

Die Basis für den Erfolg bildet ein entscheidungskompetentes BEM-Team, das auf allen Hierarchieebenen weitgehend akzeptiert ist. Derzeit erörtert das BEM-Team der BSR, ob es möglich ist, seine Entscheidungskompetenz mit Budget-Verantwortung zu verknüpfen, um beispielsweise technische Hilfen am Arbeitsplatz zeitnah bereitstellen zu können.

Handlungsschritt 2: Prävention – Gefährdungsbeurteilung

Die Arbeitsvorgänge bei der BSR sind wenig spezialisiert. Viele Beschäftigte sind mit ähnlichen Aufgaben betraut. In der Straßen- und Grünflächenreinigung sind ca. 1000 Arbeitskräfte tätig, als Kraftfahrer und Müllwerker je 800. Die Gefährdungsbeurteilung am Arbeitsplatz wird für den gewerblichen Bereich routinemäßig durchgeführt. Sie ist auf die

Arbeitsbereiche von Beschäftigtengruppen ausgerichtet. Hierbei wird auch das Alter der Beschäftigten berücksichtigt. Im Einzelfall wird das Vorliegen einer Schwerbehinderung oder eines bestimmten Grundleidens berücksichtigt, so dass die Gefährdungsbeurteilung den individuellen Voraussetzungen gerecht wird. Beispielsweise besagt eine Unfallverhütungsvorschrift aus dem Jahr 1965, dass Gehörlose nicht in der Straßenreinigung tätig werden dürfen. Um zu prüfen, unter welchen Bedingungen eine Beschäftigung dennoch möglich sein könnte, werden gegenwärtig die realen Gefährdungen für diese Schwerbehinderten-gruppe ermittelt.

Die Gefährdungsbeurteilung ermöglicht es, einen Überblick über arbeitsplatzbedingte Risiken für Beschäftigtengruppen zu gewinnen und diese abzubauen. Ins Blickfeld treten primär Gefährdungen, die für den Körper belastend sind: z. B. das Bewegen schwerer Lasten, der Umgang mit Gefahrstoffen sowie Witterungsbedingungen. Um darüber hinaus auch die psychischen Belastungen am Arbeitsplatz beurteilen zu können, nahm die BSR auf Initiative der Betriebsärztin an einem Projekt der Universität Hamburg über das Stress- und Ressourcenmanagement für un- und angelernte Beschäftigte teil. Das Projekt thematisiert Ressourcen in der Teamarbeit, Work-Life-Balance, Bewegungsverhalten, soziale Unterstützung und Wertschätzung und richtet sich mit seinen verschiedenen Modulen sowohl an die einzelne Arbeitskraft als auch an Arbeitsgruppen und Vorgesetzte. Es wurde zunächst in einem Betriebshof erprobt und soll auf die anderen Arbeitsbereiche der BSR ausgeweitet werden.

Handlungsschritt 3: Prävention – Unterweisung im Dialog

Bei der BSR wird die gesetzlich verankerte Unterweisungspflicht primär in Form eines Gesprächs zwischen Führungskraft und Mitarbeiter wahrgenommen. In den Gesprächen wird u. a. auf die besonderen Erfordernisse hingewiesen, wenn der Mitarbeiter derzeit ein BEM durchläuft und bestimmte Tätigkeiten vorübergehend nicht ausüben sollte. Dabei besteht bei der BSR eine besondere Herausforderung: Die Inhalte der Unterweisung müssen so vermittelt werden, dass sie von den Betroffenen verstanden, angenommen und befolgt werden, da die Kontrolle der Vorgesetzten nur punktuell erfolgt. Denn überwiegend arbeiten die gewerblich Beschäftigten in eigenständigen Arbeitsgruppen im Außendienst.

Handlungsschritt 4: Feststellung der Arbeitsunfähigkeitszeiten

Die Fehlzeiten der Beschäftigten werden in der Personalabteilung systematisch per EDV erfasst. Einmal pro Monat registrieren die Personalreferenten, welche Arbeitskräfte länger als sechs Wochen erkrankt und damit BEM-berechtigt sind. Für Beschäftigte, deren Fehlzeiten unterbrochen sind, wurde zu Beginn der Einführung des BEM das Kalenderjahr zugrunde gelegt. Dies wurde mittlerweile geändert, so dass ein zwölfmonatiger Zeitraum unabhängig vom Kalenderjahr betrachtet werden kann.

Handlungsschritt 5: Kontaktaufnahme mit den Betroffenen

Stellt die Personalabteilung Handlungsbedarf für ein BEM fest, erkundigt sie sich im Büro des Gesamtvertrauensmanns für Schwerbehinderte (GVM) und bei der bzw. dem direkten Vorgesetzten, ob Kontakt zur betroffenen Arbeitskraft besteht. Ist dies der Fall, kann sie auf diesem Wege informiert werden. Besteht kein Kontakt, versendet eine Personalreferentin ein standardisiertes Anschreiben an den Beschäftigten. Es bezieht sich auf die gesetzlichen Grundlagen und informiert über die Möglichkeiten des BEM, a) bei einer Eingliederung in das Arbeitsleben zu unterstützen bzw. b) einer erneuten krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen. Die Beteiligung am BEM erfolgt nur, sofern der Beschäftigte zustimmt. Die erhobenen Daten unterliegen dem Datenschutz nach dem SGB IX.

Der Beschäftigte wird gebeten, sich innerhalb von zwei Wochen möglichst telefonisch mit der Personalabteilung in Verbindung zu setzen. Als weiterer Ansprechpartner für Fragen und Vorabinformationen wird die Schwerbehindertenvertretung genannt. Bleibt eine Rückmeldung aus, wendet sich die Personalabteilung erneut auf schriftlichem Wege an den Beschäftigten und bittet um schnellst mögliche Kontaktaufnahme. Das zweite Schreiben ist ausführlicher als das erste und enthält grundlegende Informationen über das BEM:

- personelle Besetzung des Integrationsteams
- Auflistung der im Rahmen des BEM erhobenen Daten
- Hinweis auf die Schweigepflicht der BEM-Akteure
- Freiwilligkeit der Teilnahme der BEM-Berechtigten
- Chancen des BEM
- Nachteile bei einer Ablehnung.

Beschäftigte, die das Angebot ablehnen, können sich im Falle einer eventuell späteren personellen Maßnahme nicht darauf berufen, dass bei ihnen kein BEM durchgeführt worden sei. Sollte aus Sicht der Beschäftigten zum gegenwärtigen Zeitpunkt kein Bedarf am BEM bestehen, bleibt ihnen die Möglichkeit, sich zu einem späteren Zeitpunkt mit Fragen oder Anregungen an das BEM-Team zu wenden. Die Personalabteilung bittet um Rückmeldung innerhalb von zwei Wochen und hat hierzu einen Antwortbogen vorbereitet, der dem Anschreiben beigelegt ist. Unterbleibt eine Rückmeldung, gehen die Verantwortlichen davon aus, dass kein Interesse am BEM besteht.

Meldet sich der Betroffene umgehend nach Eingang des ersten Briefs telefonisch zurück, wird ihm ein weiteres Anschreiben zugesandt, in dem die grundlegenden Informationen zum BEM gleichfalls schriftlich niedergelegt sind. Das Büro GVM erhält alle Anschreiben in Kopie.

Handlungsschritt 6: Erstgespräch

Während des ersten Telefonats mit dem Beschäftigten wird bei Interesse ein Termin für ein persönliches Gespräch mit dem Integrationsteam vereinbart. Nachdem der Termin zwischen der Personalabteilung und dem Büro GVM abgestimmt worden ist, bestätigt die Personalabteilung den Termin schriftlich. An den Gesprächen nimmt neben der Personalabteilung und dem Schwerbehindertenvertreter auch der Personalrat teil. Bei Bedarf oder auf Wunsch können auch die Frauenvertreterin oder der Betriebsarzt hinzugezogen werden. Ziel des Gesprächs ist es, die Situation des Beschäftigten hinsichtlich seiner Arbeitsfähigkeit zu klären.

Im Anschluss an das Gespräch werten die Mitglieder des Integrationsteams aus, ob für den Beschäftigten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gemäß SGB IX oder begleitende Hilfen am Arbeitsplatz in Frage kommen und welche weiteren Maßnahmen ggf. veranlasst werden. Die Administration, wie z. B. die Kontaktaufnahme zu den Sozialversicherungsträgern, übernimmt das Büro GVM in Zusammenarbeit mit der Personalabteilung.

Handlungsschritt 7: Analyse des Arbeitsplatzes

Im Rahmen der Gespräche oder in Rücksprache mit externen Kooperationspartnern kann es sich als notwendig erweisen, dass eine Analyse

des Arbeitsplatzes durchgeführt wird, die über die routinemäßige Gefährdungsbeurteilung hinausgeht. Sie steht jedoch bei der BSR nicht im Mittelpunkt der Aktivitäten der Integrationsteams.

Handlungsschritt 8: Anforderungen an die Beschäftigten und deren Fähigkeiten

Die BEM-Gespräche tragen dazu bei, das aktuelle Leistungs- und Arbeitsfähigkeitsniveau der Betroffenen zu erfassen und mit dem Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes abzugleichen. Im Zweifel kann die Arbeitsfähigkeit über ein Gespräch allerdings nur unzureichend ermittelt werden. Bei der BSR existiert kein formalisiertes Verfahren, das die individuellen Stärken und Schwächen erfasst und mit den Arbeitsanforderungen abgleicht. Um sich hinsichtlich des künftigen Arbeitseinsatzes abzusichern, fordert sie ihre Beschäftigten teilweise auf, sich an ihren behandelnden Arzt zu wenden. Dieser soll anhand einer detaillierten Arbeitsplatzbeschreibung überprüfen, ob a) die bzw. der Beschäftigte seine bisherige Tätigkeit weiterhin uneingeschränkt ausüben kann, b) entlassende Hilfen benötigt werden oder c) eine Versetzung erforderlich ist.

Handlungsschritt 9: Maßnahmen am Arbeitsplatz

Die direkten Vorgesetzten werden eingebunden, wenn es gilt, unterstützende Maßnahmen am Arbeitsplatz einzurichten, damit der Beschäftigte seiner Arbeit weiterhin nachgehen kann. Erfahrungsgemäß zeigen sich die Vorgesetzten bei der BSR als sehr verantwortlich: Sie erinnern die BEM-Berechtigten daran, die nötigen Pausen zu nehmen oder die sukzessive Eingliederung einzuhalten. Und auch die Kollegen erweisen sich als verständnisvoll: Oft sind die Arbeitsteams im Außendienst auf sich gestellt; damit der BEM-Berechtigte dennoch entlastet wird, ist ein hoher kollegialer Zusammenhalt erforderlich. Er ermöglicht es, dass die Arbeitslasten zeitweise auf die Stärkeren im Team umverteilt werden. Dies setzt auch voraus, dass die bzw. der Betroffene gelernt hat, auf sich selbst zu achten und ärztlichen Rat zu befolgen (z. B. Vermeidung einer starren Körperhaltung oder einseitigen Belastung), das eigene Leistungsvermögen richtig einzuschätzen, Hilfsbedarf zu äußern und Hilfe anzunehmen. Hilfreich ist ferner, wenn die Gruppenleitung über die Einschränkungen informiert ist und anfallende Tätigkeiten vorab in der Gruppe besprochen werden.

Nicht immer ist es trotz unterstützender Maßnahmen möglich, dass BEM-Berechtigte ihren alten Arbeitsplatz weiterhin einnehmen. Die Papierkorbreparaturwerkstatt sowie das Scout-Projekt – bei dem mobile Scout-Teams außerplanmäßig eingesetzt werden, um Verunreinigungen an stark frequentierten Plätzen und Straßen zeitnah zu beheben – bieten für Leistungsveränderte eine alternative Beschäftigungsmöglichkeit. So können sie weiterhin für die BSR produktiv tätig sein. Der Einsatz dort ist teilweise mit finanziellen Einkommenseinbußen verbunden, deren Höhe sich nach den Maßgaben eines Tarifvertrags richtet. Andererseits bietet er jedoch mehr Möglichkeiten, auf das individuelle Leistungsvermögen der Beschäftigten einzugehen und die Arbeitsvorgänge anzupassen.

Information und Einbindung der Beschäftigten

Die BSR informiert die Beschäftigten nicht nur im Bedarfsfall, sondern regelmäßig bei Personalversammlungen, in Rundbriefen, Flyern, Aushängen und Artikeln in der Betriebs- und Betriebsgewerkschaftszeitung über das Angebot eines BEM im Falle einer mehrwöchigen Erkrankung. Allerdings stellt das BEM-Team fest, dass gesunde Beschäftigte diese Informationen oftmals »überhören«: Sie stuften diese als für sich selbst nicht relevant ein.

Kooperation mit externen Partnern

Gesundheitsbezogene Projekte zu Bewegung, Ernährung, Arbeitsplatzgestaltung oder ähnlichen Themen werden bei der BSR oft in Kooperation mit externen Partnern durchgeführt. Hierzu zählen insbesondere Berufsgenossenschaften, Krankenkassen, Integrationsämter, Gewerkschaften und Forschungsinstitute. Durch innerbetriebliche Gesundheitsstatistiken kann die Projektplanung systematisch in das BGM eingebunden werden. Um aggregierte anonymisierte Daten über das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen gegliedert nach z. B. Betriebsbereichen, Alter und Geschlecht zu gewinnen, hat die BSR Vereinbarungen mit zwei Betriebskrankenkassen geschlossen. Für das Jahr 2006 wurden die betrieblichen Gesundheitsstatistiken erstmals erstellt. Weitere Analysen folgen seither in Abständen von zwei Jahren. Anhand der Daten lässt sich erkennen, a) für welche Personengruppen Gesundheitsförderungsprogramme gezielt angeboten werden sollten und b) in welchen Unter-

nehmensbereichen die Arbeitsplätze und/oder das Führungsverhalten geändert werden müssen. Letzteres wird vermutet, wenn in einem Arbeitsbereich gehäuft psychische oder psychosomatische Erkrankungen auftreten.

Des Weiteren beginnt die BSR, Netzwerke aufzubauen: mit Haus- und Fachärzten, Krankenhäusern und Reha-Kliniken, Integrationsämtern, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern. So kann den BEM-Berechtigten im Einzelfall schnelle und pragmatische Unterstützung angeboten werden. Positiv für das Fallmanagement wirkt sich bereits aus, dass bei den Rentenversicherungsträgern und der Unfallkasse Berlin sowie beim Integrationsamt feste Ansprechpartner für die BSR zuständig sind. Beispielsweise können dadurch die Zeiträume bis zur Aufnahme einer Reha-Maßnahme verkürzt werden. Demgegenüber wirkt erschwerend, dass die Beschäftigten der BSR in 69 unterschiedlichen Krankenkassen versichert sind, so dass hier ein fester Ansprechpartner für das BEM-Team bzw. das Integrationsteam fehlt. Wo Kooperationen mit den Krankenkassen aufgebaut werden konnten, funktionieren die »kurzen Wege« und die Kostenübernahme für Hilfsmittel lässt sich schnell klären.

Die Mitglieder des BEM-Teams erwarten, dass sich auch die Kooperation mit Ärzten und Krankenhäusern positiv auf die Eingliederung von Beschäftigten auswirken wird. Dies verbessert die Chancen, zeitnah zum Facharzt überwiesen zu werden oder die Bedingungen am Arbeitsplatz in das Rehabilitationskonzept einzubinden. Oft wird die Kooperation dadurch erleichtert, dass Beschäftigte ihren behandelnden Arzt von der Schweigepflicht gegenüber dem BEM-Team und/oder dem Betriebsarzt entbinden. Wesentlich ist dabei, dass die Beteiligten eindeutig klären, wie lang diese Schweigepflichtentbindung gilt: begrenzt auf eine einmalige Auskunft, den speziellen Krankheitsfall oder einen bestimmten Zeitraum (siehe Kapitel 7.4).

Erfolge und Maßnahmen des BEM in Zahlen

Seit 2006 dokumentiert das BEM-Team der BSR systematisch, inwieweit das BEM in Anspruch genommen wird. Von 2006 bis 2009 stieg die Zahl der BEM-berechtigten Beschäftigten von 58 auf 118 pro Jahr, gut jede zehnte Person ist weiblich. Insgesamt wurden in den ersten vier Jahren 313 Beschäftigte der BSR zum BEM eingeladen, darunter 18 Beschäftigte

zum zweiten Mal und ein Beschäftigter zum dritten Mal. 258 BEM-Fälle konnten abgeschlossen werden, 55 liefen über das Jahresende 2009 hinaus. Die abgeschlossen Fälle setzen sich wie folgt zusammen:

- mit 137 Beschäftigten konnte mehr als die Hälfte auf den alten Arbeitsplatz eingegliedert werden
- 64 Beschäftigte – knapp jeder vierte – erhielt einen neuen Arbeitsplatz
- 23 Beschäftigte gingen in Vorruhestand, in Rente oder lösten den Arbeitsvertrag auf
- 25 Beschäftigte konnten nicht durch das Integrationsteam eingegliedert werden
- neun Beschäftigte lehnten das BEM-Angebot ab.

Knapp 60 % der BEM-Berechtigten arbeiten im Betrieb Reinigung, gut 30 % bei der Abfallwirtschaft, weniger als 10 % in der Hauptverwaltung. Weniger als 10 % der BEM-Berechtigten sind jünger als 40 Jahre alt, knapp die Hälfte ist älter als 50 Jahre alt. 44 % gehören der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen an.

Etwa drei Viertel der BEM-Berechtigten geben Auskunft über ihre Erkrankung. In diesen Fällen dominieren Knochenerkrankungen. Mehr als jeder Zweite der BEM-Berechtigten ist schwerbehindert oder gleichgestellt. Bei acht Beschäftigten greift die Dienstvereinbarung Sucht der Stufe 3 und höher, wonach Therapiebedarf besteht. Insgesamt weisen 15 BEM-Berechtigte eine Alkoholproblematik auf.

Das Integrationsteam tagte von 2006 bis 2009 75 mal. Etwa 20 Sitzungen finden pro Jahr statt. Da die Zahl der BEM-Fälle im zeitlichen Verlauf gestiegen ist, lässt die in etwa gleich bleibende Zahl der Sitzungen darauf schließen, dass die Prozesse effizienter geworden sind. Knapp drei Viertel aller BEM-Fälle konnten über eine betriebliche Eingliederung oder den Übergang in die Rente oder den Vorruhestand positiv abgeschlossen werden. Bei den unterstützenden Maßnahmen, die eingeleitet worden sind, ist zu unterscheiden, ob sie a) sich direkt an den Beschäftigten wenden und seiner gesundheitlichen Stabilisierung oder einer Qualifizierung dienen oder b) auf die Tätigkeit oder das soziale Umfeld bezogen sind. Zu den tätigkeitsbezogenen Maßnahmen zählen die Anpassung des Arbeitsplatzes und der Arbeitsplatzanforderungen oder ggf. ein Arbeitsplatzwechsel. Soziale Maßnahmen können in einer Konfliktmediation oder in einer Umsetzung in ein anderes betriebliches Umfeld bestehen.

Des Weiteren bewertet das BEM-Team Kosten und Nutzen des BEM auch finanziell. Als Nutzen gilt eine verkürzte Arbeitsunfähigkeitsdauer, als Kosten gelten die Arbeitszeitkosten der Mitglieder des BEM-Teams. Ein Arbeitsunfähigkeitstag wird mit 130 Euro ohne Lohnfortzahlung im Krankheitsfall kalkuliert, mit Lohnfortzahlung erhöhen sich die Kosten auf 250 Euro pro Tag. Im Monat summieren sich die Kosten auf 2600 Euro bzw. 5000 Euro. Für die Mitglieder des BEM-Teams wird ein Stundensatz in Höhe von 58 Euro zugrunde gelegt. Wenn die elf Mitglieder des BEM-Teams, die unterschiedlich stark in die Prozesse involviert sind, insgesamt 20 Stunden pro Monat für das BEM aufwenden (z. B. für Gespräche, Administration, externe Kooperation), entstehen demnach Kosten in Höhe von 1160 Euro. Erst ab einem zeitlichen Aufwand von mehr als 45 Stunden im Monat übersteigen die Arbeitszeitkosten der Team-Mitglieder die Ausfallkosten eines Mitarbeiters ohne Lohnfortzahlung. Da in der Regel ein geringerer Zeitaufwand vorausgesetzt werden kann, ergibt sich eine positive Bilanz für das BEM. Das BEM-Team setzt sich aktiv und oft erfolgreich dafür ein, dass Kosten für Veränderungen am Arbeitsplatz auch von externen Kostenträgern übernommen werden.

2.2.3 Stolpersteine und Perspektiven für die weitere Arbeit

Die erfolgreiche Umsetzung des BEM kann durch verschiedene Faktoren erschwert werden: durch die Arbeits(un)fähigkeit der bzw. des Betroffenen, durch den Arbeitsplatz und die Tätigkeitsanforderungen, durch das betrieblich-soziale oder das häuslich-private Umfeld. Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung ist, dass die Beschäftigten hinreichend über das Angebot informiert werden. Das BEM-Team der BSR erkennt hier Defizite trotz vorhandener Informationsmaterialien und führt dies darauf zurück, dass das Thema Krankheit für gesunde Beschäftigte zunächst nicht von Interesse ist. Tritt dann ein längerer Krankheitsfall ein, besteht oft Misstrauen: Handelt es sich beim BEM wirklich um ein freiwilliges Angebot für die Beschäftigten? Oder ist die Teilnahme aufgrund möglicher arbeitsrechtlicher Konsequenzen indirekt verpflichtend? Es ist daher die fortwährende Aufgabe der betriebsinternen Öffentlichkeitsarbeit, das BEM gegenüber dem ehemaligen verpflichtenden Krankenrückkehrgespräch abzugrenzen.

Als problematisch bewertet das BEM-Team, dass das Eingliederungsverfahren relativ spät anläuft – es setzt oft erst zehn Wochen nach Krankheitsbeginn ein. Als Verbesserung hat das Team ein schnelleres Eingliederungsverfahren erprobt: Bereits nach dreiwöchiger Krankheitsdauer bzw. nach 21 Tagen Abwesenheit wurden die Betroffenen über das BEM informiert. Die anschließenden Gespräche des BEM-Teams mit 80 bis 90 Beschäftigten zeigen, dass diese Verkürzung des Verfahrens durchweg positiv aufgenommen wird.

In der Anfangsphase bestand darüber hinaus erheblicher Klärungsbedarf hinsichtlich der Verfahrensabläufe und der rechtlichen Aspekte des BEM (z. B. Umgang mit Daten, Aufbewahrungsfristen). Seither haben sich manche Verfahren etabliert, die die Schwerbehindertenvertretung in einem Praxishandbuch zusammengefasst hat. Parallel hierzu entstand eine Dienstvereinbarung unter Federführung des Personalrats, die künftig die bislang bestehende Integrationsvereinbarung ablösen und den Rahmen des BEM abbilden soll. Als problematisch wird weiterhin gesehen, dass das BEM-Team bzw. Integrationsteam über kein eigenes Budget verfügt. Dies führt dazu, dass sich das Team oft als Bittsteller empfindet, wenn es darum geht, unterstützende Hilfe für die BEM-Berechtigten zu realisieren. Anknüpfend an eine innerbetriebliche Ausgleichsabgabe für Schwerbehinderte ist daher die Idee entstanden, dass die BSR je BEM-Fall eine Abgabe in Höhe von 40 Euro zahlen sollte, die gemeinsam mit den Zuschüssen der externen Kooperationspartner als Mischfinanzierung den Pool für Finanzausgaben des BEM-Teams bilden. Ob diese Idee verwirklicht werden kann, ist noch ungeklärt. Ein erster Schritt in diese Richtung sind Preisgelder, die die BSR für das BEM bei Ausschreibungen gewonnen hat und die bereits in den geplanten Pool einfließen.

2.3 Beispiel für eine gelungene Eingliederung aus Sicht eines Beschäftigten und des BEM-Teams

Ausgangssituation des Beschäftigten

Herr Wiese², Mitte 40, ist langjähriger Mitarbeiter der BSR. Bis zur Einleitung des BEM hat er im Bereich Entsorgung bei der Müllabfuhr gearbeitet. Dies setzt körperliche Leistungsfähigkeit voraus. Das Heben und Bewegen schwerer Lasten bewältigte er jahrelang mühelos. Er fühlte sich gesund, eingebunden in einen Kreis von Kollegen, Freunden und Familie. Arztbesuche waren selten erforderlich, das Interesse an Informationen des Betriebs über Unterstützungsmöglichkeiten im Krankheitsfall entsprechend gering.

Erst in den letzten zwei Jahren nahmen Anzahl und Dauer der Krankschreibungen zu – Spätfolgen eines Unfalls vor 20 Jahren. Nachdem Herr Wiese zunächst Jahrzehnte beschwerdefrei gelebt hat, leidet er nun immer häufiger an Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule und in den Beinen. Seine Schmerzschübe bekämpfte er mit Tabletten. Er merkte jedoch, dass er auf Dauer seine Tätigkeit bei der Müllabfuhr nicht mehr ausüben kann. Eine Krankschreibung entlastete ihn nur zeitweise. Lange Arbeitsunfähigkeitszeiten brachten zusätzlich psychische Probleme für Herrn Wiese mit sich, da ihm seine Arbeitskollegen und eine Aufgabe fehlten.

Kontakt zum BEM-Team

Nachdem Herr Wiese wieder für einige Wochen krankgeschrieben war, erhielt er einen Brief von seinem Arbeitgeber mit dem Angebot, er könne an einem BEM teilnehmen. Herr Wiese war zunächst skeptisch: Warum sollte er über seine Beschwerden mit dem Arbeitgeber sprechen? Welche Nachteile hat es für ihn, wenn der Arbeitgeber davon weiß? Von den angeführten Ansprechpartnern kannte er keinen persönlich. Auch war er es nicht gewohnt, Hilfe und Unterstützung bei der Ausübung seiner Tätigkeit anzunehmen. Er dachte nach: Was hatte er

2 anonymisierter Name

andererseits zu verlieren? Er wusste um seine eingeschränkte Leistungsfähigkeit und suchte nach einer beruflichen Perspektive. Nach kurzer Bedenkzeit rief Herr Wiese den Schwerbehindertenvertreter an und willigte während des Telefonats ein, an einem Gespräch mit dem Integrationsteam teilzunehmen.

Gespräche und Maßnahmen

Eine Woche nach dem Telefonat fand das Erstgespräch mit dem Integrationsteam statt. Daran nahmen je ein Vertreter des Personalrats, der Schwerbehindertenvertretung, der Personalabteilung und des betriebsärztlichen Dienstes teil. Sie informierten Herrn Wiese über Ziele und Ablauf des BEM, über den Umgang mit seinen persönlichen und gesundheitsbezogenen Daten und den Datenschutz sowie über die Möglichkeit, seinen behandelnden Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden.

Herr Wiese hatte sich für eine aktive Teilnahme am BEM entschieden. Offen informierte er das Team über seine Beschwerden und Beeinträchtigungen und stellte infrage, ob er den Anforderungen an seinem alten Arbeitsplatz noch gewachsen sei. Auch das Integrationsteam hegte nach einer Arbeitsplatzanalyse und angesichts der Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung Bedenken, dass die spezifischen Belastungen bei der Abfall- und Müllentsorgung den Gesundheitszustand des Betroffenen verschlechtern würden. Das Heben schwerer Lasten und das strikte Arbeitspensum könnten erneut Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehen. Aufgrund seiner Leistungsminderung wurde Herrn Wiese empfohlen, den Arbeitsplatz zu wechseln. Für eine innerbetriebliche Umsetzung aus gesundheitlichen Gründen war es zusätzlich erforderlich, dass er den Betriebsarzt konsultierte.

Das Integrationsteam regte die Teilnahme am so genannten Hamburger Modell an: Es ermöglicht die sukzessive Wiedereingliederung von Langzeiterkrankten oder von Arbeitnehmenden, die von einer Behinderung bedroht sind. Es wird in enger Kooperation mit dem behandelnden Arzt durchgeführt und ist eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation, die von der Krankenkasse getragen wird. Herr Wiese nahm an dem Modell teil und begann die Eingliederung in der Papierkorbreparaturwerk-

statt. Er kann dort zunächst über einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten mit reduzierter Stundenzahl arbeiten. In der Werkstatt stehen insgesamt 45 Stellen für Leistungsgeminderte zur Verfügung. Die Tätigkeiten und Arbeitsabläufe sind auf die Fähigkeiten dieser Beschäftigtengruppe zugeschnitten.

Einschätzung aus Sicht des Beschäftigten

Herr Wiese ist mit seiner Eingliederung in die Papierkorbreparaturwerkstatt sehr zufrieden. Er erhielt einen neuen Aufgabenbereich, der seinem Leistungsvermögen entspricht. Sowohl die technischen und ergonomischen Arbeitsplatzbedingungen als auch die Arbeitsabläufe sind an seine Bedürfnisse angepasst. Trotz des verminderten Einkommens im so genannten Schonbereich hat er Freude an der Arbeit, ist motiviert und schätzt das kollegiale Arbeitsklima der Werkstatt. Positiv wertet er, dass die Vorgesetzten auf die individuellen Bedürfnisse ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingehen. Positiv beurteilt er ferner, dass die Schwerbehindertenvertretung die Werkstatt wöchentlich besucht und den dort Beschäftigten weiterhin Unterstützung anbietet. Herr Wiese ist mit der Arbeit des Integrationsteams sehr zufrieden. Er ist zuversichtlich auch künftig bei der BSR beschäftigt zu sein. Seit seiner Eingliederung war er nicht wieder arbeitsunfähig. Aus seinen Erfahrungen heraus regt er an, das BEM künftig zeitnah nach Krankheitsbeginn anzubieten. Zudem sieht er sich und seine Kollegen gefordert, selbst aktiv Unterstützung zu suchen und Hilfe anzunehmen. Die finanziellen Einbußen an seinem neuen Arbeitsplatz nimmt er zugunsten der neuen Arbeitsbedingungen, die für ihn geeigneter sind, in Kauf.

Einschätzung aus Sicht des BEM-Teams

Die Mitglieder des BEM-Teams stufen das BEM bei der BSR bisher als sehr erfolgreich ein und führen dies auf die treibende Kraft der Schwerbehindertenvertretung zurück. Es wird befürchtet, dass ein neuer BEM-Koordinator, wie er mit der neuen Dienstvereinbarung zum BEM eingeführt werden soll, nicht über die erforderliche Fachkompetenz und das

Erfahrungswissen verfügt, da u. a. eine Qualifikation als Disability Manager nicht vorgeschrieben ist. Infolge wird ferner befürchtet, dass sich die Schwerbehindertenvertretung künftig verstärkt auf die Belange der Schwerbehinderten konzentriert und damit die anderen Beschäftigten aus dem Blick verliert. Denn die Verantwortung für alle Beschäftigten im Rahmen des BEM obliegt dem Eingliederungskordinator.

2.4 Der Stellenwert von Arbeitsfähigkeit im Betrieb

Der Stellenwert der Arbeitsfähigkeit ist in der BSR hoch: Sie stellt die Grundlage für ein erfolgreich wirtschaftendes Unternehmen dar. Als problematisch gilt, dass aufgrund der Altersstruktur und der Tätigkeiten künftig ein Krankenstand von 10% und höher erwartet wird. Besonders hoch sind die Krankenstände in der Reinigung aufgrund der besonderen Belastungen. Um präventiv wirksam werden zu können, müssten die Arbeitsbedingungen und das Arbeitsverhalten grundlegend geändert werden. Andernfalls vermutet das BEM-Team, dass sich viele Beschäftigte ab einem Alter von 40 Jahren an die Schwerbehindertenvertretung wenden werden. Zwar ist die BSR in der Gesundheitsförderung bereits sehr aktiv, doch gilt es künftig, diesen Bereich weiter auszubauen und auf Zielgruppen zu beziehen. Eine Möglichkeit besteht darin, bei Neueingestellten gesundheitsschädigende Routinen bei Verhalten und Arbeitsabläufen frühzeitig durch das Angebot alternativer Konzepte zu durchbrechen. Zudem müssen künftig die Möglichkeiten der innerbetrieblichen Zusammenarbeit beim BGM optimal genutzt werden. Voraussetzung ist hierfür ein kooperatives Miteinander der betrieblichen Akteure und Interessenvertretungen, das kontinuierlich gepflegt werden muss.

3. Unternehmen II: Westpfalz-Klinikum GmbH

3.1 Daten und Strukturen des Unternehmens

Allgemeines

Das Westpfalz-Klinikum ist derzeit das größte nichtuniversitäre Gesundheitszentrum in Rheinland-Pfalz. Es basiert auf einem Zusammenschluss von ehemals drei eigenständigen Krankenhausbetreibern an vier Standorten:

- dem städtischen Krankenhaus Kaiserslautern, das zunächst als kommunale Einrichtung und seit 1996 als gemeinnützige GmbH betrieben wird,
- dem evangelischen Kreiskrankenhaus in Kusel,
- der Donnersbergkreis-Krankenhaus GmbH mit den beiden Standorten in Kirchheimbolanden und Rockenhausen.

Die Fusionierung wurde 2002 abgeschlossen. Das Klinikum wird als GmbH in öffentlicher Trägerschaft geführt und ist als gemeinnützig anerkannt.

Die Verteilung der Gesellschafteranteile des Klinikums erfolgt gemäß dem Einzugsbereich der Häuser. Der Gesamteinzugsbereich erstreckt sich auf rund 500000 Einwohner. Der größte Anteilseigner ist die Stadt Kaiserslautern mit 60 %. Es folgen der Kreis Kusel mit einem Gesellschafteranteil von 25 % und der Donnersbergkreis mit 15 %. Die Besetzung des Aufsichtsrats seitens der Arbeitgeber erfolgt entsprechend mit zehn Mitgliedern aus dem Standort Kaiserslautern, sechs Mitgliedern aus Kusel, drei Mitgliedern aus Donnersbergkreis und insgesamt acht Mitgliedern der Arbeitnehmerseite.

Das Westpfalz-Klinikum beschäftigt mehr als 3500 Arbeitskräfte, um knapp 50000 Patienten zu versorgen. Das Klinikum verfügt über 1357 Planbetten, etwa zwei Drittel der Betten sind am Standort Kaiserslautern. Der Nutzungsgrad der Planbetten liegt bei knapp 75 % und damit

um etwa 2 Prozentpunkte unterhalb des Bundesdurchschnitts. Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten liegt bei 7,5 Tagen.

Mit seinen beiden Standorten in Kaiserslautern und Kusel bietet das Westpfalz-Klinikum eine Maximalversorgung an: Zusätzlich zur Grund- und Regelversorgung besteht ein hochdifferenziertes Leistungsangebot für Diagnostik und Therapie in einzelnen Fachgebieten. An den Standorten des ehemaligen Donnersbergkreis-Krankenhauses werden Leistungen der Grund- und Regelversorgung angeboten. Hierzu zählen Chirurgie, Anästhesie und Gynäkologie sowie die internistische Versorgung. Alle drei Standorte sind nach dem Verfahren der KTQ-GmbH zur Beurteilung von Qualitätsmanagementsystemen zertifiziert. Die KTQ-GmbH bietet Zertifizierungen für Gesundheitseinrichtungen an. Ihre Gesellschafter sind Verbände des Gesundheitswesens. Eine Gesamtzertifizierung des Westpfalz-Klinikums nach KTQ erfolgte 2010.

Das Klinikum kooperiert mit verschiedenen Einrichtungen: der Technischen Universität Kaiserslautern, einem Klinikpartner in Saarbrücken, medizinischen Versorgungszentren in eigener Trägerschaft sowie Tochtergesellschaften für Weiterbildung, Pflege, Blutspendedienste, Radiologie, Sanitätshaushilfen und stationäre Altenpflege.

Grundsätze und Unternehmensziele

Den Ausgangspunkt für die Strategieentwicklung des Klinikums bilden das Leitbild und die Mission des Westpfalz-Klinikums. Demzufolge versteht sich das Klinikum als »Einrichtung der modernen Medizin mit menschlichem Gesicht«. Seine Vision ist es, eine hervorragende medizinische Versorgung für die gesamte Westpfalz zu gewährleisten. Um dieses Ziel zu erreichen, setzt das Klinikum auf höchste Fachkompetenz, motivierte und zufriedene Beschäftigte und auf eine tragfähige ökonomische und ökologische Basis.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stehen im Zentrum der Wertschöpfung eines Dienstleistungsbetriebs wie z. B. eines Krankenhauses. Daher misst das Klinikum der Mitarbeiterorientierung eine hohe Bedeutung bei. Beispielsweise werden die Beschäftigten zu interdisziplinären, hierarchieübergreifenden Jahreskonferenzen eingeladen, um die Stärken und Schwächen des Arbeitsalltags kenntlich zu machen und die

Strategieentwicklung des gesamten Klinikums zu diskutieren. Infolge werden u. a. ein Personalführungskonzept erarbeitet und Zielvereinbarungsgespräche mit Chefärzten sowie die jährlichen Mitarbeitergespräche in allen Standorten durchgeführt.

Zufriedene Beschäftigte sind zugleich Zielgröße und Basis eines erfolgreichen Qualitätsmanagements des Klinikums. Im Rahmen der KTQ-Zertifizierung erhielt das Klinikum im Bereich der Mitarbeiterorientierung eigenen Angaben zufolge sehr gute Noten. Die Beschäftigten haben die Gewissheit, auch bei einer mehrwöchigen krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit über eine Beschäftigungsperspektive zu verfügen. Sicher trägt dies zu ihrer Zufriedenheit bei und fördert es, dass sie dem Klinikum als Arbeitgeber vertrauen.

Zusammenfassend sieht das Westpfalz-Klinikum seine primären Aufgaben darin, a) den medizinischen Versorgungsauftrag für die Bevölkerung der Westpfalz zu erfüllen und weiterzuentwickeln, b) den Auftrag im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung an allen Standorten zu erhalten, c) qualifizierten Nachwuchs auszubilden, d) medizinische Forschung im Verbund mit anderen Institutionen zu betreiben sowie e) qualitativ hochwertige und langfristig gesicherte Arbeitsplätze zu erhalten.

Entwicklung der Beschäftigtenstruktur

Das Klinikum zählt mit seinen knapp 3600 Beschäftigten – darunter 2500 in Vollzeit – zu den größten Arbeitgebern der Region. Die meisten Arbeitskräfte (2500) arbeiten in Kaiserslautern. Der Frauenanteil ist hoch, wie es für die Branche typisch ist: Er liegt bei 75 %. Im Jahr 2009 waren etwa 6 % der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Führungsaufgaben betraut.

Die Zahl der Beschäftigten ist in dem Zeitraum von 2002 bis 2009 um 7,65 % gestiegen. Besonders hoch ist der Mitarbeiterzuwachs beim ärztlichen Dienst. Hier stieg die Zahl um 24,3 % von 325 auf 405 Beschäftigte. Bei der größten Berufsgruppe im Krankenhaus – den Pflegekräften – ist die Zuwachsrate mit 6,8 % weniger stark ausgeprägt. Ihre Anzahl stieg von 860 auf 919 Pflegekräfte.

Das Durchschnittsalter der Belegschaft ist in den letzten Jahren von 34 auf 41 Jahre gestiegen. Etwa 25 % der Beschäftigten sind älter als 50 Jahre.

Die durchschnittliche Betriebszugehörigkeit beträgt elf Jahre und liegt damit über dem Bundesdurchschnitt. Eine lange Betriebszugehörigkeit und ein überdurchschnittlich hohes Alter weisen insbesondere die Berufsgruppen im nichtmedizinischen Bereich auf. Viele Ärztinnen und Ärzte hingegen verlassen nach ihrer Facharztausbildung das Klinikum, etwa um sich mit eigener Praxis niederzulassen.

Gut ausgebildete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gelten für das Klinikum als entscheidender Faktor, um dauerhaft wirtschaftlichen und medizinischen Erfolg zu sichern. Um dem drohenden Pflegenotstand entgegenzuwirken, bildet das Klinikum seit Jahren über den eigenen Bedarf hinaus Pflegekräfte aus. Pro Jahr stehen 250 Ausbildungsplätze zur Verfügung. Die Pflegeschule des Westpfalz-Klinikums unterhält ihr Angebot an zwei Klinikstandorten. Weitere Ausbildungsplätze werden für medizinische Fachangestellte, Bürokaufleute sowie im hauswirtschaftlichen und technischen Bereich angeboten. Darüber hinaus dient das Klinikum als Akademisches Lehrkrankenhaus der Johannes Gutenberg-Universität Mainz und kooperiert mit der Dualen Hochschule Mannheim. Dass Bildung einen hohen Stellenwert für das Klinikum besitzt, bestätigt das Angebot eines Weiterbildungszentrums für die Beschäftigten. Das Zentrum wird als eingetragener Verein in Kooperation mit der Technischen Universität Kaiserslautern geführt und steht auch externen Fachkräften aus dem Gesundheitssektor zur Verfügung.

Betriebliche Interessenvertretungen

Die Interessen der Beschäftigten werden durch den Betriebsrat vertreten. Am größten Standort in Kaiserslautern sind 21 Betriebsräte aktiv, darunter Vorsitz und Stellvertretung sowie sechs freigestellte Betriebsratsmitglieder. Ebenso verfügen die Standorte in Kusel und Donnersbergkreis über eine betriebliche Interessenvertretung der Arbeitnehmenden mit je elf Betriebsräten. Der Gesamtbetriebsrat besteht aus sechs Mitgliedern, die von den örtlichen Betriebsräten entsandt werden. Gleichfalls verfügt jeder Standort über eine Schwerbehindertenvertretung, der Standort Kaiserslautern zudem über eine Jugendvertretung. Eine Gesamtvertretung für Schwerbehinderte oder Jugendliche existiert nicht.

Gesundheitsrelevante Strukturen und Maßnahmen

Die gesundheitlichen Belange der Beschäftigten werden im Ausschuss für Arbeitsschutz und im Arbeitskreis für Gesundheit thematisiert. Der Ausschuss für Arbeitsschutz ist im Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) verankert und befasst sich im Wesentlichen mit den allgemeinen Aufgaben des Arbeitsschutzes, der Gefährdungsbeurteilung und der Unfallverhütung. Er ist mit Vertretern der Geschäftsführung, der Personalabteilung, des Betriebsrats, der Arbeitsmedizin, der Pflege und des Qualitätsmanagements sowie mit den Fachkräften für Hygiene und Arbeitssicherheit besetzt. Je nach Thema der Ausschusssitzungen werden weitere Fachkräfte hinzugezogen. Die Ergebnisse der Sitzungen werden protokolliert.

Der Arbeitskreis Gesundheit basiert nicht auf gesetzlichen Vorgaben, sondern ist aus dem Arbeitskreis gegen Sucht hervorgegangen. Er tagt etwa alle zwei Monate und initiiert u. a. Projekte und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (z. B. Ernährung, Umgang mit Gefahrenstoffen, Heben und Tragen, gesundes Altern). Im Arbeitskreis sind die Personalabteilung, die Pflegedirektion, der leitende Arzt für Psychosomatik, das Weiterbildungszentrum, die Arbeitsmedizin, der Betriebsrat sowie die betriebliche Mitarbeiterberatung vertreten.

Die betriebliche Mitarbeiterberatung wird von insgesamt zwei Mitarbeiterinnen des Klinikums und einer Pfarrerin mit einem Stellenumfang von je 20 Stunden pro Monat getragen. Sie sind Ansprechpartnerinnen für die Belegschaft bei psychosozialen Belangen. Vorrangige Themen sind Mobbing, Sucht und Konfliktsituationen am Arbeitsplatz sowie der Bedarf an Supervision.

Auch das proaktive Personalmanagement des Klinikums trägt im weiteren Sinne zur Gesundheitsförderung bei, indem es dabei hilft, psychosoziale Konfliktsituationen zu vermeiden. Drei Beispiele seien genannt:

- Um personelle Engpässe bei kurz- und mittelfristigen Ausfallzeiten zu vermeiden, koordiniert eine Mitarbeiterin der Pflegedirektion Personaleinsätze mit Hilfe einer virtuellen Springer-Station. Diese ist mit 17 Vollzeitpflegekräften besetzt. Sie verfügen über einen festen Dienstplan, wissen jedoch im Vorfeld nicht, auf welcher Station sie arbeiten werden. Zusätzlich gehören der Station sieben Mitarbeiterinnen »auf Abruf« an, die auf Basis einer geringfügigen Beschäftigung

arbeiten. Der Vorteil für das Klinikum liegt darin, dass besondere Belastungssituationen im Schichtdienst und krankheitsbedingte Fehlzeiten auf diese Weise abgedeckt werden können. Aber auch für manche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kann dieses Modell von Vorteil sein: Es bietet Berufsanfängern und Beschäftigten in Elternzeit eine Möglichkeit des (Wieder-)Einstiegs sowie älteren Arbeitskräften ein Plus an flexibler Arbeitszeit. In den Pool der Springer-Station werden nur Beschäftigte auf eigenen Wunsch aufgenommen. Die Regelungen sind in einer Betriebsvereinbarung zur Sicherung der Pflegequalität festgehalten.

- Die vorausschauende Personaleinsatzplanung wird durch ein abgestuftes Bearbeitungssystem für berufliche Veränderungswünsche unterstützt. Zunächst reichen die Beschäftigten bei der Personalabteilung ihre Anträge ein, z. B. auf Reduzierung der Wochenarbeitszeit, Versetzung, Mutterschutz oder Aufnahme in die Springer-Station. Die Personalabteilung sucht kurz- bis mittelfristige Personallösungen und erörtert sie in Teamsitzungen mit der Pflegedirektorin und dem Betriebsrat. Pro Woche werden 20 bis 70 Fälle geprüft. Jeder Fall erscheint so lange auf der Tagesordnung, bis eine Lösung gefunden ist. Ergänzend führen Betriebsrat und Personalabteilung Monatsgespräche, um die Ursachen möglicher Probleme zu eruieren (z. B. gehäuftes Auftreten von Versetzungswünschen in einer Abteilung).
- Schichtarbeit gilt als besonders belastend für die Gesundheit. Allgemein werden Belastungen umso stärker empfunden je unausweichlicher die Situation infolge von äußeren Zwängen erscheint. Das Westpfalz-Klinikum beschreitet daher beim Personaleinsatz im Nachtschichtsystem innovative Wege: Jede bzw. jeder Beschäftigte kann zwischen mindestens einer und bis zu sieben Nachtschichten im Monat wählen. Dies erleichtert es den Beschäftigten, ihre beruflichen, familiären, fortbildungsrelevanten und sonstigen Zeitpläne auf ihre individuellen Bedürfnisse abzustimmen und trägt damit zur allgemeinen Arbeitszufriedenheit bei.

3.2 Meilensteine des Betrieblichen Eingliederungsmanagements

3.2.1 Wiedereingliederung von Beschäftigten vor 2004

Bereits bevor § 84 SGB XI Arbeitgeber dazu verpflichtete, ein BEM anzubieten, setzte sich das Westpfalz-Klinikum für die Wiedereingliederung von Langzeiterkrankten und den Erhalt ihres Arbeitsplatzes ein. Die Beschäftigten wurden nach ihrer Rückkehr zu betriebsmedizinischen Untersuchungen eingeladen, um ihre Arbeitsfähigkeit hinsichtlich des Tätigkeitsfeldes festzustellen. Sofern sich Unterstützungsbedarf abzeichnete, führten die Vertreter der Personalabteilung und des Betriebsrats mit dem Beschäftigten ein Gespräch. Ziel war es, gemeinsam eine Lösung zu finden und gezielte Hilfen anzubieten (z. B. Arbeitsrehabilitation, technische oder organisatorische Arbeitshilfen, Umsetzung). Die Gespräche fanden im Rahmen von Arbeitszeitausfallgesprächen statt. Die Teilnahme daran war ebenso wie an den Krankenrückkehrgesprächen für die Beschäftigten verpflichtend. Dies wurde bis Ende 2009 beibehalten. Seither setzt sich das Prinzip der Freiwilligkeit durch, das im BEM verankert ist.

3.2.2 Umsetzung der Anforderungen nach § 84 (2) SGB IX

Da sich das Westpfalz-Klinikum bereits vor 2004 bei der Wiedereingliederung von Langzeiterkrankten engagierte, setzte es seine etablierten Strukturen mit betriebsärztlichen Untersuchungen und Arbeitsausfallzeitengesprächen zunächst fort. Die Basis hierfür bildet eine über Jahre gewachsene Vertrauenskultur zwischen Beschäftigten und Arbeitgeber. Nur in zwei Fällen wurden in den letzten 30 Jahren personenbedingte Kündigungen ausgesprochen. Seit 2010 obliegt die Strukturierung des BEM der stellvertretenden Personalleitung. Für das Jahr 2011 ist eine Betriebsvereinbarung geplant, in der sowohl die bewährten als auch die erneuerten Prozesse des BEM niedergeschrieben sind.

Ziele und Erfolgskriterien des BEM

Die Ziele, die das Klinikum mit dem BEM verfolgt, entsprechen den allgemeinen gesetzlichen Vorgaben gemäß § 84 SGB IX. Die Beschäftigten sollen nach Ablauf des BEM weiterhin im Klinikum tätig sein, erneute Arbeitsunfähigkeit infolge der Langzeiterkrankung soll vermieden und der alte Arbeitsplatz möglichst erhalten werden. Ein BEM wird als erfolgreich betrachtet, wenn die bzw. der Betroffene an den Arbeitsplatz zurückgekehrt ist oder einen anderen Arbeitsplatz im Klinikum eingenommen hat und temporär begleitende Hilfen abgeschlossen sind.

Mitglieder des BEM-Teams und ihre Aufgaben

Das BEM-Team besteht im Kern aus je einem Vertreter der Personalabteilung und des Betriebsrats. Die Personalabteilung hat den Vorsitz inne und steuert die BEM-Prozesse: Sie führt Krankenstandsanalysen durch, lädt die betroffenen Beschäftigten zum Erstgespräch ein, ist Ansprechpartner bei Fragen, evaluiert und dokumentiert die Eingliederungsschritte und achtet auf die Einhaltung des Datenschutzes. Wenn Beschäftigte das Angebot eines BEM erhalten, wird dies in der Personalakte vermerkt. Ebenso wird vermerkt, ob die BEM-Berechtigten das Angebot nutzen und wann der BEM-Prozess abgeschlossen ist. Ausführliche Angaben zum BEM sind nicht in der Personalakte enthalten. Das Ergebnisprotokoll über ein abgeschlossenes BEM existiert nur in Papierform und in einmaliger Ausfertigung. Es liegt unter Verschluss beim stellvertretenden Personalleiter, der für das BEM klinikweit verantwortlich ist.

Der Betriebsrat nimmt an den Gesprächen der Personalabteilung mit dem Beschäftigten aktiv teil. Er kontrolliert die Umsetzung des BEM und steht den Beschäftigten gleichfalls als Ansprechpartner zur Verfügung. Je nach Bedarf ist auch der betriebsmedizinische Dienst in die Gespräche und Umsetzung des BEM eingebunden. Er führt zudem die notwendigen betriebsärztlichen Untersuchungen durch und dokumentiert die medizinischen Daten, die unter die ärztliche Schweigepflicht fallen.

Dem betriebsmedizinischen Dienst kommt bereits im Vorfeld eine große Bedeutung zu: Er beurteilt die Arbeitsfähigkeit von Langzeiterkrankten bei ihrer Rückkehr und empfiehlt ggf. ein BEM. Wenn der oder die Beschäftigte am BEM teilnehmen möchte, werden bei Bedarf Mitglieder des erweiterten BEM-Teams frühzeitig in die Gespräche und Pro-

zesse eingebunden. Hierzu zählen der Schwerbehindertenvertreter, Mitarbeiter des psychosozialen Dienstes, die Sicherheitsfachkraft oder der Sicherheitsbeauftragte. Auch die oder der direkte Vorgesetzte gehört zum erweiterten Team. Sie werden insbesondere für die Umsetzung von Maßnahmen am Arbeitsplatz hinzugezogen, erhalten jedoch keine krankheitsbezogenen Informationen über die Gründe für das BEM, sofern diese nicht von den Betroffenen selbst mitgeteilt werden.

Innerbetriebliche Prozesse des BEM

Handlungsschritt 1: Orientierung

Das BEM gilt als Teil der betrieblichen Gesundheitsförderung. Es knüpft an die Tradition des Klinikums an, sich um die gesundheitlichen Belange seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu kümmern und eine Beschäftigung auch im Falle langer krankheitsbedingter Fehlzeiten oder entstandener Leistungsminderung zu ermöglichen. Die Gesundheitsförderung ist Bestandteil des Personalführungskonzepts. Sie beinhaltet sowohl personenbezogene als auch arbeitsplatzbezogene Handlungsfelder. Zu Letzterem gehört das proaktive Personalmanagement (vgl. Kap. 4.1). Es existieren mehrere hundert Arbeitszeitmodelle, um die individuellen Präferenzen und organisatorischen Erfordernisse möglichst gut aufeinander abzustimmen. Bei der Dienstplangestaltung werden auch arbeitsmedizinische Erkenntnisse berücksichtigt. Beispielsweise wird im Schichtdienst eine Fünftageweche zugrunde gelegt, wodurch die Beschäftigten zusätzliche freie Tage gewinnen können.

Die Handlungsfelder der Gesundheitsförderung erstrecken sich a) neben der Arbeitsorganisation b) auf die Arbeitsplatzgestaltung, c) den klassischen Arbeitsschutz, d) psychosoziale Faktoren wie Kommunikation, Konfliktmanagement und Sucht, e) auf spezielle Personengruppen wie Langzeiterkrankte sowie f) auf die persönliche Gesundheitsförderung durch Ernährung, Bewegung und einen verantwortungsvollen Umgang mit Suchtmitteln. Als Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung nutzt das Klinikum die Mitarbeiterbefragung und stützt sich bei seinen Maßnahmen auf Daten der betrieblichen Gesundheitsberichterstattung.

Das BEM wird im Personalführungskonzept noch nicht explizit erwähnt. Erkrankten Beschäftigte, sind jedoch verschiedene Maßnahmen vorgese-

hen: allgemeine Wiedereingliederungsmaßnahmen bei gesundheitlichen Einschränkungen, spezifische Arbeitsplatzanalysen, Ausfall-Management über die Personalabteilung und – formell noch möglich – Krankenrückkehrgespräche mit den direkten Vorgesetzten. Die Gespräche dienen dazu, im Rahmen der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers Transparenz zu schaffen und gezielt Angebote zu unterbreiten: z. B. Kontakt zum betriebsmedizinischen Dienst, Umsetzung oder Umschulung, Teilzeitarbeit, Arbeitszeitreduktion oder vorübergehend Wegfall von Nacht-, Bereitschafts- und Wochenenddiensten. Des Weiteren wird die Kooperation mit Krankenkassen und anderen Kostenträgern gesucht. Die Eingliederung der Beschäftigten wird damit in einen breiten Kontext gestellt.

Handlungsschritt 2: Prävention – Gefährdungsbeurteilung

Die Durchführung der Gefährdungsbeurteilungen ist im Klinikum primär Aufgabe der Abteilung für Arbeitssicherheit (zwei Stellen) und für Arbeitsmedizin, die mit 2,75 Arztstellen ausgestattet ist. Sie ist eng mit den arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen verbunden, die sich insbesondere an das Personal auf den Stationen (z. B. Ärzte, Pflegekräfte) richten. Die Betriebsärzte untersuchen regelmäßig nach arbeitsmedizinischen Vorgaben und darüber hinaus den körperlichen Gesundheitszustand der Beschäftigten, z. B. Sehvermögen, Infektionsgefährdung, Belastungen des Muskel-Skelett-Systems, Lärm- und Strahlenbelastung. Zudem bieten sie Impfungen an, z. B. gegen Grippe und Hepatitis. Aufgrund der berufsbedingten Krankheitsrisiken sind die Untersuchungsabstände für die Beschäftigten im medizinischen und pflegerischen Dienst kürzer als für die Verwaltungsangestellten und die Arbeitskräfte im technischen und hauswirtschaftlichen Bereich. Die Untersuchungen ermöglichen es darüber hinaus, psychosoziale Belastungssituationen anzusprechen, sofern Bereitschaft seitens der Beschäftigten besteht oder Bedarf seitens der Ärzte gesehen wird. Systematisch beurteilt werden die psychischen Gesundheitsrisiken jedoch nicht. Ferner werden Arbeitsplatzbegehungen durchgeführt, um die strukturellen Gegebenheiten zu beurteilen, z. B. Höhe der Tische und Stühle, Lichteinfall bei PC-Arbeitsplätzen. Die Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen gilt als personalintensiv. Künftig sollen Betriebs- bzw. Personalräte stärker eingebunden werden.

Handlungsschritt 3: Prävention – Unterweisung im Dialog

Das Klinikum wählt innovative Lösungen, um seine Beschäftigten über Sicherheit und Gesundheit zu unterweisen. Einerseits werden die entsprechenden Informationen klassisch über die direkten Vorgesetzten und Fachkräfte für Arbeitssicherheit vermittelt; andererseits organisiert das Klinikum Aktionstage, um die Beschäftigten für Gesundheitsthemen zu sensibilisieren. Solche Aktionstage wurden beispielweise zu den Themen Heben und Tragen von Patienten, Stichverletzungen und Pausenkultur durchgeführt. Da ein großer Teil der Beschäftigten durch Hebe- und Tragetätigkeiten in der Pflege oder auch im hauswirtschaftlichen Bereich belastet ist, bietet das Klinikum zudem spezielle Kinästhetik-Schulungen für Pflegekräfte und Interessierte an.

Handlungsschritt 4: Feststellen der Arbeitsunfähigkeitszeiten

Die Personalsachbearbeitenden des Klinikums registrieren die Fehlzeiten der Beschäftigten per EDV. Das System ermöglicht, dass die Arbeitsunfähigkeitstage je Arbeitskraft farbig markiert auf einem Kalenderblatt erscheinen. Erkennen die Sachbearbeitenden, dass bei einem Beschäftigten AU-Zeiten gehäuft auftreten, geben sie diese Information an den stellvertretenden Personalleiter, der für das BEM zuständig ist, weiter. Da ein Dreijahreszeitraum betrachtet wird, werden auch AU-Zeiten gemeldet, die unterhalb der Sechswochenfrist liegen, jedoch im zeitlichen Verlauf einen unterstützenden Handlungsbedarf erkennen lassen.

Handlungsschritt 5: Kontaktaufnahme zu den Beschäftigten

Für Beschäftigte, die aufgrund ihrer mindestens sechswöchigen Erkrankungsdauer von der Lohnfortzahlung des Arbeitgebers ausgenommen sind, vereinbaren die Personalsachbearbeitenden direkt einen Termin mit dem Betriebsarzt. Dieser prüft, ob nach Rückkehr in das Klinikum ein Einsatz am alten Arbeitsplatz ohne weitere Unterstützung möglich ist oder ob ein BEM eingeleitet werden sollte. Die Entscheidung über das BEM trifft der oder die Betroffene mit Unterstützung des Betriebsarztes. Sie wird der Personalabteilung im Anschluss mitgeteilt.

Sobald die stellvertretende Personalleitung die Information erhält, dass für einen Beschäftigten ein BEM notwendig sein könnte, lädt sie diesen zu einem persönlichen Gespräch ein. Auch die oder der direkte Vorgesetzte wird über das geplante BEM-Gespräch informiert. Das Einla-

derungsschreiben ist je nach Anlass – gehäufte Arbeitsunfähigkeit oder Überschreiten des sechswöchigen Krankheitszeitraums – standardisiert. Es informiert über das Ziel, einen gemeinsamen Weg zu suchen, um eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit frühzeitig zu überwinden und erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen. Dieses Ziel wird in den Zusammenhang der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers gegenüber den Beschäftigten gestellt. Das Schreiben enthält zudem einen Hinweis, dass die Teilnahme am BEM auf Freiwilligkeit basiert und dass die Gesprächsinhalte vertraulich behandelt werden. Angaben zu Diagnosen oder Erkrankungen müssen nicht gemacht werden. Beim Gespräch in der Personalabteilung ist der Betriebsrat anwesend. Zeichnet sich weiterer Unterstützungsbedarf ab, ist es möglich, im weiteren Verlauf den Betriebsarzt oder die Schwerbehindertenvertretung hinzuzuziehen.

Handlungsschritt 6: Erstgespräch

Das Erstgespräch finden in der Regel zu dritt statt: die stellvertretende Personalleitung als BEM-Verantwortliche, ein Vertreter des Betriebsrats und der oder die Beschäftigte selbst. Oft suchen Letztere vorab den Betriebsrat auf, um sich über die Zielsetzung und Inhalte des Gesprächs zu informieren und entsprechend vorbereiten zu können. Je nach Bedarf und Wunsch der Arbeitskraft können auch der Betriebsarzt und/oder andere unterstützende Personen teilnehmen. Maßgeblich für die frühzeitige Beteiligung von Mitgliedern des erweiterten BEM-Teams ist ferner, wie der Betriebsarzt und der BEM-Verantwortliche die Situation einschätzen.

Im Erstgespräch werden die auffälligen Arbeitsunfähigkeitszeiten benannt, ggf. die Ergebnisse der betriebsärztlichen Untersuchung bezüglich der Arbeitsfähigkeit einbezogen und Lösungswege gesucht, um die Arbeitsfähigkeit zu fördern. Grundsätzlich gilt: Die Unterstützungsangebote können umso besser unterbreitet werden, je vertrauensvoller der Umgang zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern ist und je offener sich der oder die Beschäftigte äußern kann, ohne personalrechtliche Nachteile befürchten zu müssen.

Handlungsschritt 7: Analyse des Arbeitsplatzes

Ob der Erkrankte nach seiner Rückkehr weiterhin an seinem Arbeitsplatz auf der Station, in der Verwaltung oder im hauswirtschaftlich-tech-

nischen Bereich tätig sein kann, hängt neben seinem persönlichen Gesundheitszustand von den Bedingungen am Arbeitsplatz ab. Betriebsrat, Betriebsarzt und die Fachkraft für Arbeitssicherheit prüfen daher die Bedingungen des Arbeitsplatzes vor Ort. Wenn möglich, werden die Unterlagen der Gefährdungsbeurteilung hinzugezogen. Je nach Einzelfall und Notwendigkeit beteiligen sich ferner Vertreter der Berufsgenossenschaft, der Unfallkasse, des Integrationsamtes oder der Agentur für Arbeit an der Arbeitsplatzanalyse, um ggf. unterstützende Maßnahmen für den Beschäftigten zu veranlassen.

Handlungsschritt 8: Anforderungen an die Beschäftigten und deren Fähigkeiten

Bei Beschäftigten, die mehr als sechs Wochen lang erkrankt sind, wird routinemäßig eine betriebsärztliche Untersuchung durchgeführt. Dabei analysiert der Betriebsarzt die Fähigkeiten der Betroffenen hinsichtlich der Anforderungen an ihrem bisherigen Arbeitsplatz. Im Rahmen des BEM erstellen der Betriebsrat oder der Schwerbehindertenvertreter zusätzlich ein Beschäftigtenprofil, um die individuelle Arbeitsfähigkeit mit geeigneten Einsatzmöglichkeiten im Klinikum abzugleichen. Die Analyse erfolgt im Wesentlichen über eine mündliche Befragung der bzw. des Betroffenen. Bei Bedarf wird der Betriebsarzt abermals mit einbezogen, um den Wiedereingliederungsplan zu konkretisieren, z. B. durch zwei-, sechs- oder achtstündige Arbeitsversuche. Für den Betriebsarzt bedeutet dies oftmals eine Gratwanderung: Einerseits muss er seine Schweigepflicht beachten, andererseits gezielt unterstützende Maßnahmen vorschlagen.

Handlungsschritt 9: Maßnahmen am Arbeitsplatz

Im Westpfalz-Klinikum ist es üblich, die Vorgesetzten über den Stand der Arbeitsfähigkeit der Arbeitskraft bezüglich ihres Arbeitsplatzes und über die benötigten Hilfsangebote zu informieren. Zudem werden sie in die Umsetzung der Maßnahmen einbezogen. Dies gilt insbesondere, wenn die Arbeitsorganisation verändert oder temporär eine Umsetzung erforderlich wird. Dies trifft beispielsweise zu, wenn eine Pflegekraft vorübergehend die Aufgaben einer Stationssekretärin übernimmt oder eine stufenweise Wiedereingliederung realisiert werden soll. Mitunter wird der Arbeitsplatz auch technisch und/oder ergonomisch an die Be-

dürfnisse des Beschäftigten angepasst. Dies vermag ebenfalls die Rückkehr in den Arbeitsalltag zu erleichtern und erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen. Zu den ergonomischen Hilfen im Verwaltungsbereich zählen Stehpulte und Veränderungen der Sitz- und Schreibtischhöhe. Die Personalabteilung legt viel Wert auf die Zusammenarbeit mit Vorgesetzten, was auch von diesen sehr geschätzt wird. Sofern der Beschäftigte den Betriebsarzt von seiner Schweigepflicht entbindet, bleiben die Informationen jedoch dem engeren BEM-Team vorbehalten. Die Führungskraft erhält ausschließlich Informationen, die die Einschränkungen am Arbeitsplatz und die benötigten Hilfsmittel betreffen.

Information und Einbindung der Belegschaft

Die Kommunikation mit der Belegschaft über das BEM ist eine zentrale Voraussetzung für dessen Erfolg. Das Klinikum beschreitet hierbei unterschiedliche Wege. Um alle Beschäftigten unabhängig von ihrem individuellen Gesundheitszustand über die Möglichkeit eines BEM zu informieren, erscheinen u.a. Artikel hierüber in der Mitarbeiterzeitung. BEM-Berechtigte werden schriftlich über die Personalabteilung informiert.

Kooperation mit externen Partnern

Zu den externen Kooperationspartnern des Klinikums bei der Umsetzung des BEM zählen die Krankenkassen, die Unfallkassen und Rentenversicherungsträger sowie bei Bedarf das Integrationsamt und die Agentur für Arbeit. Bei Projekten zur Gesundheitsförderung werden darüber hinaus die Gewerkschaften oder Beratungsfirmen eingebunden. Ziel ist es, ein Netzwerk mit festen Ansprechpartnern bei den externen Kostenträgern zu etablieren. So können pragmatische Lösungen auf den Weg gebracht und Fragen der Kostenübernahme zeitnah geklärt werden.

Erfolge und Maßnahmen des BEM in Zahlen

Ein Indikator zur Bestimmung, ob das BEM erfolgreich verlaufen ist, ist ein Vergleich der Krankenstände vor und nach seiner Einführung. Die Analysen auf Basis von Aufzeichnungen und Protokollen im BEM-Prozess zeigen, dass es oft gelingt, die Fehlzeiten wie gewünscht zu reduzieren. Zum Teil genügen hierzu einfache und kostengünstige Maßnahmen wie das Bereitstellen eines unterstützenden Arbeitsmittels, dessen

Bedarf jedoch erst im Zuge des BEM hinreichend erkannt und thematisiert wurde. Ein weiterer Schritt, um die BEM-Prozesse kontinuierlich zu verbessern, ist die zusammenfassende Auswertung der Maßnahmen bezüglich des Krankenstandes. Hierzu trägt auch eine Rückmeldung über die Wirksamkeit des BEM aus Sicht der Teilnehmenden oder der Vorgesetzten bei. Ob dies geschieht, bleibt den Beteiligten überlassen.

Um einen Eindruck über die häufigsten Problemkomplexe zu erhalten, werden die Beschwerdearten und Unterstützungsmaßnahmen ausgewertet. Dies sind u. a. Entlastung der Rücken- und Skelett-Muskulatur oder Unterstützung zur Überwindung von Suchtproblemen. Zusätzlich dokumentieren Betriebsärzte die Ergebnisse der betriebsmedizinischen Untersuchungen und Nachuntersuchungen. Da diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, bleiben die Ergebnisse beim betriebsärztlichen Dienst. Sie gehen nicht in die zentrale Dokumentation des BEM durch die Personalabteilung ein.

3.2.3 Stolpersteine und Perspektiven für die weitere Arbeit

Die Umsetzung eines BEM kann gerade in der Anfangszeit mit Problemen behaftet sein. Der BEM-Verantwortliche sieht drei Problembereiche für das Westfalz-Klinikum:

- a) Anfänglich galt das BEM als Fortführung des bewährten Wiedereingliederungsverfahrens von Langzeiterkrankten. Mit dem Grad der Systematisierung und Strukturierung nimmt jedoch der Bedarf an Gesprächen und BEM-Maßnahmen zu. Es werden mehr Handlungsbedarfe erkannt, die Nachfrage der Betroffenen nach unterstützenden Angeboten steigt. Den zunehmenden Anforderungen gerecht zu werden, erfordert zusätzliche Zeitressourcen.
- b) Es zeichnet sich ab, dass es für Beschäftigte, die ihren alten Arbeitsplatz aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr einnehmen können, immer schwieriger wird, eine geeignete Alternative zu finden. Denn: Die Zahl der sogenannten Schon-Arbeitsplätze ist begrenzt. Erschwerend kommt hinzu, dass sowohl der äußere finanzielle Druck der Krankenhäuser als auch der interne Leistungsdruck für die Beschäftigten wachsen. In den letzten Jahren nimmt die Bereitschaft im Klinikum ab, die soziale Funktion der Beschäftigung von

Betroffenen anzuerkennen und ihnen trotz veränderter Leistungsfähigkeit eine berufliche Perspektive im Betrieb zu bieten. Angesichts dessen kann der BEM-Verantwortliche in eine schwierige Situation geraten: Er leitet auch gegen den Willen der Teamleitungen und Arbeitsgruppen Maßnahmen ein, durch die die Beschäftigten auf den Stationen und in den Abteilungen integriert werden.

- c) Die Kooperation mit externen Partnern erweist sich als nicht zielführend, wenn das unterbreitete Angebot am realen Bedarf vorbeigeht: z. B. indem die Kostenübernahme für einen Computerkurs zugesagt wird, jedoch eine Entlastung am Arbeitsplatz durch eine Unterstützung beim Heben erforderlich wäre. Schwierig erweisen sich ferner die Formulierungen bei der Antragstellung: Sie müssen in die Sprache und Verfahrenswege der externen Kostenträger übersetzt werden, um genehmigt zu werden. Aus Sicht des Klinikums bedeutet dies einen Mehraufwand an Bürokratie. Zusätzlich erschwert wird die Kooperation, wenn in den Organisationen die Zuständigen wechseln und jedes mal neu erfragt werden müssen. Dies trifft bereits im Vorfeld des BEM zu: Dann gilt es festzustellen, ob eine Lohnfortzahlung im Krankheitsfall durch den Arbeitgeber in die Krankengeldzahlung durch die Krankenkasse überführt werden kann. Hierüber muss das Klinikum die Beschäftigten informieren.

Seit geraumer Zeit tragen feste Ansprechpartner für das Klinikum in den Organisationen dazu bei, dass der »kleine Dienstweg« gewählt werden kann. So lassen sich zielgerichtet Lösungen entwickeln und realisieren, die die Beschäftigten bei ihrer Wiedereingliederung unterstützen. Zielführend ist es, auch weiterhin Netzwerke aufzubauen, an denen externe Kooperationspartner wie Krankenkassen, Unfallkassen, Rentenversicherungsträger, Integrationsämter und Arbeitsagenturen partizipieren und eine pragmatische Zusammenarbeit ermöglichen.

Das BEM steht im Westpfalz-Klinikum in engem Zusammenhang mit der betrieblichen Gesundheitsförderung. In Zukunft soll dabei der Präventionsgedanke verstärkt werden. Dies setzt voraus, dass a) das Klinikum Angebote zur Förderung der individuellen Gesundheit bereitstellt und b) die Beschäftigten diese Angebote akzeptieren und in Anspruch nehmen. Letzteres erfordert, dass die Beschäftigten Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen. Um sie dazu zu motivieren, müssen auch die Führungskräfte für das Thema Gesundheitsförderung sensibili-

siert werden. Dies ermöglicht und unterstützt gesundheitsförderliche Verhaltensweisen im Arbeitsalltag. Belastungen am Arbeitsplatz können erkannt und abgebaut werden. Ferner strebt das Klinikum eine verstärkte klinikinterne Öffentlichkeitsarbeit zum BEM an. So sollen Vorbehalte gegenüber der Inanspruchnahme kontinuierlich abgebaut und das Vertrauen seitens der Beschäftigten in die Fürsorgepflicht des Klinikums als Arbeitgeber gestärkt werden. Ein gutes Gesundheitsmanagement – basierend auf dem Arbeits- und Gesundheitsschutz, der Gesundheitsförderung und dem BEM – sieht das Klinikum als Plus bei dem Bestreben, neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu gewinnen und zu binden.

3.3 Beispiel für eine gelungene Eingliederung aus Sicht einer Beschäftigten und des BEM-Teams

Ausgangssituation der Beschäftigten

Frau Gras¹ kennt das Westpfalz-Klinikum bereits aus der Zeit vor der Fusionierung zum größten nichtuniversitären Gesundheitszentrum in Rheinland-Pfalz. Sie ist seit 16 Jahren im Klinikum als Sekretärin tätig. Am Betriebsrat schätzt sie, dass sie von ihm jederzeit telefonisch oder in einem persönlichen Gespräch unterstützt wird. Dass es die Möglichkeit eines BEM gibt, hatte sie bereits vor ihrer Erkrankung erfahren. Sie erinnert sich auch an entsprechende Hinweise von Kollegen, als sie infolge eines Halswirbelsäulen-Syndroms mit Bandscheibenvorfall mehrwöchig arbeitsunfähig geschrieben wurde.

Kontakt zum BEM-Team

Frau Gras wurde von der Personalabteilung angeschrieben, mit der Bitte sich nach ihrer Rückkehr an den Betriebsarzt zu wenden. Im Rahmen der betriebsärztlichen Untersuchung sollte festgestellt werden, ob sie ihre alte Tätigkeit weiterhin ausüben kann. Sie wurde auch über die

1 anonymisierter Name

Möglichkeiten eines BEM informiert. Zunächst hatte Frau Gras Bedenken das Angebot anzunehmen, da sie u. a. den Verlust ihres Arbeitsplatzes fürchtete. Doch dann stimmte sie zu und wurde von der Personalabteilung zu einem Gespräch eingeladen, an dem auch der Betriebsrat teilnahm.

Gespräche und Maßnahmen

Während ihres Aufenthalts in der Reha-Klinik wurde Frau Gras unterrichtet über Verhaltensweisen und ergonomische Hilfen, die erneuten Beschwerden vorbeugen bzw. vorhandene Schmerzen lindern: z. B. Veränderungen im Sitzbereich und ein höhenverstellbarer Schreibtisch. In den Gesprächen mit dem BEM-Team wurde dies thematisiert. Das Team bestätigte den Bedarf, nachdem es die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiterin mit den Anforderungen ihres Arbeitsplatzes abgeglichen hatte. Die notwendigen ergonomischen Hilfen wurde im Rahmen des BEM umgesetzt: Der Arbeitsplatz von Frau Gras wurde mit einem wirbelsäulengerechten Stuhl ausgestattet. Ferner erhielt sie einen höhenverstellbaren Schreibtisch und eine Handballenauflage für die Computertastatur. Frau Gras nahm ihren alten Aufgabenbereich wieder komplett wahr. Die Arbeitsabläufe blieben unverändert. Die unterstützenden Maßnahmen fügten sich in den betrieblichen Alltag, so dass sie keine weiteren Veränderungen feststellte.

Einschätzung aus Sicht der Beschäftigten

Mit der Umsetzung des BEM ist Frau Gras sehr zufrieden. Seit ihrer Rückkehr in den Betrieb war sie aufgrund ihrer Langzeiterkrankung keinmal erneut arbeitsunfähig. Die anfänglichen Ängste vor nachteiligen Konsequenzen für ihren Arbeitsplatz, wenn sie das BEM in Anspruch nimmt, haben sich nicht bewahrheitet. Im Gegenteil: Sie ist zuversichtlich, auch in zwölf Monaten weiterhin im Klinikum tätig zu sein.

Einschätzung aus Sicht des BEM-Teams

Die BEM-Maßnahmen wurden bisher noch nicht systematisch ausgewertet, z. B. bezüglich des Krankenstandes oder der Teilnahmerate der BEM-Berechtigten. Daher basiert die Einschätzung des BEM-Teams im Wesentlichen auf Erfahrungen. Ein Beispiel ist dem Team gut in Erinnerung geblieben: Ein Mitarbeiter hatte in der Wäscherei körperlich anstrengende Arbeiten geleistet, bis er durch einen Unfall einen komplizierten Beinbruch erlitt und seine Tätigkeit nicht mehr ausüben konnte. Aus Kostengründen war es nicht möglich, technische Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen. Doch der Betroffene konnte in der Wäscherei gegen geringeres Entgelt mit leichteren Tätigkeiten betraut werden. Weitere Beispiele sind in den zentralen BEM-Protokollen erfasst und zeugen von vielfältigen Lösungswegen, die fallweise gefunden werden.

Laut dem BEM-Verantwortlichen fallen die Rückmeldungen bezüglich der Maßnahmen bisher überwiegend positiv aus. Auch seitens der Führungskräfte: Dank BEM verlaufe die Eingliederung in den Arbeitsalltag komplikationslos, selbst wenn stundenweise Arbeitsversuche erforderlich sind. Ein Grund hierfür besteht darin, dass mit dem BEM auch Ansprechpartner benannt werden, die sich für den Prozess der Eingliederung verantwortlich fühlen. Viele Führungskräfte empfinden dies als Entlastung. Allerdings bestehen im Vorfeld der BEM-Maßnahmen bei Vorgesetzten und in den Arbeitsteams mitunter Zweifel an deren Wirksamkeit. Dies kann eine Abwehrhaltung gegenüber den vermuteten zusätzlichen Arbeitsbelastungen hervorrufen. Das BEM-Team nimmt in jüngster Zeit verstärkt eine gewisse Tendenz wahr: Die Bereitschaft, Langzeiterkrankte wieder auf den Stationen oder in den Abteilungen zu integrieren, sinkt insbesondere dann, wenn die Betroffenen dauerhafte Einschränkungen ihrer Leistungsfähigkeit befürchten. Als Grund hierfür geben viele Führungskräfte an, dass dies unter den gegebenen Bedingungen nicht zu realisierens sei: »Wir wollten schon, aber die Klinikleitung gibt uns immer höhere Zielvorgaben, weniger Ressourcen. Und dann sollen wir noch jemanden auf eine Stelle nehmen, der/die nicht 100 % Leistung bringt.« Das Problem ist bis heute nicht gelöst und verschärft sich bei zunehmender Arbeitsverdichtung.

3.4 Der Stellenwert von Arbeitsfähigkeit im Betrieb

Das Westfalz-Klinikum nimmt seine Fürsorgepflicht als Arbeitgeber nach eigenen Bekundungen sehr ernst. Die Geschäftsführung sieht in den Beschäftigten ein wichtiges Potenzial, um die Ziele eines führenden Gesundheitszentrums zu erreichen, und kommt ihrer hohen sozialen Verantwortung nach. Dies bedeutet auch, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in persönlichen Krisensituationen wie einer Langzeiterkrankung die nötige Unterstützung und Beschäftigungssicherheit zu bieten. Arbeitsplätze und die Arbeitsumgebung müssen so gestaltet werden, dass die Beschäftigten ihre Aufgaben gut und gerne erfüllen können.

Hohen Stellenwert haben die Personalführungs- und Qualifizierungskonzepte im Klinikum. Neben der externen Weiterbildung, für die im Jahr gut 400 000 Euro ausgegeben werden, unterhält das Klinikum ein eigenes Weiterbildungszentrum. Die Kurse der Aus- und Fortbildung sind auch außerhalb des Klinikums anerkannt und können von externen Interessenten gebucht werden. Zur Mitarbeiterführung werden spezielle Lehrgänge angeboten, in denen Personalverantwortliche die erforderlichen Kompetenzen erwerben. Als besondere Führungsqualität erwartet das Klinikum, dass die Führungskräfte sensibel sind für die gesundheitlichen Belange ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Einen Beitrag zur Gesundheitsförderung leistet ferner das vorausschauende Personalmanagement. Für das Klinikum gilt: »Zufriedene und gesunde Mitarbeiter fördern die Gesundheit der Patienten«.

4. Unternehmen III: Stadtwerke München GmbH

4.1 Daten und Strukturen des Unternehmens

Allgemeines

Die Stadtwerke München (SWM) versorgen die Stadt München und das Umland mit Leistungen der öffentlichen Daseinsvorsorge. Hierzu zählen Energie und Wasser sowie der öffentliche Personennahverkehr, Badeanstalten und Telekommunikation. Einzelne Geschäftsfelder der SWM blicken auf eine über 100-jährige Geschichte zurück. Heute zählt der SWM-Konzern zu den größten kommunalen Unternehmen in Deutschland. Seit 1998 haben die SWM die Rechtsform einer GmbH in Trägerschaft der Stadt München. Seine Geschäftsfelder hat der Konzern in acht eigenständig am Markt agierende Wirtschaftsbetriebe überführt. Die strategische Ausrichtung und die konzerninternen Belange wie das Personalmanagement der 7000 Beschäftigten werden jedoch zentral über die Konzernverwaltung gesteuert. Darüber hinaus sind die SWM an verschiedenen Energiewerken anteilig beteiligt.

Grundsätze und Unternehmensziele

Die SWM setzen auf nachhaltiges Handeln in den einzelnen Geschäftsfeldern. Als kommunales Unternehmen fühlt sich der Konzern den Bürgerinnen und Bürgern der Stadt München verpflichtet. Dies gilt sowohl hinsichtlich der Qualität der Versorgungsleistungen für Privathaushalte und Wirtschaftsunternehmen als auch hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen. Als Beitrag zur Nachhaltigkeit streben die SWM eine Energiepolitik an, die dem Klima- und Umweltschutz verpflichtet ist. Der gesamte Strombedarf Münchens soll mittel- bis langfristig vollständig aus erneuerbaren Energien gedeckt werden. Die

Grundlage bildet ein sparsamer, effizienter und umweltschonender Einsatz von Energien und Ressourcen.

Um seine Unternehmensziele realisieren zu können, setzt der Konzern auf ein partnerschaftlich kooperatives Handeln mit seinen Kunden und Geschäftspartnern, was eine Win-Win-Situation für alle Beteiligten ermöglicht. Dieses Prinzip gilt auch für die Personalarbeit. Die SWM fühlen sich ihrem wichtigsten Erfolgsfaktor – den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern – verpflichtet. Ziel der Personalpolitik ist es, ihre Fähigkeiten, ihr Know-how und ihr Engagement auszubauen und langfristig zu nutzen. Aus Sicht der Beschäftigten ergeben sich hieraus stabile Beschäftigungsperspektiven und berufliche Entwicklungschancen. Die Personalarbeit berücksichtigt die sozialen Aspekte der Erwerbstätigkeit: Beispielsweise haben Work-Life-Balance und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie einen hohen Stellenwert bei den SWM. Seit 2008 trägt das Unternehmen das Qualitätssiegel »audit berufundfamilie« der Hertie-Stiftung.

Entwicklung der Beschäftigtenstruktur

Die SWM beschäftigen gut 7000 Arbeitskräfte. Die Beschäftigtenzahl ist in den letzten Jahren relativ konstant. Betriebsbedingte Kündigungen konnten weitgehend vermieden werden. Beispielsweise fanden 30 bis 40 Beschäftigte, die ehemals im vom Personalabbau betroffenen Bereich der Zählerablesung tätig waren, über innerbetriebliche Umsetzungen neue Tätigkeitsfelder.

Neue Stellen sind insbesondere für Fach- und Führungskräfte mit technischem oder betriebswirtschaftlichem Hochschulabschluss ausgeschrieben. Um genügend Qualifizierte zu finden, setzt sich das Unternehmen dafür ein, Frauen für technische Berufe zu interessieren und ihre berufliche Entwicklung zu begleiten. Derzeit sind bei den SWM überwiegend Männer tätig (80 %), der Frauenanteil ist mit knapp 20 % gering. Das Durchschnittsalter der Männer liegt bei etwa 43 Jahren, das der Frauen bei 41 Jahren. 30 % der Männer und etwa jede vierte Frau sind älter als 50 Jahre. 8 % der Beschäftigten sind schwerbehindert oder gleichgestellt, die Pflichtquote beträgt 5 %. Durchschnittlich sind die Beschäftigten seit neun Jahren beim Mutterkonzern oder einem seiner Betriebe tätig.

Die meisten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind festangestellt. In einzelnen Betrieben wie im Busbereich sind jedoch auch Leiharbeitskräfte tätig. Sie werden insbesondere in Zeiten mit hohem Verkehrsaufkommen wie während des Oktoberfestes und im Winter unterstützend eingesetzt. Da im Busbereich ein Einstellungsstopp besteht, wird diskutiert, ob Festanstellungen auf Basis eines geringeren Entgelts möglich und wünschenswert sein könnten.

Die Einsatzgebiete bzw. die Arbeitsplätze bei den SWM können sich schnell und kurzfristig verändern. Damit verändern sich auch die Anforderungen an die Beschäftigten. Dies erfordert hohe Flexibilität und Anpassungsleistungen seitens der Führungskräfte und der Belegschaft und wird durch ein zentrales Personalmanagement flankierend unterstützt.

Betriebliche Interessenvertretung

Die betriebliche Interessenvertretung besteht aus einem Konzernbetriebsrat, zwei Gesamtbetriebsräten sowie aus fünf örtlichen Betriebsräten und einem Betriebsrat für die Hauptverwaltung mit insgesamt 66 Mitgliedern. Die Betriebsräte wurden 1998 mit der Überführung der SWM in eine Kapitalgesellschaft eingeführt. Zuvor wurde die betriebliche Interessenvertretung über Personalräte getragen. Heute ist noch ein Gesamtpersonalrat mit fünf Mitgliedern für die Beamten der SWM zuständig. Eng zusammen mit den Betriebs- und Personalräten arbeiten drei Vertrauenspersonen für Schwerbehinderte, eine Frauenvertreterin sowie die Jugend- und Auszubildendenvertretung.

Gesundheitsrelevante Strukturen und Maßnahmen

Die SWM haben die gesetzlich verankerten Ausschüsse für Arbeitssicherheit auf örtlicher Ebene in den Betrieben etabliert. Es gibt keinen Ausschuss auf Konzernebene. Eigene Ausschüsse für Gesundheitsthemen existieren nicht, weder auf örtlicher noch auf zentraler Ebene. Dennoch ist das Thema Gesundheit bei den Stadtwerken fest verankert. Das betriebliche Gesundheitsmanagement wurde 2004 nach ISO-Qualitäts-

kriterien zertifiziert und im Rahmen der Gesundheitskampagne »Move Europe« 2008 und 2009 mit Preisen ausgezeichnet.

In den Abteilungen und Betrieben wird das Thema Gesundheit in Gesundheitszirkeln bearbeitet, die mit verschiedenen innerbetrieblichen Akteuren besetzt sind. Sie tragen dazu bei, Probleme vor Ort zu erkennen, Projekte umzusetzen und die Nachhaltigkeit der Projekterfolge zu sichern. Die Arbeit vor Ort wird durch Gesundheitspaten unterstützt. Pate können eigens dafür geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der SWM werden, die ihren Kollegen bei gesundheitsrelevanten Fragen mit Rat und Tat beiseite stehen. Das Beratungsspektrum erstreckt sich sowohl auf körperliche als auch auf psychische und soziale Belange wie z. B. Ernährung, Bewegung, Wege zum Arbeitsplatz, Umgang mit Konflikten.

Der ganzheitliche Ansatz prägt die Ausrichtung des Gesundheitsmanagements der SWM seit Anbeginn. Seine Umsetzung wird als kommunikative Aufgabe von unternehmensstrategischer Bedeutung verstanden. Die Abteilung Beratung, Prävention, Gesundheit ist daher organisatorisch dem Personalbereich des Konzerns zugeordnet. Die Einbindung in das zentrale Personalcontrolling ermöglicht, dass Kennzahlen auf die Mitarbeiterenebene heruntergebrochen werden und damit die Grundlage für zielgerichtete proaktive Präventionsmaßnahmen bilden. Dies sowie die Mitarbeiterorientierung über Gesundheitszirkel und Gesundheitspaten heben die Preisverleiher lobend hervor, als sie die SWM mit dem Corporate Health Award 2009 auszeichnen.

4.2 Meilensteine des Betrieblichen Eingliederungsmanagements

4.2.1 Wiedereingliederung von Beschäftigten vor 2004

Trotz des hohen Engagements für die betriebliche Gesundheitsförderung herrschte bei den Personalreferenten der SWM – bis zur Neufassung des § 84 (2) SGB IX zum BEM – die Meinung vor: Im Krankheitsfall eines Beschäftigten könne das Unternehmen nicht aktiv werden. Man müsse warten, bis der Betroffene wieder gesund sei und an seinen

Arbeitsplatz zurückkehren kann. Die Möglichkeit, sich direkt an den Beschäftigten zu wenden, sahen die Personalreferenten nur bei konkretem Anlass wie z. B. dem Wegfall der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall.

Für Schwerbehinderte und ihnen Gleichgestellte kamen Eingliederungsmaßnahmen gemäß der Schwerbehindertengesetzgebung zur Anwendung. Sie wurden mit Hilfe des betrieblichen Integrationsteams umgesetzt. Die SWM verabschiedeten hierzu 2003 eine Integrationsvereinbarung. Das Kernteam besteht aus einem Beauftragten des Arbeitgebers, der Schwerbehindertenvertretung und dem (Gesamt-)Betriebsrat. Seit Einführung des BEM kommt diese Vereinbarung kaum noch zum Tragen, da Schwerbehinderte im Rahmen des BEM eingegliedert werden.

4.2.2 Umsetzung der Anforderungen nach § 84 (2) SGB IX

Als Teilbereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) gehört das BEM dem Unternehmensbereich Personal und Soziales an. Den zentralen Vorgaben für die Umsetzung des BEM nach § 84 (2) SGB IX kommt daher personalstrategische Bedeutung zu. Das Integrationsteam für Schwerbehinderte hat für das Verfahren wichtige Grundlagen gelegt. Zudem unterstützt es den zentralen BEM-Lenkungskreis bei administrativen Aufgaben wie der Antragstellung bei Rehabilitationsträgern. Begünstigt wird die Zusammenarbeit dadurch, dass oft eine Personalunion besteht zwischen den Mitgliedern des Teams und des Lenkungskreises. Allerdings kann der Lenkungskreis nicht als Weiterentwicklung des Integrationsteams verstanden werden: Er ist ein neues eigenständiges Gremium, in dem – im Unterschied zum Integrationsteam – die Personalabteilung stark vertreten ist.

Das Integrationsteam als solches tagt nur noch selten. Sein Aufgabenbereich bezüglich der Eingliederung von Behinderten wird weitgehend vom BEM-Lenkungskreis übernommen, da sich das BEM sowohl auf behinderte als auch auf nichtbehinderte Beschäftigte bezieht.

Ziele und Erfolgskriterien des BEM

Die Ziele, die die Stadtwerke mit dem BEM verbinden, sind in der Betriebsvereinbarung zum BEM festgeschrieben. Die Geschäftsführung, der Konzernbetriebsrat und die Schwerbehindertenvertretung definieren ein gemeinsames oberstes Ziel: die Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten und zu fördern. Um den Weg dorthin zu konkretisieren, werden sechs Zielbereiche unterschieden:

- das gesundheitsbewusste Verhalten der Beschäftigten stärken
- Fehlbeanspruchung, Leistungsveränderungen, gesundheitliche Beeinträchtigungen und arbeitsbedingte Erkrankungen seitens der Mitarbeiter erkennen
- Gesundheitsförderung als Verhaltens- und Verhältnisprävention
- Felder der Rehabilitation: Arbeitsfähigkeit wiederherstellen, arbeitsrelevante Fähigkeiten fördern, nach geeigneten Arbeitsmöglichkeiten suchen
- optimaler Einsatz der Beschäftigten nach ihrem Leistungsvermögen und ihren Fertigkeiten entsprechend den Arbeitsanforderungen
- keine Benachteiligung von Betroffenen aufgrund ihrer Erkrankung oder Behinderung.

Laut Betriebsvereinbarung prüft die Geschäftsführung gemeinsam mit dem Disability Manager als Vorsitzendem des zentralen BEM-Lenkungskreises sowie mit dem Betriebsrat und der Schwerbehindertenvertretung einmal pro Jahr, ob und in welchem Umfang die vereinbarten Ziele erreicht worden sind. Über die Ergebnisse werden die Beschäftigten regelmäßig informiert.

Betriebsvereinbarung zum BEM

2007 unterzeichneten die Geschäftsführung der Konzernleitung, der Konzernbetriebsrat sowie die Gesamtvertrauensperson für behinderte Menschen die bis heute gültige Konzernbetriebsvereinbarung zum BEM. Sie erstreckt sich auf den gesamten Konzern der SWM. Die Unterzeichnenden sind sich in der Präambel einig, dass das BEM perspektivisch in ein Gesamtkonzept für den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz eingebunden wird.

Die Konzernbetriebsvereinbarung ist in 16 Paragraphen gegliedert. Sie regeln den Geltungsbereich, die Zielbereiche, die Aufgaben und die Besetzung des zentralen Lenkungskreises, Verfahren zur Erfassung und

Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsdaten, die Verfahrensschritte von der Einleitung bis zur Beendigung des BEM, den Ablauf der Beratungsgespräche und die Einleitung von dezentralen Gesprächen am runden Tisch. Die BV enthält ferner Beispiele für Maßnahmen, die im Rahmen des BEM angewendet werden, sowie Vorgaben zur Durchführung. Weitere Regelungsbereiche befassen sich mit den Kosten des Verfahrens, mit der Erhebung und Verwendung von Daten, der Qualifizierung von Vorgesetzten und Betriebsräten für das BEM, mit der Evaluation der Zielerreichung und der betriebsinternen Öffentlichkeitsarbeit für das BEM. Ferner wurden Schlussbestimmungen zur Kündigung der BV und im Falle von Streitigkeiten zwischen den Parteien vereinbart. Einzelne Paragraphen werden derzeit überarbeitet. Um hierbei auch die Sichtweise der Beschäftigten zu berücksichtigen, wurden ehemalige BEM-Teilnehmende zu ihren Erfahrungen befragt. Ein Beschluss über die Neufassung steht voraussichtlich 2011 an.

Mitglieder des BEM-Teams und ihre Aufgaben

Das zentrale Gremium für das konzernweite BEM ist der Lenkungskreis, der sich aus zehn Mitgliedern zusammensetzt. Der Vorsitz und die zentrale Steuerung obliegen dem Disability Manager, der von der Geschäftsführung benannt wird. Die Funktion kommt bislang dem Leiter oder der Leiterin der Personalabteilung zu. Der überarbeitete Entwurf der Betriebsvereinbarung sieht vor, dass für die Benennung als Disability Manager künftig eine erfolgreich abgelegte Prüfung zum Disability Manager erforderlich sein soll. Somit ist die Funktion nicht mehr an die Personalleitung gebunden. Des Weiteren sind im Lenkungskreis präsent: drei Personalreferenten, die künftig als Talentmanager bezeichnet werden, sowie je ein Vertreter des werksärztlichen Dienstes und der Sozialberatung, ein Schwerbehindertenvertreter und zwei Mitglieder des Konzernbetriebsrats. Bei Bedarf können weitere interne und externe Fachkräfte hinzugezogen werden, z. B. eine Fachkraft für Arbeitssicherheit, Vorgesetzte, Kostenträger der Rehabilitation.

Der Lenkungskreis vertritt das BEM in den SWM. Er entwickelt den Maßnahmenkatalog weiter und überwacht die Einhaltung der vereinbarten BEM-Verfahren. Darüber hinaus konzipiert er Weiterbildungsprogramme für Vorgesetzte, damit diese ihre Aufgaben im Rahmen des BEM kompetent wahrnehmen können. Zudem bereitet er Entscheidun-

gen für die Geschäftsführung der SWM vor, wenn es gilt, Rahmenbedingungen festzusetzen oder wenn in Einzelfällen die Geschäftsführung eingebunden werden muss. Auf Wunsch erhält die Geschäftsführung einen Bericht über die Arbeit des Lenkungskreises. Ebenso kann dieser ggf. die Betriebsratsgremien und das Integrationsteam für Schwerbehinderte über seine Arbeit informieren. In der Regel geschieht dies durch den Disability Manager in seiner Funktion als Vorsitzender. Er kann jedoch von einem anderen Mitglied des Lenkungskreises vertreten werden.

Der Lenkungskreis trifft sich etwa alle zwei Monate. Gemäß Betriebsvereinbarung sind mindestens vier Sitzungen pro Jahr vorgesehen. In den Sitzungen werden allgemeine Ziele und Aufgaben erörtert bzw. überprüft. Die letztendliche Entscheidung über das weitere Vorgehen trifft der Vorsitzende. In die Arbeit des Lenkungskreises fließen die Arbeitsunfähigkeitsstatistiken mit abteilungsbezogenen Kennziffern ein. So können Konzepte für präventiv wirksame Maßnahmen am Arbeitsplatz bzw. für einzelne Abteilungen oder Personengruppen entwickelt werden.

Die SWM überträgt den Führungskräften eine besondere Verantwortung für die Gesunderhaltung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Qualität der Arbeit. Daher werden sie frühzeitig in die Umsetzung des BEM integriert. Der Lenkungskreis hat das Recht, den zuständigen Führungskräften Maßnahmen für ein BEM vorzuschlagen. Lehnt die Führungskraft die Vorschläge ab, entscheiden der Geschäftsführer Personal und Soziales, der Vorsitzende des Lenkungskreises und der Vorgesetzte der Führungskraft gemeinsam über das weitere Vorgehen.

Innerbetriebliche Prozesse des BEM

Handlungsschritt 1: Orientierung

Die Präambel der Konzernbetriebsvereinbarung enthält allgemeine Hinweise über das BEM bei den SWM. Angelehnt an gesetzlichen Vorgaben soll das BEM den Beschäftigten helfen, a) ihre Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, b) erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen, c) ihre Arbeitsfähigkeit und Gesundheit zu erhalten und zu fördern sowie d) Behinderungen und Chronifizierung zu vermeiden. Das BEM wird als Teil der betrieblichen Gesundheitspolitik verstanden, die über den Unternehmensbereich Personal und Soziales zentral gesteuert wird.

Handlungsschritt 2: Prävention – Gefährdungsbeurteilung

Die Gefährdungsbeurteilung ist primär Aufgabe der Abteilung für Arbeitssicherheit. Arbeitsplatzbegehungen werden meist von der Fachkraft für Arbeitssicherheit durchgeführt. Im Fokus stehen zunächst die körperlichen Belastungsrisiken. Darüber hinaus werden die psychischen Gefährdungen beurteilt, wenn Beschäftigte einen neuen Arbeitsplatz einnehmen oder Probleme aufgetreten sind. Die Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung und Arbeitsplatzanalysen fließen in das betriebliche Gesundheitsmanagement ein. Anhand dessen werden bereichsbezogene oder unternehmensweite Maßnahmen entwickelt, die die Gesundheit der Mitarbeiter erhalten und stärken.

Die Werksordnungen der Energieerzeugungsbetriebe beinhalten darüber hinaus detaillierte Regelungen zum Umgang mit Gefährdungen und zur Gefährdungsbeurteilung. Beispielsweise müssen auch Beinahe-Unfälle und besondere Schwierigkeiten bei der Auftragsdurchführung den SWM gemeldet werden. In welchem Umfang sich der Betriebsrat für die Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen einsetzt, um psychische und körperliche Belastungsrisiken erkennen zu können, variiert stark zwischen den Betrieben. Doch grundsätzlich müssen die Umwelt-, Arbeitssicherheits- und Unfallverhütungsvorschriften sowie die allgemein anerkannten arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Regeln von allen Beschäftigten in den Betrieben beachtet werden.

Handlungsschritt 3: Prävention – Unterweisung im Dialog

Es ist Aufgabe des Arbeitgebers, die Belegschaft bezüglich besonderer Gefährdungen und Sicherheitsvorkehrungen am Arbeitsplatz gemäß dem Arbeitsschutzgesetz zu unterweisen. Bei den SWM sind die Vorgesetzten mit der Durchführung und Dokumentation betraut. Sie sind zudem im Bereich Nahverkehr und in den Werken der Energieerzeugung für die Unterweisung verantwortlich. Laut Werksordnungen müssen die Unterweisungsnachweise im Arbeitsbereich aufbewahrt werden, damit sie für die Beschäftigten verfügbar sind. Gegebenfalls werden Kopien angefertigt, da die Nachweise bedarfsweise auch den Verantwortlichen der zentralen Unternehmensbereiche der SWM vorgelegt werden müssen.

Im weiteren Sinne stellen auch Gesundheitstage, an denen gesundheitsförderliche Verhaltensweisen vermittelt werden, einen Beitrag zur Un-

terweisung dar. Die SWM bieten beispielsweise im Rahmen ihres Gesundheitsmanagements für die Beschäftigten im Fahrdienst 20 Gesundheitstage pro Jahr an. Das Programm setzt sich aus drei Bestandteilen zusammen: Im Praxisteil trainieren die Beschäftigten ihre Ausdauer, Muskulatur und Beweglichkeit und lernen Entspannungstechniken kennen. Im Theorieteil werden Grundlagen über den Aufbau der Wirbelsäule vermittelt, über Möglichkeiten der Stressbewältigung sowie über Ernährung und Schichtarbeit. Gruppengespräche und Gesundheitszirkel fördern den Austausch unter den Teilnehmenden über die Erfahrungen mit dem Gesundheitsprogramm. Sie tragen damit dazu bei, dass das Erlernte nachhaltig im Arbeitsalltag umgesetzt wird.

Handlungsschritt 4: Feststellung der Arbeitsunfähigkeitszeiten

In der Personalabteilung werden die Krankenstandsmeldungen bezüglich der Krankheitsdauer ausgewertet. Die Personalreferenten erhalten hierzu Zugriff auf das Berichtssystem für ihren Zuständigkeitsbereich. Künftig, so wird diskutiert, soll auch der Disability Manager Zugriff auf diese Daten erhalten. Bei Bedarf erhält der Lenkungskreis eine Gesamtübersicht über die Arbeitsunfähigkeitsstatistik der SWM mit den dazugehörigen abteilungsbezogenen Kennziffern.

Die Statistiken spiegeln das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zeitlich verzögert wider. Deshalb sind unabhängig davon gemäß der Konzernbetriebsvereinbarung zum BEM »alle Mitarbeiter mit Vorgesetztenfunktion verpflichtet, Maßnahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements einzuleiten, sofern sich aus eigenen Beobachtungen, durch Gespräche oder auf sonstige Weise Hinweise darauf ergeben, dass dies bei einem einzelnen Arbeitnehmer angezeigt sein könnte.«

Handlungsschritt 5: Kontaktaufnahme zu den Betroffenen

Die Kontaktaufnahme zu den BEM-Berechtigten erfolgt in drei Schritten. Eine zentrale Funktion kommt hierbei der Führungskraft zu. Im Normalfall informiert sie den Mitarbeiter frühzeitig im Rahmen der Krankmeldung mündlich über die Möglichkeiten des BEM und benennt verschiedene Ansprechpartner. Findet kein persönliches Gespräch statt, informiert die bzw. der Zuständige den Mitarbeiter nach drei Wochen schriftlich über das BEM und bietet ein persönliches Informations- und Beratungsgespräch an.

Findet wiederholt kein persönliches Gespräch mit der Führungskraft statt, schreibt der zuständige Personalreferent den BEM-Berechtigten nach der Sechswochenfrist an. Die Führungskraft stimmt sich hierüber mit dem Personalreferenten ab. Das Anschreiben enthält erneut ein Beratungsangebot mit konkretem Terminvorschlag. Dieser Termin wird dem Betriebsrat und ggf. der Schwerbehindertenvertretung mitgeteilt, um ihnen die Teilnahme daran zu ermöglichen. Die Einladung zum Beratungstermin entfällt, wenn die BEM-Akteure zu der Einschätzung gelangen, dass dies nicht erforderlich oder aufgrund der Schwere der Erkrankung gegenwärtig noch nicht zumutbar sei.

Die Teilnahme am Gespräch ist freiwillig. Sofern keine Beratung erfolgt oder das Gespräch die Notwendigkeit einer medizinischen Beratung erkennen lässt, unterbreitet der werksärztliche Dienst nach weiteren zwei Wochen ebenfalls ein Beratungsangebot. Dieses unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.

Erfolgen die Krankheitszeiten mit Unterbrechung, informiert die Personalabteilung den direkten Vorgesetzten. Dieser kontaktiert seinen Mitarbeiter und bietet ein BEM an. Im Vorfeld überlegen der Personalreferent und die Führungskraft, welche Maßnahmen vorgeschlagen und ggf. eingeleitet werden.

Handlungsschritt 6: Erstgespräch

Die Betriebsvereinbarung zum BEM sieht vor, dass das Erstgespräch zwischen der Führungskraft und dem BEM-Berechtigten stattfinden sollte. Es ist möglich, dass der Betriebsrat oder ggf. die Schwerbehindertenvertretung daran teilnehmen. Eine Teilnahme der Personalabteilung ist nicht vorgesehen. In Ausnahmefällen wird das Erstgespräch mit dem Betriebsarzt geführt.

Besprochen wird, wie die Arbeitsunfähigkeit überwunden werden kann und welche Leistungen oder Hilfen erforderlich sind, um erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen oder die Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Des Weiteren klären die Beteiligten, ob a) zu künftigen Gesprächen ein Betriebsarzt oder Sozialberater hinzugezogen werden sollte und b) welche Leistungen von externen Kostenträgern der Rehabilitation und/oder von Integrationsämtern in Betracht kommen.

Mitunter gelingt es trotz Gesprächen oder eingeleiteten Maßnahmen nicht, Beschäftigte nachhaltig wieder einzugliedern. In diesen Fällen

können mit Zustimmung der Betroffenen Gespräche am runden Tisch einberufen werden. Daran nehmen die Führungskraft, ein Personalreferent sowie – falls der Beschäftigte nicht widerspricht – ein Mitglied der betrieblichen Interessenvertretung teil. Je nach Fragestellung kann der Teilnehmerkreis um interne und ggf. externe Experten wie Fall-Manager des Berufsförderungswerks München erweitert werden. Die Ergebnisse der Gespräche werden protokolliert und den Gesprächsteilnehmenden zugesandt. Der Vorsitzende des Lenkungskreises erhält das Protokoll in Kopie.

Das gemeinsame Ziel der Beratungsgespräche und der Gespräche am runden Tisch ist es, einen individuellen Maßnahmenplan für ein erfolgreiches BEM festzulegen.

Handlungsschritt 7: Arbeitsplatzanalyse

In die Arbeitsplatzanalyse werden Dokumentationen der Gefährdungsbeurteilung eingebunden, sofern diese vorhanden sind. Diese Einschränkung besteht, da über die Dokumentation keine einheitlichen konzernweiten Anforderungen vorliegen. Zusätzlich können im Rahmen der Maßnahmenplanung für das BEM anlassbezogene Arbeitsplatzbegehungen stattfinden. Über den Bedarf stimmt sich die Führungskraft mit dem Personalreferenten, dem Betriebsrat, der Fachkraft für Arbeitssicherheit und dem Betriebsarzt ab. Die beiden Letztgenannten führen in der Regel die Arbeitsplatzbegehung durch.

Handlungsschritt 8: Anforderungen an die Beschäftigten und deren Fähigkeiten

Ein umfassendes Beschäftigtenprofil wird nicht erstellt. Jedoch werden im Rahmen der werksärztlichen Untersuchungen die krankheitsbedingten Leistungseinschränkungen mit Blick auf die bislang ausgeübte Tätigkeit ermittelt. Diese Fähigkeiten werden mit den Anforderungen des Arbeitsplatzes abgeglichen, die sich aus der Arbeitsplatzanalyse ergeben. Wenn der Arbeitsplatz nicht angepasst oder eine Fehlbelastung durch ergonomische Hilfen o. Ä. nicht vermieden werden kann, wird eine Umsetzung erwogen.

Handlungsschritt 9: Maßnahmen am Arbeitsplatz

Die Betriebsvereinbarung listet mögliche Maßnahmen zur erfolgreichen Eingliederung exemplarisch auf. Hierzu zählen neben der Arbeitsplatzbegehung und den werksärztlichen Untersuchungen auch die sukzessive Wiedereingliederung, soziale oder psychosoziale Beratungen, Anträge auf Rehabilitation bei externen Kostenträgern sowie Fall-Management und arbeitsbegleitende Hilfen durch das Berufsförderungswerk München.

Folgende konkrete Hilfen wurden beispielsweise realisiert: Für Lagerarbeiter wurden zusätzliche Hebevorrichtungen angeschafft. In den Verkehrsbetrieben wurde die Schichtplanung geändert, damit die Fahrer keine Früh-Nacht-Dienste in Folge leisten. Den Bürokräften wurden größere Monitore für die Bildschirmarbeit zur Verfügung gestellt. Des Weiteren fanden Nachschulungen statt, um die individuellen Kompetenzen zu stärken.

Information und Einbindung der Beschäftigten

Generell verfolgen die SWM das Ziel, alle Beschäftigten frühzeitig über die Möglichkeit eines BEM im Falle von längeren Krankheitszeiten zu informieren. Hierzu wurde der Flyer »Krank – was nun?« erstellt. Er informiert über die Grundlagen des BEM sowie über die spezifischen Angebote der SWM und benennt Ansprechpartner mit ihren konkreten Aufgabenbereichen. Grundlegende Informationen über das BEM sind ferner im Intranet der SWM hinterlegt sowie an allgemeinen Informationstafeln in den Betrieben ausgehängt. Zudem werden die Beschäftigten mindestens einmal pro Jahr von den betrieblichen Ansprechpartnern oder bei Betriebsversammlungen über die Möglichkeit des BEM unterrichtet.

Kooperation mit externen Partnern

Sofern die bzw. der BEM-Berechtigte zustimmt, werden externe Kostenträger oder Leistungserbringer bei den Beratungsgesprächen sowie bei den Gesprächen am runden Tisch beteiligt. Zu den Kooperationspartnern zählen die örtlichen Servicestellen der Rehabilitationsträger, die Integrationsämter und das Berufsförderungswerk München. Hinsichtlich der Antragstellung wird das Integrationsteam aufgrund seiner langjährigen Erfahrungen mit der Eingliederung von Behinderten unterstützend tätig.

Erfolge und Maßnahmen des BEM in Zahlen

Die zentrale Dokumentation des BEM erfolgt durch die jeweils zuständigen Personalreferenten. Von 2007 bis 2008 wurden über 500 Beschäftigte – etwa 7 % der Gesamtbelegschaft – drei Wochen nach Beginn ihrer Erkrankung angeschrieben und zu einem BEM-Beratungsgespräch eingeladen. Davon hat knapp ein Drittel eine BEM-Maßnahme durchlaufen. Betriebsbedingte Kündigungen erfolgten nicht. Die Betroffenen sind weiterhin bei den SWM tätig. Ihre alten Arbeitsplätze blieben im Wesentlichen erhalten, erneute Arbeitsunfähigkeiten konnten vermieden werden.

4.2.3 Stolpersteine und Perspektiven für die weitere Arbeit

Die BEM-Akteure beurteilen die vorliegenden konzernweiten Beschlüsse der SWM im Bereich Personal und Soziales, dem das Gesundheitsmanagement und damit das BEM zugeordnet sind, als positiv und hilfreich – auch hinsichtlich der Weiterentwicklung des BEM. Positiv wird auch die Neufassung der Betriebsvereinbarung eingeschätzt, die sich derzeit in Arbeit befindet. Denn für den Vorsitz des Lenkungskreises wird die Qualifikation des Disability Managers entscheidend, die laut Neufassung nicht mehr an die Position der Personalleitung gebunden ist. Ebenso positiv wird ferner bewertet, dass finanzielle Mittel hinreichend zur Verfügung stehen, um notwendige Hilfsmaßnahmen nicht nur im unmittelbaren Arbeitsumfeld, sondern ggf. auch in den Privatwohnungen unterstützen zu können.

Selbstkritisch beurteilt der Betriebsrat hingegen seine eigene Arbeit. Die unterschiedlichen Interessen, Ansichten und Einstellungen innerhalb des Betriebsrats wirken als Stolpersteine, wenn es gilt, a) eine gemeinsame Strategie für die Umsetzung von BEM-Maßnahmen zu entwickeln oder b) gegenüber der Geschäftsleitung mit abgestimmten Vorschlägen und Konzepten aufzutreten und so Überzeugungskraft zu gewinnen. Der Betriebsrat sowie die anderen Mitglieder des BEM-Teams vertreten die Auffassung, dass vorhandene finanzielle Mittel bevorzugt in die Qualifikation der Beschäftigten investiert werden sollten.

Ein weiterer Stolperstein, der das BEM betrifft, hängt eng zusammen mit der Größe des SWM-Konzerns und seiner Organisationsstruktur.

Einerseits gibt die Konzernbetriebsvereinbarung das BEM und den zentralen Lenkungskreis vor. Andererseits ist die konkrete Umsetzung dezentral bei den Führungskräften in den Abteilungen und Betrieben verankert. Wie dies erfolgt, variiert trotz zentraler Vorgaben je nach Betriebskultur. Beispielsweise werden die BEM-Fälle in den Verkehrsbetrieben vollständig, in anderen Betrieben nur lückenhaft an die Personalabteilung gemeldet.

Viele Führungskräfte betrachten ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als ihre Familie, für die sie verantwortlich sind und die sie schützen wollen. Dies kann dazu führen, dass sie auch die Wiedereingliederung vor Ort lösen wollen und Hilfe »von außen« ablehnen. Der Lenkungskreis steht dann vor der Herausforderung, die Führungskräfte bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben im Rahmen des BEM weiterhin zu stärken. Mit Blick auf die erfolgreiche Umsetzung muss der Lenkungskreis zugleich darauf hinwirken, dass die Unterstützung durch den werksärztlichen Dienst, die Schwerbehindertenvertretung, den Betriebsrat oder externe Kooperationspartner angenommen wird. Er muss zudem gewährleisten, dass – sofern die oder der BEM-Berechtigte den alten Arbeitsplatz nicht mehr einnehmen kann – konzernweit andere Einsatzmöglichkeiten gefunden werden.

4.3 Beispiel für eine gelungene Eingliederung aus Sicht eines Beschäftigten und des BEM-Teams

Ausgangssituation des Beschäftigten

Einer der gut 7000 Beschäftigten der SWM ist Herr Blume¹. Er ist Mitte 50 und seit 30 Jahren bei den SWM tätig. Sein Aufgabenbereich gefällt ihm. Er kennt den Betrieb und seine Kollegen, man kennt ihn. Scheinbar grundlos veränderte sich in den letzten Jahren sein Verhalten. Es war ein schleichender Prozess: Langsam, aber stetig änderten sich seine Trinkgewohnheiten. Während er einst in geselliger Runde gerne ein Glas Bier trank, häuften sich seit geraumer Zeit die Anlässe, aus denen

1 anonymisierter Name

er trank: Konflikte im beruflichen Kontext, Konflikte im Privaten, ein Grund zu feiern, die Gewohnheit abends beim Essen oder beim Fernsehen. Herr Blume ahnte, dass sein Alkoholkonsum das übliche Maß überschritt. Dennoch wollte er sich dies selbst und anderen gegenüber nicht eingestehen. Im Intranet der SWM las er über Unterstützungsmöglichkeiten für Mehrfach- und Langzeiterkrankte im Rahmen eines BEM. Er fühlte er sich davon nicht angesprochen: War er denn krank? Hilfreich war die Information dennoch: Herr Blume erinnerte sich, dass er infolge seiner Suchterkrankung wiederholt auffällig wurde und dass er vor zwölf Wochen das Angebot zu einem BEM erhielt.

Kontakt zum BEM-Team

Das Informations- und Beratungsgespräch zum BEM wurde von seinem Vorgesetzten eingeleitet. Herr Blume nahm das Angebot an, da er merkte, dass ihm seine Trinkgewohnheiten immer häufiger Probleme am Arbeitsplatz bereiteten. Er betrachtete das BEM als Chance, seine Sucht gegenüber seinem Vorgesetzten offen anzusprechen. Zudem vertraute er dem Schutz seiner personenbezogenen Daten angesichts seiner beruflichen Zukunft bei den SWM. Die Möglichkeit, das Gespräch abzulehnen, zog er nicht in Erwägung. Allerdings waren ihm die Unterschiede zwischen dem BEM und dem verpflichtenden Krankenrückkehr- bzw. Fehlzeitengespräch nicht bekannt.

Gespräche und Maßnahmen

Infolge des Gesprächs mit seinem Vorgesetzten wurde der Kontakt zum betrieblichen Sozialdienst angebahnt. Dort erhielt Herr Blume fachlich kompetente Unterstützung im Umgang mit seiner Suchterkrankung. Die Einzelgespräche machten ihm deutlich, dass sein Verhalten, das inzwischen durch den Alkohol geprägt war, seinen Arbeitsplatz gefährden könnte. Ebenso deutlich wurde dargelegt, dass es Ziel des BEM sei, nach Lösungen zu suchen, damit er den Anforderungen an seinem Arbeitsplatz künftig wieder nachkommen kann. Herr Blume vereinbarte mit seinen Gesprächspartnern, eine externe Suchthilfein-

richtung aufzusuchen, um weitere Hilfen wie z. B. therapeutische Möglichkeiten anzusprechen. Auch die Gespräche mit dem Sozialdienst der SWM führt er fort. Es ist ihm ein Anliegen, das Netz der betriebsinternen und externen Suchthelfer auszubauen. Technische oder ergonomische Maßnahmen am Arbeitsplatz sind aufgrund seiner Suchterkrankung nicht erforderlich.

Einschätzung aus Sicht des Beschäftigten

Herr Blume ist mit dem bisherigen Verlauf seines BEM sehr zufrieden. Seine Sucht wurde von Anfang an als Krankheit anerkannt. Er wurde deswegen nicht ausgegrenzt, sondern erhielt konkrete Unterstützung. Als äußerst positiv empfindet er, dass sich sein Vorgesetzter um ihn kümmert. Intensiv unterstützt wurde er ebenfalls vom Sozialdienst der SWM sowie von seinen externen Suchthelfern. Des Weiteren suchte er das Gespräch mit dem Betriebsrat und erlebte auch dieses als hilfreich.

Seine Vorstellungen über die Umsetzung des BEM konnte Herr Blume bei seinen Gesprächspartnern einbringen. Die Vorgehensweise der BEM-Akteure stuft er als eher strukturiert und zielorientiert ein. Relevante Themen wurden offen kommuniziert, kaum etwas blieb ungefragt oder ungesagt. Der Ablauf des BEM war transparent gestaltet. Herr Blume fühlte sich ausreichend informiert und bezüglich der Einhaltung der Datenschutzbestimmungen hatte er keine Bedenken.

Seinen alten Arbeitsplatz konnte Herr Blume behalten. Weder sein Aufgabenbereich noch die Arbeitsabläufe änderten sich infolge seiner Krankheit. Als positiv erlebt er, dass sich das Arbeitsklima verbessert hat. Er ist zuversichtlich, auch noch im nächsten Jahr für die SWM tätig zu sein. Er sieht sich als Beispiel für ein gelungenes BEM und möchte seine Erfahrungen gern Kollegen mit ähnlichen Problemen vermitteln.

Einschätzung aus Sicht des BEM-Teams

Die BEM-Akteure sind mit den bisherigen Ergebnissen des BEM zufrieden. Die Betroffenen sind weiterhin bei den SWM tätig. Dank der unterstützenden Maßnahmen konnten die meisten von ihnen ihren alten Ar-

beitsplatz wieder einnehmen. Eine erneute Arbeitsunfähigkeit infolge der Erkrankung, die für das BEM ursächlich war, konnte in der Regel vermieden werden. Von der Neufassung der Betriebsvereinbarung versprechen sich die BEM-Akteure, dass der neu zusammengesetzte Lenkungs-kreis zu noch besseren Arbeitsergebnissen kommen wird.

4.4 Der Stellenwert von Arbeitsfähigkeit im Betrieb

Die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten hat bei den SWM hohen Stellenwert. Dies wird durch die gute Mitarbeiterbeteiligung bei Gesundheitszirkeln und Gesundheitspatenschaften deutlich. Das betriebliche Gesundheitsmanagement ist zentral im Geschäftsbereich Personal und Soziales verankert und wird in den Abteilungen und Betrieben vor Ort realisiert. Im Unterschied zum BEM existiert für das BGM jedoch keine Betriebsvereinbarung.

Ein gutes Beispiel für das BGM sind die Werkstätten der SWM, die sich unterhalb des Münchener Hauptbahnhofs befinden. Der Krankenstand dort liegt unter 4 %, obwohl die Beschäftigten schwere körperliche Arbeit leisten und ihnen Tageslicht fehlt. Die befragten BEM-Akteure führen dies sowohl auf ein gutes Führungsverhalten des Vorgesetzten als auch auf konkrete Investitionen für die individuelle Gesundheit zurück. Beispielsweise werden Raucherentwöhnungskurse angeboten sowie frisches Obst als Alternative zum Rauchen. Für Raucher ist das Rauchen ausschließlich im ausgewiesenen Raucherbereich erlaubt.

Das Führungsverhalten der Vorgesetzten ist der wichtigste Einflussfaktor, der sich negativ oder positiv auf die Gesundheit der Beschäftigten auswirkt. Dies wird von den SWM aufgegriffen und umgesetzt. Die Führungskräfte spielen innerhalb des BEM eine zentrale Rolle. Wichtig ist dabei, dass der Datenschutz konkret geregelt und mit den BEM-Berechtigten klar abgesprochen, eingehalten und dokumentiert wird. Dabei darf kein Druck ausgeübt werden. Sensible gesundheitsrelevante Informationen dürfen – sofern sinnvoll – nur auf freiwilliger Basis preisgegeben werden.

Ein weiteres Beispiel für individuelle Gesundheitsförderung stellen mo-

bile Massagedienste dar: Sie werden Beschäftigten in der Verwaltung, in den Fahrdiensten und in anderen Betrieben angeboten. Die Massagen sollen die weitverbreiteten Rückenbeschwerden lindern – etwa jeder vierte Krankheitstag wird hierdurch verursacht. Insbesondere muss jedoch nach den Ursachen der Rückenbeschwerden gesucht werden, um sie zu beheben. Laut Forschungsergebnissen sind Rückenschmerzen nicht nur auf ergonomische Fehlhaltungen, sondern ebenso auf psychische Belastungen und Stress zurückzuführen. Im Verwaltungsbereich der SWM liegt der Krankenstand bei 7 bis 8 %, im Fahrdienst bei über 10 %. Investitionen in den Arbeitsschutz und die Gesundheitsförderung der Beschäftigten können dazu beitragen, den überdurchschnittlich hohen Krankenstand zu senken.

Das BEM als Teilbereich des Gesundheitsmanagements hat die Arbeitsfähigkeit von Erkrankten insgesamt im Blick. Es will eine Beschäftigungsperspektive im Betrieb eröffnen, auch wenn der körperliche oder psychische Zustand der Betroffenen aufgrund chronischer Krankheit oder Behinderung eingeschränkt ist. Aufgrund der komplexen Konzernstrukturen mit zentralem Management und dezentraler Umsetzungsverantwortung ist dies für die BEM-Akteure eine besondere Herausforderung. Man diskutiert konkret darüber, örtliche Betriebsvereinbarungen zu verabschieden. Es wird jedoch befürchtet, dass dies die konzernweite Suche nach geeigneten Arbeitsmöglichkeiten für BEM-Berechtigte einschränken könnte. Denn die Betriebe haben primär ihre örtlichen Bedingungen und Interessen im Blick.

Unterstützungsangebote sollten nicht auf den Konzern begrenzt bleiben. Am Beispiel der zunehmenden Häufigkeit von Suchterkrankungen wird deutlich, dass das Netz von inner- und außerbetrieblichen Suchthelfern weiter ausgebaut werden sollte, um wirksame Eingliederungsmöglichkeiten auszuschöpfen. Die SWM setzen hierbei zunehmend auf Fachkompetenz und werden künftig einen qualifizierten und »neutralen« Disability Manager einsetzen. Er oder sie soll die zentrale Steuerung des BEM von der Personalabteilung übernehmen.

5. Unternehmen IV: Tectrion GmbH

5.1 Daten und Strukturen des Unternehmens

Allgemeines

Die Tectrion GmbH bietet technische Dienstleistungen für die chemische und pharmazeutische Industrie an. Ihr Leistungsspektrum beinhaltet Installations-, Wartungs- und Instandsetzungsarbeiten sowie einen herstellerunabhängigen Service zur Beseitigung von Anlagen- und Betriebsstörungen. Des Weiteren fertigt Tectrion in eigenen Fachwerkstätten mechanische, elektrische und elektronische Analgenkomponenten an oder setzt diese instand. Ihr Markenzeichen ist laut eigenen Angaben ein kundennaher und anwendungsorientierter Service mit kurzen Reaktionszeiten. Tectrion ist primär in Nordrhein-Westfalen tätig. An den drei Unternehmensstandorten in Leverkusen, Dormagen und Krefeld erwirtschaften die knapp 1150 Beschäftigten von Tectrion einen Umsatz von rund 150 Millionen Euro pro Jahr.

Das Unternehmen wird seit April 2008 als eigenständige Tochtergesellschaft der Currenta GmbH & Co. OHG geführt, ehemals Bayer Industrial Services. Trotz der recht jungen Unternehmensgründung blickt Tectrion daher auf eine lange Firmengeschichte zurück, die ihre historischen Wurzeln in der Bayer AG hat.

Grundsätze und Unternehmensziele

Als technischer Dienstleister setzt Tectrion auf gesetzmäßiges und verantwortungsvolles Handeln im Unternehmen. Die Eckpunkte hierfür sind in einer Leitlinie für Responsible Care festgeschrieben. Als gleichrangige Unternehmensziele gelten: eine hohe Qualität der Produkte, Wirtschaftlichkeit bei der Leistungserbringung, Umweltschutz, Ge-

sundheitsschutz und Arbeitssicherheit. Die Umsetzung der Ziele basiert auf einem komplexen Health-, Safety-, Environment- und Quality-Managementsystem (HSEQ).

Die Ziele der HSEQ-Politik werden kontinuierlich geprüft und weiterentwickelt. Ein Managementbeauftragter übernimmt dabei die zentrale Koordination in Kooperation mit den Unternehmensverantwortlichen von Tectrion. Ob die HSEQ-Politik im Unternehmen erfolgreich umgesetzt werden kann, hängt nicht zuletzt von der Motivation der Belegschaft ab, sich für die Unternehmensziele einzusetzen. Als wesentliche Voraussetzung hierfür gilt, dass die Beschäftigten die aktuelle und zukünftige Ausrichtung des Unternehmens kennen. Daher werden sie jedes Jahr von der Geschäftsleitung über neue Ziele, Regelungen und Projekte informiert. Eine besondere Verantwortung dafür, dass die Managementregelungen umgesetzt, aktualisiert und gegenüber der Belegschaft bekannt gemacht werden, tragen die jeweiligen Vorgesetzten.

Das HSEQ-Managementsystem gilt bei Tectrion als Grundlage, um die eigenen Unternehmensleistungen kontinuierlich zu verbessern und das Vertrauen von Kunden und Öffentlichkeit in die Kompetenz und Verantwortung des Unternehmens und seiner Beschäftigten weiter auszubauen. Dies ist insbesondere mit Blick auf die Neukundenakquise relevant, da Tectrion seine Dienstleistungen nicht auf die Werke, Service- und Beteiligungsgesellschaften der Bayer AG beschränkt, sondern auch anderen Kunden aus der chemischen Industrie anbietet.

Entwicklung der Beschäftigtenstruktur

In den 1990er Jahren arbeiteten noch rund 2500 Beschäftigte als technische Dienstleister für das Bayer Werk. Heute sind bei Tectrion 1105 Männer und 26 Frauen tätig. Die Beschäftigten blicken auf eine lange Betriebszugehörigkeit zurück, im Durchschnitt knapp 30 Jahre. Das Durchschnittsalter liegt bei 47 Jahren, der Krankenstand bei 8%.

Sofern Personalabbau stattfindet, wird er weitgehend sozialverträglich gestaltet. Für die älteren Beschäftigten werden zudem Möglichkeiten des flexiblen Ausstiegs in den Ruhestand anvisiert. Entsprechende Regelungen wurden in einem Tarifvertrag für die chemische Industrie über Lebensarbeitszeit und Demografie vereinbart. Neue Mitarbeiterinnen

und Mitarbeiter werden primär über die Ausbildungsstätten der Muttergesellschaft rekrutiert. Tectrion erteilt hierzu der Currenta einen Auftrag über die gewünschte Anzahl und die benötigten Qualifizierungen der Kandidaten. Sie trägt die Ausbildungskosten und ermöglicht die praktische Ausbildung im Betrieb. Pro Jahr bietet Tectrion 30 Ausbildungsplätze. Den Auszubildenden wird nach Abschluss ihrer Ausbildung ein befristeter Arbeitsvertrag angeboten. Etwa ein Drittel wird in eine Festanstellung übernommen. Die Suche nach Beschäftigten für spezialisierte Aufgaben erfolgt meist über interne und externe Ausschreibungen. Des Weiteren sind Leiharbeitskräfte bei Tectrion tätig.

Betriebliche Interessenvertretungen

Die betriebliche Interessenvertretung bei Tectrion wird in enger Zusammenarbeit mit Currenta ausgeübt. Am Standort Leverkusen engagieren sich 23 Betriebsräte und an den Standorten in Dormagen und Krefeld je 15 Betriebsräte. Ebenso werden die Schwerbehindertenvertretung und die Jugend- und Auszubildendenvertretung zusammen mit der Currenta wahrgenommen. Hierfür stehen je eine feste Vertretung sowie weitere benannte Vertreter zur Verfügung.

Der Betriebsrat hat standortübergreifende Ausschüsse gebildet, um betriebsrelevante Themen mit Blick auf die Folgen für die Beschäftigten zu diskutieren und Lösungsvorschläge zu erarbeiten. Sie werden in die Gespräche mit der Geschäftsführung eingebracht. Zu den betriebsratsinternen Ausschüssen zählt u. a. der Ausschuss für Arbeitssicherheit, Gesundheit und Arbeit.

Gesundheitsrelevante Maßnahmen und Strukturen

Das zentrale Gremium für gesundheitliche Belange ist der Ausschuss für Arbeitsschutz nach Maßgabe des ASiG. Bei Tectrion ist der Ausschuss mit einem Mitglied der Geschäftsführung, dem HSEQ-Managementbeauftragten, einem Betriebsarzt, einem Betriebsrat je nach Standort, einem Vertreter der Arbeitssicherheit, dem Schwerbehindertenvertreter und zwei Sicherheitsbeauftragten besetzt. Je nach Thema werden weitere

Teilnehmende hinzugebeten. Zentrale Themen sind die Gefährdungen sowie die kontinuierliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen an den Arbeitsplätzen.

Wichtigen Input für die Ausgestaltung des BGM gibt die Muttergesellschaft Currenta. Dort ist die Abteilung für Gesundheitsschutz angesiedelt, die mit ihrem Ärzteteam an den drei Standorten auch für Tectrion tätig wird.

Currenta spielt auch eine führende Rolle, wenn es darum geht, gesundheitsbezogene Projekte zu initiieren und umzusetzen. Die Erfahrungen kommen Tectrion als Tochterunternehmen zugute. Projekte der Vergangenheit befassten sich z. B. mit den Anforderungen an die Arbeitsplatzgestaltung und Arbeitsorganisation bei einer älter werdenden Belegschaft. Gegenwärtig erproben Currenta und Tectrion in dem Pilotprojekt »Plan Gesundheit« betriebliche Präventionsmaßnahmen, die eine nachhaltige und messbare Wirkung im Hinblick auf das Gesundheitsverhalten erzielen sollen.

Ausgangspunkt für das Projekt »Plan Gesundheit« war die Einsicht, dass bei Currenta wie bei Tectrion aufgrund der Altersstruktur und des Krankenstands Bedarf an wirksamer und nachhaltiger Präventionsarbeit für die Beschäftigten besteht. Sie sollte daher in die betrieblichen Rahmenbedingungen eingebunden und von den Führungskräften aktiv unterstützt werden. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, sieht das Projekt einen Ablaufplan in fünf Phasen vor: In Phase 1 gilt es, den individuellen Gesundheitszustand sowie die verhaltensbedingten als auch die betrieblichen Gesundheitsrisiken der Teilnehmenden zu erfassen. In Phase 2 folgt ein dreitägiges wohnortnahes Einstiegsprogramm für ein physiotherapeutisches Training in Rehabilitationseinrichtungen. Es vermittelt den Teilnehmenden Basiswissen über die Möglichkeiten der Gesunderhaltung. Anschließend folgt eine Trainingsphase von 16 Wochen, in der die Teilnehmenden zweimal pro Woche trainieren. Phase 4 dauert 18 Monate. Hier gilt es, Erlerntes in die Alltagspraxis zu übertragen, d. h. sowohl in die Arbeitswelt als auch in die Freizeitgestaltung zu integrieren. Dieser Prozess wird von einer Präventionsmanagerin begleitet und mündet in einen Erfahrungsaustausch mit Arbeitskolleginnen und -kollegen. Ziel ist es, die Teilnehmenden zu Gesundheitsexperten in eigener Sache zu entwickeln und nachhaltig zu motivieren, Erlerntes fortzuführen. Finanziert wird das Projekt zu gleichen Teilen

von Currenta bzw. Tectrion, der Deutschen Rentenversicherung Rheinland und der Betriebskrankenkasse pronova. Von der Hochschule Niederrhein wird es wissenschaftlich begleitet.

Bereits etabliert haben sich Angebote zur individuellen Gesundheitsförderung wie Rückentraining und Lauftreffs, die ebenfalls über Tectrion bereitgestellt werden. Darüber hinaus werden Meister bzw. Meisterinnen und Vorgesetzte in Abständen über gesundheitsrelevante Aspekte im Hinblick auf Mitarbeiterführung geschult. Ferner können die Beschäftigten von Tectrion das Sportangebot der Vereine nutzen, die über die Bayer AG etabliert sind.

5.2 Meilensteine des Betrieblichen Eingliederungsmanagements

5.2.1 Wiedereingliederung von Beschäftigten vor 2004

Bereits vor Einführung des § 84 (2) SGB IX setzte sich Tectrion, damals noch als Dienstleister der Bayer Industry Services, für die Wiedereingliederung von Arbeitskräften nach einer längeren krankheitsbedingten Fehlzeit ein. Sie nutzte die Möglichkeiten der betrieblichen Rehabilitation wie z. B. das Hamburger Modell zur allmählichen Wiedereingliederung. Ob und welche Unterstützung die Beschäftigten bei ihrer Rückkehr erhielten, hing jedoch stark von den individuellen Umständen ab. Das Angebot wurde nicht systematisch unterbreitet. Dies änderte sich durch die gesetzliche Vorgabe eines BEM.

5.2.2 Umsetzung der Anforderungen nach § 84 (2) SGB IX

Die Einführung des BEM startete offiziell am 1.1.2006. Die BEM-Akteure waren sich einig: Etwas musste getan werden, um die krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeitstage zu reduzieren und die Wiedereingliederung in den Betrieb zu erleichtern. Die systematische Analyse des Krankenstands ermöglichte es, den Bedarf an einem BEM im Betrieb zu quantifizieren. Schnell wurde deutlich, dass zahlreiche Beschäftigte z. T.

länger als 100 Tage erkrankt waren und damit teilnahmeberechtigt waren. Aus betrieblicher Sicht stellen hohe Krankenstände ein Risiko für die Wettbewerbsfähigkeit dar. Für die Beschäftigten bergen sie das Risiko, aufgrund von Erwerbsunfähigkeit aus dem Arbeitsprozess und in letzter Konsequenz aus dem Sozialversicherungssystem ausgegliedert zu werden. Die Situation verschärft sich für Arbeitnehmer und Arbeitgeber, wenn die Lebensarbeitszeit verlängert wird und Möglichkeiten der Vorruhestandsregelung abgebaut werden.

Der Aufbau und die Verfahrensabläufe des BEM bei Tectrion orientieren sich an den Strukturen der Muttergesellschaft. Zu Beginn einigten sich die BEM-Akteure darauf, zunächst praktische Erfahrungen mit der Umsetzung des BEM zu sammeln und daraufhin die Verfahren in einer Betriebsvereinbarung niederzuschreiben.

Ziele und Erfolgskriterien

Die Ziele des BEM bei Tectrion entsprechen den gesetzlichen Vorgaben. Übergeordnetes Ziel ist es, die bestehenden Arbeitsverhältnisse dauerhaft zu sichern und betriebliche, wirtschaftliche und persönliche Belastungen infolge von krankheitsbedingten Fehlzeiten zu vermeiden. Es gilt daher, vorhandene Arbeitsunfähigkeit zu überwinden und erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen. Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sollen erhalten bleiben und eine betriebliche Integration ermöglicht werden. Priorität hat hierbei der Erhalt des alten Arbeitsplatzes. Ist dies trotz unterstützender Hilfsmaßnahmen nicht möglich, werden alternative Beschäftigungsmöglichkeiten im Betrieb gesucht. Des Weiteren soll das BEM dazu beitragen, Leistungswandlungen und chronische Erkrankungen zu vermeiden. Es soll die Motivation, Zufriedenheit und Gesundheit der Mitarbeiter fördern. Einen Hinweis darauf, ob das BEM erfolgreich ist, gibt die Gesundheitsquote im Betrieb. Um den Erfolg des BEM zu messen, wird die Teilnahmerate der Berechtigten hinzugezogen.

Regularien und Betriebsvereinbarung

Die Gesamtbetriebsvereinbarung (GBV) für das BEM ist bei Tectrion seit August 2010 in Kraft. Sie wurden von einem Mitglied der Geschäftsführung und dem Betriebsratsvorsitzenden unterzeichnet. Als Vorlage galt die GBV der Currenta, so dass auch in diesem Bereich enge Synergien

mit der Muttergesellschaft bestehen. In der Vereinbarung sind die Ziele, der Geltungsbereich, die Grundsätze und Inhalte des BEM sowie die Beteiligten und der Ablauf des Verfahrens festgelegt. Des Weiteren beinhaltet die GBV Regelungen zur Dokumentation, zum Datenschutz, zur Verankerung des BEM im Betrieb. Sie informiert über die Rechte des Betriebsrats und der Schwerbehindertenvertretung im Rahmen des BEM und enthält eine allgemeine Schlussbestimmung.

In der GBV wurden im Wesentlichen die Verfahren niedergeschrieben, die sich in den letzten Jahren entwickelt und bewährt haben. In den vorausgegangenen Diskussionen wurde insbesondere dem Datenschutz besondere Beachtung geschenkt. Daher ist der Kreis der Dritten, die bei Einwilligung der bzw. des Beschäftigten Kenntnis über gesundheitsbezogene Daten erhalten, stark begrenzt. Sensible Gesundheitsdaten dürfen nur dann an Dritte, d. h. an Mitglieder des BEM-Teams außerhalb des betriebsmedizinischen Dienstes, weitergegeben werden, wenn die oder der Betroffene dem vorher ausdrücklich und schriftlich zugestimmt hat.

Mitglieder des BEM-Teams und ihre Aufgaben

Das BEM-Team setzt sich aus einem Betriebsarzt als Eingliederungsberater, einem Vertreter der Personalabteilung und einem Betriebsratsmitglied zusammen. Sofern die bzw. der Beschäftigte schwerbehindert oder gleichgestellt ist, wird der Schwerbehindertenvertreter hinzugezogen. Wenn es die Sachlage aus Sicht des BEM-Teams erfordert und die bzw. der Betroffene zustimmt, wird das Team bei Bedarf um den verantwortlichen Werkstatt- oder Supportbereichsleiter ergänzt, d. h. um eine Person mit Vorgesetztenfunktion. Auch hierbei werden die Datenschutzbestimmungen beibehalten. Das Team trifft sich in der Regel monatlich, wenn eine genügend große Anzahl an BEM-Fällen vorliegt. Die Termine werden Anfang des Jahres festgelegt.

An den Sitzungen des BEM-Teams können – je nach Anliegen und sofern der Beschäftigte dem ausdrücklich zugestimmt hat – weitere Personen teilnehmen: z. B. Vertreter der Arbeitssicherheit, der Krankenkassen, der Integrationsämter u. a. Grundsätzlich kann auch die bzw. der Betroffene selbst an den Sitzungen teilnehmen. Unabhängig von ihrer Teilnahme erhalten die Beschäftigten das Protokoll der Sitzung mit den sie betreffenden Inhalten.

Innerhalb des Teams kommt dem Betriebsarzt eine zentrale Stellung zu: Er führt als Eingliederungsberater das Erstgespräch mit dem Beschäftigten und begleitet den weiteren Prozess aktiv. Die Personalabteilung ist verantwortlich für die Auswertung der Krankenstandstatistiken und lädt zum Erstgespräch ein. Der Betriebsrat kontrolliert die Prozesse bis zum Abschluss eines erfolgreichen BEM.

Zusätzlich zum BEM-Team wird mindestens einmal pro Jahr eine Gesundheitskommission einberufen. Diese reflektiert und verändert bei Bedarf die Verfahrensabläufe und Zuständigkeiten im BEM-Prozess. Den Vorsitz dieser Kommission hat ein Vertreter der Geschäftsführung. Darüber hinaus sind die Personalabteilung, der Gesamtbetriebsrat und die Schwerbehindertenvertretung in der Kommission vertreten. Ferner besteht die Möglichkeit, einen Vertreter der Krankenkasse hinzuzubitten.

Innerbetriebliche Prozesse des BEM

Handlungsschritt 1: Orientierung

Das BEM als Bestandteil des betrieblichen Gesundheitsmanagements ist eng mit der Abteilung Gesundheitsschutz der Currenta verbunden. Durch die Ausgliederung der Tectrion als eigenständiger GmbH wird betriebswirtschaftlich die Unabhängigkeit von der Muttergesellschaft anvisiert. Im Bereich der gesundheitlichen und sozialen Absicherung von Beschäftigten wirken jedoch die Errungenschaften der Bayer AG und ihrer Teilkonzerne fort. Viele neue gesundheitsbezogene Projekte und Strukturen, die sich bei der Currenta bewährt haben, werden auf die Tectrion übertragen, sofern sie nicht bereits von Beginn an einbezogen waren. Diese Synergieeffekte schlagen sich bei der Umsetzung des BEM und dessen Regularien nieder. Die soziodemografische Entwicklung und die damit verbundenen Herausforderungen sind bei Tectrion und Currenta ähnlich. Aufgrund der Altersstruktur der Beschäftigten zeichnet sich ein hoher Bedarf an Eingliederungsmaßnahmen ab. Problematisch ist hierbei, dass viele ältere Beschäftigte Erfahrungen mit dem verpflichtenden Krankenrückkehrgespräch haben und den Unterschied zum freiwilligen BEM-Angebot häufig nicht kennen.

Die Grundlagen der Personalführung stützen sich auf das Qualitätsmanagement, die Arbeitssicherheit sowie den Umwelt- und Gesundheits-

schutz. Letztere werden über die HSEQ-Politik der Tectrion im Unternehmen umgesetzt. Das BEM als relativ junger Aufgabenbereich wird derzeit nicht explizit in den HSEQ-Konzepten erwähnt, sondern über den Kernbereich Gesundheitsmanagement mitgetragen.

Handlungsschritt 2: Prävention – Gefährdungsbeurteilung

Die Gefährdungsbeurteilung wird bei Tectrion von der Abteilung für Arbeitssicherheit umgesetzt. Die entsprechenden Verfahren haben sich in den letzten Jahrzehnten etabliert. Sie konzentrieren sich auf die Erhebung allgemeiner Risiken am Arbeitsplatz. Wenn in konkreten Fällen die Arbeitssicherheit nicht gewährleistet ist, wird auch der Einzelfall am Arbeitsplatz betrachtet. Tectrion misst psychischen und somatischen Belastungen gleichermaßen Bedeutung bei. Gefährdungen infolge von psychischen Erkrankungen werden jedoch noch nicht systematisch beurteilt, obwohl ein Anstieg von psychisch bedingten Krankenständen beobachtet wird. Folgende Faktoren können sich belastend auswirken: fachliche Unter- oder Überforderungen, Mängel bei der Arbeitsorganisation sowie konfliktträchtige Sozialbeziehungen zu Führungskräften, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bzw. Kolleginnen und Kollegen.

Bei der Gefährdungsbeurteilung werden primär die Risiken betrachtet, die sich infolge von Arbeitsmaterialien, Arbeitsplatzumgebung und Körperhaltung ergeben. Hieraus werden die Anforderungen an Schutzvorkehrungen und Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention abgeleitet.

Handlungsschritt 3: Prävention – Unterweisung im Dialog

Ebenso wie Gefährdungsbeurteilungen am Arbeitsplatz zählen Unterweisungen zu den Routinen von Großunternehmen wie Tectrion. Regelmäßig unterweisen Führungskräfte ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – auch zum Thema BEM. Die Kenntnisnahme wird von den Beschäftigten gegengezeichnet.

Handlungsschritt 4: Feststellung der Arbeitsunfähigkeitszeiten

Es obliegt der Personalabteilung, die Arbeitsunfähigkeitszeiten mittels elektronischer Datenverarbeitung festzustellen. Sobald eine Arbeitskraft länger als sechs Wochen in einem Zeitraum von zwölf Monaten erkrankt

ist, leitet die Personalabteilung diese Information an ein Koordinationsbüro weiter. Letzteres übernimmt die administrativen Aufgaben im Rahmen des BEM.

Handlungsschritt 5: Kontaktaufnahme zu den Beschäftigten

Das zentrale Koordinationsbüro versendet die standardisierten Einladungsschreiben an die BEM-Berechtigten, koordiniert die Termine und dokumentiert die Rückmeldungen. Bleibt eine Rückmeldung aus, erhält die bzw. der Beschäftigte nach weiteren sechs Wochen eine erneute Einladung. Die Personalabteilung bekommt das Einladungsschreiben in Kopie sowie die Information darüber, ob die bzw. der Beschäftigte teilnimmt. Erfolgt trotz Erinnerungsschreiben keine Rückmeldung, gilt das BEM-Verfahren als abgeschlossen. Es kann jedoch auf Wunsch der Beschäftigten erneut aufgenommen werden, sofern an der Ernsthaftigkeit ihres Antrags kein Zweifel seitens der Mitglieder des BEM-Teams besteht.

Das Koordinationsbüro erfasst und pflegt die Daten, die für die Durchführung des BEM erforderlich sind, in einer Datenbank. Diese enthält personenbezogene Angaben wie den Namen des Beschäftigten und seines direkten Vorgesetzten, Adresse, Geburtsdatum, Abteilung, Krankheitszeiten in den letzten drei Jahren sowie Daten, die sich auf das BEM-Verfahren beziehen. Hierzu zählen Daten der Einladungsschreiben, Vermerke über Annahme oder Ablehnung des Beratungsangebots, Termine und Teilnehmende der Beratungsgespräche, Vermerke über die Zustimmung zur Einbindung des BEM-Teams und Angaben zum Bearbeitungsstand des BEM-Verfahrens. Auf die Daten haben nur die Mitglieder des BEM-Koordinationsbüros sowie die Betriebsärzte der Abteilung Gesundheitsschutz der Currenta Zugriff. Die Beschäftigten können die über sie gespeicherten Daten jederzeit einsehen.

Handlungsschritt 6: Erstgespräch

Die Teilnahme am Erstgespräch ist freiwillig. Wenn der Beschäftigte teilnehmen möchte, sucht er zum vereinbarten Termin den betriebsmedizinischen Dienst auf. Das Erstgespräch führen der Betriebsarzt bzw. die Betriebsärztin in ihrer Funktion als Eingliederungsberater mit dem Beschäftigten. Die Ausrichtung des Gesprächs ähnelt daher einem Arztgespräch, wie es dem Beschäftigten aus dem Gesundheitssystem vertraut

ist. Es unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Die sensiblen Gesundheitsdaten werden in einem arbeitsmedizinischen Dokumentations- und Informationssystem gespeichert und dürfen nur mit ausdrücklicher schriftlicher Einwilligung des Beschäftigten an Dritte wie z. B. die Mitglieder des BEM-Teams herausgegeben werden.

Zu Beginn informiert der Betriebsarzt den Beschäftigten ausführlich über Inhalte, Ziele und Ablauf des BEM sowie über Art und Umfang der erhobenen und verwendeten Daten. Stimmt er zu, unterschreibt der Beschäftigte eine Einverständniserklärung. Je nach Krankheitsbild kann es sinnvoll sein, dass der Beschäftigte seinen behandelnden Arzt von der Schweigepflicht entbindet, so dass der Betriebsarzt direkt Kontakt mit seinen ärztlichen Kollegen aufnehmen kann. Grundsätzlich wird bei Tectrion jedoch die Vorgehensweise favorisiert, dass der Beschäftigte die benötigten medizinischen Fachinformationen selbst beim behandelnden Arzt einholt und dem Betriebsarzt zur Verfügung stellt. Somit ist eine Schweigepflichtentbindung entbehrlich.

Der medizinische Teil des Gesprächs ist in drei Handlungsfelder gegliedert. Zunächst stehen Fragen zur Krankheit und Behandlung im Vordergrund, soweit der Beschäftigte hierüber Auskunft ausgeben möchte. Der Betriebsarzt klärt, a) welche kurativ-rehabilitativen Maßnahmen erfolgt sind und b) ob weiterer medizinisch-therapeutischer Handlungsbedarf besteht. Ziel ist es, den Beschäftigten bei seiner Genesung zu unterstützen und den Behandlungsprozess ggf. zu optimieren. Anschließend leitet der Betriebsarzt zu einer sozialmedizinischen Beratung über. Diese beinhaltet z. B. Anträge auf Reha-Maßnahmen oder eine Teilrente, Verfahren bei der Aussteuerung aus dem Krankengeldbezug, Vermittlung zur Schwerbehindertenvertretung. Mit Blick auf die Eingliederung in den Betrieb lauten die Kernfragen hierbei: Was kann der Beschäftigte weiterhin leisten? Wie kann er künftig eingesetzt werden? Welche Hilfen benötigt er? Wen sollte man in den weiteren BEM-Prozess einbeziehen?

Zum Gesprächsende stimmt der Betriebsarzt mit dem Beschäftigten die Ergebnisse des Gesprächs ab und hält diese schriftlich fest. Dokumentiert wird, a) ob der Beschäftigte die Einbindung des BEM-Teams wünscht, b) ob die Fehlzeiten arbeitsplatzbedingt sein könnten und c) welche Maßnahmen ergriffen werden sollten, um die Rückkehr in den Betrieb zu unterstützen. Gesundheitsdaten, die der ärztlichen

Schweigepflicht unterliegen, sind nicht Gegenstand des Ergebnisschreibens. Das mit dem Beschäftigten abgestimmte Protokoll wird an die Mitglieder des BEM-Teams weitergeleitet.

Handlungsschritt 7: Analyse des Arbeitsplatzes

Die Gefährdungsbeurteilung wird über die Abteilung für Arbeitssicherheit durchgeführt. Sie gibt einen ersten Hinweis auf Gesundheitsbelastungen am Arbeitsplatz, die prinzipiell für alle dort Tätigen relevant sind. Da die Ergebnisse dokumentiert werden, können sie für das BEM zur Verfügung gestellt werden. Dem sind jedoch Grenzen gesetzt, da manche Gefährdungen für Langzeiterkrankte gravierender sein können und andere möglicherweise aufgrund von Leistungseinschränkungen nicht mehr relevant sind (z. B. Risiken beim Besteigen einer Leiter). Die Betriebsärzte der Currenta legen daher Wert darauf, dass im konkreten Einzelfall zusätzliche Arbeitsplatzbegehungen durchgeführt werden, um Handlungsbedarfe zu erkennen und adäquate arbeitsplatzbezogene Maßnahmen zu planen.

Handlungsschritt 8: Anforderungen an die Beschäftigten und deren Fähigkeiten

Ein Beschäftigtenprofil zu erstellen zählt ebenfalls zu den betriebsärztlichen Aufgaben im Rahmen des BEM. Sie ist eine wesentliche Voraussetzung, um festzustellen, ob der Beschäftigte seinen bisherigen Arbeitsplatz weiterhin ausfüllen kann oder ob ein anderer Arbeitsbereich gefunden werden muss. Die Arbeitsplatzbeschreibung sowie die Fähigkeits- und Anforderungsprofile zur Rehabilitationsplanung lassen sich bei Tectrion oft nicht systematisch erfassen. In den Bereichen Fachwerkstätten, Anlageservice und Instandhaltung ist das Tätigkeitspektrum zu vielfältig, als dass eine Standardisierung möglich wäre.

Handlungsschritt 9: Maßnahmen am Arbeitsplatz

Medizinische Hilfen und unterstützende Maßnahmen am Arbeitsplatz sind für Beschäftigte mit körperlichen Erkrankungen meist einfacher zu realisieren als für psychisch Erkrankte. Auch ist das kurative und rehabilitative Versorgungsangebot bei körperlichen Erkrankungen weiterreichend als bei psychischen Erkrankungen. Folglich sind bei Tectrion die unterstützenden Angebote für Beschäftigte mit körperlichen und insbe-

sondere orthopädischen Problemen stärker strukturiert und in ein Netz mit externen Kooperationspartnern eingebunden. Gleichwohl steigt die Anzahl an Beschäftigten mit psychischen Erkrankungen stetig. Daher besteht Bedarf, das Maßnahmenspektrum im Zuge des BEM darauf abzustimmen und zu verbessern.

Information und Einbindung der Belegschaft

Dem BEM-Team von Tectrion ist es ein Anliegen, dass ein hoher Anteil der Berechtigten am BEM teilnimmt. Ängste, Missverständnisse und unzureichende Informationen können der Inanspruchnahme entgegenstehen. Daher werden alle Beschäftigten im Rahmen von Betriebsversammlungen und über Printmedien wie die Mitarbeiterzeitschrift über die Möglichkeit eines BEM bei Langzeit- oder Mehrfacherkrankungen informiert. Hervorgehoben wird der doppelte Nutzen des BEM, sowohl für Arbeitgeber als auch für Arbeitnehmer: Beiden ist an der Fortführung des bisherigen Arbeitsverhältnisses gelegen. Für den Arbeitgeber stehen hierbei insbesondere zwei Aspekte im Vordergrund: der Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit mit bewährten und erfahrenen Arbeitskräften sowie die Fürsorgepflicht ihnen gegenüber. Für die Arbeitnehmenden zählen die Aspekte Arbeitsplatzsicherheit und soziale Absicherung.

Vor dem Hintergrund ihrer HSEQ-Politik betrachtet Tectrion ein engagiertes, kompetentes und verantwortungsbewusstes Verhalten der Beschäftigten als Voraussetzung für den Unternehmenserfolg und die Zukunftssicherung. Auch in der Gesamtbetriebsvereinbarung für das BEM schlägt sich nieder, dass die aktive Beteiligung der Beschäftigten eine zentrale Voraussetzung für das Gelingen der Eingliederung ist. Die Beschäftigten sind dafür verantwortlich, die empfohlenen gesundheitsförderlichen oder medizinischen Maßnahmen umzusetzen und damit zur erfolgreichen Eingliederung beizutragen. Dem BEM-Team obliegt die Verantwortung, die Betroffenen hierbei zu unterstützen, soweit sie dies möchten. Den Vorgesetzten misst die GBV von Tectrion grundsätzlich eine besondere Verantwortung bei: für die Gesunderhaltung der Beschäftigten, den nachhaltigen Erfolg des BEM und die Qualität der Arbeit.

Kooperation mit externen Partnern

Bei der Umsetzung von gesundheitsbezogenen Projekten und Maßnahmen wie dem BEM setzt Tectrion auf eine enge Kooperation mit den Sozialversicherungsträgern. Ein traditionell wichtiger Kooperationspartner ist die Krankenkasse: Rund 95 % der Tectrion-Beschäftigten sind bei der pronova BKK versichert. Bedeutsam sind ferner Kooperationen mit dem Rentenversicherungsträger, der Agentur für Arbeit, den Berufsgenossenschaften sowie bei Schwerbehinderten und Gleichgestellten mit den Integrationsämtern. Stimmen die Beschäftigten zu, ist es möglich, dass die externen Partner ggf. bei den Sitzungen des BEM-Teams teilnehmen.

Die pronova BKK ist aus einer Fusion einiger der ältesten Betriebskrankenkassen entstanden und weist bis heute eine enge Anbindung an Industrieunternehmen auf. Dies ermöglicht eine enge Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung, dem betriebsärztlichen Dienst und dem Betriebsrat bei der Umsetzung von Projekten zur Gesundheitsförderung. Die Basis hierfür bilden u. a. betriebsbezogene Krankenstandanalysen, die in die betriebliche Gesundheitsberichterstattung einfließen. Deutlich wird hierdurch, dass gut ein Drittel der Krankenstände auf Muskel-Skelett-Erkrankungen entfällt. Knapp 20 % sind psychisch bedingt. Mit Blick auf das BEM finden einmal pro Monat Koordinationsgespräche mit einem Fall-Manager der BKK statt, um konkrete Hilfen für die Beschäftigten effizient zu gestalten. Hierzu gehört beispielsweise eine verbesserte Terminkoordination für die Konsultation von Fachärzten oder der Hinweis auf integrierte Versorgungsverträge für chronische Erkrankungen. Die integrierte Versorgung zielt auf einen abgestimmten Behandlungsplan zwischen den verschiedenen Heilberufen in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung.

Eine bewährte Kooperation besteht ferner mit der Deutschen Rentenversicherung Rheinland. Sie hat gemeinsam mit Werks- und Betriebsärzten die Initiative »WeB-Reha« gestartet. Deren Ziel ist eine enge Zusammenarbeit bei der Durchführung von Rehabilitationsleistungen. Für die behinderten und leistungsgewandelten Beschäftigten kann so eine dauerhafte Teilhabe am Erwerbsleben realisiert werden. Die Sicherung des bisherigen Arbeitsplatzes hat bei der Eingliederung hohe Priorität. Die Unterstützung bezieht sich auf nichtmedizinische Maßnahmen, die es ermöglichen, eine Berufstätigkeit auszuüben. Während des Erstge-

sprächs im Rahmen des BEM können die Betriebsärzte der Currenta frühzeitig erkennen, ob Rehabilitationsbedarf besteht. Bei Bedarf besprechen sie die Möglichkeiten einer beruflichen Rehabilitation mit den Betroffenen und unterstützen sie bei der Antragstellung. Ob eine Maßnahme bewilligt wird, entscheidet der Rentenversicherungsträger.

Erfolge und Maßnahmen in Zahlen

Als Erfolgskriterium für das BEM zieht Tectrion die Rate heran, wie viele BEM-Berechtigte an den Eingliederungsmaßnahmen teilnehmen. Sie ist seit 2006 von 30 % auf über 40 % gestiegen. Beschäftigte, die wiederholt ein BEM durchlaufen, werden nur einmal gezählt. Daher kann davon ausgegangen werden, dass die Akzeptanz gegenüber dem BEM in der Belegschaft insgesamt gestiegen ist. Dies kann auch als Ausdruck des Vertrauens in die Unternehmensführung gewertet werden.

Seit Einführung des BEM bis Ende 2009 wurden über 460 Männer und zehn Frauen angeschrieben. Mehr als 360 Männer und neun Frauen haben geantwortet. Eingewilligt, am BEM teilzunehmen, haben gut 160 Männer und drei Frauen. Insgesamt konnten 210 Beschäftigte erfolgreich eingegliedert werden. Die höhere Zahl ergibt sich dadurch, dass nicht für alle Betroffenen ein BEM erforderlich war.

5.2.3 Stolpersteine und Perspektiven für die weitere Arbeit

Rückblickend auf die Erfahrungen mit dem BEM seit 2006 stellt das BEM-Team fest, dass der Bedarf bei den Beschäftigten deutlich höher ist als anfangs vermutet. Problematisch ist dabei, dass für Beschäftigte mit Leistungseinschränkungen, die ihren alten Arbeitsplatz trotz unterstützender Maßnahmen nicht mehr ausüben können, nicht mehr genügend Ersatzarbeitsplätze zur Verfügung stehen. Häufig ist nur ein vorübergehender Einsatz beispielsweise in der Verwaltung möglich. Die Situation wird sich in den kommenden Jahren weiter verschärfen: Erstens müssen technische Dienstleistungen ihre Arbeitsprozesse effizient gestalten, um ihre Wettbewerbsfähigkeit auf dem Markt zu erhalten. Zweitens wird aufgrund der Altersstruktur der Beschäftigten bei Tectrion die Zahl der BEM-Berechtigten wahrscheinlich weiter steigen. Drittens nimmt das Leistungsvermögen der älteren Beschäftigten bei schweren körper-

lichen Arbeiten tendenziell ab. Tectrion steht daher u. a. vor der Herausforderung, Belastungen infolge schwerer Hebe- und Tragetätigkeiten weitgehend minimieren zu müssen. Während in den vorangegangenen Jahrzehnten diese Tätigkeiten auf jüngere Kollegen übertragen werden konnten, schwindet diese Möglichkeit mit erhöhtem Durchschnittsalter der Beschäftigten.

Da mittelfristig keine Umkehr der Altersstruktur zu erwarten ist, setzt Tectrion darauf, die Gesundheit der Beschäftigten zu stärken. Die Firma stützt sich dabei auf arbeitsmedizinische Untersuchungen, die belegen, dass durch präventive Maßnahmen die Arbeitsfähigkeit bis in die 60er Lebensjahre ohne gravierende Einbußen erhalten werden kann (Arbeitsfähigkeitskonzept nach Ilmarinen, vgl. Ilmarinen/Tempel 2002). Anhand des Projektes »Plan Gesundheit« wird gegenwärtig erprobt, das Angebot zur Gesundheitsförderung auszubauen und im betrieblichen Alltag zu verankern. Dies wird sowohl für den Betrieb als auch für die Beschäftigten als sinnvoll erachtet. Denn beide verfolgen ein gemeinsames Ziel: Vitalität und Arbeitsfähigkeit bis zum Eintritt ins Rentenalter und darüber hinaus. Aktuell wird es als besonders nützlich und wirksam erachtet, die Gesundheitsförderung auf allen Hierarchieebenen im Betrieb systematisch bekannt zu machen. Man möchte die Beschäftigten motivieren und darin unterstützen, für die eigene Gesundheit Sorge zu tragen.

Besonders wegen der steigenden Bedeutung psychischer Erkrankungen muss in Zukunft bei Tectrion die Gefährdungsbeurteilung ganzheitlich für körperliche und psychische Belastungen systematisch durchgeführt werden. Dies umfasst auch, die gesundheitsgerechte präventive Arbeitsgestaltung kontinuierlich zu verbessern.

5.3 Beispiel für eine gelungene Eingliederung aus Sicht eines Beschäftigten und des BEM-Teams

Ausgangssituation des Beschäftigten

Einer der über 200 Beschäftigten bei Tectrion, die ein BEM erfolgreich abgeschlossen haben, ist Herr Kiefer.¹ Er ist seit knapp 30 Jahren als Schlosser im Betrieb tätig. Wie viele seiner Kollegen leidet er an Rückenschmerzen. Diese führten 2008 und 2009 zu jeweils mehrmonatigen Arbeitsunfähigkeitszeiten. Herr Kiefer suchte Ärzte auf und äußerte starke Beschwerden. Doch vergingen mehrere Monate bis sein Bandscheibenvorfall diagnostiziert wurde. Seine Beschwerden wurden zunächst unzureichend behandelt. Medikamente und eine ambulante Reha zum Aufbau der Muskulatur zeigten nur kurzfristig Wirkung. Als er nach sechsmonatiger Fehlzeit stufenweise mit der Wiedereingliederung begann, merkte er schnell, dass seine Leistungsfähigkeit noch nicht wiederhergestellt war.

Kontakt zum BEM-Team

2009 erhielt Herr Kiefer nach etwa zehnwöchiger krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit einen Brief von der Betriebsärztin, in dem ihm die Möglichkeit eines BEM aufgezeigt wurde. Zunächst hatte Herr Kiefer wegen seiner anhaltenden Arbeitsunfähigkeit das Angebot abgelehnt. Eine weitere Therapie stand an, von der er sich Besserung versprach, doch auch eine Kniebehandlung erwies sich als wirkungslos. Als er an seinen Arbeitsplatz zurückkehrte und mit seinem Vorgesetzten sprach, riet ihm dieser, das BEM-Angebot anzunehmen. Herr Kiefer fasste Vertrauen und suchte den betriebsärztlichen Dienst auf. Dort schilderte er seine ausstrahlenden Schmerzen vom Rücken in die Beine. Er äußerte Zweifel an den Behandlungsversuchen in den Monaten zuvor und verwies auf die langen Wartezeiten von bis zu sechs Wochen trotz akuter Schmerzen. Es sei schwer, den richtigen Arzt zu finden.

1 anonymisierter Name

Gespräche und Maßnahmen

Die mehrfachen Gespräche mit der Betriebsärztin erwiesen sich als hilfreich. Sie informierte Herrn Kiefer über ein Angebot der BKK zur »integrierten Versorgung« bei orthopädischen Erkrankungen. Ziel dieser Versorgungsform ist es, durch strukturierte Zusammenarbeit von verschiedenen Fachärzten und Therapeuten den Behandlungserfolg zu verbessern. Der Betroffene willigte ein, an der integrierten Versorgung teilzunehmen. Für ihn haben sich hierdurch die Wartezeiten auf Facharzttermine verkürzt. Einen ersten Termin erhielt er bereits nach drei Tagen. Die Röntgenbilder wurden ihm erstmals erklärt und eine Operation seiner Bandscheiben empfohlen.

Einschätzung aus Sicht des Beschäftigten

Herr Kiefer bewertet das BEM als positiv. Durch die Betriebsärztin habe er viel Unterstützung erfahren. Er ist sich sicher, auch noch in den nächsten zwölf Monaten bei Tectrion tätig zu sein. Seinen alten Arbeitsplatz hat er behalten, die Arbeitsabläufe haben sich nicht verändert, doch aufgrund der Hilfsbereitschaft der Kollegen erlebt er das Arbeitsklima positiver als zuvor. Beispielsweise werden ihm schwere Hebe- und Tragetätigkeiten abgenommen. Herr Kiefer wünschte, er hätte das Angebot zum BEM früher erhalten. Er ist sich jedoch bewusst, dass er auch selbst Verantwortung für seine Gesundheit trägt. Nach langem Warten auf die zugesagte Änderung des Arbeitsplatzes ergriff er selbst die Initiative: Er ließ seinen Arbeitstisch höher setzen, um dadurch einer Fehlhaltung vorzubeugen. Ferner führt er seine Wirbelsäulengymnastik fort, um seine Muskulatur dauerhaft zu kräftigen.

Einschätzung aus Sicht des BEM-Teams

Aus Sicht des BEM-Teams stellt das BEM eine erfolgreiche und sinnvolle Maßnahme dar, um die Wiedereingliederung von Langzeit- und Mehrfacherkrankten systematisch zu fördern. Insbesondere die Unterstützung durch den betriebsmedizinischen Dienst wird als sinnvoll emp-

funden. Diese Einschätzung teilen auch die Vorgesetzten. Positiv wird ferner das starke Engagement der beteiligten BEM-Akteure bei der Suche und Umsetzung von Lösungen bewertet. Beispielsweise zeigen sich die BEM-Akteure bei den koordinierenden Sitzungen, wo bis zu 70 Fälle besprochen werden, gern bereit dafür, sich um den persönlichen Kontakt zu den Betroffenen zu kümmern. Jenseits der formalisierten Abläufe, wie z. B. der Einladung zum BEM und dessen Umsetzung, misst Tectrion der persönlichen Ansprache von Betroffenen eine hohe Bedeutung bei. Sie soll Ängste vor der Inanspruchnahme abbauen und die Unterschiede zwischen dem Angebot eines freiwilligen BEM und dem verpflichtenden Krankenrückkehrgespräch aufzeigen.

5.4 Der Stellenwert von Arbeitsfähigkeit im Betrieb

Die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten ist die Grundlage für einen kundenorientierten Betrieb, der technische Dienstleistungen für Unternehmen der chemischen Industrie anbietet. Zwar zeugt der Personalabbau der letzten Jahrzehnte davon, dass ein Teil der Arbeiten durch den Einsatz von Technik und effizientere Arbeitsabläufe rationalisiert werden kann. Dennoch bleiben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die wesentliche Quelle der innerbetrieblichen Wertschöpfungskette. Ein großer Teil der Arbeiten bei Tectrion fällt im handwerklichen Bereich an und ist durch körperliche Belastungen geprägt. In der Vergangenheit wurde die körperlich anspruchsvolle Tätigkeit überwiegend von den jüngeren Mitarbeitern geleistet. Es zeichnet sich ab, dass dies künftig in dem Maße nicht mehr möglich sein wird. Dieses branchenübergreifende Szenario ist vielfach verbunden mit Arbeitsverdichtung im Betrieb, Konkurrenzdruck und jahrzehntelanger Erfahrung eines angespannten Arbeitsmarktes. Es wird befürchtet, dass angesichts dessen vermehrt psychische Erkrankungen auftreten werden.

Die Arbeitsfähigkeit ist zwar grundsätzlich nicht an das Alter gebunden. Dennoch verändern sich mit dem Alter die persönlichen Stärken und Schwächen im Arbeitsprozess. Während Erfahrung und Routine zunehmen, sinkt die körperliche Leistungsfähigkeit. Letzterem kann durch ge-

sundheitsfördernde Maßnahmen gezielt entgegengewirkt werden. Hierzu trägt eine ergonomische Gestaltung des Arbeitsplatzes bei. Bei Tectrion gilt das Verbesserungspotenzial in diesem Bereich als weitgehend ausgeschöpft. Im Rahmen des BEM können noch einzelfallbezogene Hilfen hinzukommen. Inzwischen setzt Tectrion verstärkt auf Angebote zur verhaltensbezogenen Gesundheitsförderung und sieht die Beschäftigten in der Verantwortung, diese Angebote zu nutzen. Um ein gesundes Altern im Betrieb zu realisieren, beteiligt sich Tectrion am Kooperationsprojekt »Plan Gesundheit«. Hierbei lernen die Beschäftigten über einen mehrjährigen Zeitraum hinweg, Verantwortung für ihre eigene Gesundheit zu übernehmen und dies in den Betriebsalltag zu integrieren. Die Bedeutung für die Beschäftigten ergibt sich vor dem Hintergrund, dass sie im Falle von langen Ausfallzeiten nicht nur aus dem Arbeitsprozess, sondern auch aus dem Sozialversicherungssystem ausgegliedert werden können. Nicht minder bedeutsam ist jedoch, dass gesundheitliches Wohlbefinden zur allgemeinen Lebensqualität beiträgt – nicht nur in der Arbeitswelt, sondern ebenso in privaten Lebensbereichen.

6. Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

6.1 Ziele und Erfolgskriterien

Die Ziele des BEM sind gesetzlich verankert. Es gilt, in Zusammenarbeit mit inner- und außerbetrieblichen Akteuren die Arbeitsunfähigkeit langzeiterkrankter Beschäftigter zu überwinden und erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen. Gefährdungen des Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisses sollen beseitigt bzw. gemindert werden. Ziel ist es, die BEM-Berechtigten im Betrieb weiterzubeschäftigen. Hierbei hat der Erhalt des alten Arbeitsplatzes Vorrang gegenüber einer innerbetrieblichen Versetzung. Darüber hinaus soll die Arbeitsfähigkeit aller Beschäftigten erhalten und gefördert werden.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels wächst in vielen Unternehmen die Einsicht, dass der Erhalt der Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Grundvoraussetzung ist, um im Wettbewerb mit anderen Unternehmen zu bestehen. Die Beschäftigten in den befragten Betrieben sind im Durchschnitt etwa 45 Jahre alt. Das Gros der Beschäftigten gehört damit einer Altersgruppe an, bei der sich erste körperliche Beschwerden bemerkbar machen, deren Verlauf jedoch durch gesundheitsfördernde Maßnahmen oft günstig beeinflusst werden kann. Der Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit ist für diese Beschäftigten nicht minder bedeutsam, denn: die Altersgrenze für den Rentenbezug wurde erhöht, Vorruhestandsregelungen werden abgebaut und bei Verlust des Arbeitsplatzes erhöht sich mit zunehmendem Alter das Risiko einer Langzeitarbeitslosigkeit.

Das BEM ist Bestandteil eines umfassenden Gesundheitsmanagements. Die Teilnahme daran ist freiwillig. Dies setzt voraus, dass die BEM-Berechtigten darauf vertrauen, dass der Arbeitgeber seine Fürsorgepflicht ihnen gegenüber wahrnimmt. Der Aufbau einer Vertrauenskultur im Unternehmen gilt daher als Basis für ein erfolgreiches BEM. Vorge-

sehen ist, dass Arbeitgeber, betriebliche Interessenvertretungen und Betroffene gemeinsam einen Weg finden, um die Ziele des BEM zu erreichen. Damit grenzt sich das BEM deutlich von den Krankenrückkehrgesprächen mit Vorgesetzten oder Personalreferenten ab. Sie waren für die Beschäftigten verpflichtend und hatten oft sanktionierenden Charakter (vgl. Kiesche 2011). Krankenrückkehrgespräche sind zwar formal noch möglich, die Interviews zeigen jedoch: Zumindest in der betrieblichen Praxis der befragten Unternehmen spielen sie keine Rolle mehr und wurden durch das BEM abgelöst. Allerdings zeigt sich auch, dass der Unterschied zwischen dem verpflichtenden Krankenrückkehrgespräch und dem freiwilligen BEM-Gespräch in der Belegschaft häufig nicht wahrgenommen wird (»alter Wein in neuen Schläuchen«). Die Betriebe sehen daher in der betriebsinternen Öffentlichkeitsarbeit zum BEM eine fortwährende Aufgabe, um Ängste und Vorbehalte seitens der Belegschaft abzubauen.

Folgende Faktoren können als Kriterien für ein erfolgreiches BEM herangezogen werden: a) die Teilnehmerrate: Eine Grundvoraussetzung dafür, dass die Ziele des BEM erreicht werden, besteht darin, dass die BEM-Berechtigten an den Maßnahmen teilnehmen. b) die Zufriedenheit der BEM-Berechtigten mit den BEM-Maßnahmen: Der Erhalt des alten Arbeitsplatzes bzw. die adäquate innerbetriebliche Umsetzung gelten hierbei als Erfolgskriterien. c) dauerhafte Arbeitsfähigkeit: Idealerweise wird eine erneute Arbeitsunfähigkeit infolge der für das BEM ursächlichen Erkrankung vermieden. Es sollte zudem geprüft werden, ob anhand einer Arbeitsplatzanalyse, die mit dem Beschäftigtenprofil abgeglichen wurde, mögliche ursächliche Gefährdungen am Arbeitsplatz erfasst und abgebaut wurden.

Es ist zu erwarten, dass sich ein systematisches Gesundheitsmanagement insgesamt positiv für die Unternehmen auswirkt. Zwar können Erfolge oft nicht auf einzelne Maßnahmen zurückgeführt werden, da Gesundheit eine komplexe Größe ist, die vielfältigen Einflussfaktoren unterliegt. Dennoch kann mit hoher Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass Unternehmen, die ihre Fürsorgepflicht als Arbeitgeber ernst nehmen, über

- geringere Krankenstände
- geringere Mitarbeiterfluktuation
- bessere Erfolge bei der Personalrekrutierung

- eine bessere Qualität der Leistungen
 - eine höhere Leistungsfähigkeit und
 - ein besseres Ansehen bei den internen und externen Kunden
- verfügen als andere Unternehmen. Seitens der Beschäftigten darf man höhere Motivation, höheres Wohlbefinden in der Arbeitsumgebung sowie eine stärkere Identifikation mit dem Unternehmen erwarten. Hiermit verbunden sind wiederum nachhaltig positive Effekte für die eigene Arbeitsfähigkeit und die betriebliche Produktivität.

6.2 Regularien und Betriebs-/Dienstvereinbarungen

Die Grundlage für ein strukturiertes BEM bilden die gesetzlichen Vorgaben. Hierzu zählen das SGB IX, die Datenschutzbestimmungen, das BetrVG sowie die Arbeitsschutz- und Arbeitssicherheitsgesetze. Laut § 84 (2) SGB IX soll das BEM kooperativ von Arbeitgeber und betrieblicher Interessenvertretung unter Beteiligung der betroffenen Beschäftigten umgesetzt werden. Soweit erforderlich soll der Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen werden. Weitere interne und externe Partner wie die örtlichen Servicestellen der Rehabilitationsträger können eingebunden werden.

Der kooperative Ansatz erfordert, dass die Strukturen und Verfahrenswesen des BEM von Anfang an auf solider Basis stehen. Nur so lassen sich Schwierigkeiten durch Kompetenzüberschreitungen vermeiden. Da viele Betriebe bereits vor 2004 Erfahrungen mit der Eingliederung von Langzeiterkrankten gesammelt haben, gilt es, Altbewährtes mit Neuem zu verbinden. Hierfür müssen Regularien entworfen werden, um verbindliche Strukturen und Verfahren zu schaffen, die für alle Beteiligten transparent und nachvollziehbar sind. Die Praxis bietet folgende Möglichkeiten:

- Integrationsvereinbarung für Schwerbehinderte und ergänzende Vereinbarungen (siehe Berliner Stadtreinigung)
- örtliche Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen (siehe Berliner Stadtreinigung)
- Gesamtbetriebsvereinbarung für Unternehmen mit mehreren Standorten (siehe Tectrion)

- Konzernbetriebsvereinbarung für Konzerne mit selbstständig wirtschaftenden Betrieben (siehe Stadtwerke München).

Eine Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung hat eine andere Rechtsgrundlage als eine Integrationsvereinbarung und damit weitergehende Gestaltungsmöglichkeiten. Eine Integrationsvereinbarung gilt weder für alle Beschäftigten noch begründet sie Rechte und Pflichten, die erzwingbar wären. Sie ist daher leichter einführbar. Um jedoch die notwendige rechtliche Bindung zu erreichen, bietet es sich an, Bestandteile in die Vereinbarung aufzunehmen, die der Mitbestimmung des Betriebs- bzw. Personalrats unterliegen. Dies kann die Erstellung einer freiwilligen Betriebsvereinbarung nach § 88 BetrVG vorbereiten (für Dienstvereinbarungen analog PersVG). Sie verfügt über eine höhere Rechtsverbindlichkeit (vgl. Feldes 2003, Feldes u. a. 2009).

Die Integrationsvereinbarung wird von der Schwerbehindertenvertretung und dem Arbeitgeber sowie vom Betriebs- bzw. Personalrat unterzeichnet. Bei der Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung leisten hingegen nur der Betriebs- bzw. Personalrat und der Arbeitgeber die Unterschrift. In eine Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung zum BEM sollten die Inhalte einer Integrationsvereinbarung integriert werden, da sich Erstere sowohl auf behinderte als auch auf nicht behinderte Beschäftigte bezieht. Um möglichen Konflikten und innerbetrieblichen Rivalitäten entgegenzuwirken, kann es sinnvoll sein, wenn die Vereinbarung von Betriebs- bzw. Personalrat und Schwerbehindertenvertretung gemeinsam unterschrieben wird. Diesen Weg haben beispielsweise die Stadtwerke München beschritten.

Die Erfahrungen in den befragten Unternehmen machen deutlich, dass die Entwicklung von Regularien selbst als Prozess betrachtet werden kann. Die ersten (fünf) Jahre können genutzt werden, um die neuen gesetzlichen Grundlagen zu erproben und umzusetzen.

- Die Berliner Stadtreinigung hat in dieser Zeit ein Verfahren entwickelt, das sich wesentlich auf die Arbeit der Schwerbehindertenvertretung und die dort vorhandene Disability Management-Kompetenz stützt. Die jüngst unterzeichnete Dienstvereinbarung zum BEM sieht vor, dass eine Stelle für die BEM-Koordination neu geschaffen wird. Sie ist der Abteilung für betriebliche Gesundheitsförderung zugeordnet und dem Personalvorstand unterstellt. Die Zusammenarbeit der innerbetrieblichen BEM-Akteure wird sich hierdurch neu gestalten müssen.

- Die zentrale Steuerung des BEM der Stadtwerke München ist eng an die Personalabteilung gebunden. Künftig, soll diese Funktion mit einer Person besetzt werden, die über die fachliche Qualifikation eines Disability Managers verfügt. Dies sieht die Überarbeitung der Konzernbetriebsvereinbarung vor. Dadurch sollen noch bessere Arbeitsergebnisse erzielt werden. Die zusätzliche Verabschiedung von örtlichen Betriebsvereinbarungen in den Betrieben wird auf örtlicher Ebene aufgrund unterschiedlicher örtlicher Gegebenheiten diskutiert.
- Die Tectrion GmbH hat zunächst praktische Erfahrungen mit der Umsetzung des BEM gesammelt, bevor 2010 eine Gesamtbetriebsvereinbarung verabschiedet wurde. Diese stützt sich auf die Vereinbarung des Mutterkonzerns Currenta GmbH.
- Das Westpfalz-Klinikum führte das vor 2004 praktizierte Eingliederungsverfahren auf Basis von Krankenrückkehrgesprächen über einige Jahre fort. Die Basis hierfür bildete eine Vertrauenskultur zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern, die sich über Jahrzehnte herausgebildet hat. Spezifische Regularien zum BEM bestanden zunächst nicht. Seit 2010 obliegt die Strukturierung des BEM dem stellvertretenden Personalleiter. 2011 sollen die Verfahrensweisen in einer Betriebsvereinbarung zunächst für den Hauptstandort Kaiserslautern schriftlich vereinbart werden.

Schriftlich fixierte Regularien ersetzen nicht das persönliche Engagement der beteiligten Akteure. Sie ermöglichen jedoch, dass die Strukturen und Verfahren unabhängig von der Person zur Anwendung kommen (z. B. bei Krankheit, Urlaub, Ruhestand) und damit nachhaltig wirken. Sie bilden damit die Basis dafür, dass die Beschäftigten dem Betrieb Vertrauen entgegenbringen.

Ergänzend zur Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung, die den innerbetrieblichen Rahmen für die Ausgestaltung des BEM bildet, bietet sich eine Geschäftsordnung an, in der die Verantwortungs- und Kompetenzbereiche der BEM-Team-Mitglieder geregelt sind. Das Wissen um die jeweiligen Handlungsfelder der BEM-Akteure fördert den Aufbau einer konstruktiven Zusammenarbeit im Team, statt in rivalisierenden Interessenkonflikten zu verharren. Die Basis jeder guten Zusammenarbeit bildet die Weitergabe von unterstützenden Informationen im Kreis der beteiligten Akteure. Bei den BEM-relevanten Daten handelt es sich oft um sensible personenbezogene Daten. Daher muss der Umgang mit

diesen Informationen in den Regularien auf gesetzlicher Basis klar geregelt sein. Dies gilt einerseits für die mögliche sukzessive Schweigepflichtentbindung und insbesondere für die Dokumentation der Daten, deren Aufbewahrung und Einsichtsrechte.

6.3 Mitglieder des BEM-Teams und ihre Aufgaben

Je nach Größe des Unternehmens unterscheidet sich die Struktur des BEM-Teams. Großunternehmen wie die Stadtwerke München und Tectrion verfügen oft über ein zentrales Lenkungsgremium und/oder Koordinationsbüro sowie dezentrale Maßnahmenteam. Demgegenüber sind die Strukturen in Klein- und Mittelstandsunternehmen weniger komplex, was mitunter eine höhere Aufgabenvielfalt für die einzelnen BEM-Akteure mit sich bringt.

Den Kern des BEM-Teams bilden ein Vertreter des Arbeitgebers sowie der Betriebs- bzw. Personalrat als zuständige Interessenvertretung aller Beschäftigten im Unternehmen. In Tendenzbetrieben wie konfessionellen oder politischen Organisationen wird die Interessenvertretung von der Mitarbeitervertretung wahrgenommen. Hinzu kommt die Schwerbehindertenvertretung, die sich um die Belange der Schwerbehinderten und ihnen Gleichgestellten kümmert.

Der Arbeitgeber ist nach § 84 (2) SGB IX verpflichtet, langzeiterkrankten Beschäftigten ein BEM anzubieten. Vertreten wird er meist durch die Personalabteilung, jedoch können auch andere Bevollmächtigte bestimmt werden. Bei Einführung des BEM im Betrieb übernimmt die Personalabteilung vielfach eine zentrale Steuerungsfunktion. Beispielsweise ist im Westpfalz-Klinikum der stellvertretende Personalleiter verantwortlich für das BEM. Die Stadtwerke München beriefen lange Zeit ihren Personalleiter als Vorsitzenden der BEM-Kommission. Hier ist der Wechsel zu einem qualifikations- statt funktionsgebundenen Vorsitz geplant. Bei der Berliner Stadtreinigung teilte sich in den ersten Jahren die Personalleitung den Vorsitz mit dem Schwerbehindertenvertreter. Hinsichtlich Datenschutz sowie Auf- bzw. Ausbau einer Vertrauskultur zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern stellt sich die Frage, ob

sich künftig verstärkt neutrale Steuerungs- und Koordinationsmodelle etablieren. Dies wird z. B. bei Tectrion über ein Koordinationsbüro praktiziert.

Die betriebliche Interessenvertretung prüft, inwieweit der Arbeitgeber seinen Pflichten im Rahmen des BEM nachkommt: Haben die BEM-Berechtigten ein entsprechendes Angebot erhalten? Wurden notwendige Schritte eingeleitet und erfolgreich abgeschlossen? Zudem übernimmt die Interessenvertretung eine weitere wichtige Kontrollaufgabe: Sie prüft, ob die vereinbarten Verfahrensweisen und insbesondere die Datenschutzbestimmungen eingehalten werden. Auch die Schwerbehindertenvertretung kann klärende Auskünfte darüber verlangen, ob der Arbeitgeber seinen Verpflichtungen nachkommt.

Bei Bedarf wird das Team um einen Vertreter oder eine Vertreterin des betriebsärztlichen Dienstes erweitert. Dadurch wird medizinische Fachkompetenz ins Team eingebunden. Dem Werks- bzw. Betriebsarzt kommt eine beratende Funktion im BEM-Prozess zu. Betriebsärztliche Untersuchungen sind nach § 84 SGB IX nicht verpflichtend. Häufig erhalten die Werks- bzw. Betriebsärzte Einblick in personenbezogene Krankenstandsdaten. Daher ist hinsichtlich der Einbindung der ärztlichen Kompetenz besonders bedeutsam, ob ein Vertrauensverhältnis zwischen den Beschäftigten und den Ärzten besteht. Die dargestellten Beispielunternehmen zeigen, dass den Betriebsärzten im Rahmen des BEM oft eine zentrale Bedeutung beigemessen wird. Beispielsweise führt der betriebsärztliche Dienst bei Tectrion das Erstgespräch mit den BEM-Berechtigten. Im Westpfalz-Klinikum werden Langzeiterkrankte routinemäßig nach ihrer Rückkehr vom betriebsärztlichen Dienst zu einer Untersuchung eingeladen. Es wird geprüft, ob die Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt ist oder ob den Beschäftigten ein BEM angeboten werden sollte. Das Klinikum betrachtet dies als Unterstützungsangebot für die Beschäftigten.

Externe und interne Kooperationspartner können das BEM-Team unterstützen. Zu den internen Partnern zählen vor allem Fachkräfte für Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit, Sozial- und Gesundheitsberatende, die Jugend- und Auszubildendenvertretung sowie die Frauenvertreterin. Die Einbindung der internen Partner erfolgt je nach Notwendigkeit. Mitunter wird vermutet, dass ökologische, technische, ergonomische oder soziale Bedingungen am Arbeitsplatz die Langzeiterkrankung verur-

sacht haben könnten. In diesen Fällen ist angeraten, hinsichtlich der Gefährdungsbeurteilung eng mit der Abteilung für Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit zu kooperieren, um die Risiken zu minimieren. Bei Beschäftigten, die an Suchterkrankungen leiden, sollte die betriebliche Sozialberatung eingebunden werden. Ob und wann welche internen Partner zu Rate gezogen werden, entscheidet das Unternehmen. Der Gesetzgeber macht hierzu in § 84 (2) SGB IX keine Vorgaben.

Hinsichtlich der externen Kooperationspartner sieht das Gesetz vor: Sie sollen eingebunden werden, wenn Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen am Arbeitsleben in Betracht kommen – das heißt, wenn die Möglichkeit besteht, dass die Eingliederung von BEM-Berechtigten bezuschusst wird. Als Kooperationspartner kommen die Integrationsämter für Schwerbehinderte in Betracht sowie die gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger. Zu diesen zählen die Rentenversicherungsträger, die Krankenkassen, die Arbeitsagenturen, die Kommunen und die Berufsgenossenschaften als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung.

Nicht gesetzlich geregelt, doch nicht minder bedeutsam ist die Einbindung der bzw. des direkten Vorgesetzten in den BEM-Prozess. Üblicherweise werden die Führungskräfte von der Personalabteilung oder dem Koordinationsbüro darüber informiert, a) wenn ein Mitarbeiter zu einem Erstgespräch eingeladen wird und b) ob ein BEM folgt. Geht es darum, konkrete Maßnahmen zu planen und umzusetzen, werden in allen Betrieben die Führungskräfte eingebunden. Denn sie kennen die konkreten Arbeitsanforderungen vor Ort und müssen mögliche Veränderungen in die Arbeitsorganisation integrieren (z. B. sukzessive Eingliederung, Umsetzung, Entlastung). Deutlich stärker als andere Betriebe haben die Stadtwerke München ihre BEM-Prozesse auf die Führungskräfte ausgerichtet. Sie müssen beispielsweise ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter frühzeitig über das BEM informieren – noch bevor ggf. ein Einladungsschreiben der Personalabteilung nach sechs Wochen folgt.

Die Mitglieder des BEM-Teams sollten für ihre Aufgabe qualifiziert sein. Die einzig anerkannte Qualifikation hierfür ist die Ausbildung zum Disability Manager, der durch einen Fallberater (Return-to-Work-Coordinator) unterstützt werden kann. Diese international anerkannte Ausbildung ist sicherlich sinnvoll für die Ausübung einer Funktion im

BEM-Team. Ob dem Folge geleistet wird, entscheidet das Unternehmen und sollte in der Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung verankert sein. Die Berliner Stadtreinigung verfügt mit vier zertifizierten Disability Managern und vier Return-to-Work-Koordinatoren innerhalb der Schwerbehindertenvertretung über einen hohen Qualifizierungsgrad. Die Stadtwerke München machen deutlich, dass eine entsprechende Qualifikation zunehmend wichtiger wird. Sie planen, künftig den Vorsitz des zentralen Steuerungsteams mit einem qualifizierten Disability Manager zu besetzen. Des Weiteren sieht die Konzernbetriebsvereinbarung vor, dass nicht nur die Mitglieder des BEM-Teams geschult werden, sondern auch die Führungskräfte, die eine besondere Verantwortung für die Prävention tragen. Ebenso bedeutsam ist es, die Betriebs- bzw. Personalräte für die Aufgaben im Rahmen des BEM zu schulen.

6.4 Information und Datenschutz

Ob die Eingliederung erfolgreich verläuft, hängt u. a. davon ab, wie spezifisch die Maßnahmen auf die Arbeitsfähigkeit des BEM-Berechtigten zugeschnitten sind. Dies kann Kenntnis über Art und Schweregrad der Langzeiterkrankung erfordern. Damit wird die gesetzlich geschützte Privatsphäre des Beschäftigten berührt. Welche Informationen er preisgeben möchte, liegt in seiner Verantwortung. Alle BEM-Team-Mitglieder unterliegen der Schweigepflicht. Darüber hinaus sind Betriebs- bzw. Personalräte, Schwerbehindertenvertreter und Betriebsärzte qua ihrer Funktion zur Verschwiegenheit verpflichtet. Sofern sich weitere interne und externe Partner am Prozess beteiligen, sind auch sie zur Verschwiegenheit verpflichtet. Grundsätzlich erhält der erweiterte Kreis jedoch nur die Informationen, die erforderlich sind, um eine konkrete Eingliederungsaufgabe zu bewältigen. Die Information an direkte Vorgesetzte reduziert sich meist auf Angaben, die den formalen BEM-Prozess und die konkrete Arbeitsfähigkeit seines Mitarbeiters betreffen. Der strikte Grundsatz lautet: Jede Weitergabe personenbezogener Daten setzt voraus, dass die oder der Betroffene einwilligt: »Nichts über uns ohne uns!«

Im Einzelfall kann es sinnvoll sein, dass die bzw. der Beschäftigte den be-

handelnden Arzt von der Schweigepflicht gegenüber dem engeren BEM-Team und/oder dem Betriebsarzt entbindet. Dieses kann in kleinen Schritten erfolgen und nur für kleine überschaubare Zeiträume gelten. Im Vorfeld muss hierbei geklärt sein, für welchen Anlass bzw. für welchen Zeitraum die Schweigepflichtentbindung gilt und wer informiert werden darf. Nicht alle Unternehmen jedoch favorisieren die Möglichkeit, dass der behandelnde Arzt von der Schweigepflicht entbunden wird. Tectrion beispielsweise setzt auf das persönliche Engagement der Betroffenen: Sie sollen ggf. selbst die erforderlichen krankheitsbezogenen Informationen bei ihrem Arzt erfragen und dem Betriebs- bzw. Werksarzt und/oder dem BEM-Team weiterleiten. Somit ist ein direkter Kontakt der BEM-Akteure zum behandelnden Arzt nicht erforderlich.

Auch die Dokumentation und Aufbewahrung von personenbezogenen Daten unterliegt den strengen Bestimmungen des Datenschutzes (z. B. Bundesdatenschutzgesetz, BetrVG, Sozialgesetzbücher I und IX, Bürgerliches Gesetzbuch). Eine Verletzung des Schweigepflichtgebots kann strafrechtlich geahndet werden. In der Praxis hat es sich daher in vielen Betrieben etabliert, dass der Betriebsarzt sensible krankheitsbezogene Daten erhebt und aufbewahrt, während in der Personalakte formale Angaben zum BEM-Prozess festgehalten werden. Letzteres dient im Streitfall bei personalrechtlichen Verfahren auch als Nachweis, dass den Berechtigten ein BEM angeboten wurde.

Die Beschäftigten haben das Recht, die Daten einzusehen, die über sie in der Personal-, BEM- und Krankenakte gespeichert sind. Die GBV der Tectrion GmbH sieht ferner vor, dass die Betroffenen an den Sitzungen des BEM-Teams teilnehmen können und – unabhängig von ihrer Teilnahme – eine Kopie des Sitzungsprotokolls erhalten.

6.5 Innerbetriebliche Prozesse des BEM

Was bei der Ausgestaltung der innerbetrieblichen Prozesse des BEM beachtet werden sollte, ist im Handlungsleitfaden des DGB-Bildungswerks (vgl. Giesert/Wendt 2011) dargelegt. Der Leitfaden ist in zehn Handlungsschritte gegliedert:

1. Orientierungsphase
2. Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung
3. Unterweisung im Dialog
4. Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 6 Wochen
5. Kontaktaufnahme zu den Betroffenen
6. Erstgespräch
7. Analyse des Arbeitsplatzes
8. Anforderungen an die Beschäftigten und deren Fähigkeiten
9. Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen
10. Wirksamkeitsprüfung, Evaluation und Dokumentation (vgl. Kap. 6.8)

Die Orientierungsphase dient dazu, dass sich das Unternehmen einen Überblick über die gesetzlich vorgegebenen Ziele des BEM verschafft und die Verfahrensweisen und Verantwortlichkeiten klärt. Die Regelungen können bereits zu Beginn in einer Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung festgelegt werden. Die Praxis zeigt jedoch: Einige Betriebe sammeln zunächst praktische Erfahrungen mit den BEM-Prozessen, erkennen und klären Regelungsbedarfe, um sie anschließend in einer Vereinbarung niederzuschreiben. Andere Unternehmen verfassen frühzeitig eine Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung und modifizieren diese dann anhand der gesammelten Erfahrungen. Welchen Weg die Unternehmen wählen, ist eng an die Betriebskultur geknüpft.

Die Handlungsschritte 2 und 3 zielen auf den präventiven Aspekt des BEM. Die Arbeitsunfähigkeit zu überwinden und erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen sind explizite Bestandteile des gesetzlichen Auftrags an die Arbeitgeber. Die betriebliche Gesundheitsförderung ist u. a. im SGB V (Krankenversicherung), SGB VII (Unfallversicherung) sowie in Arbeitsschutz- und Arbeitssicherheitsgesetzen verankert. Daher verfügen viele Großunternehmen bereits über die Grundstrukturen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements, in das das BEM integriert werden kann (siehe Abbildung).

Zu den verpflichtenden präventiven Maßnahmen zählt die Gefährdungsbeurteilung am Arbeitsplatz. Sie wird in Verantwortung des Arbeitgebers durchgeführt. Hierbei geht es gleichermaßen darum, physische und psychische Belastungen zu erkennen und zu vermeiden. Die Praxis zeigt jedoch: Die meisten Unternehmen konzentrieren sich auf die Beurteilung von physischen Belastungen. Die zunehmende Be-

deutung von psychischen Erkrankungen im Betrieb wird zwar erkannt, doch werden diesbezügliche Gefährdungen selten systematisch erhoben.

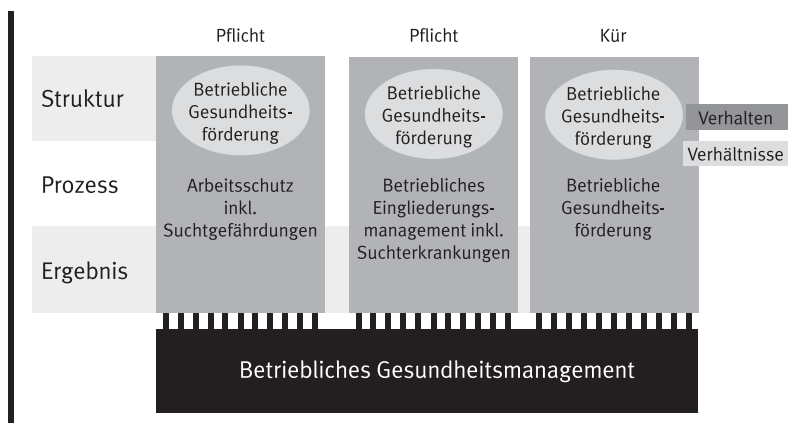


Abbildung 1: Betriebliches Gesundheitsmanagement

Dargestellt sind die drei Säulen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Der Arbeitsschutz und das BEM sind Pflichtaufgaben für den Arbeitgeber. Die betriebliche Gesundheitsförderung nach dem SGB V ist eine freiwillige Zusatzleistung, die in Kooperation mit den Krankenkassen umgesetzt werden kann (z. B. Ernährung, Bewegung, Stressreduktion, Führung). Gesundheitsförderung befasst sich sowohl mit dem individuellen Gesundheitsverhalten als auch mit den äußeren Lebens- und Arbeitsverhältnissen. Um möglichst wirksam sein zu können, ist es wichtig, beide Aspekte zu beachten. Denn die Verhältnisse und das Verhalten stehen in Wechselwirkung zueinander. Die Überschneidung von Gesundheitsförderung mit den beiden anderen Säulen ist groß, weil Arbeitsschutz und BEM auch präventiv ausgerichtet sind.

Es gilt, die Arbeitsbedingungen, den Arbeitsplatz und die Arbeitsumgebung kontinuierlich zu verbessern und die verhaltensbezogene Prävention zu stärken. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, die Beschäftigten über die Sicherheit und den Erhalt der Gesundheit bei der Arbeit zu unterweisen (Arbeitsschutzgesetze). Die Informationen werden von den Beschäftigten um so besser angenommen, je anschaulicher sie vermittelt werden. Zusätzlich zur Unterweisung im Dialog beschreiten manche

Großunternehmen daher neue Wege der Kommunikation: Sie richten Aktionstage aus, z. B. unter dem Motto »Heben und Tragen im Krankenhaus«. Betriebe wie die Berliner Stadtreinigung mit hohem Anteil an Außendienstkräften stehen vor einer besonderen Herausforderung: Sie müssen Informationen so vermitteln, dass sie von den Beschäftigten eigenverantwortlich befolgt werden. Denn es kann nur punktuell überwacht werden, ob die Bestimmungen, die im Rahmen der betrieblichen Fürsorgepflicht bestehen, eingehalten werden.

Das BEM im engeren Sinne beginnt, sobald der Betrieb feststellt, dass ein Mitarbeiter bzw. eine Mitarbeiterin sechs Wochen arbeitsunfähig geschrieben wurde. Die sechs Wochen können zusammenhängend oder über einen zwölfmonatigen Zeitraum verteilt auftreten. Ab diesem Zeitraum ist der Arbeitgeber verpflichtet, den Langzeiterkrankten ein BEM anzubieten. Das Angebot wird meist von der Personalabteilung unterbreitet: Sie informiert die Betroffenen schriftlich über die Möglichkeit eines BEM und lädt sie zu einem ersten Gespräch ein. Im Anschreiben sind Kontaktpersonen (z. B. Personalreferent, Betriebs- bzw. Personalrat, Schwerbehindertenvertretung) benannt, die für weitere Fragen im Vorfeld zur Verfügung stehen. Doch auch andere Verfahrensweisen sind möglich. Die Tectrion GmbH hat für die administrativen Prozesse des BEM ein Koordinationsbüro eingerichtet, das die Einladungsschreiben an die BEM-Berechtigten versendet. Die Stadtwerke München setzen auf frühzeitige Information: Der bzw. die Vorgesetzte informieren die Erkrankten bereits nach drei Wochen. Nach sechs Wochen folgt ggf. ein Anschreiben der Personalabteilung.

Die Gespräche mit den Beschäftigten zeigen, dass das Anschreiben oft skeptisch zur Kenntnis genommen wird. Möglicherweise erinnert es an ehemalige Krankenrückkehrgespräche, die disziplinarischen Charakter hatten. Das BEM-Angebot ist neu und unterscheidet sich davon. Es bedeutet für die Betroffenen, freiwillig über ihre krankheitsbedingten Fehlzeiten sprechen zu können und gemeinsam mit dem Arbeitgeber Wege zu finden, um die Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Der bzw. die Betroffene bestimmt das gesamte Verfahren. Eine wichtige Aufgabe sehen die BEM-Akteure daher darin, die betriebsinterne Öffentlichkeitsarbeit auszubauen. Nur so lässt sich das Vertrauen in die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers stärken.

Das erste Gespräch findet regelmäßig im kleinen Kreis statt. Meist sind

die Personalabteilung und der Betriebs- bzw. Personalrat mit je einer Person vertreten. Hinzu kommen oft der Schwerbehindertenvertreter und/oder der Betriebsarzt. Auch andere Konstellationen sind jedoch möglich: Bei den Stadtwerken München führt üblicherweise der Vorgesetzte das Erstgespräch. Eine Beteiligung der Personalabteilung ist nicht vorgesehen, doch ist es möglich, dass der Betriebsrat und ggf. der Schwerbehindertenvertreter daran teilnehmen.

In Ausnahmefällen übernimmt der Betriebsarzt bzw. die Betriebsärztin das Erstgespräch. Bei Tectrion nimmt der Betriebsarzt eine zentrale Stellung innerhalb des BEM ein: Er ist Eingliederungsberater für die Beschäftigten und führt das Erstgespräch mit ihnen. Weitere Teilnehmende sind nicht vorgesehen. Das Gespräch hat daher den vertraulichen Charakter von gewöhnlichen Arztbesuchen. Dies soll die Hemmschwelle bei der Inanspruchnahme des BEM-Angebots senken. Wiederum einen anderen Weg beschreitet das Westpfalz-Klinikum: Hier werden Beschäftigte routinemäßig betriebsärztlich untersucht, wenn sie nach langer Krankheit in den Betrieb zurückkehren. Dies kann von Betroffenen als problematisch empfunden werden, insbesondere bei fehlendem Vertrauensverhältnis. Bedarfsweise bietet der Betriebsarzt ein BEM an. Stimmt der Beschäftigte zu, findet ein Gespräch mit dem BEM-Verantwortlichen der Personalabteilung und dem Betriebsrat statt.

Im Erstgespräch werden die Informationen über das BEM vertieft und offene Fragen geklärt. Es gilt, arbeitsplatzbezogene Gefährdungen aufzudecken, Einschränkungen infolge der Krankheit oder des Unfalls zu ermitteln und Leistungspotenziale zu erkennen. Dies bildet die Grundlage, um die weiteren Schritte des BEM zu planen und um festzustellen, ob weitere interne oder externe Kooperationspartner in den Prozess einbezogen werden sollten. Als Grundlage der weiteren Planung muss sich das BEM-Team einen Überblick über die Arbeitssituation des Beschäftigten beschaffen. Soweit vorhanden, wird hierzu die Dokumentation der Gefährdungsbeurteilung einbezogen. Zum Teil müssen die tätigkeitsspezifischen Belastungen weitergehend analysiert werden, was eine zusätzliche Arbeitsplatzbegehung nach sich zieht. Diese wird meist von Betriebsärzten oder einer Fachkraft für Arbeitssicherheit durchgeführt und kann unter Beteiligung externer Kostenträger erfolgen. Wesentlich ist, dass im nächsten Schritt die tätigkeitsspezifischen Merkmale mit

dem Arbeitsfähigkeitsprofil des Beschäftigten abgeglichen werden. Das BEM-Team klärt,

- welche Leistungspotenziale und Einschränkungen vorliegen,
- inwieweit die Einschränkungen für die Ausübung der bisherigen Tätigkeit relevant sind,
- welche technischen oder organisatorischen Maßnahmen ggf. erforderlich sind,
- ob vorübergehend oder auf Dauer eine innerbetriebliche Umsetzung erfolgen sollte.

Diesem Abgleich sollten entsprechende Maßnahmen folgen: z. B. sollten Betroffene schrittweise eingegliedert, Schichtdienste geändert oder ergonomische Hilfen wie höhenverstellbare Schreibtische oder Werkbänke angebracht werden. Des Weiteren kann das BEM-Team auf Basis der Analysen und im Gespräch mit dem Beschäftigten zu dem Ergebnis kommen, dass eine stärkere Zusammenarbeit von Ärzten und Therapeuten der medizinischen oder rehabilitativen Versorgung erforderlich ist, um den Genesungsprozess zu unterstützen. Dem Ausbau eines Netzwerks mit externen Kooperationspartnern – Kostenträgern und Leistungserbringern – messen alle befragten Unternehmen hohe Bedeutung bei.

6.6 Information und Einbindung der Belegschaft

Ein erfolgreich durchgeführtes BEM ist von Vorteil – sowohl für die Betroffenen als auch für das Unternehmen insgesamt. Damit das Angebot angenommen oder sogar aktiv nachgefragt wird, ist es erforderlich, die Belegschaft im Vorfeld über Ziele, Nutzen und gesetzliche Grundlagen zu informieren und Ansprechpartner für weitere Nachfragen zu benennen. Die betriebsinterne Öffentlichkeitsarbeit setzt hierbei auf Informationen bei Betriebs- bzw. Personalversammlungen, auf Rundbriefe, Flyer und Aushänge sowie auf Artikel in Betriebs- und Gewerkschaftszeitungen. Des Weiteren werden firmeninterne Internetseiten für die Darstellung des BEM-Angebots genutzt. Trotz der zahlreichen Informationen bleibt das Problem, dass gesunde Beschäftigte sie oftmals »über-

hören«, wenn sie aktuell nicht relevant sind. Daher suchen viele Betriebe nach weiteren Möglichkeiten, Informationen zu verbreiten:

- im Rahmen von Gesprächen mit Beschäftigten (z. B. Einstellung, Unterweisung, Mitarbeitergespräche) sowie während betriebsärztlichen Routineuntersuchungen werden die Teilnehmenden quasi selbstverständlich informiert
- das Thema BEM wird anhand von Gesundheitstagen/-aktionen verankert
- Vorgesetzte werden beim Aufbau der Vertrauenskultur eingebunden. Des Weiteren können betriebsinterne Ansprechpartner ausgewählt (und geschult) werden, die ihre Kollegen zum Thema Prävention und BEM informieren. Präventionsgespräche im Vorfeld von Arbeitsunfähigkeit können neben den bereits genannten Personen auch die Schwerbehindertenvertretung oder die Betriebs- bzw. Personalräte durchführen. Die Erfahrungen in den befragten Unternehmen zeigen: Idealerweise werden die Informationen zum BEM im persönlichen Gespräch vermittelt, damit sie bewusst zur Kenntnis genommen werden.

6.7 Kooperation mit externen Partnern

Nach § 84 (2) SGB IX sollen die BEM-Teams mit externen Partnern kooperieren, wenn Leistungen der arbeitsplatzbezogenen Rehabilitation in Betracht kommen (vgl. Kap. 6.3). Durch eine erfolgreiche Eingliederung bleiben den Unternehmen nicht nur die Arbeitskräfte erhalten. Auch die Sozialkassen werden entlastet, da Kosten infolge von Arbeitslosigkeit oder Frühverrentung entfallen. Die Rehabilitationsträger (z. B. Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Unfallversicherungsträger, Agentur für Arbeit, Sozialämter) und Integrationsämter können nach § 84 (3) BEM-Systeme durch Prämien oder Bonus fördern. Die Berliner Stadtreinigung hat sich bereits mehrfach erfolgreich um Preise für ihr Eingliederungsmanagement beworben. Die Preisgelder fließen in einen »Topf«, der vom BEM-Team verwaltet wird und durch den zeitnah ein Teil der technischen Hilfsmittel für den Arbeitsplatz vorfinanziert wird.

Für eine erfolgreiche Kooperation sind feste Ansprechpartner wichtig.

Sie erleichtern eine zielorientierte und pragmatische Zusammenarbeit. So können beispielsweise Zeiträume bis zur Aufnahme der Beschäftigten in eine Rehabilitationsmaßnahme verkürzt werden. Die Erfahrungen in den Betrieben zeigen, dass Fragen der Kostenübernahme auf diese Weise schneller geklärt werden. Die Zusammenarbeit mit festen Ansprechpartnern ist insbesondere bei Rentenversicherungsträgern und der Agentur für Arbeit möglich, da es hier für die Betriebe meist nur eine zuständige Organisation gibt. Demgegenüber kann die Zusammenarbeit für den gesamten Betrieb mit Krankenkassen problematisch sein, wenn die Beschäftigten bei unterschiedlichen Kassen versichert sind. Bei der Berliner Stadtreinigung kommen etwa über 60 Krankenkassen in Betracht. Aufgrund dessen kann eine kontinuierliche Zusammenarbeit nur punktuell aufgebaut werden. Mit zwei Krankenkassen wurde die Erstellung einer betriebsbezogenen Krankenstandsanalyse vereinbart. Auf deren Basis werden Konzepte zur Prävention entwickelt.

Bei Tectrion erweist es sich als vorteilhaft, dass fast alle Beschäftigten bei derselben Betriebskrankenkasse versichert sind. Monatlich finden Gespräche mit dem Fall-Manager der BKK statt. Die Hilfen für die Beschäftigten können so effizient gestaltet werden (z. B. Terminvergabe bei Fachärzten, Hinweise auf krankheitsspezifische Versorgungsprogramme). Die Vernetzung mit den Leistungserbringern forciert Tectrion ferner durch ihr Engagement in der Initiative »WeB-Reha«. Hierdurch wird die Zusammenarbeit der Werks- bzw. Betriebsärzte und Rentenversicherungsträger im Rheinland gestärkt.

Als Beitrag zur Netzbildung haben die Stadtwerke München Gespräche am runden Tisch mit den Rehabilitationsträgern etabliert. Sie werden im Bedarfsfall einberufen. Durch die Besetzung mit den unterschiedlichen Trägern können Zuständigkeitsfragen zeitnah geklärt und der Maßnahmenkatalog abgestimmt werden. Den Auf- bzw. Ausbau von Netzwerken sehen alle befragten Betriebe und insbesondere das Westpfalz-Klinikum künftig als prioritäre Aufgabe an. In das Netz sollen neben den Rentenversicherungsträgern, den Krankenkassen und den Arbeitsagenturen als wesentliche Rehabilitationsträger auch die Haus- und Fachärzte eingebunden werden. Aktuell gestaltet sich gerade die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen aufgrund deren Vielzahl schwierig.

6.8 Evaluation: Erfolge und Maßnahmen des BEM in Zahlen

In den Darstellungen zum BEM sowie zum betrieblichen Gesundheitsmanagement wird vielfach auf den doppelten Nutzen hingewiesen, der aus dem Erhalt der Arbeitsfähigkeit resultiert – einerseits für die Beschäftigten, andererseits für den Betrieb. Damit dies keine bloße Behauptung bleibt, sollten die Erfolge und Maßnahmen des BEM im Unternehmen systematisch überprüft werden. Die Evaluation der innerbetrieblichen BEM-Prozesse ermöglicht es zudem, die Arbeitsprozesse der BEM-Akteure kontinuierlich zu verbessern und effizient zu gestalten. Um die Qualität des BEM zu bewerten, sollte seine Struktur, sein Verlauf und seine Ergebnisse herangezogen werden.

Angaben zur Struktur beziehen sich u. a. auf die Anzahl der BEM-Fälle, die Zahl der BEM-Mitglieder, deren Qualifikation (Disability-Manager, Return-to-Work-Koordinator), Entscheidungsbefugnisse und Position in der Betriebshierarchie.

Angaben zum Verlauf betreffen den Ablauf des BEM-Verfahrens (z. B. Kontaktaufnahme, Erstgespräch, Datendokumentation), die Durchführung von Maßnahmen (z. B. Art der Hilfen am Arbeitsplatz, Umsetzung, Betreuungsbedarf, Klärung von Finanzierungsfragen) und das Controlling (z. B. Abschluss bzw. Abbruch von Maßnahmen, Kennzahlen zur Erfolgsmessung).

Die Ergebnisse sind mit Blick auf den Gesamtbetrieb zu werten. Sie umfassen Angaben über die Anzahl der BEM-Berechtigten, über deren Teilnahme- bzw. Abbruchrate sowie über die beabsichtigten Effekte wie z. B. den Erhalt des Arbeitsplatzes. In den befragten Unternehmen steht die Evaluation des BEM am Anfang. Die Betriebe erheben in erster Linie Daten, die auf das Gesamtergebnis bezogen sind. Die Prozesse werden bislang weniger intensiv evaluiert. Allerdings haben die Stadtwerke München ein Kennzahlensystem im Rahmen ihres Gesundheitsmanagements entwickelt. Dieses bietet eine Grundlage für die Evaluation der BEM-Prozesse. Das arbeitsplatzbezogene Kennzahlensystem ist zudem mit dem Personalmanagement verknüpft, so dass Personalentwicklungspläne hierauf abgestimmt werden können. Die Funktionsfähigkeit dieses Systems erfordert ein gutes Vertrauensverhältnis zwi-

schen Arbeitgeber und Arbeitnehmern. Grundsätzlich stellt sich die Frage, wie es sich vermeiden lässt, dass Daten missbräuchlich verwendet werden. Ziel sollte in jedem Fall sein, für alle Arbeitskräfte einen geeigneten Arbeitsplatz zu finden und langfristige Beschäftigungsperspektiven zu bieten.

Durch das BEM wird das Krankheitsgeschehen in den Betrieben transparenter als zuvor. Übereinstimmend kommen die Betriebe zu dem Ergebnis, dass die Zahl der BEM-Berechtigten deutlich höher ist als anfangs erwartet. Einige Unternehmen stellen überrascht fest, dass ein Teil der Erkrankten länger als 100 Tage arbeitsunfähig ist, während andere mehrfach im Jahr kurzzeitig krankgemeldet sind. Das BEM bietet die Möglichkeit, dass der Betrieb mit den verschiedenen Gruppen ins Gespräch kommt. Ziel ist es, gemeinsam eine Lösung zu finden, die hilft, die Arbeitsunfähigkeit der Beschäftigten zu überwinden und den Arbeitsplatz zu erhalten. Kommen die Unternehmen ihrer Pflicht nicht nach, kann es passieren, dass ein Teil der alternden Belegschaft aufgrund von chronischen Krankheiten ausfällt, da die Betroffenen nurmehr bedingt arbeitsfähig sind. Für sie besteht das Risiko, dauerhaft aus dem Arbeitsprozess ausgegliedert zu werden – mit allen nachteiligen Konsequenzen für die soziale Absicherung.

Die Erfahrung in den Betrieben zeigt: Durch eine systematische vertrauensvolle BEM-Arbeit wächst die Bereitschaft der Beschäftigten, am BEM teilzunehmen. Bei Tectrion stieg die Teilnahmerate in den letzten Jahren von 30 auf über 40 % der Belegschaft. Die Berliner Stadtreinigung verzeichnet insbesondere Erfolge bei der Eingliederung auf den alten Arbeitsplatz: Der Anteil der BEM-Berechtigten, die ihren alten Arbeitsplatz wieder einnehmen konnten, ist von rund 20 % auf mehr als 50 % angestiegen. Hingegen halbierte sich der Anteil derjenigen, die in den (Vor-) Ruhestand gingen oder einen Auflösungsvertrag erhielten, von knapp 20 % auf weniger als 10 %. Die Zahl der BEM-Fälle bei der BSR insgesamt hat sich von 2006 bis 2009 von 58 auf 118 Beschäftigte verdoppelt.

Die Ergebnisse einer systematischen Evaluation dienen quasi als Nachweis und bestärken die Geschäftsführung darin, sich über das gesetzlich Geforderte hinaus für die Prävention im Betrieb einzusetzen. Die Berliner Stadtreinigung ergänzt dies um eine finanzielle Bewertung der Kosten (Zeitaufwand des BEM-Teams) und des Nutzens (Verkürzung der Arbeitsunfähigkeitszeiten). Ein Nachweis über die Erfolge des BEM und

die Darstellung von Beispielen einer gelungenen Eingliederung kann gleichfalls für die betriebsinterne Öffentlichkeitsarbeit genutzt werden und darüber das Vertrauen der Beschäftigten in die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers stärken. Dies wirkt sich letztendlich positiv aus auf das Image des Unternehmens samt der damit verbundenen Wettbewerbsvorteile.

6.9 Handlungsempfehlungen

Die Kernaussagen der Zusammenfassung werden im Folgenden komprimiert dargestellt, um einen schnellen Einstieg in die betriebliche Praxis des BEM zu ermöglichen.

Ziele und Erfolgskriterien

- Das BEM ist Bestandteil eines umfassenden Gesundheitsmanagements. Um es erfolgreich umzusetzen ist eine Kooperation aller beteiligten inner- und außerbetrieblichen BEM-Akteure erforderlich, die sich auf qualitätsgesicherte Verfahren stützt.
- Die Erfolgskriterien für ein BEM (z. B. Erhalt des alten Arbeitsplatzes) müssen von jedem Betrieb definiert und verbindlich festgelegt werden (BV/DV).
- Die Teilnahme für die Beschäftigten ist freiwillig. Sie haben die Hoheit über das Verfahren.

Regularien und Betriebsvereinbarung/Dienstvereinbarung (BV/DV)

- Statt einer Integrationsvereinbarung sollte eine BV/DV abgeschlossen werden: Letztere verfügt über eine größere rechtliche Verbindlichkeit und ist damit wirksamer und nachhaltiger. Darüber hinaus wird durch eine BV/DV der BEM-Prozess sowohl für die BEM-Akteure als auch für die Beschäftigten transparenter.
- Ist eine Integrationsvereinbarung bereits im Betrieb vorhanden, sollten die Inhalte in die BV/DV einfließen, um Bewährtes fortführen zu können.
- Um die Kooperation der innerbetrieblichen Akteure aktiv und kon-

struktiv zu gestalten, sollte die Schwerbehindertenvertretung bei der BV/DV mitwirken.

- Eine Konzernbetriebsvereinbarung kann den Rahmen des BEM bilden. Weitere Betriebsvereinbarungen in den beteiligten Betrieben sollten die Bedingungen vor Ort einbeziehen.

Mitglieder des BEM-Teams und ihre Aufgaben

- Der Arbeitgeber hat die Pflicht den Langzeit- bzw. Mehrfacherkrankten ein BEM anzubieten.
- Das BEM-Team sollte zentral, fachkompetent und neutral gesteuert werden. Die einzig anerkannte internationale Ausbildung in diesem Bereich bietet der Disability Manager, der durch einen Return-to-Work-Koordinator sinnvoll unterstützt werden kann. Davon unabhängig müssen auch die Mitglieder des BEM-Teams für die Wahrnehmung ihrer Aufgabe geschult werden. In die Schulungen sollten die Führungskräfte einbezogen werden: Sie unterstützen die erfolgreiche Eingliederung am Arbeitsplatz.
- Die Aufgaben, Zuständigkeitsbereiche und Pflichten der BEM-Akteure sollten in der BV/DV verankert sein ebenso wie die Verfahrensweisen des BEM-Prozesses und der Zusammenarbeit mit den inner- und außerbetrieblichen Kooperationspartnern.
- In vielen Betrieben wird der Betriebs- bzw. Werkсарzt beratend hinzugezogen. Dies setzt ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und BEM-Berechtigten voraus, da im Gespräch häufig sensible Daten angesprochen werden.

Information und Datenschutz

- Kooperation erfordert Information.
- Der oberste Grundsatz des Datenschutzes lautet Datensparsamkeit: So viele Daten wie nötig, so wenig wie möglich!
- »Nichts über mich ohne mich!«: Der oder die BEM-Berechtigte muss die Steuerungshoheit erhalten, ob und welche krankheitsbezogenen Daten – wenn sinnvoll – freigegeben werden, z. B. keine Diagnose-daten, sondern Daten mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit.
- Zum Datenschutz muss eine BV/DV vorliegen, sofern dieser nicht bereits in der BV/DV zum BEM geregelt ist. Gleiches gilt für die Dokumentation und Aufbewahrung personenbezogener Daten.

- Personenbezogene Daten müssen an einem neutralen Ort gelagert werden bzw. in einem Computer, der nicht an das Betriebsnetz angeschlossen ist. Sie dürfen nur zuvor benannten Zugangsberechtigten zur Verfügung stehen (siehe BV/DV).

Schrittfolge der Prozesse

Ein Erfolgskriterium für das BEM ist die Einhaltung der zehn Handlungsschritte (siehe DGB-Handungsleitfaden, Giesert/Wendt 2011)

1. Orientierungsphase
2. Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung
3. Unterweisung im Dialog
4. Feststellung der Arbeitsunfähigkeit von mehr als 6 Wochen
5. Kontaktaufnahme zu den Betroffenen
6. Erstgespräch
7. Analyse des Arbeitsplatzes
8. Anforderungen an die Beschäftigten und deren Fähigkeiten
9. Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen
10. Wirksamkeitsprüfung, Evaluation und Durchführung

Information und Einbindung der Belegschaft

- Die Bereitschaft zur Teilnahme am BEM setzt im Betrieb eine Vertrauenskultur voraus, durch die der Umgang mit Gesundheit und Krankheit als Selbstverständlichkeit empfunden wird.
- Folgende Informationen sind für die Belegschaft hilfreich: betriebliche Ansprechpartner, Ziele, Nutzen, gesetzliche Grundlagen des BEM wie z. B. Freiwilligkeit und Datenschutzregelungen.
- Die Einbindung der Belegschaft kann nicht über Krankenrückkehrgespräche erfolgen. Dabei handelt es sich um disziplinarische Maßnahmen, die eher eine Misstrauenskultur fördern und damit kontraproduktiv auf das BEM wirken.

Kooperation mit Externen

Ein Netzwerk von inner- und außerbetrieblichen Akteuren zu bilden ist notwendig, um die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten wiederherzustellen, zu erhalten und zu fördern (z. B. kurze Dienstwege, zusätzliche Gelder).

Evaluation

- Die Evaluation der BEM-Prozesse ist erforderlich, um den Nutzen für den Betrieb und die Beschäftigten darzustellen und die Abläufe selbst kontinuierlich zu verbessern (Qualitätsmanagement).
- Die Evaluation macht Handlungsbedarfe bei Arbeitsschutz, BEM und betrieblicher Gesundheitsförderung sichtbar.

Ziel ist es, die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten nicht nur wiederherzustellen, sondern zu erhalten, zu fördern und im BGM zu verankern.

Literatur- und Internethinweise

Literatur

Bieker, R. (Hg.) (2005): Teilhabe am Arbeitsleben. Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderungen, Stuttgart.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen BIH (Hg.) (2005): ABC Behinderung & Beruf, Handbuch für die betriebliche Praxis, 2., überarbeitete Ausgabe, Wiesbaden.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2004): Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX vom 22. März 2004, Download unter www.bar-frankfurt.de.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2007): Regionale Initiative Betriebliches Eingliederungsmanagement, Abschlussbericht über das Modellprojekt, Berlin.

DGB Bildungswerk e.V. (2005): 1. Werkstatt Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen – Betriebliches Eingliederungsmanagement, BMW Regensburg (Hg.).

DGB Bildungswerk e.V. (2006a): 2. Werkstatt Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen – Betriebliches Eingliederungsmanagement, Berliner Stadtreinigung (Hg.).

DGB Bildungswerk e.V. (2006b): 10. Workshop Betriebliche Gesundheitsförderung: Eingliedern statt entlassen – ein betriebliches Eingliederungsmanagement aufbauen, Starnberg.

DGB Bundesvorstand (2006): Teilhabe am Arbeitsleben, Ratgeber für ArbeitnehmerInnen mit Behinderung, Berlin.

Eggerdinger, Christine/Giesert, Marianne (2004): Unterweisung: Führen, Beteiligen, Erkennen und Vermindern von psychischen Belastungen, INQA-Bericht Nr. 7, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.), Düsseldorf.

Feldes, Werner (2003): Handbuch Integrationsvereinbarung, Frankfurt am Main.

Feldes, Werner/Kamm, Rüdiger/Peiseler, Manfred/von Seggern, Burkhard/Westermann, Bernd/Witt, Harald (2009): Schwerbehindertenrecht. Basiskommentar zum SGB IX mit Wahlordnung, 10., überarbeitete und aktualisierte Auflage, Frankfurt am Main.

Giesert, Marianne/Geißler, Heinrich (2003): Betriebliche Gesundheitsförderung, Reihe Betriebs- und Dienstvereinbarungen, Hans-Böckler-Stiftung (Hg.), Frankfurt.

Giesert, Marianne/Tempel, Jürgen (2005): Arbeitsfähigkeit 2010 – Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? Fakten und Chancen des Alters und Alterns im Arbeitsleben, Gemeinschaftsinitiative Gesünder arbeiten (Hg.), Düsseldorf.

Giesert, Marianne (2010): Zukunftsfähige Gesundheitspolitik im Betrieb, Reihe Betriebs- und Dienstvereinbarungen, Fallstudien, Hans-Böckler-Stiftung (Hg.), Frankfurt.

Giesert, Marianne/Wendt, Cornelia (2011): Handlungsleitfaden für ein Betriebliches Eingliederungsmanagement, Düsseldorf, Hans-Böckler-Stiftung (Hg.), Arbeitspapier 199, Download unter www.boeckler.de/Veroeffentlichungen/Arbeitspapiere.

Giesert, Marianne (Hg.) (2011): Arbeitsfähig in die Zukunft. Willkommen im Haus der Arbeitsfähigkeit, Hamburg.

IG Metall/Ver.di (2005): Prävention und Eingliederungsmanagement. Arbeitshilfe für Schwerbehindertenvertretungen, Betriebs- und Personalräte, Frankfurt am Main.

IG Metall (2005): Eingliedern statt kündigen. Gesundheit und demografischer Wandel im Betrieb, Frankfurt am Main.

Ilmarinen, Juhani/Tempel, Jürgen (2002): Arbeitsfähigkeit 2010 – Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben?, M. Giesert/DGB Bildungswerk e.V. (Hg.), Hamburg.

Kiesche, Eberhard (2011): Krankenrückkehrgespräche und Fehlzeitenmanagement, Reihe Betriebs- und Dienstvereinbarungen, Hans-Böckler-Stiftung (Hg.), Düsseldorf

Kohte, Wolfhardt (2005): Das SGB IX als arbeits- und sozialrechtliche Grundlage der Teilhabe am Arbeitsleben, in: Zeitschrift für Sozialreform Sonderheft 2005, S. 7–35.

Kohte, Wolfhardt (2008): Betriebliches Eingliederungsmanagement und Bestandsschutz, Der Betrieb 2008, S. 582–587.

Landschaftsverband Rheinland – Integrationsamt (Hg.) (2010): Hand-

lungsempfehlungen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement, Köln.

Magin, Johannes (2004): Betriebliches Eingliederungsmanagement nach dem SGB IX, Projekt Integrationsteam des BMW-Werks Regensburg, Integrationsamt der Regierung der Oberpfalz (Hg.), Regensburg.

Mehrhoff, F./Schönle, P.W. (Hg.) (2005): Betriebliches Eingliederungsmanagement. Leistungsfähigkeit von Mitarbeitern sichern, 1. Auflage, Stuttgart.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2004): tiptop in NRW. Gefährdungsbeurteilung am Arbeitsplatz. Ein Handlungsleitfaden der Arbeitsschutzverwaltung NRW, Düsseldorf.

Niehaus, Mathilde/Magin, Johannes/Marfels, Britta/Vater, Gudrun E./Werkstetter, Eveline (2008): Betriebliches Eingliederungsmanagement. Studie zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement nach § 84 (2) SGB IX, Köln.

Oppolzer, Alfred (2006): Gesundheitsmanagement im Betrieb. Integration und Koordination menschengerechter Gestaltung von Arbeit, Hamburg.

Oppolzer, Alfred (2007): Zum Managementcharakter des BEM. Qualitätskriterien für das betriebliche Eingliederungsmanagement, in: Arbeitsrecht im Betrieb, Heft 1/2007, S. 37–41.

Oppolzer, Alfred/Brandenburg, Stephan/Palscherm, Kerstin/Wiedermann, Alfred (2008): Integration der Wiedereingliederung in das betriebliche Management, in: die BG, Heft 2/Februar 2008, S. 59–66.

Romahn, Regine (2006): Gefährdungsbeurteilungen, Reihe Betriebs- und Dienstverienbarungen, Hans-Böckler-Stiftung (Hg.), Frankfurt am Main.

Romahn, Regine (2007): Eingliederung von Leistungsveränderten, Reihe Betriebs- und Dienstverienbarungen, Hans-Böckler-Stiftung (Hg.), Frankfurt am Main.

Stegmann, Ralf (2007): Gute Integrationsarbeit in der Privatwirtschaft und im Öffentlichen Dienst – allgemeine Rahmenbedingungen, individuelles Fallmanagement und externe Vernetzung. Exemplarische Aufarbeitung der Integrations-, Präventions- und Rehabilitationsarbeit am Beispiel des § 84 SGB IX, Hans Böckler Stiftung (Hg.) Düsseldorf.

ver.di/IG Metall/Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (Hg.) (2006): SBV 1, Zentrale Aufgaben der Schwerbehindertenvertre-

tung. Grundlagenseminar. Teilhabe behinderter Menschen und betriebliche Praxis, Berlin.

ver.di/IG Metall/Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (Hg.) (2006): SBV 2, Beschäftigung fördern und sichern. Teilhabe behinderter Menschen und betriebliche Praxis, Berlin

ver.di/IG Metall/Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (Hg.) (2006): SBV 3, Gesundheitsprävention durch betriebliches Eingliederungsmanagement. Arbeitsfähigkeit erhalten und sichern, Berlin

Internethinweise

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter:

www.integrationsaemter.de

Bundesagentur für Arbeit »Medien zur Teilhabe behinderter Menschen«: **www.ausbildungberufchancen.de**

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: **www.baua.de**

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: **www.bar-frankfurt.de**

Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung:

www.bmg.bund.de

Bundesministerium für Arbeit und Soziales: **www.bmas.bund.de**

Deutsche gesetzliche Unfallversicherung: **www.dguv.de**

DGB Bildungswerk BUND: **www.neue-wege-im-bem.de**

Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung:

www.dnbgf.de

Infoline Gesundheitsförderung/Informationsdienst »Gesundheit im Betrieb«: **www.sozialnetz-hessen.de**

Initiative Neue Qualität der Arbeit: **www.inqa.de**

Netzwerk zur Anwendung des Arbeitsfähigkeitsindex:

www.arbeitsfaehigkeit.net

»Öffentlichkeits- und Marketingstrategie demographischer Wandel« – ein Projekt des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF): **www.demotrans.de**

»Gute Arbeit« – Zeitschrift für Gesundheitsschutz und Arbeitsgestaltung: **www.gutearbeit-online.de**

EIBE Projekt – Entwicklung und Integration eines betrieblichen Eingliederungsmanagements: **www.eibe-projekt.de**

Das Archiv Betriebliche Vereinbarungen der Hans-Böckler-Stiftung

Die Hans-Böckler-Stiftung verfügt über die bundesweit einzige bedeutende Sammlung betrieblicher Vereinbarungen, die zwischen Unternehmensleitungen und Belegschaftsvertretungen abgeschlossen werden. Derzeit enthält unser Archiv etwa 12 000 Vereinbarungen zu ausgewählten betrieblichen Gestaltungsfeldern.

Unsere breite Materialgrundlage erlaubt Analysen zu betrieblichen Gestaltungspolitiken und ermöglicht Aussagen zu Trendentwicklungen der industriellen Beziehungen in deutschen Betrieben.

Regelmäßig werten wir betriebliche Vereinbarungen in einzelnen Gebieten aus. Leitende Fragen dieser Analysen sind: Wie haben die Akteure die wichtigsten Aspekte geregelt? Welche Anregungen geben die Vereinbarungen für die Praxis? Wie ändern sich Prozeduren und Instrumente der Mitbestimmung? Existieren ungelöste Probleme und offene Fragen? Die Analysen betrieblicher Vereinbarungen zeigen, welche Regelungsweisen und -verfahren in Betrieben bestehen. Die Auswertungen verfolgen dabei nicht das Ziel, Vereinbarungen zu bewerten, die Hintergründe und Strukturen in den Betrieben und Verwaltungen sind uns nicht bekannt. Ziel ist es, betriebliche Regelungspraxis abzubilden, Trends aufzuzeigen und Gestaltungshinweise zu geben.

Bei Auswertungen und Zitaten aus Vereinbarungen wird streng auf Anonymität geachtet. Die Kodierung am Ende eines Zitats bezeichnet den Standort der Vereinbarung in unserem Archiv und das Jahr des Abschlusses. Zum Text der Vereinbarungen haben nur Mitarbeiterinnen des Archivs und Autorinnen und Autoren Zugang.

Zusätzlich zu diesen Auswertungen werden vielfältige anonymisierte Auszüge aus den Vereinbarungen auf der beiliegenden CD-ROM und der Online-Datenbank im Internetauftritt der Hans-Böckler-Stiftung zusammengestellt.

Unser Ziel ist es, anschauliche Einblicke in die Regelungspraxis zu geben und Vorgehensweisen und Formulierungen anzuregen.

Darüber hinaus, gehen wir in betrieblichen Fallstudien gezielt Fragen nach, wie die abgeschlossenen Vereinbarungen umgesetzt werden und wie die getroffenen Regelungen in der Praxis wirken.

Das Internetangebot des Archivs Betriebliche Vereinbarungen ist unmittelbar zu erreichen unter www.boeckler.de/betriebsvereinbarungen. Anfragen und Rückmeldungen richten Sie bitte an

betriebsvereinbarung@boeckler.de

oder direkt an

Dr. Manuela Maschke

0211-7778-224, E-Mail: *Manuela-Maschke@boeckler.de*

Jutta Poesche

0211-7778-288, E-Mail: *Jutta-Poesche@boeckler.de*

Henriette Pohler

0211-7778-167, E-Mail: *Henriette-Pohler@boeckler.de*

Reihe Betriebs- und Dienstvereinbarungen

Bereits erschienen:

Marianne Giesert · Adelheid Weßling Betriebliches Eingliederungsmanagement in Großbetrieben	Fallstudien 978-3-7663-6118-9	2012
Sven Hinrichs Personalauswahl und Auswahlrichtlinien	978-3-7663-6116-5	2011
Edgar Rose · Roland Köstler Mitbestimmung in der Europäischen Aktiengesellschaft (SE)	978-3-7663-6088-5	2011
Hiltraud Grzech-Sukalo · Kerstin Hänecke Diskontinuierliche Schichtsysteme	978-3-7663-6061-8	2011
Nikolai Laßmann · Rudi Rupp Beschäftigungssicherung	978-3-7663-6076-2	2010
Regine Romahn Betriebliches Eingliederungsmanagement	978-3-7663-6071-7	2010
Gerd Busse · Claudia Klein Duale Berufsausbildung	978-3-7663-6067-0	2010
Karl-Hermann Böker Zeitwirtschaftssysteme	978-3-7663-3942-3	2010
Detlef Ullenboom Freiwillige betriebliche Sozialleistungen	978-3-7663-3941-6	2010
Nikolai Laßmann · Dietmar Röhricht Betriebliche Altersversorgung	978-3-7663-3943-0	2010
Marianne Giesert Zukunftsfähige Gesundheitspolitik im Betrieb	Fallstudien 978-3-7663-3798-6	2010
Thomas Breisig AT-Angestellte	978-3-7663-3944-7	2010
Reinhard Bechmann Qualitätsmanagement und kontinuierlicher Verbesserungsprozess	978-3-7663-6012-0	2010
Berthold Göritz · Detlef Hase · Nikolai Laßmann · Rudi Rupp Interessenausgleich und Sozialplan	978-3-7663-6013-7	2010
Thomas Breisig Leistung und Erfolg als Basis für Entgelte	978-3-7663-3861-7	2009
Sven Hinrichs Mitarbeitergespräch und Zielvereinbarung	978-3-7663-3860-0	2009
Christine Zumbeck Leiharbeit und befristete Beschäftigung	978-3-7663-3859-4	2009
Karl-Hermann Böker Organisation und Arbeit von Betriebs- und Personalräten	978-3-7663-3884-6	2009

Ronny Heinkel Neustrukturierung von Betriebsratsgremien nach § 3 BetrVG		978-3-7663-3885-3	2008
Christiane Lindecke Flexible Arbeitszeiten im Betrieb	Fallstudien	978-3-7663-3800-6	2008
Svenja Pfahl · Stefan Reuyß Gelebte Chancengleichheit im Betrieb	Fallstudien	978-3-7663-3799-3	2008
Karl-Hermann Böker E-Mail-Nutzung und Internetdienste		978-3-7663-3858-7	2008
Ingo Hamm Flexible Arbeitszeit – Kontenmodelle		978-3-7663-3729-0	2008
Werner Nienhüser · Heiko Hoßfeld Verbetrieblischung aus der Perspektive betrieblicher Akteure	Forschung für die Praxis	978-3-7663-3905-8	2008
Martin Renker Geschäftsordnungen von Betriebs- und Personalräten		978-3-7663-3732-0	2007
Englische Ausgabe Integrating Foreign National Employees		987-3-7663-3753-5	2007
Karl Hermann Böker Flexible Arbeitszeit – Langzeitkonten		978-3-7663-3731-3	2007
Hartmut Klein-Schneider Flexible Arbeitszeit – Vertrauensarbeitszeit		978-3-7663-3725-2	2007
Regine Romahn Eingliederung von Leistungsveränderten		978-3-7663-3752-8	2007
Robert Kecskes Integration und partnerschaftliches Verhalten	Fallstudien	978-3-7663-3728-3	2006
Manuela Maschke · Gerburg Zuholt Chancengleich und familienfreundlich		978-3-7663-3726-2	2006
Edgar Bergmeier · Andreas Hoppe Personalinformationssysteme		978-3-7663-3730-6	2006
Regine Romahn Gefährdungsbeurteilungen		978-3-7663-3644-4	2006
Reinhild Reska Call Center		978-3-7663-3727-0	2006
Englische Ausgabe Occupational Health Policy		978-3-7663-3753-5	2006
Gerd Busse · Winfried Heidemann Betriebliche Weiterbildung		978-3-7663-3642-8	2005
Englische Ausgabe European Works Councils		978-3-7663-3724-6	2005
Berthold Göritz · Detlef Hase · Anne Krehnker · Rudi Rupp Interessenausgleich und Sozialplan		978-3-7663-3686-X	2005
Maria Büntgen Teilzeitarbeit		978-3-7663-3641-X	2005
Werner Nienhüser · Heiko Hoßfeld Bewertung von Betriebsvereinbarungen durch Personalmanager	Forschung für die Praxis	978-3-7663-3594-4	2004

Hellmut Gohde Europäische Betriebsräte	978-3-7663-3598-7	2004
Semiha Akin · Michaela Dälken · Leo Monz Integration von Beschäftigten ausländischer Herkunft	978-3-7663-3569-3	2004
Karl-Hermann Böker Arbeitszeiterfassungssysteme	978-3-7663-3568-5	2004
Heinz Braun · Christine Eggerdinger Sucht und Suchtmittelmissbrauch	978-3-7663-3533-2	2004
Barbara Jentgens · Lothar Kamp Betriebliches Verbesserungsvorschlagswesen	978-3-7663-3567-7	2004
Wilfried Kruse · Daniel Tech · Detlef Ullenboom Betriebliche Kompetenzentwicklung*	Fallstudien 978-3-935145-57-8	2003
Judith Kerschbaumer · Martina Perreng Betriebliche Altersvorsorge	978-3-9776-3514-6	2003
Frank Havighorst · Susanne Gesa Umland Mitarbeiterkapitalbeteiligung	978-3-7663-3516-2	2003
Barbara Jentgens · Heinzpeter Höller Telekommunikationsanlagen	978-3-7663-3515-4	2003
Karl-Hermann Böker EDV-Rahmenvereinbarungen	978-3-7663-3519-7	2003
Marianne Giesert · Heinrich Geißler Betriebliche Gesundheitsförderung	978-3-7663-3524-3	2003
Ferdinand Gröben Betriebliche Gesundheitspolitik	978-3-7663-3523-5	2003
Werner Killian · Karsten Schneider Umgestaltung des öffentlichen Sektors	978-3-7663-3520-0	2003
Hartmut Klein-Schneider Personalplanung*	978-3-935145-19-5	2001
Winfried Heidemann Hrsg. Weiterentwicklung von Mitbestimmung im Spiegel betrieblicher Vereinbarungen*	978-3-935145-17-9	2000
Hans-Böckler-Stiftung Beschäftigung – Arbeitsbedingungen – Unternehmensorganisation*	978-3-935145-12-8	2000
Englische Ausgabe Employment, working conditions and company organisation*	978-3-935145-12-6	2000
Lothar Kamp Telearbeit*	978-3-935145-01-2	2000
Susanne Gesa Umland · Matthias Müller Outsourcing*	978-3-935145-08-X	2000
Renate Büttner · Johannes Kirsch Bündnisse für Arbeit im Betrieb*	Fallstudien 978-3-928204-77-7	1999
Winfried Heidemann Beschäftigungssicherung*	978-3-928204-80-7	1999
Hartmut Klein-Schneider Flexible Arbeitszeit*	978-3-928204-78-5	1999

Siegfried Leittretter Betrieblicher Umweltschutz*	978-3-928204-77-7	1999
Lothar Kamp Gruppenarbeit*	978-3-928204-77-7	1999
Hartmut Klein-Schneider Leistungs- und erfolgsorientiertes Entgelt*	978-3-928204-97-4	1998

Die in der Liste nicht gekennzeichneten Buchtitel gehören insgesamt zu den »Analysen und Handlungsempfehlungen«.

Die mit einem *Sternchen gekennzeichneten Bücher sind über den Buchhandel (ISBN) oder den Setzkasten per Mail: mail@setzkasten.de (Bestellnummer) erhältlich. Darüber hinaus bieten wir diese Bücher als kostenfreie Pdf-Datei im Internet: www.boeckler.de an.

Bücher und Buchreihen der Hans-Böckler-Stiftung

Reihe Betriebs- und Dienstvereinbarungen

Analyse und Handlungsempfehlungen



Nicolai Laßmann
Rudi Rupp

Beschäftigungs- sicherung

ISBN 987-3-7663-6076-2
2010, 122 Seiten,
kartoniert, € 12,90
mit CD-ROM

In wirtschaftlich schwierigen Zeiten steht Beschäftigungssicherung ganz oben auf der Agenda der Betriebsratsarbeit. Gegensätzliche Interessen der Arbeitgeber und Arbeitnehmervertreter treten hervor: Kostensenkung versus Arbeitsplatzsicherung.

Auch die Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit kann Anlass sein, um mit Betriebsräten und Gewerkschaften Maßnahmen zu vereinbaren. Flexible Arbeitszeiten und die Qualifizierung der Belegschaft stehen dann häufig im Vordergrund. Neben beschäftigungssichernden Zusagen finden sich in Betriebs- und Dienstvereinbarungen auch beschäftigungsfördernde Maßnahmen, wie der Erhalt von Ausbildungsplätzen oder die Übernahme von Auszubildenden nach der Ausbildung. Auch die Entfristung befristeter Verträge und die Schaffung neuer Arbeitsplätze werden vereinzelt geregelt.

Die Auswertung von 110 Vereinbarungen aus den Jahren 1998 bis 2009 zeigt Trends und gibt Hinweise sowie Anregungen für die Gestaltung eigener Vereinbarungen.



Sie finden mehr Informationen, Downloads und unsere
Online-Datenbank im Internet unter:
www.boeckler.de/betriebsvereinbarungen

Bücher und Buchreihen der Hans-Böckler-Stiftung

Reihe Betriebs- und Dienstvereinbarungen

Analyse und Handlungsempfehlungen



Thomas Breisig

AT-Angestellte

ISBN 978-3-7663-3944-7

2010, 145 Seiten

kartoniert, € 12,90

mit CD-ROM

In vielen Branchen gibt es so genannte Außertarifliche Angestellte (AT-Angestellte). Sie arbeiten etwa in besonders verantwortlichen Positionen oder mit umfangreichen Spezialkenntnissen. Anforderungen und Vergütungen sind höher als im jeweiligen Tarifvertrag für die höchste Vergütungsgruppe festgelegt. AT-Angestellte fallen aus dem Tarifvertrag heraus, werden aber vom Betriebsrat nach dem Betriebsverfassungsgesetz vertreten. Die Betriebsparteien regeln einen Großteil der Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen wie Arbeitszeit, Vergütungsregelungen, Urlaub usw.

In der Analyse werden erstmals in größerem Umfang betriebliche Vereinbarungen speziell mit Bezug auf AT-Angestellte ausgewertet. Gezeigt wird, wie Betriebsparteien Fragen der Arbeitsbedingungen für AT-Angestellte regeln. Anregungen und Tipps unterstützen bei der Gestaltung eigener Vereinbarungen.



Sie finden mehr Informationen, Downloads und unsere Online-Datenbank im Internet unter:

www.boeckler.de/betriebsvereinbarungen