

WORKING PAPER FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Nummer 206, Februar 2021

Lotsen und Netzwerke in der betrieblichen Gesundheitspolitik

**Praxisbeispiele für
eine inklusive Gesundheitspolitik in
kleinen und mittleren Unternehmen**

Wolfhard Kohte und Susanne Kaufmann

© 2021 by Hans-Böckler-Stiftung
Georg-Glock-Straße 18, 40474 Düsseldorf
www.boeckler.de



„Lotsen und Netzwerke in der betrieblichen Gesundheitspolitik“ von
Wolfhard Kohte und Susanne Kaufmann ist lizenziert unter

Creative Commons Attribution 4.0 (BY).

Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell.
(Lizenztext: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode>)

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. von Schaubildern, Abbildungen, Fotos und Textauszügen erfordert ggf. weitere Nutzungsgebühren durch den jeweiligen Rechteinhaber.

ISSN 2509-2359

Inhalt

Zusammenfassung.....	5
1. Einleitung.....	9
1.1 Gesellschaftspolitischer Kontext	9
1.2 Basisinformationen	10
1.3 Die Bedeutung eines geschlechtersensiblen BEM als Katalysator für den betrieblichen Gesundheitsschutz.....	14
2. Begriffe, Thesen und Stand der Forschung.....	16
2.1 Charakteristika und Besonderheiten von KMU	16
2.2 BEM in KMU	17
2.3 Die Mobilisierung des externen Sachverstands durch Lotsen und Netzwerke	19
3. Untersuchungsgrundlage – Methodik/Vorgehensweise.....	22
3.1 Einschlägige Studien	22
3.2 Quantitative Daten (RE-BEM)	23
3.3 Qualitative Interviews.....	24
4. Ergebnisse der Online-Befragung RE-BEM	27
4.1 Unterstützungsbedarf der kleinen und mittleren Unternehmen.....	29
4.2 Vergleich KMU bis 199 Beschäftigte – Planer vs. Praktiker.....	30
4.3 Vergleich KMU und Großbetriebe	32
4.4 Inanspruchnahme von externen Hilfen und Anregungen in der BEM-Praxis	38
4.5 BEM-Praktiker – Inanspruchnahme von Fördermitteln	42
5. Akteure und Organisationen	46
5.1 Handwerk	46
5.2 Unfallversicherung	52
5.3 Gesetzliche Rentenversicherung	61
5.4 Gesetzliche Krankenversicherung.....	66
5.5 Integrationsämter	74

5.6 Verbände	81
5.7 Zivilgesellschaftliche Organisationen	85
6. Lotsen als Vermittler und Motoren des Leitbildwechsels	95
7. Arbeits- und sozialpolitische Optionen und Konsequenzen	99
7.1 Betriebliche Interessenvertretungen und Lotsen – eine wichtige Kombination.....	99
7.2 Sozialrechtliche Lotsenförderung	101
7.3 Rehabilitationsträger und aufsuchende Beratung.....	102
Literatur.....	104
Autorin und Autor	113

Zusammenfassung

Die Innenwelt von Kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) und die Außenwelt der in Deutschland fragmentierten und differenziert gegliederten Rehabilitationsträger sind durch eine deutliche soziale und kulturelle Divergenz gekennzeichnet. Diese Divergenz ist, soweit es an Brückenorganisationen fehlt, ein Hindernis für die Entfaltung einer inklusiven betrieblichen Gesundheitspolitik, wohingegen sich die Wechselwirkung zwischen den verschiedenen betrieblichen Akteuren und den sozialrechtlich verfassten Organisationen bei großen, gut organisierten Unternehmen als ein erfolgreiches Element der deutschen Sozialpolitik entwickelt und bestätigt hat. Insoweit ist Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe mit vielen verantwortlichen Akteuren, die sich auf betrieblicher Ebene im Zusammenspiel von Arbeitsschutz, Betrieblicher Gesundheitsförderung und Betrieblichem Eingliederungsmanagement – ggf. zusammengefasst in einem Betrieblichen Gesundheitsmanagement – niederschlägt.

Für KMU ist die Entwicklung einer inklusiven betrieblichen Gesundheitspolitik dringlich, weil mit dem demografischen Wandel und der wachsenden Bedeutung des Fachkräftemangels die Erhaltung und Festigung der Beschäftigungsfähigkeit der Belegschaft als eine personalpolitische Schlüsselfrage zu qualifizieren ist. In dieser Konstellation sind für die Sicherung der gesundheitlichen Beschäftigungsfähigkeit betriebsnahe Lösungen zu finden. In KMU werden übergreifende Aufgaben der Personalentwicklung oft „nebenbei“ bewältigt, zudem sind die finanziellen Möglichkeiten gering. Somit fehlen hier oft die Ressourcen, um Probleme, die außerhalb des unmittelbaren Kerngeschäfts liegen, vorausschauend zu erkennen und adäquat zu bearbeiten.

Auf der anderen Seite sind die personalen Beziehungen in KMU auch Aktivposten und können zusätzliche Ressourcen und Aktivitäten ermöglichen. In verschiedenen Forschungsprojekten sind daher Leitbilder entwickelt worden, wie diese Konstellationen eine spezifische präventive Betriebspolitik fördern können. KMU dürfen daher nicht als Betriebe verstanden werden, die im Verhältnis zu Großbetrieben „defizitär“ sind; vielmehr geht es darum, die Chancen solcher Betriebe mit flachen Hierarchien zur Entwicklung einer eigenständigen betrieblichen Gesundheitspolitik herauszuarbeiten. Eine für unser Projekt durchgeführte Sonderauswertung des Projekts „RE-BEM“ hat ermittelt, dass es auch in KMU, vor allem in Betrieben zwischen 50 und 200 Beschäftigten, eine beachtliche Gruppe von Akteuren, vor allem aus Betriebsräten und einzelnen Schwerbehindertenvertretungen (SBV) gibt, die sich mit entspre-

chender Unterstützung auf diesem Gebiet engagieren und neue Wege beschreiten wollen.

Als Katalysator dieses Themas haben wir das Betriebliche Eingliederungsmanagement – kurz BEM-Verfahren – ausgewählt, das entsprechend der gesetzlichen Vorschrift in sämtlichen Betrieben – nicht nur in Großbetrieben – durchzuführen ist. Das BEM-Verfahren ist ein Instrument, mit dem der bisherigen Praxis der Ausgliederung gesundheitlich beeinträchtigter Beschäftigter eine neue Inklusionslogik entgegengesetzt werden soll. Dieser kulturelle Wechsel kann nicht „von oben“ angeordnet werden; er kann nur innerbetrieblich durch einen offenen kooperativen Suchprozess entfaltet werden. Dies erfordert vor allem die „Mobilisierung des internen und externen Sachverstands“.

Eine solche Mobilisierung kann nicht allein aus der KMU-Innenwelt generiert werden, so dass sich unter diesem Gesichtspunkt die große, kaum überbrückbare Divergenz als ein schwer zu bewältigendes Hindernis darstellt. Hier setzt das von der HBS geförderte Projekt an, indem es verschiedene Konstellationen ermittelt hat, wie diese Divergenz überbrückt werden kann¹. Als mögliche Kristallisierungspunkte haben wir die Arbeit von Personen und Organisationen beschrieben, die erfolgreich eine solche Vermittlungsfunktion wahrnehmen.

Dazu nutzen wir die auch von einigen Akteuren seit einigen Jahren genutzte Metapher des Lotsen. Das Lotsen-Bild kann in unserer Perspektive für eine einzelne Person (externer Coach), für eine Person als Schnittstelle zu einem Netzwerk oder aber auch insgesamt für Ansprechpartner in einem unterstützenden, Orientierung gebenden Netzwerk externer Akteure stehen: Ein Lotse kennt das für viele KMU unbekannte „Fahrwasser“ der mit der Gesundheitsprävention betrauten Institutionen und spricht die Sprache der Beteiligten. Der Ansatz mittels Lotsen, die den „Nebel der Möglichkeiten und Zuständigkeiten“ zu lichten helfen, greift Diskussionen auf dem 9. Arbeitsschutzforum 2014 auf, BEM als „Türöffner“ für den betrieblichen Gesundheitsschutz in KMU zu nutzen. Gerade auch vor dem Hintergrund des gegliederten Systems der deutschen Sozialversicherung agieren Lotsen nicht im luftleeren Raum. Sie vermitteln die Verbindung zu den sozialrechtlichen Netzwerken, von denen erwartet wird, dass sie sich für einen solchen Prozess öffnen.

Wir haben daher in mehr als 40 qualitativen Interviews unterschiedliche Lotsen und Akteure aus Netzwerken befragt, um deren jeweilige Arbeitsweise und Erfahrungen zu ermitteln. Diese externen Akteure spie-

1 Das Forschungsprojekt „Lotsen und Netzwerke. Betriebliche Gesundheitspolitik in KMU“ unter Leitung von Prof. Dr. Wolfhard Kohte wurde im Zeitraum 2016 bis 2018 von der Hans-Böckler-Stiftung gefördert.

geln den gesamten Bereich der Rehabilitationslandschaft und der KMU-Organisationen wider. Neben den klassischen Rehabilitationsträgern aus Gesetzlicher Unfallversicherung, Rentenversicherung und Krankenversicherung haben wir die verschiedenen Organisationen des Handwerks sowie die Integrationsämter und Integrationsfachdienste, die Verbände des Arbeitslebens – Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände – und schließlich zivilgesellschaftliche Organisationen (sowohl aus dem professionellen Bereich als auch aus dem ehrenamtlichen Selbsthilfebereich) aufgesucht. In allen Bereichen haben wir erfolgreiche Modelle der Vermittlung zwischen Lotsen und Netzwerken finden können. Es ging uns dabei nicht um eine repräsentative Befragung, sondern um die erstmalige Identifikation funktionsfähiger Modelle, die jeweils an der Entwicklung inklusiver betrieblicher Gesundheitspolitik beteiligt sind.

Als gemeinsamen Nenner dieser Lotsen kann herausgearbeitet werden, dass sie sowohl eine fachliche als auch eine sprachlich-soziale Vermittlung zwischen Innenwelt und Außenwelt gewährleisten, mit der zugleich die bisherige Ausgliederungslogik abgelöst wird durch inklusive Maßnahmen. Dies erfordert eine aufsuchende und betriebsorientierte Beratung.

Ein wichtiges neues Ergebnis unseres Projekts ist weiter, dass zwischen den Beschäftigten und Betrieben einerseits und den Rehabilitationsträgern andererseits eine solche ortsnahen Vermittlung und Unterstützung erforderlich ist, die nicht nur Wege in dem unübersichtlich erscheinenden Feld der zahlreichen Institutionen und Rehabilitationsträger kennt, sondern auch eine Brücke zwischen verschiedenen Kulturen schlagen kann. Insoweit sind die von uns als Lotsen bezeichneten und identifizierten Stellen geeignet, sowohl sprachliche Divergenzen als auch die unterschiedlichen Kommunikationsmethoden zwischen aufsuchender Beratung und verwaltender Administration zu verringern.

Arbeitspolitisch haben wir daraus die Konsequenz gezogen, dass diese Lotsen wichtige Kooperationspartner für die Betriebsräte und Schwerbehindertenvertretungen sind, die ihre Beteiligungsrechte nutzen können, um auf diese Weise auch ein externes bzw. extern unterstütztes BEM zu installieren.

Die bisherigen Lotsen sind in der Regel projektfinanziert, so dass wir weiter Konsequenzen angesprochen haben, wie eine nachhaltige und kontinuierliche sozialrechtliche Lotsenförderung ermöglicht werden kann. Einige von uns untersuchte Beispiele sind auch durch die Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger inspiriert und gefördert worden, so dass sich daraus auch Chancen ergeben, eine mittelfristige Strategie für solche Modelle zu entfalten. Parallele Chancen ergeben sich auch für die Beiräte nach § 186 SGB IX bei den Integrationsämtern

und die strukturell vergleichbaren Arbeitnehmer-Vizepräsidenten bei den Handwerkskammern.

Schließlich ermöglicht eine solche Vermittlung zwischen Innenwelt und Außenwelt, dass die Reha-Träger die Methoden der aufsuchenden und niedrigschwolligen Beratung in ihre Arbeit aufnehmen bzw. mit ihnen – auch finanziellen – Mitteln fördern.

Erfolge können vor allem realisiert werden, wenn die bisherige sozialrechtliche Struktur um dezentrale Elemente ergänzt wird und wenn Ansprechstellen zur Verfügung stehen, die ortsnah „in der Sprache der Beteiligten und der Region“ agieren können. Auf diese Weise können Rehabilitationsrecht und -organisation den Aufbau neuer Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlichen Einschränkungen fördern.

1. Einleitung

1.1 Gesellschaftspolitischer Kontext

Der demografische Wandel, sichtbar als zunehmende (Über-)Alterung betrieblicher Belegschaften (Wiekert 2015), Verdichtung von Arbeitsaufgaben (Ahlers 2020) oder auch die zunehmende Prozessgestaltung der Um- bzw. Neustrukturierung von Arbeitsanforderungen haben Auswirkungen auf die Gesundheit von Beschäftigten (Ketzmerick 2015). Diese Veränderungen in den Arbeitsbedingungen verlangen präventive Maßnahmen und Strategien einer betrieblichen Gesundheitspolitik, die einem modernen Inklusionsverständnis gerecht werden (Brussig, Mühge & Voss 2019). Diese Strategien sollen dem Erhalt und der Stärkung bzw. der Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit dienen. Maßstab sind die Grundsätze, die in § 4 ArbSchG normiert sind, vor allem der Vorrang der Verhältnisprävention vor der Verhaltensprävention.

Diese Entwicklungen und die damit einhergehenden Herausforderungen treffen auf große wie auch auf kleine Betriebe gleichermaßen zu, jedoch sind kleinere Betriebe von den Folgen in spezifischer Weise betroffen. Die Flexibilität von KMU innerhalb ihrer Arbeitsorganisation (Wiekert 2011), die ihnen auf dem Markt Vorteile verschafft, resultiert zu Teilen aus ihrer „schlanken“ Ausstattung der Personalwirtschaft, die mit weniger personalstrategischen Kapazitäten als in Großunternehmen verbunden ist. In KMU werden übergreifende Aufgaben wie Personalentwicklung und Betriebliches Gesundheitsmanagement meist von einer Person nebenbei bewältigt, zudem sind die finanziellen Möglichkeiten gering. Somit fehlen hier oft die Ressourcen, um Probleme, die außerhalb des unmittelbaren Kerngeschäfts liegen, vorausschauend zu erkennen und adäquat zu bearbeiten (Lutz & Wiekert 2008). Auf der anderen Seite sind die personalen Beziehungen in KMU auch Aktivposten und können zusätzliche Ressourcen und Aktivitäten ermöglichen (Pröll 1998; Georg & Frerichs 2005). Diese Humanressourcen sind zu sichern und zu erhalten.

Der grundlegende Umbruch der Arbeitswelt, Globalisierung und der fortschreitende Strukturwandel birgt zwar Potenziale, bringt aber auch veränderte Gesundheitsgefährdungen mit sich (Hans Böckler Stiftung 2011). Die moderne Arbeitswelt ist bereits in der Zeit vor der Corona-Krise durch eine weitgehende Konstanz körperlicher Beanspruchungen und eine deutliche Zunahme psychischer Belastungen, z. B. aufgrund komplexer Arbeitsanforderungen, Arbeitsintensivierung oder prekärer Arbeitsverhältnisse, gekennzeichnet (Ahlers 2020), die zu beachtlichen Gesundheitsgefährdungen und fruhem Gesundheitsverschleiß führen.

Betrachtet man die gesundheitlichen Entwicklungstendenzen, so zeigt sich ein insgesamt steigender Fehlzeiten- und Krankenstand. Bedeutsam ist das veränderte Krankheitsgeschehen. Deutlich wird, dass immer weniger akute, dafür mehr chronische Erkrankungen vorliegen. Besonders gravierend ist, dass den Gesundheitsberichten mehrerer Krankenkassen zufolge immer mehr Fehltage auf psychische Erkrankungen entfallen (DAK 2018; TK 2018).

Damit ist Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe mit vielen verantwortlichen Akteuren, die sich auf betrieblicher Ebene im Zusammenspiel von Arbeitsschutz, Betrieblicher Gesundheitsförderung und Betrieblichem Eingliederungsmanagement – ggf. zusammengefasst in einem Betrieblichen Gesundheitsmanagement – niederschlägt. Unser Vorhaben nimmt insbesondere gelungene Ansätze in kleinen und mittleren Unternehmen und ihre Unterstützung durch die Institutionen der Sozialversicherung und des Sozialstaats in den Blick.

1.2 Basisinformationen

1.2.1 Arbeitsschutzpolitische Basisinformationen

Seit die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) etabliert worden ist, ist der empirische Stand der betrieblichen Gesundheitspolitik besser dokumentiert worden als in der früheren Zeit, in der ausschließlich die Berichte der Aufsichtsbehörden sowie die Bundesberichte nach § 25 SGB VII zur Verfügung standen. Zugleich ist mit dem Nationalen Arbeitsschutzforum (NAF) nach § 20b Abs. 3 ArbSchG ein interdisziplinäres Forum geschaffen worden, in dem Behörden, Verbände und Wissenschaft miteinander die zentralen Fragen der Arbeitsschutzstrategie diskutieren. Hier sind auch Krankenkassen und Rentenversicherung integriert, so dass ein breiter Horizont gewonnen werden kann.

In der Dachevaluation der ersten Phase der GDA ist erfasst worden, dass die zentralen Handlungsformen im Arbeitsschutz, vor allem die Gefährdungsbeurteilung, in den kleineren Unternehmen in geringerem Umfang beachtet werden. Niedrig sind allerdings nur die Quoten in den Kleinstunternehmen (mit bis 10 Beschäftigten) und mit deutlichem Abstand in den Unternehmen mit bis 50 Beschäftigten, während ab 50 Beschäftigte die Unterschiede zwar noch sichtbar, aber weniger gravierend sind (Lißner, Brück & Stautz 2014, S. 67). Ähnliches gilt für die Arbeitssicherheitsorganisation, also die Bestellung von ASiG-Expertinnen und Experten, Sicherheitsbeauftragten und Arbeitsschutzausschüssen.

Eine konzeptionelle Diskussion fand beim 9. Arbeitsschutzforum 2014 im GDA-Workshop „KMU-Bedarfe, Motivationslage, Zugangswege“ statt. In der Zusammenfassung des Expertendialogs wurde zunächst hervorgehoben, dass auch in den KMU inzwischen wesentliche Arbeitsschutzzvorschriften und -praktiken angekommen sind, dass sich aber für viele Beteiligte das Arbeitsschutzsystem als wenig transparent zeigt und daher handlungsorientierte Konzepte relativ selten sind. Daraus ergibt sich zunächst die Notwendigkeit einer verbesserten Beratung, die auf die Besonderheiten dieser Betriebe eingeht. Erforderlich sind hier angesichts der Bedeutung personeller Kooperationen im Betrieb vor allem die Stärkung der Motivation und eine gut erkennbare Handlungsorientierung. Als motivationsfördernd wurde vor allem auch die Einbeziehung der Rehabilitation genannt, denn in KMU sind die Auswirkungen von längeren Krankheiten, verbunden mit den persönlichen Beziehungen zwischen den Beteiligten, auch ein Anstoß zum Nachdenken und zur möglichen Verhaltensänderung.

Daher soll hier diskutiert werden, ob und wie es möglich und aussichtsreich ist, das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) als effektives Zugangsinstrument zur Entwicklung einer betrieblichen Handlungsorientierung und Gesundheitspolitik zu gestalten.

1.2.2 Betriebliches Eingliederungsmanagement – Ziele und Leitbildwandel

An diese Ergebnisse des Expertendialogs knüpft unser Projekt „[Lotsen und Netzwerke. Betriebliche Gesundheitspolitik in KMU](#)“ an. Es nimmt das BEM als ein konkretes Handlungsfeld, das für alle Betriebe verpflichtend ist, auf, um so die Bildung von Allianzen zur Beschäftigungsfähigkeit untersuchen zu können. Dabei kann an eine frühere Veröffentlichung angeknüpft werden (Kohte 2010a), in der herausgearbeitet worden ist, dass im BEM mit wesentlich größerem Tempo neue betriebliche Allianzen entwickelt worden sind als bei der Erstellung von Gefährdungsbeurteilungen, die seit 1996 rechtlich gefordert werden, aber sich nur wesentlich langsamer durchsetzen. Als eine mögliche Ursache wurde 2010 die These entwickelt, dass sich im BEM die betrieblichen Gesundheitsprobleme konkret und direkt stellen und dass es daher besser möglich ist, auf der Basis dieser konkreten Anschauung die Arbeitsbedingungen zu untersuchen, zu verbessern und auf diese Weise entweder erstmals zu Gefährdungsbeurteilungen zu kommen oder aber diese einer realistischen Wirksamkeitskontrolle zu unterziehen.

Das BEM beruht auf einem im Wesentlichen 2004 gesetzlich eingeführten und in § 84 Abs. 2 – inzwischen in § 167 Abs. 2 – SGB IX normierten Verfahren, das allgemein als ein „kooperativer und ergebnisoffener Suchprozess“ qualifiziert wird (Kohte 2008, Schäfer & Schulze 2015, 476, BAG 10.12.2009 – 2 AZR 198/09, NZA 2010, 639). Sobald Beschäftigte innerhalb von 12 Monaten wenigstens 6 Wochen arbeitsfähig sind, ist ihnen vom jeweiligen Arbeitgeber ein BEM anzubieten, mit dem das Arbeitsverhältnis stabilisiert und die Arbeitsbedingungen verbessert werden sollen. Die Teilnahme der Beschäftigten ist freiwillig; das Verfahren unterscheidet sich prinzipiell von den Krankenrückkehrgesprächen. Das Verfahren selbst wird vom Arbeitgeber unter Beteiligung des Betriebsrats/Personalrats und bei schwerbehinderten Beschäftigten auch der Schwerbehindertenvertretung durchgeführt. Das Gesetz enthält insoweit Vorgaben, dass zunächst der innerbetriebliche Sachverständ zu mobilisieren ist, eine besondere Rolle können dabei Betriebsärztinnen und -ärzte, denen dabei auch eine in unserem Sinne Lotsenfunktion zukommen kann (dazu Glomm 2016), spielen, wenn die Beschäftigten damit einverstanden sind.

Soweit auf diesem Weg noch keine Lösungen gefunden werden, darf das Verfahren nicht abgebrochen werden. Sobald Leistungen der Rehabilitation denkbar sind – und das ist nach unseren Erfahrungen überwiegend der Fall – sind die Träger des externen Sachverstands, vor allem die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter, heranzuziehen. Diese haben sich in der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ verpflichtet, Arbeitgeber und Interessenvertretungen in diesem Suchprozess zu unterstützen (vgl. Kohte 2015). Die Einbeziehung der Rehabilitationsträger wird inzwischen auch in der Gerichtspraxis verlangt (BAG 20.11.2014 – 2 AZR 755/13, NZA 2015, 612). Es geht also um die „Mobilisierung des internen und externen Sachverstands“ (Kohte 2008, S. 582).

Das Instrument des BEM hat sich in den letzten 15 Jahren als ein wichtiger Faktor der betrieblichen Gesundheitspolitik erwiesen, mit dem ein Leitbildwandel ermöglicht wird. Viele Jahre dominierte in Deutschland eine Praxis, wonach die Arbeitskräfte als Produktionsfaktor genutzt und verschlissen werden. Der Gesundheitsverschleiß der Beschäftigten ist in unserem Land beachtlich, wie z. B. die Statistiken der Erwerbsminderungsrenten zeigen (Brussig & Schulz 2019). Im westeuropäischen Querschnitt ist die Lebenserwartung in Deutschland weit unten; im deutschen Querschnitt ist wiederum die Lebenserwartung von Arbeiterinnen und Arbeitern relativ niedrig. Die inzwischen zunehmenden Fälle psychischer Erwerbsbeeinträchtigung betreffen in wachsendem Umfang auch die Gruppe der Angestellten.

Innerbetrieblich folgte diese Entwicklung einer Ausgliederungslogik. Beschäftigte, deren Gesundheit deutlich beeinträchtigt ist, wurden lange Zeit mit dem Mittel der Krankheitskündigung bzw. entsprechender Aufhebungsverträge ausgegliedert. Ein organisatorisches Instrument waren die „Krankenrückkehrgespräche“, in denen die weitere Verwertbarkeit der Arbeitskraft im Mittelpunkt stand. Die arbeitsmedizinische Flankierung erfolgte durch eine beachtliche Zahl von Eignungsuntersuchungen, die wiederum einer Ausgliederungslogik folgten und mit denen Beschäftigte, die als nicht mehr geeignet erschienen, zur Versetzung oder Kündigung aussortiert wurden.

Das BEM ist ein Kontrastmodell zu den Krankenrückkehrgesprächen, weil es einen „nicht-direktiven“ Umgang mit der Gesundheit der Beschäftigten verlangt (Bode, Dornieden & Gerson 2016). Die bereits im Gesetz normierten Ziele sind die Stabilisierung des Beschäftigungsverhältnisses und die Anpassung des Arbeitsplatzes. Es ist deswegen nicht vorrangig ein medizinisches Management, sondern ein Mittel der betrieblichen Gestaltung, mit dem ein „anderer Umgang mit Arbeitsunfähigkeit“ gefordert und ermöglicht wird (Seel 2017, S. 285). Für die Anpassung der Arbeitsplätze bedingt dies ein Umdenken auch in der Arbeitsmedizin: Nicht die Defizite, sondern die Ressourcen der Beschäftigten sind zu ermitteln; die für sie geeigneten Hilfsmittel und technischen Arbeitshilfen sowie mögliche organisatorische Änderungen sind zu erfassen, ggf. kann auch eine Versetzung in Betracht kommen.

Im BEM-Verfahren ist der Sachverhalt gemeinsam zu klären; der Prozess ist lösungsorientiert auf eine Änderung der Arbeitsbedingungen bzw. eine Änderung des Arbeitsplatzes zu entwickeln; keine vernünftigerweise in Betracht kommende Möglichkeit darf ausgelassen werden (BAG 20.11.2014 – 2 AZR 755/13, NZA 2015, 612). Damit handelt es sich beim BEM um ein integratives betriebliches Verfahren; eine betriebliche Verfahrensordnung unterliegt nach der Rechtsprechung des BAG der Mitbestimmung des Betriebsrats (BAG 13.03.2012 – 1 ABR 78/10, NZA 2012, 748); ebenso bejaht das Bundesverwaltungsgericht hier die Mitbestimmung des Personalrats (BVerwG 14.02.2013 – 6 PB 1/13, PersR 2013, 176). Bereits 2010 wurden in der Sammlung „Betriebs- und Dienstvereinbarungen“ der Hans-Böckler-Stiftung Auszüge aus 127 Betriebs- und Dienstvereinbarungen dokumentiert, bei denen allerdings der Öffentliche Dienst einen intensiven Raum eingenommen hatte (Romahn 2010). In einem Forschungsprojekt, an dem auch die IG Metall beteiligt war, hat BIT-Bochum ab 2010 für die betriebliche Praxis einen „Werkzeugkasten betriebliches Eingliederungsmanagement“ erstellt, der auch Material zu Kooperationsvereinbarungen mit externen Trägern enthält (<http://online-bem.de>). 2018 hat die Hans-Böckler-Stiftung bereits in

3. Auflage einen Handlungsleitfaden zum BEM veröffentlicht (Danigel 2018).

Unser Projekt ist allerdings kein BEM-Projekt. Das BEM ist hier wichtig, weil es einen Leitbildwandel von der Ausgliederungslogik zur Inklusion ermöglicht und damit eine neue betriebliche Gesundheitspolitik stimulieren kann. Da zudem sämtliche Arbeitgeber unter vergleichbaren Bedingungen zur Durchführung eines BEM verpflichtet und alle Rehabilitationsträger zur Unterstützung gehalten sind und sich zudem in der aktuellen Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess diese Unterstützung zugesagt haben, ergibt sich ein gemeinsamer Nenner, der eine gemeinsame Bewertung unserer Beobachtungen fördert.

1.3 Die Bedeutung eines geschlechtersensiblen BEM als Katalysator für den betrieblichen Gesundheitsschutz

Die für unseren Text elementare These, dass das BEM als Katalysator für eine moderne betriebliche Gesundheitspolitik fungieren kann, kann erhärtet werden durch die Entwicklung eines geschlechtersensiblen BEM (Pieck & Schröder 2016).

Zu den aktuellen Herausforderungen des betrieblichen Gesundheitsschutzes gehört die Überwindung der lange Zeit dominierenden männlichen Perspektive, mit der bestimmte Belastungen von Frauen nicht hinreichend wahrgenommen wurden. So ist lange das Heben und Tragen von Lasten eher als Problem am Bau und weniger in der Pflege wahrgenommen worden, obgleich dort eine besonders intensive Belastung und Erwerbsminderung festzustellen ist (Weg 2014; vgl. auch Richter 2015, S. 234).

Auch in der beruflichen Rehabilitation sind Frauen konstant mit rund 30 Prozent unterrepräsentiert (BMAS 2011, S. 41). Dabei geht es auch um die Leistungen des Rehabilitationssystems, z. B. durch die stufenweise Wiedereingliederung oder das BEM zur Erhöhung der individuellen Chancen auf Teilhabe an Erwerbstätigkeit und Erhalt des Arbeitsplatzes durch frühzeitige Intervention mittels Kooperation und externer Hilfe (Niehaus et al. 2008, Vater & Niehaus 2013). Das wird u. a. auch im RehaFutur-Abschlussbericht (2012) betont und zugleich auf die damit verbundenen Chancen zur Ausgliederungsverhinderung verwiesen (ebd. S. 49 f.) Das konkrete und personennahe BEM-Verfahren gibt die Chance, dass die z. T. sehr unterschiedlich verteilten Arbeitsbelastungen, Ressourcen und Regenerationsmöglichkeiten von Frauen und Männern in einem geschlechtergerechten BEM-Verfahren berücksichtigt werden

(dazu ausführlich mit Beispielen Pieck & Schröder 2015, S. 87, 93 ff.). Damit kann das konkrete BEM-Verfahren auch insoweit als Schrittma-cher einer modernen betrieblichen Gesundheitspolitik fungieren und ei-ner „geschlechtsblind“ Strategie der betrieblichen Gesundheitspolitik (Pieck 2013) vorbeugen.

2. Begriffe, Thesen und Stand der Forschung

2.1 Charakteristika und Besonderheiten von KMU

In der wissenschaftlichen wie in der politisch-administrativen Diskussion ist die wachsende Bedeutung von KMU seit Jahren umstritten (Lutz 2005). Hatte man früher angenommen, dass kleine Unternehmen lediglich Relikte aus früheren Stadien industrieller Entwicklung seien, die über kurz oder lang vom Markt verschwinden, zeigt sich inzwischen sehr deutlich, dass kleine Unternehmen gerade auch in Hochlohnländern eine erhebliche Bedeutung besitzen.

Geht man der Frage nach, wie kleinere Unternehmen neue Herausforderungen bewältigen, so erkennt man schnell, dass sehr oft ein enger, schwer auflösbarer Zusammenhang zwischen den spezifischen Stärken aber auch den spezifischen Schwächen dieser Betriebe besteht.

Zu den wesentlichen Stärken von KMU gehört Flexibilität im Sinne der Fähigkeit zu raschem und situationsangemessenem Reagieren auf mehr oder weniger neuartige Zwänge und Gelegenheiten. Viele KMU sind somit in der Lage, hohe Innovationsleistungen zu erbringen (Wiekert & Winge 2011). Die Konzentration von Strategiepotenzial und Entscheidungshoheit auf wenige, in vielen Fällen auf einzelne Personen, die als Inhaberin und Inhaber oder Geschäftsführerin und Geschäftsführer weitgehende Verantwortung tragen, macht die kleinen Betriebe aber auch beim Erfolg abhängig von der Kompetenz und dem Schicksal einzelner Personen (Georg, Barkholdt & Frerich 2005).

Viele Klein- und Kleinstunternehmen charakterisieren sich durch einen hohen Grad an regionaler, wenn nicht sogar lokaler Einbindung, durch ihre Zugehörigkeit zu mehr oder weniger formalisierten und organisierten Netzwerken technischer, ökonomischer oder sozialer Art. Kunden und Kundinnen sowie Beschäftigte leben oftmals im lokalen oder regionalen Umfeld (Wiener & Winge 2006).

Es ist für sehr viele KMU charakteristisch, dass bei ihnen vielfach die notwendigen Ressourcen für strategisches Arbeiten – gerade im Personalbereich und damit einhergehend auch im Betrieblichen Gesundheitsmanagement – viel knapper sind als in größeren Organisationen mit ausgeprägter hierarchisch-funktionaler Arbeitsteilung (Winge 2008).

Die Realität der kleinen und mittleren Unternehmen zeigt zudem eine hohe Vielfalt auf – „das“ KMU gibt es nicht, vielmehr findet sich selbst in

ganz engen Branchenmilieus eine erstaunliche Heterogenität unter den KMU (Wiekert 2011).

Insoweit sind auch Vorstellungen, dass KMU zurückgebliebene und „hinterwäldlerische“ Organisationen sind, völlig verfehlt. Neue Untersuchungen zur Digitalisierung im Handwerk (Frost & Guhlemann 2020) zeigen, dass in diesen spezifischen KMU mit flachen Hierarchien und „learning-by doing“-Prozessen ein eigenständiger Zugang zur Implementation von Digitalisierungsprozessen möglich ist.

2.2 BEM in KMU

BEM ist inzwischen auch in Teilen der KMU, vor allem in Betrieben mit mehr als 50 Beschäftigten, angekommen und wird auch teilweise als hilfreich und erfolgreich bewertet. Als positive Ressource werden flachere Hierarchien und kürzere Kommunikationswege in KMU genannt, die ein individuelles und persönliches Agieren ermöglichen. Als Probleme werden vor allem ein geringerer „Kenntnisstand“ der betrieblichen Akteure und fehlende planerische und konzeptionelle Kompetenzen genannt. Wenn es gelingt, mit Hilfe externen Sachverstands diese Defizite zu verringern, kann sich das BEM als ein „Türöffner“ für eine weitergehende betriebliche Gesundheitspolitik erweisen. Diese Perspektive ist kompatibel mit aktuellen Überlegungen zur Bildung von Unterstützungsstrukturen für Klein- und Mittelbetriebe, die ebenfalls das BEM in den Fokus betrieblicher Gesundheitspolitik und betrieblichen Gesundheitsmanagements stellen und geeignete Netzwerke identifizieren (Richter 2015).

Das Thema BEM ist seit einigen Jahren Gegenstand von Forschungsarbeiten. Bei der ersten Untersuchung von Niehaus im Jahr 2008 beteiligten sich kleine und mittlere Betriebe nur mit einem Anteil von etwa sechs Prozent. Da KMU nur über eine geringe Expertise beim Umsetzen neuer normativer Regelungen verfügen, war es nicht überraschend, dass die Implementation des neuen Verfahrens in den KMU überwiegend weit mehr als fünf Jahre gedauert hatte. Auch Freigang-Bauer & Gröben (2011) halten mit den Ergebnissen ihrer Befragung 2011 unter anderem fest, dass es einen Zusammenhang zwischen Betriebsgröße und Kenntnissen des BEM gibt: je größer ein Unternehmen ist, desto mehr Kenntnisse hat es über BEM und seine Möglichkeiten. Ergänzend beschreiben Welti et al. (2010), dass die geringe Verbreitung des BEM auch mit geringen Aktivitäten in der Unterstützung von KMU bei den Sozialleistungsträgern verbunden ist.

In einem ersten Resümee im Jahr 2013 betonen Vater & Niehaus die schrittweise verbesserte Implementation des BEM und die zentrale Rolle

externer kompetenter Unterstützung, vor allem durch Integrationsämter, Rentenversicherung und Krankenkassen.

Von Anfang an wurde beobachtet, dass viele kleinere Betriebe aufgrund der deutlich engeren Bindung zwischen Betriebsführung und Beschäftigten durchaus Maßnahmen im Sinne von BEM unternehmen, es aber nicht immer als BEM bezeichnen (jetzt auch Detka u. a. 2019). Das wird auch von Welti et al. (2010), Schleicher (2013) und Freigang-Bauer & Gröben (2011) bekräftigt. In der ausführlichen Untersuchung von Welti et al. (2010) wird herausgearbeitet, dass das für ein BEM zentrale Vertrauen in KMU durchaus bestehen kann. Da KMU durch enge Beziehungen und kurze Kommunikationswege gekennzeichnet sind, kann hier der Boden für ein vertrauensvolles BEM bereitet sein, sofern kein autoritärer Führungsstil gelebt wird. Wenn es gelingt, eine Misstrauenskultur abzubauen, so kann der „Erfahrungs- und Ideenreichtum“ der Beschäftigten ein wesentliches Gestaltungspotential bilden (Schleicher et al. 2013; vgl. Detka u. a. 2019).

Zu den fördernden Faktoren von BEM in KMU rechnen Welti et al. (2010) stabile Organisationsbeziehungen, die sich durch die Existenz von Ansprechpartnerinnen und -partnern auszeichnen sowie die Verbindung zu Netzwerken, mit denen die verschiedenen Herausforderungen (von der Arbeitsplatzgestaltung bis zur persönlichen Beratung) bewältigt werden können. Auf diesem Stand der Forschung beruht unsere These, dass diese Ansprechpersonen, von uns als Lotsen bezeichnet, näher zu untersuchen sind. Bereits die erste umfangreiche Befragung zum BEM (Niehaus 2008) verdeutlicht, nicht repräsentativ aber explorativ, dass vor allem für kleine Betriebe individuelle Unterstützung im Einzelfall und „Leistungen aus einer Hand“ eine wesentliche Rolle für die betriebliche Zufriedenheit mit externer Unterstützung spielt.

Damit ist zugleich ein reales Problem beschrieben: das deutsche Sozialversicherungssystem ist ein differenziertes und gegliedertes System, in dem es kaum Leistungen aus einer Hand gibt. Die Rehabilitationsträger haben bis heute die zunächst in § 12 Abs. 2, jetzt in § 25 Abs. 2 SGB IX geforderten regionalen Arbeitsgemeinschaften nicht gebildet (Welti 2008, S. 321 und 329); die Praxis der früheren Servicestellen nach §§ 22, 23 SGB IX aF war, wie sich aus den Berichten der BAR ergibt, bei der Mehrzahl der Träger defizitär, so dass sie durch das BTHG abgeschafft worden sind.

Es müssen also andere Wege gefunden werden, wie diese große Divergenz zwischen Innenwelt und Außenwelt verringert oder überbrückt werden kann.

2.3 Die Mobilisierung des externen Sachverständs durch Lotsen und Netzwerke

In den weiteren Untersuchungen ist ebenfalls die Bedeutung des externen Sachverständs hervorgehoben worden. Vor allem Sozialversicherungen, die eine hinreichende Kenntnis von KMU und dem Umgang mit KMU haben, kommen hier in Betracht. In einer sehr umfangreichen Studie (Welti et al. 2010) ist für Mecklenburg-Vorpommern untersucht worden, dass regionale Leistungsträger eine konstruktive Rolle einnehmen können, sobald es ihnen gelingt, das Vertrauen der betrieblichen Akteure zu gewinnen. Eine nähere Zuordnung zu den verschiedenen Institutionen, wie z. B. IKK, LKK oder AOK ist in dieser Untersuchung noch nicht erfolgt. Diese Ergebnisse sind konkretisiert worden durch eine Untersuchung des BIT-Bochum, das Maßnahmen zur Gestaltung altersrobuster Arbeit im Handwerk und vor allem die Nutzung von Maßnahmen der IKK classic und die Beteiligung am IKK-Bonusprogramm zum Gegenstand hatte (Schleicher et al. 2013). Die große Mehrzahl der beteiligten Arbeitgeber und Beschäftigten bewerteten diese überwiegend verhältnisorientierten und partizipativen Maßnahmen als hilfreich und sinnvoll.

In den verschiedenen Forschungsberichten ist jeweils darauf eingegangen worden, dass einzelne externe Träger sich besonders engagieren, ohne dass jedoch eine systematische Untersuchung der verschiedenen Träger oder erst recht der verschiedenen Arten von Krankenkasen erfolgt ist. Ebenso ist die Beteiligung von Integrationsämtern und -fachdiensten zwar vereinzelt genannt, nicht jedoch quantifiziert oder analysiert worden.

Der Überblick über den Stand der Forschung hat gezeigt, dass verschiedene externe Akteure auf dem Handlungsfeld BEM aktiv sind, ohne dass deren spezifische Rollen, Stärken und Schwierigkeiten bisher näher analysiert worden sind. Gerade die Pluralität dieser Akteure und die Ausgestaltung ihrer Angebote ist es, die für KMU (im BEM-Bedarfsfall) nur schwer zu überblicken sind.

Ziel unseres Textes ist es daher, aufzuzeigen, unter welchen Voraussetzungen die gesundheitspolitische und -praktische Mobilisierung internen und externen Sachverständs mit Hilfe von Lotsen und Netzwerken für KMU erfolgreich realisiert und nachhaltig organisiert werden kann.

Vor diesem Hintergrund sind zudem die geschilderten Besonderheiten und Charakteristika von KMU forschungsleitend. Daraus folgt für das Vorhaben, dass der angesprochenen Pluralität der KMU auch mit der Analyse unterschiedlicher Zugänge zum BEM Rechnung getragen wer-

den muss. Auch aus diesem Grund erscheinen uns Netzwerke als geeignete Organisationsformen im Umgang mit eben dieser Pluralität.

Wir gehen davon aus, dass das BEM in seiner offenen Struktur besonders gut geeignet zur Mobilisierung und Verknüpfung des internen und externen Sachverstands ist (Kohte 2019 – § 167 SGB IX Rn 27). Daher ist unsere Forschungsfrage darauf gerichtet, wie der Unterstützungsbedarf der KMU durch bereits bestehende Netzwerke sozialrechtlicher Institutionen (KK, BG, RV, Integrationsamt) mit berufsrechtlichen Akteuren (Berufsverbände) und Betrieben nachhaltig gesichert und auf diese Weise eine nachhaltige betriebliche Gesundheitspolitik entwickelt werden kann.

Regional konnten in der Praxis bereits erfolgreiche Kooperationen (z. B. in Schleswig-Holstein oder Mecklenburg-Vorpommern) etabliert werden, die auch eine effektive Unterstützung für Beschäftigte und Betriebe ausüben. Im Rahmen der von uns vorgeschlagenen Forschungskonzeption wollen wir fragen, wie innerhalb dieser funktionalen Netzwerke, ausgerichtet auf das BEM, Motivation, Erfahrungsaustausch und Nachhaltigkeit der Kooperation vermittelt werden kann und welche Faktoren die Dauerhaftigkeit der erfolgreichen und belastbaren Modelle/Netzwerke auszeichnen. Welche Fähigkeiten können die einzelnen Akteure besonders einbringen und wie können auf diese Weise eine aktive Beteiligung der Betriebsinhaberinnen und -haber und der Beschäftigten erreicht werden?

Um der beschriebenen Pluralität Rechnung zu tragen, nutzen wir im Anschluss an Nürnberger (2015 § 23 Rn. 21; vgl. Freigang 2017) die Metapher des Lotsen. Das Lotsen-Bild kann in unserer Perspektive für eine einzelne Person (externer Coach), für eine Person als Schnittstelle zu einem Netzwerk oder aber auch insgesamt für Ansprechpartner in einem unterstützenden, Orientierung gebenden Netzwerk externer Akteure stehen: Ein Lotse kennt das für viele KMU unbekannte „Fahrwasser“ der mit der Gesundheitsprävention betrauten Institutionen und spricht dabei die Sprache der Beteiligten. In seiner strukturellen Position als unabhängige, externe Beratungsinstanz ist er in der Lage, den notwendigen Umgang mit dieser Pluralität für KMU vorzustrukturieren. Aufgrund der hohen Heterogenität von KMU (dazu auch Wassermann 1997) und der in ihnen zumeist unregelmäßig auftretenden Bedarfsfälle für BEM sind punktuell unterstützende Netzwerke für einzelnen Aufgaben (z. B. Sucht, Reha, psychische Störungen) naheliegender als auf Dauer gestellte Catch-all-Lösungen.

Die mit den Unterschieden der KMU sich begründenden verschiedenen Zugänge zu einem BEM resultieren u. a. auch daraus, dass sich erst ab Mitte der neunziger Jahre die Bemühungen um einen standardi-

sierten Arbeits- und Gesundheitsschutz weg von Großunternehmen auf Kleinbetriebe konzentrierten und die Notwendigkeit der Andersartigkeit des Ausgangspunktes und der Ansätze thematisierten (z. B. Pröll 1998 für das Handwerk, Hilf & Fromm 2000 für den Einzelhandel, Wassermann & Rudolph 2003 für das Zahntechnikerhandwerk).

Der Ansatz mittels Lotsen, die den „Nebel der Möglichkeiten und Zuständigkeiten“ zu lichten helfen, greift die oben beschriebenen Diskussionen auf dem 9. Arbeitsschutzforum 2014 auf, BEM als „Türöffner“ für den betrieblichen Gesundheitsschutz in KMU zu nutzen. Gerade auch vor dem Hintergrund des gegliederten Systems der deutschen Sozialversicherung sind Netzwerke unverzichtbar; für die Schnittstellen zwischen verschiedenen Sektoren werden Lotsen, die den Zugang zu Netzwerken vermitteln können, benötigt.

Für KMU sind Lotsen funktionsfähig, wenn sie deren Sprache sprechen, auf deren Erfahrungen eingehen, Informationen in geeigneter Form vermitteln und die verschiedenen betrieblichen Akteure nachhaltig motivieren und mobilisieren können. Auch Betriebsräte in KMU sind auf solche gut zugänglichen Lotsen angewiesen, da sie wegen fehlender Freistellung nach § 38 BetrVG nur relativ geringe zeitliche Ressourcen für eigene Recherchen nach externer Unterstützung haben.

In der Praxis gibt es inzwischen Beispiele für die Etablierung von BEM (auch) in KMU durch geeignete Netzwerkbildung. Was für eine breitere Umsetzung betriebsnaher Gesundheitspolitik fehlt, ist eine systematische Übersicht und handlungsorientierte Auswertung. Dies wird im Vorhaben durch eine Sichtung und Systematisierung von Beispielen funktionierender Netzwerke sowie die tiefergehende Analyse ausgewählter Beispiele umgesetzt. Der Schwerpunkt wird dabei bewusst auf Beispiele guter Praxis mit „Lotsenfunktion“ gelegt, da diese helfen können, Ideen weiter zu entwickeln, zu übertragen, aber auch neu zu generieren.

3. Untersuchungsgrundlage – Methodik/Vorgehensweise

3.1 Einschlägige Studien

Um einen Überblick über die bisher durchgeführten Projekte und erprobten Modelle im Bereich betriebliche Gesundheitspolitik und insbesondere betriebliches Eingliederungsmanagement zu erhalten, wurde eine Auswahl von Studien getroffen, die das BEM in kleinen und mittleren Betrieben auf der Basis von Beschäftigten- und Betriebsbefragungen in den vergangenen Jahren untersucht haben. Eine Systematisierung der Fakten zu Bedürfnissen, Möglichkeiten und Problemen von Arbeitnehmer*innen und Arbeitgebern in KMU bei Fragen der Gesundheit bildet die Grundlage für die nachfolgende qualitative Erhebung. Für unsere Studie waren insbesondere die Untersuchung zur betrieblichen Gesundheit im Handwerk von Bau et al. (2015) mit dem Schwerpunkt Belastungsfaktoren, Maßnahmen und Unterstützungsoptionen im Handwerk sowie die von Schleicher et al. (2013) gewonnenen Ergebnisse aus dem Projekt „Handwerk F!T“ wichtige Grundpfeiler.

Auch die Ergebnisse von Georg, Barkholdt & Frerich (2005), die besonders altersgerechte Arbeit in Klein- und Kleinstbetrieben im Handwerk untersuchten, liefern wichtige Erkenntnisse aus der betrieblichen Praxis zum Umgang mit den Themen Gesundheit und Arbeitsschutz. Die Ergebnisse von Hilf und Fromm (2000) ergänzen die vorwiegend auf die kleinbetriebliche Struktur des Handwerks fokussierten quantitativen Befunde um die Perspektive von betrieblicher Gesundheit in den KMU des Einzelhandels. Weitere quantitative Ergebnisse zu verschiedenen Ansätzen zur Teilhabe am und Eingliederung ins Arbeitsleben von Arbeitsagenturen und Jobcentern (Tisch et al. 2017) sowie zur wirtschaftlichen Perspektive von Rehabilitationsmaßnahmen als Maßnahme zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit von Beschäftigten (Prognos AG 2009) zeigen weitere allgemeine Schwerpunkte des Themas auf, von denen KMU ebenfalls betroffen sind.

Die von Welti et al. (2010) veröffentlichte Untersuchung „Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) in Klein- und Mittelbetrieben“ nimmt unter dem regionalspezifischen Schwerpunkt des Handwerks insbesondere das BEM in den Mittelpunkt.

Die hier gewonnenen Erkenntnisse zur praktischen Umsetzung des BEM sowie die konkrete Betrachtung verschiedener sozial- und berufsrechtlicher Akteure bilden die Ausgangsbasis für die Auswahl geeigneter Gesprächspartner sowie die inhaltliche Durchführung der qualitativen In-

terviews in unserer Studie. Eine arbeitswissenschaftliche Perspektive auf das Untersuchungsfeld mit dem Schwerpunkt auf das BEM und die Eingliederung von Menschen mit Behinderung bietet die umfangreiche Untersuchung von Niehaus et al. (2008). Ergänzend wurden Daten in Form von Jahres- oder Projektberichten verschiedener sozial- und berufsrechtlicher Institutionen, wie der Kranken-, Unfall- und Rentenversicherungsträger oder Integrationsämter, herangezogen (u. a. BIH Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen 2016; Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg 2015; Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2017; Techniker Krankenkasse 2017).

Die Ergebnisse der verschiedenen Untersuchungen zeigen, dass insbesondere kleine und mittelgroße Betriebe Schwierigkeiten mit der praktischen Umsetzung und Anwendung von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements haben. Defizite zeigen sich sowohl bei innerbetrieblichen Faktoren, wie der Qualifikation von Führungskräften und Mitarbeiter*innen oder der Betreuung durch Betriebsärzte, aber auch außerbetriebliche Bedingungen wie die Bekanntheit von Förder- und Beratungsmöglichkeiten – insbesondere für KMU durch die Sozialversicherungsträger – spielen eine zentrale Rolle für die bislang eher geringe Umsetzung in der Praxis (vgl. Welti et al. 2010, S. 193–198). Andererseits gilt auch für die KMU, dass das BEM „Chance und Herausforderung“ ist (Seel 2017).

3.2 Quantitative Daten (RE-BEM)

Den qualitativen Hauptteil flankierend wurde eine sekundäranalytische Auswertung des quantitativen Materials der in der RE-BEM Studie befragten Betriebs- und Personalräte durchgeführt. Für die Befragung von Betriebsräten war der Zugang nicht branchenspezifisch dominiert, sondern nutzte den Umstand, dass die jeweiligen Gewerkschaften bzw. ihre Untergliederungen über funktionsfähige Handwerksausschüsse oder über andere auf KMU zugeschnittene Gremien verfügen. Dem Forschungsvorhaben entsprechend wurden die Angaben der Unternehmen mit bis zu 200 Beschäftigten herangezogen, die bereits ein Betriebliches Eingliederungsmanagement im Unternehmen durchführen oder dessen Einführung planen. Als Vergleichsgruppe wurden zudem die Betriebe mit mehr als 200 Beschäftigten an ausgewählten Stellen genutzt.

Die Basis der quantitativen Auswertung ist eine eigens für diese Untersuchung erstellte Sonderauswertung der Daten aus der Studie RE-

BEM, für die wir uns herzlich bedanken. Die Daten, welche in Form von einfachen Häufigkeitstabellen vorliegen, wurden deskriptiv ausgewertet.

Das Ziel der Sekundäranalyse ist es, die erfolgreiche Umsetzung des BEM im Unternehmen, aber auch einhergehende Bedarfe und Problemsituationen aus der betrieblichen Praxis in der Auswertung herauszustellen. Der Vergleich der Betriebsgröße dient dem Sichtbarmachen von Gemeinsamkeiten und Unterschieden unter der Bedingung einer vorhandenen betrieblichen Interessenvertretung bei der Planung oder Durchführung des BEM. Im Fokus der Analyse stehen Bedarf und Inanspruchnahme von bestehenden Angeboten sowie Beratungsleistungen, die durch verschiedene Institutionen angeboten werden, von kleinen und mittelgroßen Betrieben. Die Analyse von Bedarf und Angebot sowie die für KMU zentralen Akteure im (geplanten) BEM-Prozess geben Aufschluss über derzeit existierende Netzwerke sowie die aus Sicht der Betriebe zentralen Institutionen – sowohl auf inner- als auch auf außerbetrieblicher Ebene.

Die aus der quantitativen Datengrundlage gewonnenen Erkenntnisse werden den Ergebnissen der qualitativen Befragungen sowie der Analyse einschlägiger Forschungsliteratur gegenübergestellt, um schlussendlich Handlungsempfehlungen für zukünftige Ansätze zur Förderung erfolgreicher Kooperationen zwischen Betrieben und betriebs- und sozialrechtlichen Akteuren im Feld der betrieblichen Gesundheitspolitik gezielt zu fördern. Weiterhin werden rechtswissenschaftliche Methoden herangezogen, mit denen rechtliche Defizite ermittelt und rechtspolitische Vorschläge erarbeitet werden. Diese fließen ebenfalls in die anschließenden Handlungsempfehlungen ein.

3.3 Qualitative Interviews

Zur Erfassung der Faktoren und Bedingungskonstellationen funktionierender Kooperationen aus unterschiedlichen Perspektiven wurden 41 Interviews mit relevanten Akteuren und Experten vereinbart und durchgeführt. Die Auswahl geeigneter Interviewpartner erfolgte nach dem Kriterium, erfolgreiche Ansätze, Projekte und Angebote für KMU im Bundesgebiet zu identifizieren. Dabei wurde die regionale und branchenspezifische Verortung weniger berücksichtigt.

Das maßgebliche Auswahlkriterium war die Existenz positiver Beispiele und erfolgreicher Modelle bzw. Ansätze, in denen Lotsen und Netzwerke mit der Ausrichtung auf KMU gemeinsam und erfolgreich agieren, um Unterstützung bei den Themen des betrieblichen Gesundheitsmanagements und insbesondere beim BEM zu leisten.

Die für das Projekt ausgewählten relevanten externen Akteure sind überwiegend nicht branchenspezifisch organisiert. Eine Ausnahme stellen die Träger der Unfallversicherung dar, die sich jedoch nach den Fusionen der letzten Jahre weitgehend vom engen Branchenbezug gelöst haben. Den Vorrang erhalten hier die Träger, die sich auf diesem Gebiet verstärkt engagiert haben, wie z. B. die BGW. Bei den sozialrechtlichen Akteuren (Unfall-, Kranken- und Rentenversicherung sowie Integrationsfachdiensten und -ämter) ist unser Vorhaben auf großes Interesse gestoßen, so dass mehrere ausführliche Forschungsgespräche realisiert werden konnten.

Ergänzt wurden diese durch Gespräche mit zivilgesellschaftlichen Akteuren (Vereinen, Gewerkschaften und Verbänden, sowie Kammern und weiteren Beratungsdiensten), die sich im Bereich der betrieblichen Gesundheitspolitik einschließlich des BEM in KMU erfolgreich engagieren und mit ihrem externen Sachverstand eine Lotsenfunktion übernehmen. Zudem konnten Interviews mit Akteuren beispielhafter Betriebe realisiert werden, die die erfolgreiche Einführung und Umsetzung des betrieblichen Eingliederungsmanagements in der Praxis veranschaulichen.

Die auf den Grundlagen der qualitativen Interviewforschung basierenden Gespräche wurden als problemzentrierte Interviews in Anlehnung an Witzel (2000) mit Hilfe eines Leitfadens durchgeführt, der unter Berücksichtigung der verschiedenen Zielgruppen entwickelt wurde. Die durchschnittlich zweistündigen Interviews wurden auf Wunsch der Akteure sowie, um die Expertise verschiedener Akteure innerhalb von Institutionen und Netzwerken einzubeziehen, als Einzel- oder Gruppen Gespräche persönlich vor Ort oder telefonisch durchgeführt. Die Forschungsgespräche konzentrieren sich auf die betriebliche Gesundheitspolitik und insbesondere das Betriebliche Eingliederungsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen, wobei die konkrete Problemzentrierung im Einzelnen variiert.

Zentrale Schwerpunkte innerhalb des thematischen Feldes BGM und BEM sind die Erfahrungen mit erfolgreich durchgeföhrten Projekten in und für KMU, praktische Erfahrungen und Best Practice Beispiele. Zudem werden Probleme und Hürden bei der Netzwerkbildung von KMU und außerbetrieblichen Akteuren sowie Aufgaben, Mehrwert und Einsatzgebiete von Lotsen thematisiert. Weitere Schwerpunkte sind spezifische Zielgruppen innerhalb der Unternehmen, wie bspw. Auszubildende, Frauen und betriebliche Interessenvertretungen.

Die Interviews ergänzend wurden Besuche von Beratungszentren, Kliniken und Betrieben durchgeführt und Verfahren der teilnehmenden Beobachtung angewendet, um die in den Gesprächen gewonnenen Infor-

mationen zur Zusammenarbeit und Umsetzung von Netzwerk- und Beratungsarbeit für und in KMU zu veranschaulichen.

Die Auswertung des zusammengetragenen Interviewmaterials erfolgt im Anschluss an die Transkription mit Hilfe der Inhaltsanalyse nach Mayring (2010). Unter Verwendung der Analysesoftware MaxQDA konnten die Gespräche systematisch nach den verschiedenen Kriterien entsprechend der Forschungsfrage ausgewertet werden. Die Analyse dient als Grundlage für die abschließenden Handlungsempfehlungen und wird durch das quantitative Datenmaterial ergänzt. Sie ermittelt die spezifischen Stärken und Methoden der Akteure, beschreibt mögliche Defizite und stellt die Existenz von Lotsen und Netzwerken, die für die Lotsen zugänglich sind, sowie die Netzwerkfähigkeit der verschiedenen Organisationen in den Mittelpunkt.

4. Ergebnisse der Online-Befragung RE-BEM

Im Rahmen des Projekts RE-BEM hat das Institut für Personalentwicklung und Coaching (ipeco) Hamburg gemeinsam mit Peter R. Horak (wissenschaftliche Begleitung) im Zeitraum vom 01.02.2016 – 31.07.2016 eine umfangreiche Online-Befragung mit Betrieben im Bundesgebiet zum Thema „[Unterstützende Ressourcen für das Betriebliche Eingliederungsmanagement](#)“ durchgeführt. Besonders die Ergebnisse der kleinen und mittelgroßen Betriebe sind für das Forschungsprojekt „Lotsen & Netzwerke“ eine wichtige Ergänzung zur Planung und Umsetzung des BEM in den Betrieben. Sie flankieren die qualitativen Interviews mit verschiedenen Akteuren im Feld und ergänzen sie, indem die betriebliche Sichtweise in Bezug auf die Beratung bei der Einführung und Umsetzung des BEM abbilden. Insbesondere die Ergebnisse zu gewünschten und realen Ansprechpartnern der KMU sowie die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten verschiedener Institutionen und Träger stützen die in den qualitativen Gesprächen geschilderten Erfahrungen. Die für das Projekt „Lotsen & Netzwerke“ relevanten Daten wurden in Form einer Teilauswertung zur Verfügung gestellt und vor dem Hintergrund der zu untersuchenden Forschungsfrage analysiert. Die veröffentlichten Projektergebnisse der Studie RE-BEM ergänzen diese Auswertung.

Insgesamt konnten von den 2151 im Rahmen von RE-BEM befragten Personen 1366 gesondert betrachtet werden, die ein BEM planen oder bereits umsetzen. Diese Gruppe umfasst Teilnehmer*innen aus Betrieben mit mehr als 200 Beschäftigten, aber auch aus kleinen und mittleren Betrieben (KMU), in denen eine Schwerbehindertenvertretung, eine Personalvertretung oder ein Betriebsrat vorhanden ist. Von der Gesamtzahl praktizieren bereits 1648 Organisationen ein BEM aktiv (BEM-Praktiker), 158 dieser Betriebe zählen zu den KMU mit weniger als 200 Beschäftigten, die über eine SBV oder einen BR/PV verfügen. Betriebe, die bisher kein BEM praktizieren, dies aber planen (BEM-Planer), umfassen insgesamt 232 Organisationen, von denen 34 ebenfalls als spezifische Gruppe der KMU bis 199 Beschäftigte mit SBV oder BR/PV betrachtet werden. Die übrigen 271 Teilnehmenden praktizieren weder ein BEM noch planen sie es in der Zukunft (Richter & Horak 2017, S. 10).

Die Stichprobe der Online-Befragung für die Studie RE-BEM ist insgesamt relativ homogen und bildet demnach die reale Verteilung hinsichtlich der Betriebsgrößen sowie der Funktionen innerhalb der Betriebe nicht ab (vgl. Wassermann 2004). So sind nur etwa 20 Prozent der teilnehmenden Betriebe der für unsere Untersuchung relevanten Gruppe

der KMU mit weniger als 200 Beschäftigten zuzuordnen (vgl. Richter & Horak 2017, S. 9). Die Bestätigung des vielfach beschriebenen Mangels an der Durchführung des BEM in kleinen und mittelgroßen Betrieben lässt sich besonders deutlich an der Gruppe der Betriebe zeigen, die weder ein BEM durchführen noch planen. Die prozentuale Verteilung in dieser Gruppe kommt der Verteilung in der Bundesrepublik etwas näher als die Gesamtstichprobe (Richter & Horak 2017, S. 10). Dennoch lassen sich aus der Datengrundlage der Online-Befragung Thesen für eine spezifische Zielgruppe innerhalb der KMU ableiten, die wichtige Hinweise auf Netzwerke und Verbindungen zwischen inner- und außerbetrieblichen Akteuren im BEM-Prozess aufzeigen.

Die Interessenvertretungen sind in der Stichprobe der Studie die größte Gruppe. Bei der Betrachtung der genauen Funktionen von einzelnen Teilnehmer*innen wird deutlich, dass die Seite der Arbeitnehmer*innen besonders stark vertreten ist. Den Großteil machen demnach insgesamt betriebliche Interessenvertretungen (41,8 Prozent) und Schwerbehindertenvertretungen (34,9) aus. Im Vergleich dazu ist die Arbeitgeberseite mit den Positionen der Geschäftsführung, Führungskräften und Personalverantwortlichen in der Stichprobe (zusammen 15,7 Prozent) deutlich unterrepräsentiert. Wie Jurchen & Baumeister (2015) darstellen, ist jedoch gerade diese Ebene im Betrieb essenziell für eine gelingende Umsetzung des BEM im KMU.

Diese Verteilung spiegelt sich nicht nur in den Gesamtdaten der Befragung, sondern auch in der spezifischen Gruppe der KMU wider. Zwar haben aufgrund von Mehrfachnennungen einige Teilnehmer*innen mehrere Positionen, wie bspw. Mitglied im BEM- oder Integrations-Team, BEM-Koordinator oder ähnliches, jedoch ist der Anteil der Vertretungen auf Arbeitnehmerseite im Vergleich zu den Arbeitgebern insgesamt deutlich höher. Betriebe ohne Interessenvertretung gibt es nur wenige in der Stichprobe. Selbst in der Gruppe der Befragten, die kein BEM planen oder durchführen sind häufig betriebliche Interessenvertretungen vertreten (Richter & Horak 2017, S. 9–11).

Bei der Organisationsform der Betriebe lässt sich feststellen, dass besonders in der Gruppe der BEM-Praktiker unter den KMU sehr viele öffentlich-rechtliche Betriebe in der Stichprobe enthalten sind. Auch gemeinnützig organisierte Betriebe, wie Verbände und Vereine, sind in der Online-Befragung überproportional häufig vorhanden.

Damit gibt RE-BEM einen wichtigen Überblick über engagierte Personen, kann aber keinen repräsentativen Überblick über BEM-Verfahren in allen Wirtschaftsbereichen vermitteln. Dies war auch nicht der Anspruch dieser akteurszentrierten Befragung.

Tabelle 1: Organisation der beteiligten KMU

KMU-Planer Organisationsform (N: 34)			KMU- Praktiker Organisationsform (N:153)		
	abs.	%		abs.	%
gemeinnützig	8	23,5	gemeinnützig	31	20,3
öffentlich-rechtlich	0	0,0	öffentlich-rechtlich	60	39,2
privatrechtlich	17	50,0	privatrechtlich	51	33,3
sonstige	9	26,5	sonstige	11	7,2
	34	100,0		153	100,0

Quelle: RE-BEM Teilauswertung KMU-Planer und -Praktiker bis 199 MA

4.1 Unterstützungsbedarf der kleinen und mittleren Unternehmen

Für das Vorhandensein bzw. die Einführung eines BEM im Unternehmen mit weniger als 200 Beschäftigten spielt die betriebliche Interessenvertretung (bspw. Betriebsrat, Personalrat oder Schwerbehindertenvertretung) eine zentrale Rolle. Sie gibt bzw. gab in fast der Hälfte der befragten KMU (46 Prozent) den Anstoß zum BEM. Auch die überbetrieblichen Interessenvertretungen und hier insbesondere die Gewerkschaften geben in mehr als einem Drittel der befragten KMU (37 Prozent) die ersten Informationen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement. In diesem Punkt zeigt sich, dass sich die kleinen und mittleren Betriebe in diesem Sample im Wesentlichen nicht von großen Betrieben abgrenzen: sobald eine Interessenvertretung besteht, ist sie der wichtigste innerbetriebliche Motor, der die Einführung des BEM antreibt. Externe Institutionen, wie die großen Sozialversicherungsträger wie Krankenkassen, Renten- und Unfallversicherung bzw. Berufsgenossenschaften geben nur selten (je weniger als 10 Prozent) den Anstoß zum BEM in den Unternehmen.

Welche Informationsquellen KMU ohne Betriebs-, Personalrat oder andere Interessenvertretung nutzen, geht aus den Daten der Studie RE-BEM nicht hervor, da in der Stichprobe der Online-Befragung insgesamt nur wenige Betriebe aus dieser Gruppe enthalten sind (Richter & Horak 2017, S. 56). Das schränkt die Verallgemeinerungsfähigkeit des Samples deutlich ein.

4.2 Vergleich KMU bis 199 Beschäftigte – Planer vs. Praktiker

Obwohl das BEM Aufgabe des Arbeitgebers ist, sind in diesem Sample die Arbeitnehmervertretungen zentrale Akteure bei der Einführung in KMU mit SBV oder PR/BR. Etwa die Hälfte aller KMU-Teilnehmer – sowohl Planer als auch Praktiker – haben vom BEM über die betriebliche Interessenvertretung erfahren (vgl. Tabelle 2). Der zweitwichtigste Ansprechpartner für das BEM sind in beiden Gruppen in dieser Studie außerdem die Gewerkschaften (44 bzw. 37 Prozent). Während das Integrationsamt vor allem für die Praktiker den Anstoß zum BEM gab (19 Prozent), sind es für die Planer eher die Berufsgenossenschaften bzw. die Unfallkasse (18 Prozent). Auch die Krankenkasse spielt für die Planer eine wichtigere Rolle als für die Praktiker unter den KMU.

Tabelle 2: Information der Planer und Praktiker in KMU

Gruppe: Planer Funktion: SBV oder BR/PV Betriebsgröße: 5 bis 199 Mitarbeiter*innen		Gruppe: Praktiker Funktion: SBV oder BR/PV Betriebsgröße: 5 bis 199 Mitarbeiter*innen			
Durch wen/was haben Sie erstmalig von den Möglichkeiten des BEM gehört? (N: 34)		Durch wen/was haben Sie erstmalig von den Möglichkeiten des BEM gehört? (N: 153)			
	abs.	%			
Arbeitgeberverband	0	0	Arbeitgeberverband	8	5,2
Arbeitsagentur	1	2,9	Arbeitsagentur	0	0
Berufsgenossenschaft/ Unfallkasse	6	17,6	Berufsgenossenschaft/ Unfallkasse	12	7,8
Betriebliche Interessen- vertretung	17	50	Betriebliche Interessen- vertretung	70	45,8
Fachpresse	7	20,6	Fachpresse	12	7,8
Gewerkschaft	15	44,1	Gewerkschaft	56	36,6
Integrationsamt	2	5,9	Integrationsamt	29	19
Integrations- fachdienst	2	5,9	Integrations- fachdienst	12	7,8
Krankenkasse	6	17,6	Krankenkasse	14	9,2

Rentenversicherung	2	5,9	Rentenversicherung	10	6,5
Sonstiges	0	0	Sonstiges	19	12,4
Weiß nicht mehr	5	14,7	Weiß nicht mehr	19	12,4
	63	185,3		261	170,6

Quelle: RE-BEM Teilauswertung KMU-Planer und -Praktiker bis 199 MA

Das Integrationsamt spielt als Unterstützer in der Gruppe der Praktiker eine wesentlich zentralere Rolle als bei den Planern. Lediglich 3 Prozent der Planer nimmt externe Hilfe des Integrationsamtes bei Fragen zum BEM in Anspruch, während fast drei Viertel (42 Prozent) der Praktiker hier Unterstützungsleistungen suchen und nutzen. Ähnlich verhält es sich mit den Unterstützungsangeboten der Kammern. Hier nutzen 22 Prozent der BEM-Praktiker unter den KMU Angebote, während kein einziger Betrieb in der Gruppe der Planer diese in Anspruch nimmt. Unterstützungsangebote der Berufsgenossenschaften bzw. Unfallkassen und Gewerkschaften werden in etwa gleich häufig von Planern und Praktikern genutzt, wobei die Gewerkschaften für die Planer hier etwas wichtiger sind als für die Praktiker (24 Prozent Planer vs. 17 Prozent Praktiker). Auch an den Angaben der Betriebe, die nicht wissen, von welchen Externen Hilfestellungen in Anspruch genommen werden bzw. die keine in Anspruch nehmen wird erkennbar, dass die Praktiker unter den KMU eher über Informationen zu Unterstützungsleistungen externer Stellen verfügen (48 Prozent) als Planer (73 Prozent). Dennoch sind selbst in dieser Gruppe fast die Hälfte der kleinen und mittelgroßen Betriebe unsicher, ob und falls ja von welcher Stelle sie Angebote in Anspruch nehmen (können). Besonders aber die Angaben der Planer zeigen, dass KMU bei der Inanspruchnahme von externer Unterstützung einen großen Bedarf an Lotsen haben, die ihnen den Weg zu den entsprechenden Ansprechpartnern und Stellen weisen. Denn obwohl es viele Angebote gibt, nutzt ein Drittel der KMU mit BR oder PR keine dieser Hilfestellungen beim BEM.

Die Gewerkschaften, welche für die ersten Anstöße zum BEM eine zentrale Schüssefigur in den Praktiker-Betrieben mit betrieblicher Interessenvertretung sind, sind hier nicht mehr die am häufigsten angesprochene Institution. Je stärker der BEM-Prozess voranschreitet, desto mehr weichen sie in den Hintergrund und stellen für viele KMU-Akteure seltener Ansprechpartner im laufenden Prozess dar.

Umgekehrt verhält es sich mit den Integrationsämtern. Sie geben zwar selten erste Impulse an die KMU, sind aber vor allem für Schwerbehindertenvertretungen wichtige Ansprechpartner während des laufenden BEM-Prozesses und nehmen somit eine wichtige beratende und un-

terstützende Position ein. Betrachtet man die Gruppe der KMU, in denen ausschließlich Betriebsräte und Personalvertretungen geantwortet haben, so fällt auf, dass das Integrationsamt sowohl bei ersten Informationen zum BEM (32 Prozent) als auch bei Fragen im laufenden BEM-Prozess (56 Prozent) sowie bei der Beantragung von Fördermitteln (31 Prozent) eine zentrale Schlüsselrolle einnimmt. In den KMU, die ein BEM planen, ist dieser Unterschied zwischen antwortenden Mitgliedern der BR/PR bzw. SBV in ähnlicher Weise erkennbar.

4.3 Vergleich KMU und Großbetriebe

Insgesamt geben Akteure aus großen Betrieben, die ein BEM planen, deutlich mehr Quellen für erste Informationen zum BEM an (240 Prozent) als KMU-Akteure (185 Prozent) (vgl. Tabelle 3). Auch in der Gruppe der BEM-Planer sind die betrieblichen Interessenvertretungen die häufigste erste Informationsquelle für die kleinen und mittleren (50 Prozent) sowie die großen Betriebe (47 Prozent), gefolgt von den Gewerkschaften (44 Prozent bzw. 55 Prozent). Für die KMU unter den Planern spielen die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen eine größere Rolle (18 Prozent) als für die Großbetriebe (6 Prozent). Durch ihre Nähe zur Branche sowie durch die Aufsichtspersonen in den Betrieben können sie besonders in KMU erste Anregungen zum BEM geben, während in Großbetrieben andere Institutionen diese Funktion übernehmen. Auch die Krankenkassen sind für die BEM-Planer bei den KMU als erste Informationsquelle doppelt so stark vertreten als bei den Großbetrieben (18 Prozent vs. 9 Prozent).

Tabelle 3: Erstmalige Information der Planer zu den Möglichkeiten des BEM

Gruppe: Planer Funktion: SBV oder BR/PV Betriebsgröße: 5 bis 199 Mitarbeiter*innen		Gruppe: Planer Funktion: BR/PV oder SBV Betriebsgröße: 200 und mehr Mitarbei- ter*innen			
Durch wen/was haben Sie erst- malig von den Möglichkeiten des BEM gehört? (N: 34)		Durch wen/was haben Sie erstmalig von den Möglichkei- ten des BEM gehört? (N:130)			
	abs.	%			
Arbeitsagentur	1	2,9	Arbeitsagentur	33	25,4
Arbeitgeber- verband	0	0,0	Arbeitgeber- verband	2	1,5
Berufsgenossen- schaft/ Unfallkasse	6	17,6	Berufsgenossen- schaft/ Unfallkasse	8	6,2
Betriebliche Interessen- vertretung	17	50,0	Betriebliche Interessen- vertretung	61	46,9
Fachpresse	7	20,6	Fachpresse	22	16,9
Gewerkschaft	15	44,1	Gewerkschaft	72	55,4
Integrationsamt	2	5,9	Integrationsamt	45	34,6
Integrationsfach- dienst	2	5,9	Integrationsfach- dienst	24	18,5
Krankenkasse	6	17,6	Krankenkasse	12	9,2
Renten- versicherung	2	5,9	Renten- versicherung	7	5,4
Sonstiges	0	0,0	Sonstiges	3	2,3
Weiß nicht mehr	5	14,7	Weiß nicht mehr	23	17,7
	63	185,3		312	240,0

*Quelle: RE-BEM Teilauswertung Planer und Praktiker bis 199 MA und
ab 200 MA*

Für gut ein Drittel der Großbetriebe, die ein BEM planen, war das Integrationsamt die erste Informationsquelle (35 Prozent). Kleine und mittelgroße Betriebe hingegen haben zu dieser Institution kaum Verbindungen (6 Prozent). Auch Integrationsfachdienste bieten eher Großbetrieben (19 Prozent) erste Informationen zum BEM als den KMU (6 Prozent). Die Arbeitsagentur ist ebenfalls besonders für die Großbetriebe unter den Planern eine Möglichkeit, erste Informationen zum BEM zu erhalten.

Ein Viertel der befragten Betriebe (25 Prozent) gibt sie als Quelle an, während nur 3 Prozent der KMU die Arbeitsagentur benennen.

Die Ergebnisse zeigen insgesamt, dass den KMU ein weniger breites Spektrum an Informationsquellen zugänglich ist bzw. sie nicht von der Vielfalt der Möglichkeiten Gebrauch machen. Anders verhält es sich bei den großen Betrieben mit mehr als 200 Beschäftigten. Die Sozialversicherungsträger – mit Ausnahme der Rentenversicherung und der Arbeitsagentur – sind allerdings für die KMU eher Informationsquellen zu den Möglichkeiten des BEM als für größere Betriebe.

Sowohl in den kleinen und mittleren als auch in den großen Betrieben sind betriebliche Interessenvertretungen (46 Prozent bzw. 50 Prozent) und Gewerkschaften (37 Prozent bzw. 43 Prozent) die mit Abstand häufigsten ersten Institutionen, durch die Betriebe, die das BEM bereits im Unternehmen praktizieren, erstmals auf die Möglichkeiten aufmerksam geworden sind (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Erstmalige Information der Praktiker

Gruppe: Praktiker Funktion: SBV oder BR/PV Betriebsgröße: 5 bis 199 Mitarbeiter*innen		Gruppe: Praktiker Funktion: SBV oder BR/PV Betriebsgröße: 200 und mehr Mitarbei- ter*innen			
Durch wen/was haben Sie erstmalig von den Möglichkei- ten des BEM gehört? (N:153)		Durch wen/was haben Sie erst- malig von den Möglichkeiten des BEM gehört? (N:1063)			
	abs.	%	abs.		
Arbeitgeber- verband	8	5,2	Arbeitgeber- verband	29	2,7
Arbeits- Agentur	0	0,0	Arbeits- agentur	13	1,2
Berufsgenossen- schaft/ Unfallkasse	12	7,8	Berufsgenossen- schaft/ Unfallkasse	79	7,4
Betriebliche Interessen- vertretung	70	45,8	Betriebliche Interessen- Vertretung	527	49,6
Fach- presse	12	7,8	Fach- Presse	169	15,9
Gewerkschaft	56	36,6	Gewerkschaft	458	43,1
Integrations- amt	29	19,0	Integrations- amt	287	27,0

Integrationsfach-dienst	12	7,8	Integrationsfach-dienst	125	11,8
Krankenkasse	14	9,2	Krankenkasse	46	4,3
Renten-versicherung	10	6,5	Renten-Versicherung	33	3,1
Sonstiges	19	12,4	Sonstiges	104	9,8
Weiß nicht mehr	19	12,4	Weiß nicht mehr	142	13,4
	261	170,6		2012	189,3

Quelle: RE-BEM Teilauswertung Planer und Praktiker bis 199 MA und ab 200 MA

Die Gewerkschaften werden dennoch häufiger von den großen Betrieben im Vergleich zu den KMU genannt. Auch das Integrationsamt wird sowohl von kleinen und mittleren als auch großen Betrieben als Institution, durch die sie auf das BEM aufmerksam geworden sind, genannt. Ähnlich wie die Gewerkschaften erreicht auch das Integrationsamt mit einem Drittel der Nennungen eher die großen Betriebe ab 200 Beschäftigten als die KMU (19 Prozent). Rentenversicherung und Krankenkasse sind wiederum für KMU eher häufiger als für die Großbetriebe die erste Informationsquelle für das BEM (RV: 7 Prozent bzw. 3 Prozent; KV: 9 Prozent bzw. 4 Prozent).

Dennoch werden sie unabhängig von der Betriebsgröße ebenso wie der Arbeitgeberverband und die Berufsgenossenschaft/Unfallkasse relativ selten genannt (je <10 Prozent). So waren die Arbeitnehmervertretungen in allen BEM-Praktiker-Betrieben unabhängig von der Zahl der Beschäftigten die mit Abstand aktivste Gruppe, wenn es um erste Informationen zum betrieblichen Eingliederungsmanagement geht. Andere Institutionen und Akteure treten erst bei Fragen zum BEM-Prozess stärker in den Vordergrund, wie die Ergebnisse weiterhin zeigen.

Die unterschiedlichen Schwerpunkte zwischen Planern und Praktikern zeigen sich auch bei den Aussagen zur Zusammensetzung eines Integrationsteams. Bei der Frage, wer im BEM-Team vertreten ist bzw. sein soll, zeigen sich ebenfalls große Differenzen zwischen den Praktikern und den Planern. Das optimale BEM-Team der KMU, die bisher kein BEM eingeführt haben, setzt sich in der Mehrheit der Betriebe aus betrieblicher Interessenvertretung, Personalabteilung, Geschäftsleitung und Schwerbehindertenvertretung zusammen. In der Praxis zeigt sich dagegen ein anderes Bild. Das BEM-Team setzt sich hier am häufigsten in der Konstellation Geschäftsleitung, Personalabteilung, Schwerbehindertenvertrauensperson und Gleichstellungsbeauftragter zusammen (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Zusammensetzung des BEM-Teams

KMU-Planer		KMU-Praktiker			
Welcher Personen-/Funktionskreis soll im BEM-Team vertreten sein? (N: 33)		Welcher Personen-/Funktionskreis ist aktuell im BEM-Team vertreten? (N: 111)			
		abs.	%		
Beschäftigte	10	30,3	Beschäftigte	14	12,6
Betriebliche Interessenvertretung	30	90,9	Betriebliche Interessenvertretung	21	18,9
Geschäftsleitung	14	42,4	Geschäftsleitung	85	76,6
Gleichstellungsbeauftragter/-beauftragte	0	0	Gleichstellungsbeauftragter/-beauftragte	43	38,7
Integrationsbeauftragter/-beauftragte	0	0	Integrationsbeauftragter/-beauftragte	6	5,4
Integrationsfachdienst	1	3	Medizinischer Dienst	4	3,6
Medizinischer Dienst	7	21,2	Mittlere Führungs-ebene	10	9
Mittlere Führungsebene	5	15,2	Personalabteilung	50	45
Personalabteilung	19	57,6	Schwerbehinderten-Vertrauensperson	58	52,3
Schwerbehindertenvertretung	14	42,4	Sozialer Dienst	1	0,9
Sozialer Dienst	0	0	Untere Führungsebene	3	2,7
Untere Führungsebene	3	9,1	Nicht bekannt	18	16,2
Nicht bekannt	1	3		313	282
	104	315,2			

Quelle: RE-BEM Teilauswertung KMU-Planer und -Praktiker bis 199 MA

Die betriebliche Interessenvertretung spielt in der Gruppe der Planer nicht nur bei der Hinführung zum BEM, sondern auch bei der beabsichtigten Durchführung eine wesentliche Rolle. Fast alle befragten Planer (91 Prozent) geben an, dass sie im künftigen BEM-Team vertreten sein soll. Im Gegensatz dazu setzen diesen Wunsch weniger als ein Fünftel aller BEM-Praktiker in ihrer Praxis um (19 Prozent). Die Betriebliche Interessenvertretung ist häufig der erste Anstoß für das BEM im Betrieb und wird daher auch als Teil des Teams von den Planern erwartet bzw. gewünscht. Gründe dafür können das erwartete mitgebrachte Wissen

über bzw. ein generelles Interesse am Thema betriebliche Eingliederung sein. Aber auch die Unterstützung der Betroffenen durch die Interessenvertretung gegenüber dem Arbeitgeber im Gespräch ist als Begründung denkbar. Zudem muss bedacht werden, dass sich die Gruppe der Personen, die in der Online-Befragung abgebildet sind, größtenteils aus BR, PR und anderen Funktionsträgern zusammensetzt. Ein Eigeninteresse, stärker ins BEM eingebunden zu werden, vor allem bei den Planern, kann daher nicht ausgeschlossen werden (Richter und Horak 2017, S. 10). Die Umfrage könnte ihnen als „Sprachrohr“ gedient haben, um ihren Wunsch nach einer stärkeren Einbindung zu äußern. Dies würde auch die deutlich geringere Nennung der betrieblichen Interessenvertretungen in der Gruppe der Praktiker erklären.

Im BEM-Team der Praktiker ist vor allem die Geschäftsleitung in der Mehrheit der Betriebe ein wesentlicher Bestandteil (77 Prozent). Obwohl die Geschäftsführung die Verantwortung für das BEM im Betrieb trägt, wird sie von den Planern nicht unbedingt als Teil des Teams gesehen. Zwar spielt sie auch für die Planer eine Rolle, wird jedoch nur von weniger als drei Viertel als Bestandteil des Teams gewünscht (42 Prozent). Dieser Unterschied zwischen Praktikern und Planern kann in der fehlenden Erfahrung mit dem BEM liegen. So ist die Position der Planer denkbar, die Geschäftsführung weniger stark in das Team zu integrieren, um die Angst vor der Ablehnung des BEM-Prozesses durch die Betroffenen zu reduzieren, bspw. weil falsche Parallelen zum Krankenrückkehrgespräch oder die Annahme einer Kündigung entstehen können.

Vertreter der Personalabteilung sowie eine Schwerbehindertenvertretung sind sowohl für die Planer als auch für die Praktiker im BEM-Team vertreten, wobei die Planer häufiger die Personalabteilung, die Praktiker häufiger die Schwerbehindertenvertrauensperson benennen. Mehr als ein Drittel (39 Prozent) der Praktiker gibt an, dass Gleichstellungsbeauftragte Teil des BEM-Teams im Betrieb sind. Sie sind eine Gruppe, die von den Planern unter den KMU im Gegensatz zur Schwerbehindertenvertretung noch nicht ins Auge gefasst wird (0 Prozent). Möglicherweise beruht dies auf der unterschiedlichen Repräsentanz des Öffentlichen Dienstes zwischen Planern und Praktikern (Tabelle 1).

Beschäftigte werden von den Planern wiederum häufiger im BEM-Team genannt (30 Prozent) als sie in der Praxis der KMU tatsächlich einbezogen werden (13 Prozent). Auch der arbeitsmedizinische Dienst wird von den KMU, die ein BEM planen deutlich öfter als Bestandteil angegeben (21 Prozent) als von denen, die bereits praktische Erfahrungen mit dem betrieblichen Eingliederungsmanagement haben (4 Prozent). Eine Erklärung kann in der Verfügbarkeit eines medizinischen Dienstes liegen. So wird seine Anwesenheit und die eingebrachte medizinische

Expertise zwar von den Planern gewünscht, kann in der praktischen Umsetzung aber nur bedingt in Anspruch genommen werden, wie die Ergebnisse der Sekundäranalyse bestätigen (vgl. Glomm 2016; Hodek und Niehaus 2013).

Die Analyseergebnisse der Online-Befragung zeigen, dass das optimale von den Planern gewünschte Team einige Differenzen zur praktisch umsetzbaren Konstellation aufweist. Zurückzuführen sind die Unterschiede einerseits auf die mangelnde Erfahrung der Planer mit der BEM-Praxis, andererseits mit den auf die Bedarfe von KMU zugeschnittenen Möglichkeiten und Angeboten, bspw. bei der Betreuung kleiner und mittlerer Betriebe durch geeignetes medizinisches Fachpersonal.

4.4 Inanspruchnahme von externen Hilfen und Anregungen in der BEM-Praxis

Die fehlende Inanspruchnahme externer Unterstützungsangebote wird bei der Gruppe der KMU-, die ein BEM planen, besonders deutlich (vgl. Tabelle 6). Von den befragten Betrieben nimmt ein Drittel (33 Prozent) keinerlei externe Unterstützungsangebote in Anspruch. Knapp 40 Prozent der KMU können keine Angaben dazu machen, ob externe Angebote genutzt werden. Im Vergleich dazu nutzen nur etwas knapp ein Viertel (23 Prozent) der größeren Betriebe keine externen Angebote zur Einführung des BEM, während auch hier ein Drittel nicht angeben kann, ob Unterstützungsangebote genutzt werden. Die Zahl der externen Stellen, die bei der Einführung des BEM von den Planern aus KMU in Anspruch genommen werden, ist entsprechend insgesamt sehr begrenzt.

Tabelle 6: Externe Hilfen – Sicht der Planer

Planer bis 199 MA: Nimmt das Unternehmen bei der Einführung Hilfe von externen Stellen in Anspruch?			Planer ab 200 MA: Nimmt das Unternehmen bei der Einführung Hilfe von externen Stellen in Anspruch?		
(N:33)	abs.	%	(N:128)	abs.	%
Agentur für Arbeit	1	3,0	Agentur für Arbeit	2	1,6
Arbeitgeberverband	0	0,0	Arbeitgeber-Verband	9	7,0
Arbeitskammer/Arbeitnehmerkammer	1	3,0	Arbeitskammer/Arbeitnehmer-Kammer	1	0,8
Berufsgenossenschaft/Unfallkasse	5	15,2	Berufsgenossenschaft/Unfallkasse	11	8,6
Bildungsanbieter	4	12,1	Bildungs-Anbieter	14	10,9
Datenschutzfachmann/-frau	0	0,0	Datenschutzfachmann/-frau	7	5,5
Gewerkschaft	8	24,2	Gewerkschaft	23	18,0
Integrationsamt	1	3,0	Integrationsamt	14	10,9
Integrationsfachdienst	1	3,0	Integrationsfachdienst	7	5,5
IHK/Handwerkskammer	0	0,0	IHK/Handwerkskammer	2	1,6
Krankenkasse	1	3,0	Krankenkasse	12	9,4
Rechtsanwalt/Rechtsanwältin	1	3,0	Rechtsanwalt/Rechtsanwältin	7	5,5
Rentenversicherung	0	0,0	Rentenversicherung	6	4,7
Unternehmensberatung/freiberufliche Beratung	1	3,0	Unternehmensberatung/freiberufliche Beratung	5	3,9
Nein: Es wird keine externe Hilfe in Anspruch genommen.	11	33,3	Nein: Es wird keine externe Hilfe in Anspruch genommen.	30	23,4
Nicht bekannt	13	39,4	Nicht bekannt	40	31,3
	48	145,5		190	148,4

Quelle: RE-BEM Teilauswertung Planer und Praktiker bis 199 MA und ab 200 MA

Die Gewerkschaften dienen etwa einem Viertel der KMU-Planer (24 Prozent), die Angebote bei der Einführung des BEM nutzen, als Anlaufstelle und sind somit der am meisten genutzte Ansprechpartner. Auch für größere Betriebe sind die Gewerkschaften die erste Anlaufstelle, wenn sie Angebote nutzen. Jedoch ist es hier nur weniger als ein Fünftel der Planer (18 Prozent), die sich an Gewerkschaften wenden. Neben den Gewerkschaften greifen KMU-Planer zudem eher auf Unterstützungsangebote von Unfallkassen bzw. Berufsgenossenschaften (24 Prozent), aber auch externen Bildungsanbietern (15 Prozent) zurück. Angebote anderer Institutionen werden nur in seltenen Fällen genutzt. Das Integrationsamt, welches auch für erste Informationen zum BEM für größere Betriebe eine wichtige Rolle einnimmt, wird von einigen Betrieben auch in die Einführung des BEM einbezogen (11 Prozent). Für KMU ist es nur in Ausnahmefällen Ansprechpartner für die Unterstützung (3 Prozent).

Besonders die BEM-Planer der kleinen und mittleren Betriebe zeigen hier, dass sie kaum externe Hilfe bei der geplanten Einführung des BEM in ihrem Unternehmen nutzen. Zwar erhalten sie von verschiedenen Institutionen Informationen zum BEM, bei der praktischen Umsetzung im Betrieb finden sie jedoch keine (passenden) Angebote, die ihren Bedürfnissen gerecht werden. Lediglich die Gewerkschaften und Unfallkassen bzw. Berufsgenossenschaften bieten einige KMU Anlaufstellen und Angebote, die die Einführung des BEM in ihrem Betrieb unterstützen können. Zwar haben auch größere Betriebe, die ein BEM planen, eine eher geringe Bereitschaft, Angebote anzunehmen, die Situation in den KMU ist allerdings noch stärker ausgeprägt.

Die Betriebsgröße spielt nicht nur bei der erstmaligen Information zum BEM eine Rolle, sondern auch bei der (geplanten) Inanspruchnahme von externer Unterstützung in der laufenden BEM-Praxis, wie die Ergebnisse der Online-Befragung zeigen (vgl. Tabelle 7). So können Betriebe mit mehr als 200 Beschäftigten im Schnitt mehr Institutionen benennen, bei denen sie Unterstützung erhalten (251 Prozent), als KMU (187 Prozent). Insgesamt nutzen KMU-Planer seltener externe Unterstützungsangebote als Großbetriebe. So nehmen 22 Prozent der KMU, die ein BEM im Unternehmen praktizieren, keine externe Hilfe in Anspruch, während dies nur auf 16 Prozent der befragten Betriebe mit mehr als 200 Beschäftigten zutrifft. In der Gruppe der Praktiker wird deutlich, dass zunächst sowohl für KMU als auch Großbetriebe das Integrationsamt für die meisten Befragten der wichtigste Ansprechpartner für Hilfe und Anregungen ist (KMU: 41 Prozent, GU: 60 Prozent). Dennoch wenden sich große Unternehmen insgesamt häufiger an diese Institution.

Tabelle 7: Externe Hilfen – Erfahrungen der Praktiker

Praktiker bis 199 MA	Nimmt das Unternehmen in der lau- fenden BEM-Praxis Hilfe und Anre- gungen von außerbetrieblichen Stellen in Anspruch? (N: 143)		Praktiker ab 200 MA	Nimmt das Unternehmen in der lau- fenden BEM-Praxis Hilfe und Anre- gungen von außerbetrieblichen Stellen in Anspruch? (N: 979)	
	abs.	%		abs.	%
Agentur für Arbeit	14	9,8	Agentur für Arbeit	178	18,2
Arbeitgeber- Verband	5	3,5	Arbeitgeber- verband	51	5,2
Arbeitskammer/ Arbeitnehmer- kammer	1	0,7	Arbeitskammer/ Arbeitnehmer- kammer	10	1,0
Berufsgenossen- schaft/ Unfallkasse	23	16,1	Berufsgenossen- schaft/ Unfallkasse	288	29,4
Bildungs- anbieter	10	7,0	Bildungs- anbieter	89	9,1
Datenschutzfach- mann/-frau	1	0,7	Datenschutzfach- mann/-frau	24	2,5
Gewerkschaft	24	16,8	Gewerkschaft	158	16,1
Integrations- amt	58	40,6	Integrations- amt	590	60,3
IHK/Handwerks- kammer	32	22,4	IHK/Handwerks- kammer	326	33,3
Kranken- kasse	2	1,4	Krankenkasse	56	5,7
Rechtsanwalt/ Rechtsanwältin	24	16,8	Rechtsanwalt/ Rechtsanwältin	320	32,7
Renten- versicherung	5	3,5	Renten- versicherung	40	4,1
Unternehmensbera- tung/freiberufliche Beratung	36	25,2	Unternehmensbera- tung/freiberufliche Beratung	169	17,3
Nein: Es wird keine externe Hilfe in Anspruch genom- men.	32	22,4	Nein: Es wird keine externe Hilfe in Anspruch genom- men.	155	15,8
	267	186,7		2454	250,7

Quelle: RE-BEM Teilauswertung Planer und Praktiker bis 199 MA und
ab 200 MA

Auch freiberufliche Unternehmensberatungen (25 Prozent) sowie IHK und Handwerkskammer (22 Prozent) sind häufige Ansprechpartner für Fragen in der BEM-Praxis von KMU. Die Kammern sind ebenfalls für ein Drittel der Großbetriebe Ansprechpartner in der BEM Praxis, sodass es hier nur eine kleine Mehrheit gibt. Begründen lässt sich dies mit der Pflichtmitgliedschaft der Betriebe, die dazu anregt, unterschiedliche Angebote zur Unterstützung anzunehmen. Dennoch sind die Nennungen begrenzt, womit die Angebote zwar genutzt, aber von den Betrieben nicht vorrangig in Anspruch genommen werden. Freiberufliche Unternehmensberatungen spielen für Großbetriebe eine weniger große Rolle (17 Prozent). Obwohl sie angeben, dass die Gewerkschaften bei ersten Informationen zum BEM eine besonders wichtige Rolle spielen, nutzt nur je ein Viertel der KMU sowie der Großbetriebe die Unterstützungsangebote in der BEM-Praxis (je 16 Prozent). Auch die Kranken- und Rentenversicherung, sowie Arbeitsagentur erreichen sowohl große als auch kleine und mittlere Betriebe nur selten in der BEM-Praxis mit ihren Unterstützungsangeboten (je <10 Prozent).

4.5 BEM-Praktiker – Inanspruchnahme von Fördermitteln

Die Inanspruchnahme von Fördermitteln im Rahmen des BEM-Verfahrens variiert stark mit der Größe des Unternehmens (vgl. Tabelle 8). Je kleiner der Betrieb, desto seltener werden Fördermittel in Anspruch genommen (Stegmann et al. 2017: 38f). Mehr als ein Drittel (34 Prozent) der Betriebe bis 199 Beschäftigte hat im Rahmen des BEM-Verfahrens noch keine Fördermittel in Anspruch genommen. Einem ähnlich hohen Anteil der Befragten aus KMU ist nicht bekannt, ob Mittel in Anspruch genommen wurden (36 Prozent). Damit machen sie innerhalb dieser Gruppe die größten Anteile aus. In Betrieben mit mehr als 200 Beschäftigten sind es deutlich weniger Betriebe, die keine Mittel nutzen (20 Prozent) oder keine Auskunft darüber geben konnten (27 Prozent).

Tabelle 8: Nutzung von Fördermitteln – Erfahrungen der Praktiker

Praktiker bis 199 MA		Praktiker ab 200 MA			
Hat das Unternehmen bisher im Rahmen der BEM-Verfahren För- dermittel in Anspruch genom- men? (N: 143)		Hat das Unternehmen bisher im Rahmen der BEM-Verfahren Fördermittel in Anspruch ge- nommen? (N: 979)			
		Abs.	%		
Agentur für Arbeit	7	4,9	Agentur für Arbeit	117	12,0
Berufsgenossen- schaft/ Unfallkasse	6	4,2	Berufsgenossen- schaft/ Unfallkasse	114	11,6
Eigene (Arbeitgeber-) Mittel	11	7,7	Eigene (Arbeitgeber-) Mittel	199	20,3
Integrationsamt	30	21,0	Integrationsamt	434	44,3
Krankenkasse	9	6,3	Krankenkasse	119	12,2
Rentenversicherer	18	12,6	Rentenversicherer	308	31,5
Sonstige Stelle	3	2,1	Sonstige Stelle	20	2,0
Nein	49	34,3	Nein	205	20,9
Nicht bekannt	51	35,7	Nicht bekannt	266	27,2
	184	128,7		1782	182,0

Quelle: RE-BEM Teilauswertung Praktiker bis 199 MA und ab 200 MA

Die von den KMU am häufigsten genutzte Institution, um Mittel im Rahmen des BEM zu beantragen, ist das Integrationsamt. 20 Prozent der kleinen und mittleren Betriebe beantragt hier Fördermittel. Auch bei den größeren Betrieben sind die Angebote des Integrationsamtes die am häufigsten genutzte Förderung (44 Prozent). Auch die Inanspruchnahme von Fördermitteln der Rentenversicherung (20 Prozent) ist bei den KMU bekannt und wird von etwa 13 Prozent der Unternehmen genutzt, während fast ein Drittel der Großbetriebe (32 Prozent) auf diese Mittel zurückgreift. In diesen Punkten lassen sich abgesehen von der allgemeinen Häufigkeit, mit der Betriebe verschiedener Größen Fördermittel nutzen, keine maßgeblichen Differenzen in der Verteilung auf die jeweiligen Anbieter feststellen.

Bei der Frage, welche Hilfestellungen und Maßnahmen konkret beantragt werden, zeigt sich ebenfalls, dass KMU deutlich weniger Möglichkeiten vereinbaren (durchschnittlich 2,5 Nennungen pro befragter Betrieb), als die größeren Betriebe (durchschnittlich 3,8 Nennungen pro befragter Betrieb) (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9: Vereinbarung von Maßnahmen – Erfahrungen der Praktiker

Praktiker bis 199 MA		Praktiker ab 200 MA			
Welche Hilfestellungen/Maßnahmen zum BEM wurden in den BEM-Verfahren in Ihrem Unternehmen vereinbart? (N: 17)		Welche Hilfestellungen/Maßnahmen zum BEM wurden in den BEM-Verfahren in Ihrem Unternehmen vereinbart? (N: 938)			
		N	%		
Arbeitsassistenz	15	10,9	Arbeitsassistenz	130	13,9
Arbeitsplatzgestaltung	76	55,5	Arbeitsplatzgestaltung	714	76,1
Fördermittel (z. B. bei internem Arbeitsplatzwechsel)	24	17,5	Fördermittel (z. B. bei internem Arbeitsplatzwechsel)	404	43,1
Minderleistungs-ausgleich	22	16,1	Minderleistungs-ausgleich	291	31,0
Persönliche Unter-stützung (z. B. Haushaltshilfen, Selbsthilfegruppen, Coaching)	11	8,0	Persönliche Unterstü-zung (z. B. Haushaltshilfen, Selbsthilfegruppen, Coaching)	160	17,1
Rehabilitationsmaß-nahmen (stationär oder ambulant)	29	21,2	Rehabilitationsmaß-nahmen (stationär oder ambulant)	382	40,7
Technische Hilfsmittel (z. B. Hör- und Sehhilfen, Schreibtisch, He-behilfen etc.)	72	52,6	Technische Hilfsmittel (z. B. Hör- und Sehhilfen, Schreibtisch, He-behilfen etc.)	693	73,9
Umschulung/Qualifizierung	20	14,6	Umschulung/Qualifizierung	287	30,6
Unternehmensinterne Aufwendungen (Arbeitgeber)	25	18,2	Unternehmensinterne Aufwendungen (Arbeitgeber)	261	27,8
Sonstiges	12	8,8	Sonstiges	96	10,2
Wir haben noch keine Hilfsmittel beantragt	29	21,2	Wir haben noch keine Hilfsmittel beantragt	127	13,5
	335	244,5		3545	377,9

Quelle: RE-BEM Teilauswertung Praktiker bis 199 MA und ab 200 MA

Bei der Verteilung auf die jeweiligen Möglichkeiten lassen sich wiederum kaum Unterschiede feststellen. Sowohl in KMU als auch in größeren Betrieben finden vor allem Maßnahmen der Arbeitsplatzgestaltung (KMU: 56 Prozent, GU: 76 Prozent) sowie technische Hilfsmittel, wie Hör- und

Sehhilfen oder Schreibtische (KMU: 53 Prozent, GU: 74 Prozent) Anwendung.

Insgesamt nutzen in der Gruppe der Betriebe, die bereits ein BEM eingeführt und sich mit den Prozessen auseinandergesetzt haben, besonders die kleinen und mittelgroßen Betriebe relativ wenige Unterstützungsangebote. Während das Integrationsamt zwar die häufigste Anlaufstelle für die Betriebe ist, sind besonders die Sozialversicherungsträger mit ihren Unterstützungs- und Fördermöglichkeiten für kleinere Betriebe eher selten eine Option, um Unterstützung beim BEM zu erhalten. Lediglich die Rentenversicherung wird zwar von einem kleinen Teil der KMU bei Anregungen in der BEM-Praxis angefragt und auch Fördermittel werden hier von einigen genutzt. Die Krankenkassen werden dagegen nur sehr selten genannt. Inwiefern die Initiative von den Betrieben oder den Institutionen ausgeht, lässt sich anhand der Datengrundlage zunächst nicht feststellen. Hier setzt die qualitative Untersuchung an und ergänzt inhaltlich die beschriebene Datengrundlage.

5. Akteure und Organisationen

5.1 Handwerk

5.1.1 Handwerksorganisationen

Zu den typischen KMU gehören die Handwerksbetriebe. Ihre Strukturen und ihre Handlungsmöglichkeiten im Bereich der betrieblichen Gesundheitspolitik sind in einer Reihe von Untersuchungen eingehend analysiert worden, so dass es sachgerecht ist, mit diesen Organisationen zu beginnen. In einer ausführlichen Darstellung (Pröll & Ammon 2011) sind die Handwerksunternehmen als spezifische Vertreter von KMU qualifiziert worden, die durch eine wenig differenzierte Binnenstruktur gekennzeichnet sind, die sich durch eine Dominanz persönlicher Beziehungen auszeichnet (so auch Schleicher et al. 2013). Dadurch sind gesundheitliche Probleme, auch Suchtabhängigkeiten, relativ schnell erkennbar und können schnell thematisiert werden. Die Dominanz schwerer körperlicher Arbeit hat inzwischen mit zunehmender Digitalisierung abgenommen (Leuchter 2018, S. 125 und 132). In neuen Untersuchungen ist herausgearbeitet worden, dass auch im Handwerk Digitalisierung voranschreitet, dass aber der Zugang in spezifischer Weise durch „learning-by-doing-Modelle“ funktioniert (Frost & Guhlemann 2020, S. 74 und 83). Es ist zu diskutieren, ob und wie ein solches Herangehen auch auf dem Feld der betrieblichen Gesundheitspolitik möglich ist.

In verschiedenen Untersuchungen (Pröll 1998 und 2011) ist herausgearbeitet worden, dass die differenzierte Organisation des Handwerks unterschiedliche Zugänge und Kooperationen möglich macht. An erster Stelle stehen die Handwerkskammern als Körperschaften öffentlichen Rechts, die von Gesetzes wegen das gesamte Handwerk zu vertreten haben. Handwerksbetriebe sind verpflichtet, Mitglieder der Kammern zu sein. Den Kammern kommen weiter wichtige gesetzliche Aufgaben zu, die sowohl die Interessenvertretung als auch die Ausbildung betreffen. Insoweit haben einige Handwerkskammern auch Aktivitäten in der Beratung zur betrieblichen Gesundheit übernommen.

Eine andere Organisationsform sind die Innungen. Diese sind nach den jeweiligen Branchen aufgeteilt, z. B. Bäcker, Fleischer oder Friseure. Die Mitgliedschaft in den Innungen ist freiwillig; insoweit sind sie basisnähere Organisationen, die allerdings je nach Branche und Region von unterschiedlicher Stärke und Belastbarkeit sind.

Auf regionaler Ebene sind die Innungen zusammengefasst in den Kreishandwerkschaften, die wiederum als Körperschaften öffentlichen Rechts fungieren und vor allem Akteure der regionalen Interessenvertre-

tung sind. In dieser Mittlerrolle sind sie in einigen Projekten zum Gesundheitsschutz in Handwerken hervorgetreten (Pröll 1998, S. 232).

Auf dem Feld der betrieblichen Eingliederung ist auch ein Teil der Organisationen des Handwerks aktiv. Sie konzentrieren sich in der Regel auf dem Feld der Inklusionspolitik; anschaulich wird eines dieser Projekte im Projektbericht „Handwerk und Handicap“ (HwK Hamburg) beschrieben. In der Regel wird diese Arbeit von den Integrationsämtern ganz oder teilweise finanziert. In einigen Regionen gibt es „technische Berater“ bei Handwerkskammern und teilweise auch bei Industrie- und Handelskammern, die ganz oder teilweise von den Integrationsämtern finanziert werden. Sie sind einerseits im Rahmen der Inklusionsberatung beim Übergang junger Behindter von der Schule in den Beruf bzw. bei der Einstellung von arbeitslosen Menschen mit Behinderungen tätig. Für das Projekt interessant sind die Aufgaben dieser Beratungen, die mit Fragen der Wiedereingliederung befasst sind. Als niedrigschwellige Beratung wird z. B. von der IKK Südwest eine BEM-Beratung in den Räumen der Handwerkskammer Mainz praktiziert.

Der größte Teil der Mitgliedsunternehmen der Handwerkskammern gehört zu den Klein- und Kleinstbetrieben. Hier existieren keine strukturierte BEM-Organisation und in der Regel auch keine betriebsnahe Arbeitssicherheitsorganisation. Die Beratung ist daher fallorientiert und zu einem beachtlichen Teil reaktiv. Es geht dann um Problemfälle, in denen eine stufenweise Wiedereingliederung zu organisieren ist oder nach längerer Arbeitsunfähigkeit eine Umgestaltung des Arbeitsplatzes erforderlich ist.

In diesen Fällen sind üblicherweise die jeweiligen Arbeitgeber diejenigen, die den Kontakt zur Beratung der Kammern suchen. Dies betrifft vor allem die zunehmende Zahl von Fällen, in denen langjährige Beschäftigte, zu denen feste soziale Beziehungen bestehen, eine Wiedereingliederung benötigen. Die Beratung bezieht sich nicht nur auf technische, sondern auch auf organisatorische und finanzielle Fragen. In aller Regel ist auch eine Beratung der Beschäftigten erforderlich. Hier stehen Integrationsberater des vom Integrationsamt finanzierten Integrationsfachdienstes zur Verfügung; nicht selten findet auch eine kombinierte Beratung statt.

Insoweit sind die Berater hier für die Betriebe auch Lotsen – diese Bezeichnung wurde in einzelnen Regionen – z. B. in Hamburg – auch schon vor mehr als 5 Jahren genutzt. Sie haben die erforderlichen Kenntnisse des Netzwerks, so dass sie z. B. nachhaltig beteiligt sind an der Antragsstellung bei Leistungen zur Teilhabe, begleitender Hilfe im Arbeitsleben und Leistungen zum Nachteilsausgleich.

Insoweit kennen sie sehr genau die Bedingungen, unter denen Integrationsämter solche Leistungen bewilligen und wissen auch, welche Anforderungen an solche Anträge gestellt werden. Weiter ist den Beratern in der Regel aus dem Netzwerk auch bekannt, welche Leistungen von Reha-Trägern erbracht werden; auf der informellen Ebene bestehen in aller Regel auch Verbindungen zu den jeweiligen Reha-Beratern.

Teilweise sind ihnen inzwischen auch die Akteure des Firmenservice der DRV bekannt; dieser Service ist – was die KMU angeht – in der Mehrzahl der Regionen wenig betriebsnah, doch kann er die Arbeit der Lotsen erleichtern, so dass sie wiederum Anträge, aber auch den Übergang von der medizinischen zur beruflichen Rehabilitation fördern können.

An einigen Orten wird von den Fachstellen der Integrationsämter ein bis zweimal im Jahr ein typisches Netzwerkstreffen organisiert, bei dem die verschiedenen Akteure aus dem Bereich der Prävention und Rehabilitation zusammenkommen und auch persönliche Erfahrungen austauschen. Größere Betriebe sind hier durch professionelle Akteure vertreten; für die Berater der Kammern sind solche Treffen hilfreich, weil sie die vor allem informellen Verbindungen im Netzwerk fördern.

Für Arbeiten im Handwerk sind persönliche Verbindungen wichtig. Auch wenn selbstverständlich eine aussagefähige Information im Netz erforderlich ist und stattfindet, wird doch ein relevanter Teil von Arbeitgebern durch Kommunikation mit anderen Arbeitgebern, vor allem wenn sie positive Erfahrungen gemacht haben, zur Kontaktaufnahme mit den Beratern motiviert. Dies ist ein langwieriger Prozess, der vor allem dort stabil ist, wo die Finanzierung der Beratung dauerhaft gesichert bzw. langfristig angelegt ist.

In den KMU mit 50 bis 199 Beschäftigten sind auch im Handwerk nicht selten Betriebsräte anzutreffen. Sie können dann auch eine relevante Rolle bei der Begleitung von Maßnahmen der Wiedereingliederung spielen. Sie sind ebenfalls wichtige Akteure, die für die Arbeit der Beratung werben und sie in weiteren Betrieben bekannt machen. Ein wichtiger Faktor bei den Kammern sind die „Arbeitnehmer – Vizepräsidenten“, die als Instrument gesetzlicher Arbeitnehmerbeteiligung in jeder Kammer von den Beschäftigten gewählt sind.

Es handelt sich um eine engagierte und untereinander vernetzte Gruppe (www.vizepraezidenten.de), die solche Beratungen und deren Finanzierung fördern und anstoßen können. Ihr Schwerpunkt liegt eher bei Fragen der Berufsbildung, zu der auch die Integration behinderter Jugendlicher gehört. Im Rahmen des zunehmend wichtiger werdenden Themas der Fachkräftesicherung wird von dieser Gruppe auch der betriebliche Gesundheitsschutz und das BEM ins Blickfeld genommen, so

dass sie entsprechende Aktivitäten in den Kammern fördern bzw. anstoßen.

Zwischen Kammern, Kreishandwerkerschaften und Innungen bestehen unterschiedliche Funktionen, die in den einzelnen Regionen unterschiedlich gelebt werden. Zwischen Kooperation und Konkurrenz sind unterschiedliche Verhaltensweisen anzutreffen, so dass Verallgemeinerungen über die jeweiligen sozialen Rollen im Rahmen unseres Projekts nicht getroffen werden können. In einigen Interviews wurde ein Vorrang der Kammern, in anderen die Bedeutung der jeweiligen Kreishandwerkerschaft und der einzelnen Innungen hervorgehoben. Insoweit wird hier die Pluralität des in der Regel kleinbetrieblichen Handwerks dokumentiert.

Eine andere wichtige Funktion der Beratung betrifft die Begleitung des Übergangs von Schule zum Beruf und die Förderung der Berufsbildung junger behinderter Menschen. Diese Aufgabe ist in unserem Projekt nicht eingehend untersucht worden; aus erfolgreichen Maßnahmen können sich allerdings Vertrauensstrukturen ergeben, die auch für eine rechtzeitige Beteiligung an der Wiedereingliederung hilfreich sein können. In diesem Zusammenhang gibt es auch die Konstellation, dass Integrationsfachdienste in den Räumen der Kammer beraten, so dass sich für Handwerksbetriebe daraus eine niedrigschwellige gesundheitsbezogene Beratung ergibt.

5.1.2 Nachhaltige regionale Lotsenarbeit im Handwerk

Ein bundesweit beachtetes Modell der Beratung im Handwerk wird durch den Verein zur Förderung der betrieblichen Eingliederung im Handwerk (www.esa-sh.de) mit Sitz in Schleswig dokumentiert. Dieser Verein ist 2007 von allen Kreishandwerkerschaften (zu ihrer Rolle bereits Pröll 1998, S. 232) in Schleswig-Holstein sowie von der IKK-Nord gegründet worden und hat seit 2008, beginnend mit dem Projekt „esa-eingliedern statt ausgliedern“ kontinuierlich Projekte durchgeführt, mit denen die Eingliederung behinderter Menschen gefördert und realisiert wurde. Bereits vorher wurde auch der Handwerkerfonds-Suchtkrankheit von den beiden Handwerkskammern in Schleswig-Holstein, den Kreishandwerkerschaften und einigen Innungen gegründet, der eine entsprechende Beratungs- und Aufklärungsarbeit auf dem Feld der Suchtabhängigkeit durchführt.

Damit war ein gesundheitspolitisches Handlungsfeld aufgenommen worden, das zu den traditionellen gesundheitspolitischen Aktivitäten im Handwerk gehört. Aufgrund der engen persönlichen Beziehungen in

Handwerksbetrieben ist Suchtabhängigkeit schnell erkennbar und angesichts der besonderen Arbeitsbedingungen oft auch ein reales betriebliches Problem.

Der Handwerkerfonds-Suchtkrankheit, der von den Organisationen des Handwerks in Schleswig-Holstein zusammen mit der regionalen Innungskrankenkasse und dem kirchlichen Dienst in der Arbeitswelt (KDA) gegründet worden war, hatte sowohl Informations- und Beratungsaufgaben übernommen als auch eine finanzielle Unterstützung von Handwerksbetrieben, um die Absicherung bei Arbeitsunfähigkeit und Rehabilitation für die Beteiligten zu ermöglichen. Diese Arbeit wird von dem Fond bis heute gestaltet. Sie enthält die Basis der weiteren Aktivitäten, weil sich aus dieser Arbeit ein deutliches Vertrauenskapital ergeben hatte (Leuchter 2016).

Inzwischen wird die Eingliederungsarbeit ergänzt durch die gemeinnützige GmbH „Gesund leben und arbeiten in Schleswig-Holstein (www.gla-sh.de), die die Geschäftsstelle Kooperationsverbund gesundes Handwerk Schleswig-Holstein betreibt und seit 2016 das Modellprojekt „Betriebslotsen im Handwerk“ durchführt. Dies ist eine Anlaufstelle für Inhaber*innen von Handwerksbetrieben und für Beschäftigte dieser Betriebe zu allen Fragen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie zur betrieblichen Gesundheitsförderung, zum Arbeits- und Gesundheitsschutz und zu den Rechten der Menschen mit Behinderung.

Durch die enge und dauerhafte Vernetzung mit den Kreishandwerkerschaften ist dieser Verein mit seinen Betriebslotsen zu einem zentralen Ansprechpartner für Handwerksbetriebe und Handwerksbeschäftigte in Schleswig-Holstein geworden. In sehr kleinen Handwerksbetrieben stellt sich für den einzelnen Betrieb selten – oft in einem Abstand von mehr als fünf Jahren – die Anforderung, ein BEM durchzuführen, so dass hier die Betriebslotsen selbst das BEM durchführen bzw. die Hilfe anderer Träger und Dienste mobilisieren. Diese Beratungen sind in aller Regel eng verbunden mit der Verbesserung des Arbeitsschutzes und der Arbeitsorganisation in diesen Betrieben. Aufgrund der langjährigen Tätigkeit besteht inzwischen ein umfassendes Netzwerk, das vor allem zur Mobilisierung von Hilfen des Integrationsamtes sowie der Reha-Träger in der Lage ist. Es besteht eine Bürogemeinschaft mit einer BGF-Beratung der IKK-Nord, die zugleich auch BGF-Modelle für die jeweiligen zentralen Ausbildungswerkstätten des Handwerks fördert und damit auch Ansätze für eine generationssensible Gesundheitspolitik im Handwerk etabliert.

Für die größeren Handwerksbetriebe, für die dortigen Interessenvertretungen und für Akteure des Netzwerks finden regelmäßige Fortbildungen durch eine „BEM-Akademie“ statt, die ebenfalls vom Verein be-

trieben wird. Deren Gründung beruht auf der Erkenntnis, dass Nachhaltigkeit nicht ohne eine umfassende und regelmäßige Information und Fortbildung gewährleistet werden kann. Hier erfolgt auch eine Zusammenarbeit mit regionalen Rehabilitationseinrichtungen sowie mit einer Hochschule. Der Kern der finanziellen Förderung erfolgt durch das Integrationsamt, allerdings im Rahmen zeitlich befristeter Projekte.

Nach 2004 hatte der Verein von Anfang an die BEM-Arbeit in Schleswig-Holstein nachhaltig gefördert. Er hatte zunächst die Information sowohl der Organisation des Handwerks als auch der einzelnen Betriebe voran gebracht und auf dieser Basis in größeren Handwerksunternehmen für die Durchführung des BEM geworben und die Beteiligten qualifiziert. Vorrangig übernahm der Verein allerdings für die Klein- und Kleinstbetriebe die Durchführung von BEM-Verfahren und BEM-ähnlichen-Verfahren (Leuchter 2018). Eine enge Zusammenarbeit war von Anfang an mit der IKK Nord vereinbart und praktiziert worden. Dies beruhte auf der gemeinsamen Zusammengehörigkeit zur „Familie des Handwerks“, so dass zwischen dem Verein, einzelnen Handwerksunternehmern und den Akteuren der Krankenkasse eine feste Zusammenarbeit entstand. Mit den anderen Krankenkassen erfolgte dagegen keine solche Zusammenarbeit; vom Verein wurde später kritisiert, dass die wichtigen Pflichten nach § 44 Abs. 4 SGB V von diesen Kassen nicht sachgemäß realisiert wurden (Leuchter 2016). Dies entspricht vergleichbaren Erfahrungen in Mecklenburg-Vorpommern, die den Auswirkungen des Kassenwettbewerbs zugeordnet wurden (Welti 2010).

Eine weitere enge Zusammenarbeit ergab sich mit dem Integrationsamt, das ein Teil der Arbeit des Vereins und verschiedene Projekte förderte. Auf diese Weise gelang es, betriebsnahe Fördermaßnahmen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben, vor allem im Bereich der technischen Arbeitshilfen, sicherzustellen. Infolge der Vorleistungspflicht des Integrationsamts nach § 185 SGB IX konnten auf diese Weise auch schrittweise Leistungen von Rehabilitationsträgern sichergestellt werden, so dass im Laufe der Zeit auch eine Kooperation mit den Trägern der Rentenversicherung aufgebaut werden konnte.

Schon früh hatte der Verein sich als „Lotse“ für die Betriebe des Handwerks bezeichnet, mit denen die Verbindung zu den Netzwerken der Träger der sozialen Sicherung ermöglicht werden sollte, die sich für die einzelnen Handwerksunternehmer als schwer verständliche Organisationsdifferenzen darstellten. Nach mehr als 10 Jahren zeigt sich an diesem Beispiel, dass das Modell von Lotsen und Netzwerken ein tragfähiges Modell darstellt.

Ein vergleichbares Organisationsmodell ist auch in Mecklenburg-Vorpommern gebildet worden (www.esa-mv.de und www.gesundtutgut.de).

mv.de). Den Kern der Vereinsmitglieder bilden auch hier die IKK-Nord sowie die Organisationen des Handwerks des Bundeslandes.

5.2 Unfallversicherung

5.2.1 BGW und das „Studio 78“

Einige Träger der Unfallversicherung haben von Anfang an das BEM aktiv begleitet. Diese Schwerpunktsetzung ergab sich aus der Sicht der Organisationen der Unfallversicherung bereits aus der Pflicht nach § 14 SGB VII, mit allen geeigneten Mitteln arbeitsbedingten Erkrankungen entgegen zu wirken. Diese Träger der Unfallversicherung sahen von Anfang an das BEM-Verfahren als ein solches geeignetes Mittel. Sie sahen ihre Organisation dazu auch als geeignete Förderer (Mehrhoff 2017), da die Arbeit der Unfallversicherung auf dem Gebiet des betrieblichen Arbeitsschutzes seit vielen Jahren zu einer besonderen Betriebsnähe geführt hatte. Sowohl die Präventionsberater als auch die Rehabilitationsberater der Unfallversicherung hatten in verschiedenen Organisationen früh die Methode der aufsuchenden Beratung praktiziert, die sich entsprechend bewährt hatte.

Folgerichtig beschloss die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2016, umfassend mit den verschiedenen Organisationen BEM-Verfahren zu unterstützen. Diese Unterstützung sollte sowohl durch Information als auch durch Beratung erfolgen. Die Branchenorientierung der Berufsgenossenschaften und die regionale Organisation der Unfallkassen führten in der Folgezeit zu differenzierten Modellen und Schwerpunkten. Auf dem Gebiet der Unfallversicherung konnten wir daher verschiedene Modelle identifizieren, die sich dem Muster der Lotsen und Netzwerke zuordnen lassen.

Eine besonders aktive Rolle nimmt dabei die Berufsgenossenschaft Gesundheit und Wohlfahrtspflege (BGW) ein. Sie hatte ab 2005 in vier Modellversuchen unterschiedliche Zugänge zu den jeweiligen Betrieben und Branchen ausprobiert, um dort BEM-Verfahren zu initiieren, zu fördern und zu begleiten (Brussig & Schulz 2019, S. 46). Aus den unterschiedlichen Erfahrungen ist zunächst die Konsequenz gezogen worden, dass eine solche Begleitung dezentral zu strukturieren ist. Auf der anderen Seite wird von den Beratern eine beachtliche Kompetenz verlangt, so dass letztlich die professionelle BEM-Beratung der BGW in vier Regionen erfolgte. Diese Beratung wurde nicht vorrangig als Fallberatung angelegt, sondern als Struktur- und Organisationsberatung. Es sol-

len nachhaltige Strukturen in den jeweiligen Betrieben gefördert werden. Ein BEM-Praxisleitfaden dient als Einstieg für Beratungen.

Dabei hat sich gezeigt, dass ein beachtlicher Bedarf besteht. In der Region West erfolgten im Jahr 2015 271 Beratungsanlässe, die zu entsprechenden Beratungen geführt haben. Die Anlässe waren unterschiedlich strukturiert: 90 ergaben sich aus konkreten Reha-Fällen, in denen zur Realisierung einer Wiedereingliederung auch eine spezifische BEM-Beratung erfolgte. 80 Beratungsanlässe ergaben sich aus dem Bereich der Prävention, die durch die Präventionsberater und Aufsichtspersonen vermittelt worden sind. Aus den BEM-Seminaren der BGW kamen 16 Beratungsanlässe, 21 aus einer Schwerpunktaktion bei Kliniken. Die weiteren Beratungen ergaben sich aus telefonischen Anfragen und Anfragen, mit denen auf das Informationsangebot im Internet reagiert wurde. Für diese Beratungen gibt es in der Region West zwei spezialisierte Stellen, die Beratungskräfte vor Ort in den Betrieben beraten.

Wenn in den Betrieben eine Interessenvertretung besteht, wird der Betriebsrat von Anfang an beteiligt. Dies wird als selbstverständlich behandelt, so dass sich daraus auch keine überörtlich bekannten Konflikte ergeben haben.

Die BGW hat zehn Schulungs- und Beratungszentren im gesamten Bundesgebiet. In jedem Zentrum finden pro Jahr zwei BEM-Seminare statt, die stark nachgefragt sind. Die Seminare waren am Anfang auf Arbeitgeber/Geschäftsführer*innen ausgerichtet, ohne dass andere Gruppen ausgeschlossen wurden. In der Praxis ist die Teilnahme von Personalleitungen und vor allem Pflegedienstleitungen profilgebend; auch eine relevante Zahl von Betriebsratsmitgliedern nimmt an den Seminaren teil.

Das Thema ist weiter eingebettet in die Gesamtstruktur der BGW, die wie die große Mehrzahl der Unfallversicherungen in die beiden Bereiche Prävention und Rehabilitation aufgegliedert ist. Im Bezirk Westfalen sind in der Prävention neben den Aufsichtspersonen drei Beratungskräfte zuständig, die konkrete innerbetriebliche Beratungen durchführen. Diese sind zunächst auf die klassischen Fragen des Arbeitsschutzes und der für die jeweilige Branche relevanten Berufskrankheiten ausgerichtet. In den letzten Jahren werden zunehmend Fragen zu psychischen Belastungen, zu Gewalt und Mobbing am Arbeitsplatz gestellt. Diese Beratung ist als aufsuchende Beratung tätig und richtet sich vor allem an kleine und mittlere Unternehmen, während Aufsichtspersonen vorrangig die größeren Unternehmen, wie z. B. Krankenhäuser und stationäre Pflegeeinrichtungen, kontrollieren. Eine wichtige Rolle spielt bei der Präventionsberatung zunehmend die ambulante Pflege. In diesen Betrieben, die regelmäßig als KMU organisiert sind, bestehen ein großer Beratungsbe-

darf und eine geringe Organisiertheit im Arbeitsschutz und der betrieblichen Gesundheitspolitik.

Ein wichtiger Teil der Beratung betrifft die Organisation der Arbeitssicherheit nach dem ASiG, also die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Beratung.

Hier besteht ein Zusammenhang mit der Tätigkeit der Aufsichtspersonen, da letztlich der Aufbau dieser Organisationsstruktur auch angeordnet werden kann und in Einzelfällen auch angeordnet wird (Kohte 2010b). Die Präventionsberatung ist deutlich getrennt von der Aufsichtsstruktur. Es hat sich – ebenso wie bei der BEM-Beratung – gezeigt, dass für eine Motivierung der Beteiligten, vor allem der KMU-Arbeitgeber, das Mittel der Anordnung zwar wichtig ist, aber eine effektive Umsetzung eher durch Vorfeldmaßnahmen erreicht wird. In der Mehrzahl der Fälle wird die betriebliche ASiG-Struktur nicht durch Anordnung, sondern durch Beratung und Revisionsschreiben erreicht. Eine wichtige Rolle spielt in der kleinbetrieblichen Struktur die Möglichkeit des Unternehmermodells nach der DGUV-Vorschrift 2, die vorrangig in der Qualifikation und Motivation von Unternehmern durch sogenannte Unternehmerseminare besteht. In diesen Seminaren wird regelmäßig auch das Thema BEM aufgegriffen.

Weniger erfolgreich als bei den ambulanten Pflegediensten war die BGW im Bezirk Westfalen im Bereich der Arztpraxen. Trotz einer engagierten und intensiven Kooperation mit der DRV Westfalen gelang es nur in wenigen Fällen, hier Beratungen durchzuführen und nachhaltige Strukturen zu initiieren.

Ein spezifischer Bereich in der BGW ist das Friseurhandwerk. Hier bestehen überwiegend kleinstbetriebliche Strukturen mit wenigen Beschäftigten. Inhaber und Inhaberinnen arbeiten in diesen Betrieben in der Regel auch persönlich, sie sind dadurch auch mit den Arbeitsbedingungen gut vertraut. Nach ersten wenig erfolgreichen Kontakten mit der zuständigen Innung gelang der BGW ein spezifischer Zugang mit dem Aufbau und Betrieb des „Studio 78“. Das Studio 78 ist ein real eingerichtetes Friseurstudio im Zentrum von Bochum in den Räumen der BGW-Bezirksverwaltung. Das Studio ist ergonomisch eingerichtet. Für Haarfärbemittel sind entsprechend gefahrstofffreie und -arme Mittel und Arbeitseinrichtungen vorhanden. Dies basiert auf einer Kooperation zwischen BGW und Handwerkskammern, die bereits vor etwa zehn Jahren begonnen hat, um die im Friseurhandwerk häufigen Hautkrankheiten einzudämmen. Die Inhaber*innen waren an diesem Thema sowohl aus ökonomischen als auch aus personalpolitischen Gründen interessiert. Wenn sie selbst im Betrieb tätig sind, gibt es auch eine Eigenmotivation zur Erhaltung der eigenen Gesundheit. Diese Kooperation war erfolg-

reich und hat zu einer deutlichen Senkung der Zahl der Berufskrankheiten im Friseurhandwerk geführt.

Als auf europäischer Ebene unter Beteiligung des Zentralhandwerks in Deutschland sowie der zuständigen Gewerkschaften Verhandlungen im sektoralen sozialen Dialog über Gesundheitsschutz in den Friseurbetrieben begannen, die letztlich 2012 zu einem europäischen Vertragsabschluss führten (Lörcher 2016), wurde diese Gelegenheit unter Beteiligung der Selbstverwaltung genutzt, um mit ESF-Mitteln das Studio 78 als konkrete Demonstration guter Arbeitsbedingungen aufzubauen. Auch nach Auslaufen der ESF-Förderung gelang es, die erforderlichen Mittel für dieses Studio aufzubringen und zu sichern. Das Studio hat sich etabliert mit einem Programm, das der klassischen Berufskrankheitspolitik vorgelagert ist und arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen rechtzeitig begegnen soll, so dass dieser Schwerpunkt – anders als im Gesundheitswesen – möglichen BEM-Verfahren deutlich vorgelagert ist.

Inzwischen ist das Studio in erster Linie ein Ort für Schulungsmaßnahmen, die sich nicht allein auf Fragen des Arbeitsschutzes und der Berufskrankheiten beziehen, sondern diese in die gesamten anderen Fragen der Arbeitsorganisation einordnet. Gerade dieser breitere Ansatz wird von den Teilnehmenden begrüßt und sichert eine dauerhafte Nachfrage, die allerdings vorrangig regional strukturiert ist.

Auf diese Weise hat sich das Studio 78 als ein Informationszentrum etabliert, das gut zugänglich im Netz Informationen zur Gefährdungsbeurteilung sowie zum präventiven Hautschutz zur Verfügung stellt. Seit 2020 ist dort auch ein Hautschutz- und Händehygieneplan für das Friseurhandwerk in Pandemiezeiten zu finden.

Ein weiteres wichtiges Handlungsfeld im Studio 78 ist die Information von Auszubildenden. Vor allem mit den Berufsschulen der Region besteht eine enge Kooperation, so dass regelmäßig Berufsschulklassen das Studio 78 aufsuchen. Es hat sich gerade in seiner Konkretheit als ein jugendgerechtes Medium erwiesen, mit dem auch Fragen des Arbeitsschutzes an diese Gruppe gut vermittelt werden können. Inzwischen hat sich auch eine gewisse Zusammenarbeit mit den örtlichen Institutionen ergeben, die anfangs skeptisch waren, jetzt jedoch ebenfalls den konkreten Erfolg des Studios als Ort der Anschauung und der Informationsvermittlung sehen. Bundesweit erfolgt auf der Homepage www.bgw-young.de eine spezifische Ansprache mit dem jedes Quartal erscheinenden Medium „young look“, das auch auf Gesundheitsfragen eingeht. Inzwischen gibt es diese Angebote nicht nur für das Friseurhandwerk, sondern auch für medizinische Fachangestellte und für junge Pflegefachkräfte. Eine Neugestaltung des BGW-Angebots für Auszubildende ist in Vorbereitung.

Insgesamt zeigt sich hier, dass ein solcher betriebspraktischer Kristallisationspunkt, in dem ergonomische Arbeitsbedingungen demonstriert und dokumentiert werden, gerade für den KMU-Bereich die Umsetzbarkeit und Gestaltbarkeit betrieblicher Gesundheitspolitik anschaulich vermitteln kann. Diese Anschauung ist daher auch eine wichtige Methode für die Integration von Arbeits- und Gesundheitsschutz in die Berufsausbildung.

5.2.2 Beratung im Hotel- und Gaststättengewerbe und im Bäckerhandwerk

Eine intensive und praxisorientierte Untersuchung der Arbeitsbedingungen im Hotel- und Gaststättengewerbe und möglicher gesundheitspolitischer Ansätze wurde im Projekt INDIGHO untersucht, das von 2012 bis 2015 von den Arbeitsschutzbehörden in NRW, der Berufsgenossenschaft Nahrung (BGN) sowie der Sozialforschungsstelle Dortmund erarbeitet worden ist (Beerheide et al. 2018). Das Hotel- und Gaststättengewerbe ist durch eine überwiegend kleinst- und kleinbetriebliche Beschäftigungsstruktur gekennzeichnet. Von den 204.000 Unternehmen arbeiteten 43 Prozent der Beschäftigten in Betrieben mit bis zu 10 Beschäftigten, weitere 39 Prozent in Betrieben mit 11 bis 49 Beschäftigten. Betriebe mit mehr als 50 Beschäftigten umfassten 14 Prozent, Betriebe mit mehr als 250 Beschäftigten nur 0,2 Prozent.

Zu den weiteren Besonderheiten gehört die starke Fluktuation in der Branche. Mehr als 25 Prozent der Unternehmen werden innerhalb von nur 12 Monaten wieder aufgegeben, sodass auch die Stabilität der Beschäftigungsverhältnisse entsprechend gering ist. Die Beschäftigungsstruktur ist durch einen niedrigen Altersschnitt gekennzeichnet. 28 Prozent der Beschäftigten sind weniger als 30 Jahre alt, während die über 50-jährigen nur 27 Prozent der Beschäftigten betragen. 57 Prozent der Beschäftigten sind Frauen; fast 40 Prozent der Beschäftigten haben einen Migrationshintergrund. Nur 61 Prozent der Beschäftigten hatten einen berufsqualifizierenden Abschluss. Teilzeitarbeit und geringfügige Beschäftigung liegen wiederum deutlich über dem Durchschnitt der sonstigen Beschäftigten.

Die Arbeitsbedingungen sind durch vielfältige und unterschiedliche Belastungen geprägt; zwischen starken physischen Belastungen z. B. in der Küche und eher psychischen Belastungen in der Interaktionsarbeit der Rezeption spannt sich ein breites Spektrum. Trotz der unterschiedlichen Tätigkeitsarten sind Probleme der Arbeitszeitgestaltung und der Realisierung von Pausen in allen Bereichen festzustellen.

In dem Projekt sind zunächst Probleme der kleinst- und kleinbetrieblichen Struktur durch eine Führungskräftebefragung erfasst worden. Da die Führungskräfte regelmäßig im alltäglichen Arbeitsprozess mitarbeiten, werden hier mehrfach Belastungen regelmäßig registriert, auf der anderen Seite findet sich auch eine enge Kommunikation mit den Beschäftigten und eine reale Wahrnehmung gesundheitlicher Belastungen.

Die BGN führt daher zur Realisierung der Anforderungen aus dem Arbeitssicherheitsgesetz und aus der DGUV-Vorschrift 2 regelmäßige Seminare durch; hier ist im Rahmen des damaligen Projekts ein weiteres Modul zu Fragen der Arbeitssicherheit durch die Arbeitsschutzbehörde NRW (Landesinstitut für Arbeitsgestaltung) erarbeitet worden, das inzwischen zum Einsatz kommt.

Angesichts der hohen Fluktuation und der Instabilität der Beschäftigungsverhältnisse spielen Einstieg und Wiedereinstieg in diese Beschäftigung eine große Rolle. Dazu ist ebenfalls ein Fortbildungsangebot im Rahmen des Projekts entwickelt worden, das sich einerseits an die Inhaber*innen und zum anderen an die wiedereinstiegenden Beschäftigten richtet. Hier spielen Fragen der Qualifikation/Nachqualifikation und der Arbeitszeitgestaltung, vor allem Vereinbarkeit Familie und Beruf, eine große Rolle. Fragen der gesundheitlichen Wiedereingliederung sind in diesem Zusammenhang nicht erfasst worden, auch das BEM spielt angesichts der hohen Fluktuation und Instabilität bisher keine wichtige Rolle.

Ein wichtiger Schwerpunkt des Projekts lag in der besseren gesundheitsgerechten Gestaltung der Ausbildung und in der Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Auszubildenden. Auf der Basis mehrerer Seminare wurde eine App entwickelt (www.bgn-azubi-app.de), die seit mehreren Jahren zum Einsatz kommt. Diese App besteht aus verschiedenen Modulen, die in erster Linie verhaltensorientiert sind und Fragen der Erholung bei dem branchentypischen Arbeitsrhythmus, der Ernährung, der Bewegung und des Freizeitsports betreffen. Zugleich werden die Auszubildenden auf die wesentlichen gesundheitlichen Risiken in ihrer Branche aufmerksam gemacht. Parallel gibt es durch die BGN Online-Angebote für die Gefährdungsbeurteilung im Hotel- und Gaststätten gewerbe.

Ein vergleichbares Angebot ist inzwischen von der BGN auch für das Bäckerhandwerk entwickelt worden. Hier sind Arbeitsschutzaspekte deutlicher enthalten, da sie einfacher generalisiert werden können. Auf der Basis der Empfehlungen und der Gefährdungsermittlung der Unfallversicherungsträger (DGUV-Information 213-705) nach der Gefahrstoffverordnung zum Thema Mehlstaub in Backbetrieben ist inzwischen eine Internetplattform erarbeitet worden: www.mehlstaub-nein-danke.de,

die für die Betriebsinhaber*innen Betriebsanweisungs- und Unterweisungshilfen enthält und zugleich wichtige arbeitsschutzgerechte Informationen in jugendgerechter Sprache und Bildführung präsentiert. Die Arbeitsanweisungen zur Reduktion von Mehlstaub sind inzwischen soweit verallgemeinert worden, dass auf dieser Basis ein Programm entwickelt worden ist, wie Prämien nach § 162 SGB VII für die Einhaltung von Arbeitsschutzanforderungen ausgeschüttet werden können.

Inzwischen ist auch ein Prämienprogramm für arbeitsschutzbezogene Azubi-Projekte (Querdenker) eingeführt worden.

Auf dieser Basis ist inzwischen weiter ein Bäckerpräventionsprogramm entwickelt worden, mit dem frühzeitig dem allergischen Asthma begegnet und frühzeitige Rehabilitation ermöglicht werden soll. Dieses Programm soll die vorrangige präventive Arbeitsgestaltung ergänzen. Es ist möglichen BEM-Verfahren deutlich vorgelagert, weil es längere AU-Zeiten vermeiden soll.

Diese Maßnahmen sind deutlicher durch die Nutzung neuer Medien geprägt. Die Notwendigkeit ergibt sich bereits aus den hohen Zahlen – 204.000 Unternehmen allein in der Hotel- und Gaststättenbranche, die mit den Mitteln der herkömmlichen Aufsicht und Beratung schwer erreicht werden können. Nach den bisherigen Erkenntnissen aus der begleitenden Forschung ist die App nur in einem begrenzten Umfang – nämlich in dreistelliger Zahl – heruntergeladen worden. Wenn man dies mit der Frequenz der Informationen von Studio 78 der BGW für das Friseurgeberbe vergleicht, ist dies eine deutlich geringere Zahl. Dies stellt die Frage, wie weit hier vermittelnde Institutionen, vor allem die Berufsschulen und die jeweiligen Innungen in die Verbreitung dieser Aktivitäten integriert werden können, denn eine nicht durch persönliche Kommunikation abgestützte mediale Kommunikation hat sich auch in anderen Bereichen als weniger effektiv erwiesen. Gerade das Bäckerpräventionsprogramm hat sich – ähnlich wie die BGW-Hautschutzprogramme – als ein präventives, einem BEM vorgelagertes Programm in einem Setting erwiesen, das in Gefährdungen und Maßnahmen gut verallgemeinert werden kann.

5.2.3 Prävention in kleinen Dienststellen durch die Arbeit einer Unfallkasse

In den Unfallkassen dominieren in einigen Regionen, vor allem den Stadtstaaten größere Organisationen. Anders ist dies bei der Gemeindeunfallversicherung, in der in ländlichen Regionen die Mehrzahl der Arbeitgeber weniger als 200 Beschäftigte aufweist.

Einen speziellen Weg in Prävention und Organisation geht der Braunschweigische Gemeindeunfallversicherungsverband (GUV-BS). Die wesentlichen Eckpunkte sind inzwischen veröffentlicht in DGUV Forum 6/2017 (Koops & Schwanz 2017). Das Konzept beruht auf einem ausführlich diskutierten Beschluss der Vertreterversammlung aus dem Herbst 2014.

Ein spezifisches Kennzeichen ist die sehr enge Verknüpfung von Prävention und Rehabilitation; im GUV-BS sind die bei anderen Trägern der Unfallversicherung getrennten Einheiten Prävention und Rehabilitation aufgelöst und stattdessen nach funktionalen Kriterien sortiert worden. Das Modell der GUV-BS beruht zunächst auf einem stabilen Zugang zum Arbeitsschutz, dessen Mittelpunkt zunächst die Gefährdungsbeurteilung darstellt. Im Zeitpunkt des Beschlusses entsprach die Situation beim GUV-BS den Daten aus der Evaluation der GDA; neben fehlenden Gefährdungsbeurteilungen gab es vor allem unvollständige Gefährdungsbeurteilungen und solche, die nicht durch praktische Maßnahmen umgesetzt wurden.

Ein wichtiger erster Schritt bestand in der Mobilisierung der jeweiligen Mitgliedsunternehmen. Der GUV-BS ist gekennzeichnet durch einen relativ hohen KMU-Anteil. Außer den sieben Landkreisen und den Großstädten Braunschweig und Salzgitter gibt es nur wenige weitere Einrichtungen mit mehr als 300 Beschäftigten. Die Mehrzahl sind kleinere Gemeinden, Schulen und Regiebetriebe. Die Vertreterversammlung hat als wesentliches Mittel eine Kooperationsvereinbarung beschlossen, die zwischen Betrieb und GUV abzuschließen ist und in der sich beide Seiten verpflichten, ihre jeweiligen Aktivitäten zur Gefährdungsbeurteilung und zu den darauf aufbauenden Maßnahmen einzubringen.

Dazu ist zunächst eine relativ kleine Gruppe von Betrieben angesprochen worden, zu denen auch die Betriebe der jeweiligen Mitglieder der Selbstverwaltung gehören. Hier war es relativ einfach, sich auf entsprechende Kooperationsverträge zu einigen. Diese Vereinbarungen und die sich daraus ergebenden Aktivitäten nehmen die Funktion von Leuchttürmen ein, die für die jeweilige Nachbarschaft entsprechend motivierend sein können. Auf diese Weise melden sich weitere Akteure bei der GUV. Dazu gehören zunächst Hauptverwaltungsbeamte aus der Nachbarschaft; GUVBS setzt auch auf aktive Teilnahme an den HVB-Runden in der jeweiligen Region. Eine weitere Rolle spielen Fachkräfte für Arbeitssicherheit, da bei den kleineren Gemeinden oft Fachkräfte für mehrere Gemeinden zuständig sind, die dann für ihre verschiedenen Trägergemeinden werbend tätig sind. Schließlich haben sich auch Personalräte mit ihren Netzwerken als geeignete Akteure erwiesen, die für den Abschluss solcher Kooperationsvereinbarungen werben. Inzwischen

gibt es mehr als 50 Kooperationsvereinbarungen, die schrittweise umgesetzt werden, so dass sich das Präventionsmodell inzwischen als ein erfolgreiches Handlungsmuster erwiesen hat, das auch die KMU in dieser Unfallkasse erfasst und mit einem Fortbildungsbudget aktive Unternehmen unterstützt. Angesichts der überschaubaren Region spielt die aufsuchende Beratung eine große Rolle.

Die Kooperation beginnt jeweils mit einer klassischen Bedarfsanalyse in den Betrieben, die sich auf Gefährdungen der Gesundheit, die Arbeitssicherheitsorganisation und Möglichkeiten eines Gesundheitsmanagements beziehen. Auf diese Weise soll auch die Arbeit des Arbeitsschutzausschusses sowie die Bestellung und Fortbildung von Sicherheitsbeauftragten gestärkt werden. Eine zentrale Rolle spielt weiter das BEM, dessen Umsetzung zugleich zu den wichtigsten Kriterien und Maßstäben gehören. GUV-BS verpflichtet sich jeweils zur Information und konkreten Beratung. Bei BEM-Verfahren spielt die geeignete Versorgung und Eingliederung von schwer verletzten Beschäftigten eine große Rolle. Anhand konkreter Reha-Fälle wird nicht nur die Fallberatung vorgenommen, sondern auch die jeweilige Organisationsberatung, um solche Unfälle für die Zukunft vermeiden zu können.

Eine engere Kooperation betreibt GUV-BS mit der DRV Braunschweig-Hannover. Bei eingehenden Beratungen werden gemeinsame Termine mit Experten der Rentenversicherung vereinbart, die dort ihre spezifischen Kenntnisse und Angebote einbringen. GUV-BS versteht sich insoweit als ein Lotse vor allem für die kleineren Unternehmen, der zugleich die Netzwerkskooperation mit anderen Rehabilitationsträgern einbringt.

Die Kooperation mit Krankenkassen ist erwünscht, um BGM und BGF entsprechend in den Betrieben zu fördern, erweist sich allerdings als schwierig. In einigen Gemeinden sind erfolgreiche Kooperationen entwickelt worden, vor allem, wenn eine Krankenkasse die Mehrzahl der Beschäftigten versichert. Wenn dagegen unterschiedliche Krankenkassen in ähnlicher Größenordnung im Betrieb repräsentiert sind, scheitert in der Regel die Zusammenarbeit. Entweder kooperiert nur eine Krankenkasse und die anderen beteiligen sich nicht näher, oder aber es kommt keine BGF-Kooperation zustande. Teilweise wird beklagt, dass es einigen Vertretern einiger Krankenkassen vor allem an der Abkürzung des Krankengeldbezugs liege, so dass ein systematisches BGM und erst recht eine systematische Wiedereingliederung nicht erfolgreich sind.

5.3 Gesetzliche Rentenversicherung

5.3.1 Gemeinsame Servicestelle, Ansprechstelle und Firmenservice der DRV Baden-Württemberg

Von allen Trägern der Rentenversicherung hat die Deutsche Rentenversicherung in Baden-Württemberg (DRV/BW) das von 2001 bis 2018 geltende Konzept der Gemeinsamen Servicestellen (GSS) am intensivsten durchdacht und praktiziert.

In Baden-Württemberg bestanden bei 44 Stadt- und Landkreisen insgesamt 17 Gemeinsame Servicestellen, die dezentral über das gesamte Bundesland verteilt waren. Die Zahl der Beratungen war von 1522 im Jahr 2010 auf 3958 im Jahr 2015 gestiegen. Diese Beratungen richteten sich ursprünglich an zwei unterschiedliche Zielgruppen, nämlich einerseits an behinderte und chronisch kranke Menschen, andererseits an Arbeitgeber. In der Beratung der Betroffenen dominiert auch nach 2018 die Erstberatung, in ca. 50 Prozent der Fälle geht es zunächst um die Klärung der Zuständigkeiten. Die Servicestellen – jetzt die Ansprechstellen – bezeichnen sich daher selbst auch als „Lotsen im Irrgarten der Zuständigkeit“; soweit es um die Vermittlung an andere Träger geht, geht es um eine „motivierende Vermittlung“, die die Betroffenen bzw. ihre Angehörigen z. B. motiviert, das Entgiftungsprogramm einer Krankenkasse bzw. die Beratung der Suchtselbsthilfe zu nutzen, um auf diese Weise die Voraussetzungen für die von der DRV zu leistende stationäre Rehabilitation in Anspruch nehmen zu können. An zweiter Stelle stehen die Klärung des Reha-Bedarfs und danach die Hilfen bei Antragstellungen. Bereits an vierter Stelle kommt mit knapp 20 Prozent der Beratungen das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM).

Die Servicestelle – und jetzt die Ansprechstelle – erweist sich damit als ein niedrigschwelliger Zugang im Vorfeld von Rehabilitations- und Präventionsmaßnahmen. Der jeweilige Reha-Bedarf soll geklärt, die erforderlichen Anträge sollen gestellt werden. Dazu besteht im Backoffice eine Zusammenarbeit mit den anderen Reha-Trägern, von Anfang an intensiv mit der Unfallversicherung, in unterschiedlicher Intensität mit Krankenkassen und der Arbeitsagentur. Auch die kommunalen Reha-Träger, die vor allem im Rahmen der Eingliederungshilfe für Rehabilitation verantwortlich sind, sind einbezogen worden.

Die Jahresberichte der GSS dokumentieren eine weitere Funktion dieser Beratung, die aufgesucht wird, wenn Probleme mit einzelnen Trägern, z. B. Krankenkassen, aufgetreten sind und Lösungen zügig gefunden werden müssen. Insoweit sind die GSS/Ansprechstellen in BW auch Instrumente des Interessenausgleichs.

Das BEM ist ein Thema sowohl in der Beratung von Betroffenen als auch von Arbeitgebern. Hier beschränkt sich die Tätigkeit nicht auf Erstberatung und Information, sondern enthält auch das real genutzte Angebot, an innerbetrieblichen Beratungen und Verhandlungen teilzunehmen, um jeweils passende Lösungen, z. B. im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung, zu finden. Ebenso stellen sich hier Fragen der behinderungsgerechten Arbeitsplatzgestaltung und des Einsatzes von Hilfsmitteln und technischen Arbeitshilfen. Insofern besteht von Anfang an eine enge Zusammenarbeit mit dem Integrationsamt.

Der heutige Zustand einer beachtlich hohen Quote von Beratungen ist auch das Ergebnis von vorrangig dezentraler Öffentlichkeitsarbeit und Netzwerksarbeit. Jede GSS/Ansprechstelle führt im Jahr ein oder zwei „Gesundheitstage“ durch, mit denen auf die verschiedenen Angebote der DRV aufmerksam gemacht wird. Von größerer Bedeutung ist die Bereitschaft jeder GSS, an Veranstaltungen anderer Organisationen und Träger teilzunehmen. Dazu gehören einerseits etablierte Träger, wie z. B. die in BW übliche kommunale Gesundheitskonferenz und die kommunale Suchtkonferenz. Vor allem handelt es sich aber um „aufsuchende Öffentlichkeitsarbeit“, indem Einladungen zu betrieblichen Schwerbehindertenversammlungen, Betriebsversammlungen, Mitgliederversammlungen wichtiger örtlicher Organisationen von den Landfrauen bis zur Kreishandwerkerschaft wahrgenommen werden.

Ein weiteres Strukturmerkmal gerade der DRV-BW ist die enge Kooperation mit den Organisationen der Selbsthilfe. Auch hier gehört es zur Arbeit jeder örtlichen GSS, an Versammlungen der Verbände der Behindertenselbsthilfe teilzunehmen und über die eigene Arbeit und Angebote zu informieren. Auf dieser Weise ist ein mehrfaches Netzwerk entstanden, das jeweils dezentral jeder GSS zugeordnet werden kann. Die Informationen im Netzwerk machen die GSS bekannt und vermitteln auf diese Weise die beachtliche Inanspruchnahme der Erstberatung.

Mit diesen Netzwerkstrukturen war es möglich, Schritt für Schritt auch KMU zu erreichen und über die Rehabilitationsarbeit der DRV-BW zu informieren. Die Erfahrung hat gezeigt, dass für Inhaber*innen und Geschäftsführer*innen eine spezifische Beratung erforderlich ist, die inzwischen durch den eigenständigen, ebenfalls dezentral organisierten Firmenservice wahrgenommen wird. Dieser operierte ebenfalls zunächst mit Öffentlichkeitsarbeit und Netzwerkinformationen, wird aber inzwischen im beachtlichen Umfang auch auf Fragen der BEM-Verfahren und des demographischen Wandels angesprochen, so dass auf diesem Weg pro Jahr wenigstens 200 etwas intensivere Betriebsberatungen erfolgen. Diese Beratungen zielen auf die Schaffung nachhaltiger Strukturen im

Betrieb ab. Hier spielt wiederum die Kooperation mit anderen Reha-Trägern, vor allem der Unfallversicherung, eine wichtige Rolle.

In der Beratung von Arbeitgebern werden bei der DRV-BW auch andere Elemente der Rentenversicherung mit den Fragen Rehabilitation verknüpft. So wird eine zusätzliche Arbeitgeberinformation an Arbeitgeber und Steuerberater adressiert, die sich auf Fragen der Beitragsgestaltung und Beitragsabführung beziehen. Die DRV-BW ist auch bereit, Arbeitgeber zu beraten, wie die Einführung und Ausgestaltung von Betriebsrenten in einem kohärenten System mit den gesetzlichen Renten erfolgen kann.

Auf dieser Basis wächst zugleich die Bereitschaft, auch Fragen der Prävention und Rehabilitation mit den Beratern der DRV zu erörtern.

Diese Doppelstruktur von jeweils dezentraler GSS und Firmenservice erwies sich auch als geeignet, um zügig die Innovationen durch das Flexi-Rentengesetz aufzunehmen. Kinder-Reha wurde den GSS als Aufgabe zugeordnet, während die Angebote der Prävention sowohl durch den Firmenservice als auch die GSS bekannt gemacht werden. Ebenso ist diese Struktur in der Lage, betriebsnah auf Fragen der Nachsorge und der stufenweisen Wiedereingliederung einzugehen, die im konkreten Einzelfall in die BEM-Beratung und -Moderation integriert werden.

Ein so ambitioniertes Programm bedarf einer intensiven internen Fortbildung, die von Anfang an mit dem Aufbau der GSS realisiert worden ist. Ebenso ist ein eigenes BGM und BEM für die Beschäftigten der DRV wichtig, da solche Beratungen auch für die Beschäftigten der DRV psychische Belastungen mit sich bringen können, denen rechtzeitig zu begegnen ist.

Die DRV-BW führte die bisherigen GSS im Rahmen des rechtlich Möglichen bis zum 31.12.2018 fort und hat die notwendigen Voraussetzungen geschaffen, auch die Ansprechstellen nach § 12 SGB IX in die Tradition der GSS zu stellen und sie weiterhin als Instrument mündlicher Erstberatung auszustalten. Ergänzend werden ein Care-Management und ein Case-Management aufgebaut, um die Schnittstellen zu anderen Rehabilitationsträgern besser absichern können. Auf der Homepage der DRV-BW sind die 17 „Ansprechstellen für Prävention und Rehabilitation“ unschwer auffindbar und regional mit Namen und Telefondurchwahlnummern dokumentiert. Wer über die Landesgrenze zur DRV Südbayern wechselt, wird dort mit dem Stichwort „Ansprechstelle“ nicht weit kommen und nur auf das kostenlose zentrale Servicetelefon sowie auf Onlinedienste verwiesen. Das ist kein niedrigschwelliges Angebot für Prävention und Rehabilitation. Zwar finden Beteiligte auch die Büros, in denen ein Rentenantrag gestellt werden kann, das hilft aber den Betei-

ligten, die im BEM-Verfahren nach § 167 Abs. 2 S. 4 SGB IX die Ansprechstelle der DRV suchen, nicht weiter.

5.3.2 Ein Berufsförderungswerk als Kristallisierungspunkt

Bei diesem Fallbeispiel geht es vor allem um die Kooperation eines Berufsförderungswerks (BFW) mit der regionalen Rentenversicherung. Das Berufsförderungswerk liegt in einem Kurort in einer touristisch ansprechenden ländlichen Region; Träger ist eine karitative gemeinnützige Gesellschaft.

Im Mittelpunkt der Arbeit des BFW stehen die typischen Arbeiten medizinischer und beruflicher Rehabilitation. Vor etwas mehr als zehn Jahren ergab sich nach einigen erfolgreichen Maßnahmen eine Kooperation mit einem bekannten Automobilunternehmen mit mehr als 10.000 Beschäftigten. In Zusammenarbeit mit Personalabteilung, betriebsärztlichem Dienst und Betriebsrat wurde ein Kooperationsmodell entwickelt und später auch vertraglich verankert. Danach wird für bestimmte Beschäftigte, für die man z. B. im BEM-Verfahren nicht sofort eine einfache Lösung gefunden hat, ein stationärer Aufenthalt von fünf Tagen im BFW organisiert. In dieser Zeit findet ein medizinisches und soziales Assessment statt; auch die psychosoziale Situation wird unter Beteiligung der Beschäftigten erhoben. Ziel ist es, konkrete Lösungsvorschläge für die weitere betriebliche Tätigkeit zu entwickeln; dazu haben auch die entsprechenden Ärzte und Fachkräfte des BFW den Betrieb und die in Betracht kommenden Arbeitsplätze besichtigt. Nachdem die ersten zwölf Beschäftigten auf diese Weise mit Erfolg begleitet worden sind, wurde die weitere Kooperation vertraglich geregelt. Inzwischen sind aus diesem Betrieb ca. 100 Personen zu solchen Aufenthalten im BFW gewesen.

Dieser Erfolg wurde in der Region bald bekannt. Zum einen haben Reha-Berater der regionalen Rentenversicherung dieses Modell aufgenommen und vergleichbare Maßnahmen in die Wege geleitet. Die regionale Rentenversicherung übernahm die entsprechenden Kosten, da auf diese Weise ein frühzeitiger Reha-Bedarf erkannt und in der Regel auch erfüllt werden konnte.

Angesichts der großen Bedeutung des Automobilunternehmens sprachen sich diese Erfolge sowohl bei KMU in der Region als auch bei Betriebsräten und Schwerbehindertenvertretungen herum. Inzwischen sind ca. 300 solcher Maßnahmen durchgeführt worden. Bei einem Teil dieser Maßnahmen haben die jeweiligen Arbeitgeber die Kosten der Maßnah-

me ganz oder teilweise übernommen. Ein weiterer Effekt bestand darin, dass in diesen Betrieben durch diese Maßnahmen ein implizites Lernen der BEM-Verfahren erfolgte. Fachpersonal des BFW nahm an exemplarischen Verfahren teil, die mit den betrieblichen Akteuren gemeinsam ausgewertet wurden. Diese Aktivitäten betrafen in erster Regel regionale KMU in einer Entfernung von ca. 50 Kilometer zum BFW. Aus erfolgreichen Verfahren entwickelten sich Vertrauensstrukturen, so dass das BFW mit seiner Fachkompetenz bei komplexen BEM-Verfahren als neutraler Mittler gefragt und beteiligt wurde. Für das BFW war allerdings weniger der Einzelfall maßgeblich als vielmehr der Aspekt des „impliziten Lernens“, so dass zumindest für mittlere Unternehmen eine eigenständige BEM-Arbeit mittelfristig ermöglicht wurde.

Als wichtige Flankierung hatte das BFW von Anfang an verdeutlicht, dass jegliche Tendenz zur Ausgliederung der Beschäftigten abgelehnt wird und zum Abbruch des Verfahrens führt.

Daher sind die Erfolgsquoten hoch; in mehr als ca. 80 Prozent der Fälle blieben die Beschäftigten im Unternehmen. Ein Versuch der Kooperation mit Krankenkassen war erfolglos; ebenso gelang es bisher nicht, die DRV-Bund von diesem Modell zu überzeugen.

Dieses Modell wurde schließlich auch durch KMU angenommen. Hier erfolgte der Einstieg allerdings nicht selten durch eine Suchtrehabilitation und die Notwendigkeit, danach die geeigneten Anschlussmaßnahmen zu finden. Auch in diesen Fällen sind beachtliche Erfolgsquoten möglich; erforderlich ist wiederum das gegenseitige Vertrauen der Beteiligten. In den Unternehmen mit weniger als 20 Beschäftigten hat sich eine spezifische BEM-Struktur nicht als realisierbar erwiesen, weil hier typischerweise BEM-Verfahren in sehr großen Abständen von fünf bis zehn Jahren anfallen, so dass eine gesonderte Organisation nicht sachgerecht ist. Wichtig ist hier, dass diese Unternehmen wissen, an wen sie sich wenden können. Erfolgreiche Suchtmaßnahmen werben auch hier wiederum in den typischen Verbünden solcher Kleinbetriebe (Handwerksorganisationen) für „Anschlussaufträge“.

Vergleichbare Maßnahmen konnten wir auch in Rehabilitationseinrichtungen anderer Regionen feststellen, doch waren sie dort weniger ausgeprägt. In dem hier berichteten Beispiel hatte der erste Erfolg mit einem Großunternehmen die Funktion eines Leuchtturms eingenommen. Ein weiterer Faktor war die Unterstützung durch die regionale Rentenversicherung, die eine Nutzung für die benachbarten KMU ermöglichte. Da viele Rehabilitationseinrichtungen in ländlichen Regionen platziert sind, könnte dieses Modell mit einem überschaubaren Kostenaufwand auch in anderen Regionen realisiert werden. Schließlich ist bemerkens-

wert, dass einige Arbeitgeber bestimmte Kosten übernahmen, nachdem sich die Effizienz dieser Maßnahmen herumgesprochen hatte.

Im Rahmen des Projekts „rehabro“ ist in Hamburg eine niedrigschwellige Beratung der DRV-Bund mit anderen Rehabilitationsträgern in einem „Haus für Gesundheit und Arbeit“ installiert worden (www.hqua-hamburg.de).

5.4 Gesetzliche Krankenversicherung

Die Mehrzahl der Beschäftigten ist Mitglied in einer Organisation der Gesetzlichen Krankenversicherung. In den ersten hundert Jahren war die Mitgliedschaft in der GKV gesetzlich vorgegeben; seit 1996 besteht gemäß § 173 SGB V das Recht der Kassenwahl, so dass dem Recht der GKV – im Unterschied zur Renten- und Unfallversicherung – das Leitbild des Kassenwettbewerbs zugrunde liegt. Dies hat für die betriebliche Gesundheitspolitik nachhaltige Konsequenzen.

5.4.1 Betriebliche Gesundheitspolitik durch Innungskrankenkassen

Der Wettbewerbsgedanke spielt allerdings eine geringere Rolle im Handwerk; die Innungskrankenkassen (IKK) sind auch weiterhin eng mit den Organisationen des Handwerks verbunden und gehören daher zur „Familie des Handwerks“. Im Bereich der Innungskrankenkassen finden sich zahlreiche Beispiele eines Engagements der GKV im Rahmen der betrieblichen Gesundheitspolitik in KMU.

Die IKK-classic ist eine vor allem in Betrieben des Handwerks gut verankerte Krankenkasse, die seit einigen Jahren in Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention engagiert ist. Eine wichtige Rolle spielte hier bereits das INQA-Projekt Projekt „Handwerk-Fit“, das im Netz gut dokumentiert ist (www.bit-bochum.de). In diesem Projekt ging es darum, dass zur Bewältigung des demographischen Wandels im Handwerk und zur Fachkräfteisicherung eine beteiligungsorientierte Verbesserung der Arbeitsbedingungen realisiert wurde, die zunächst an den in den untersuchten Betrieben dominanten Muskel-Skelett-Erkrankungen und den entsprechenden technischen Hilfen ansetzte. In den intensiven Befragungen konnte aber auch herausgearbeitet werden, dass psychische Belastungen deutlich zunehmen und eine stressmindernde Verbesserung der Arbeitsorganisation sowie eine „Kultur der Achtsamkeit“ erforderlich sind.

Basis der Aktivitäten der IKK-classic ist das Programm zum betrieblichen Gesundheitsmanagement, das alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgeber und Arbeitnehmer*innen zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz umfasst. Es beinhaltet sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen. Dieses Programm ist durch die Selbstverwaltung mit engagierter Beteiligung gewerkschaftlicher Vertreter beschlossen worden und erhält dadurch seinen hohen Stellenwert innerhalb der Organisation der Kasse.

Der wichtige Bonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung ist in der aktuellen IKK Satzung verankert. Auch diese Änderung der Satzung konnte nur durch alle Beteiligten in der Selbstverwaltung beschlossen werden. In der Satzung wird die Übereinstimmung der Programme mit den Vorgaben des SGB V festgelegt; der Bonus wird nur gewährt, wenn eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Arbeitgeber und der Kasse vorliegt und die Qualität der Maßnahmen den Handlungsfeldern und Kriterien zur Umsetzung des § 20 b SGB V entspricht, die vom Spaltenverband der GKV beschlossen worden sind. Für Maßnahmen, zu denen der Arbeitgeber bereits nach dem Arbeitsschutzgesetz verpflichtet ist, kann kein Bonus gewährt werden. Der Bonus beträgt 500 Euro.

Der finanzielle Anreiz spielt allerdings bei vielen Unternehmen nicht die zentrale Rolle; wichtiger ist die fachliche (und kostenlose) Beratung durch die Gesundheitsmanager der Kasse.

Die Kasse hat Gesundheitsberater bei den jeweiligen Regionaldirektionen bestellt. Die Zahlen sind unterschiedlich und spiegeln auch unterschiedliche Aktivitäten in den jeweiligen Regionen wider. Wer auf die Liste der Referenzen von Betrieben zum BGM (auf der Homepage www.ikk-classic.de) schaut, wird schnell sehen, dass NRW und Baden-Württemberg Schwerpunkte für diese Aktivitäten sind. Hier ist allerdings IKK-classic auch stärker als in einigen anderen Regionen vertreten. Inzwischen ist auch eine Reihe von Betrieben in Ostdeutschland dazu gekommen.

Die Gewinnung von Betrieben erfolgt in der Regel durch die Gesundheitsberatung und durch Empfehlungen benachbarter Betriebe bzw. der Innungen und anderen Organisationen der Handwerkschaft. Inzwischen wird darauf geachtet, dass zwischen BGF und Vertrieb eine Trennung erfolgt, denn die Mitglieder sind hier nicht die Arbeitgeber, sondern die Versicherten. Auch für diese gibt es Bonusprogramme, für eine stabile Mitgliedschaft hat sich die Werbung mit Bonusprogrammen jedoch weniger bewährt.

Wenn ein BGM aufgebaut und BGF-Maßnahmen realisiert werden sollen, ist zunächst ein Gespräch des Gesundheitsberaters mit dem/der

Inhaber*in erforderlich. Wenn Betriebsräte gebildet sind, werden sie frühzeitig einbezogen. Wenn im Betrieb ein Arbeitsschutzausschuss besteht, wird darauf geachtet, dass er an der Konzeption und Umsetzung der Maßnahmen beteiligt wird. Positive Erfahrungen sind gemacht worden mit der Kooperation mit internen Sicherheitsfachkräften, während es schwieriger war, externe Sicherheitsfachkräfte einzubeziehen. Ähnliches gilt auch für Betriebsärzte. Interne Fachkräfte sind vor allem eine wichtige Stütze, wenn sie im Betrieb die Rolle eines „Kümmerers“ übernommen haben. Eine solche Rolle kann auch von Betriebsräten oder Sicherheitsbeauftragten wahrgenommen werden.

Vor allem in den überschaubaren Handwerksbetrieben ist es von zentraler Bedeutung, dass die Inhaber*innen sich mit diesem Projekt identifizieren. Eine wichtige Rolle spielen dabei, wie sich auch in anderen Untersuchungen schon gezeigt hat, im Betrieb mitarbeitende Familienangehörige, vor allem Ehefrauen. Im Übrigen ist zu beachten, dass in Handwerksbetrieben in einem beachtlichen Umfang auch Frauen Inhaberinnen und in Gesundheitsfragen engagiert sind.

Für das innerbetriebliche Vorgehen wird zwischen den Schritten der Analyse und der Umsetzung unterschieden. In der Analyse spielen Mitarbeiterbefragung und Interview am Arbeitsplatz eine große Rolle.

Letztlich ist ein Gesundheitsbericht zu erstellen. An Arbeitsplätzen mit Gesundheitsgefährdungen ist eine Arbeitssituationsanalyse zu erheben. Die Kasse bejaht das Konzept der Gesundheitszirkel und unterstützt die Bildung solcher Gesundheitszirkel. Für die Umsetzung werden jeweils Handlungsfelder definiert, die in der Regel mit den Leitfäden der GKV übereinstimmen. Im Rahmen arbeitsbedingter körperlicher Belastungen spielen vor allem Muskel- und Skeletterkrankungen eine große Rolle; hier sind verhältnis- und verhaltensorientierte Maßnahmen, z. B. Hebehilfen oder Ausstattung (Sitzmöglichkeiten bei stehender Arbeit) geboten. Als neues Handlungsfeld haben sich psychische Belastungen und Stressmanagement herausgestellt; hier ist die Verteilung auf Verhältnisse und Verhalten noch offen und in Bewegung. Wesentlich eher verhaltensorientiert sind Maßnahmen der Ernährung am Arbeitsplatz, die allerdings in Schichtbetrieben auch einen Verhältnisbezug haben können. Schließlich gehört zu den klassischen Maßnahmen gerade im handwerklichen Bereich die Suchtprävention.

Als ein wichtiger Bestandteil des BGM wird von den Gremien der Kasse das BEM gesehen. Gegenüber den Arbeitgebern, die bereits auf der Homepage über Voraussetzungen und Struktur des BEM informiert werden, besteht ein klares Angebot, dass sie beim BEM unterstützt werden. In Betrieben mit einem realen BGM wird das BEM-Angebot auch in der Realität wahrgenommen. In den mittleren Betrieben erfolgt beim

BEM auch eine Beteiligung der Interessenvertretung. Eine wichtige Rolle spielt hier auch das für die Kasse naheliegende Instrument der stufenweisen Wiedereingliederung. Dagegen hat sich eine enge Verknüpfung mit dem neuen sozialrechtlichen Eingliederungsmanagement nach § 44 Abs. 4 SGB V nicht ergeben, für das in der Kasse die Leistungsabteilung zuständig ist.

Angesichts des „handwerklichen Hintergrunds“ der IKK gibt es in vielen Regionen eine reale Zusammenarbeit mit den verschiedenen Organisationen des Handwerks, also der Kreishandwerkerschaft, den Handwerkskammern und den Landesinnungsverbänden. Hier bestehen noch beachtliche Kooperationsmöglichkeiten, die sich auch auf die Berufsbildung und vor allem auf die Weiterbildung beziehen, denn für die Ausbildung z. B. von Meistern ist es von großer Bedeutung, dass sie die verschiedenen Aspekte des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung kennen und befürworten.

Die Kasse betreibt weitere Modellprojekte, an denen auch Hochschulen bzw. Forschungsinstitute als Kooperationspartner beteiligt werden.

Ein vergleichbares Projekt zu „Handwerk-fit“ ist das Hamburger Projekt „Lüüd“ (www.lueued.de), das zunächst als regionaler Modellversuch vor allem der Handwerkskammer Hamburg sowie der ikk classic und der BA mit Finanzierung des BMAS installiert worden ist. Angesichts des nachgewiesenen Bedarfs wird das Projekt von den Beteiligten auch nach Auslaufen der BMAS-Förderung fortgesetzt. Wiederum werden BGM und BEM in den Betrieben unterstützt, zugleich geht es um Personalberatung für Betriebe, die keine eigene Personalabteilung haben, bei denen jedoch ein Bedarf an professioneller Arbeit in Personalgewinnung, Ausbildung und Stabilisierung bei gesundheitlichen Problemen besteht.

Im Anschluss an die früheren Berichte mit wissenschaftlicher Begleitung hat die IKK classic zwischen 2016 und 2019 ein weiteres Projekt zusammen mit der Universität Hamburg, Bereich Arbeit und Universitätspsychologie, durchgeführt. Wiederum war Ausgangspunkt die Gesundheitsgefährdung im Handwerk durch die aktuellen Arbeitsbedingungen. Im Vordergrund standen jetzt allerdings psychische Belastungen und Arbeitsstress, so dass sich dieses Projekt nahtlos an die früheren Projekte anschloss. In diesem Projekt wurde ein Onlinetool für eine Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung erarbeitet. Ebenso wurden Hinweise zur gesunden Führung sowie zur Beschäftigung von Behinderten erstellt.

In diesem Projekt wurden insgesamt 60 Handwerksbetriebe aufgesucht. Eine Kooperation erfolgte mit vier Kreishandwerkerschaften – Freiburg, Ortenau, Köln, Rhein-Erft – die nicht nur Betriebe vermittelten, sondern auch die fachliche Kooperation gewährleistet hatten. Die Kreis-

handwerkernschaften hoben insoweit auch hervor, dass sie für die Beratung ihrer Handwerksunternehmen im Tarif-, Arbeits- und Sozialrecht zuständig seien und aus diesem Grund auch die neueren Entwicklungen des Arbeitsschutzrechts aufnehmen wollten.

Die IKK classic hatte als Projektpartner wieder ihre bisherigen Angebote aufgenommen und sie entsprechend den neuen Herausforderungen aktualisiert. Es handelte sich insgesamt um ein vom BMBF gefördertes Innovationsprojekt (Busch 2019).

Im aktuellen Präventionsbericht 2019 des GKV-Spitzenverbandes ist ein anderes Projekt der IKK classic dargestellt worden, in dem die Zusammenarbeit mit der BG Bau im Rahmen der Verbesserung der Arbeitsbedingungen in Baubetrieben des Handwerks gefördert worden ist.

Soweit zeigen die Aktivitäten der Innungskrankenkasse den weit gefassten Handlungsrahmen, der der gesetzlichen Krankenversicherung bei der betrieblichen Gesundheitspolitik eröffnet ist. Auch andere Innungskrankenkassen haben sich auf diesem Feld engagiert.

In ähnlicher Weise führt die IKK-Südwest regelmäßige „runde Tische“ zum BEM gemeinsam mit dem Institut für Arbeitsfähigkeit (www.arbeitsfaehig.com) durch, die dem betriebsnahen Informationsaustausch dienen. Einen Schwerpunkt auf BEM-Verfahren in Klein- und Kleinstbetrieben hat auch die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau gelegt, die dazu gesondertes Material im Netz eingestellt hat (www.svlfq.de).

5.4.2 AOK-Netzwerk

Die hier interviewte Krankenkasse ist als AOK in drei Bundesländern tätig. Mit zwei Koordinatoren wird ein BGF-Netzwerk betrieben, an dem insgesamt ca. 150 Unternehmen beteiligt sind, davon ca. 100 aus dem KMU-Bereich, die überwiegend in einer ländlichen Region angesiedelt sind. Die einzelnen Unternehmen schicken üblicherweise eine Person, die im Betrieb mit Personalangelegenheiten betraut ist. In kleineren Betrieben kann dies nicht als Personalabteilung bezeichnet werden. Betriebsräte sind relativ selten beteiligt, Betriebsärzte sind bei diesem Netzwerk selten integriert.

Im Netzwerk findet jedes Jahr eine Netzwerkskonferenz statt. Daneben gibt es Fachkonferenzen, Workshops und Arbeitskreise. Die Themen werden durch die Betriebe benannt. In den großen Konferenzen sind dies z. B. Fragen des demographischen Wandels und der gesunden Führung. In den Workshops finden regelmäßig BEM-Workshops statt. 2016 wurden z. B. drei BEM-Workshops durchgeführt, da damals

eine hinreichende Nachfrage entstanden war. Inzwischen richtet sich die Nachfrage auch auf Fragen der Durchführung des BEM, wie z. B. Fragen der Gesprächsführung.

Eine weitere Funktion des Netzwerks besteht im gegenseitigen Erfahrungsaustausch zwischen Betrieben, dieser ist bisher nur selten branchenorientiert. Angesichts der Vielzahl der Probleme gibt es allerdings auch Veranstaltungen nur für ambulante Pflegedienste, weil dies eine besonders auffallende Branche ist, in der inzwischen viele Gesundheitsprobleme auftreten, die aber auch in Angriff genommen werden sollen.

Weiter werden in den drei Bundesländern insgesamt zwölf betriebliche Beraterinnen und Berater beschäftigt, die vor allem im Wege aufsuchender Beratung an Betriebe herantreten bzw. Anfragen von Betrieben aufnehmen. Ein wichtiger Schwerpunkt sind Bewegungsprobleme und Bewegungsstudien. Zur Beratung gehört es, dass zunächst eine Analyse durchgeführt wird, die sich auch auf die Arbeitsplätze bezieht. Dabei spielen Fragen, wie sich die Beschäftigten verhalten und bewegen sollen, eine große Rolle. Es wird auch darauf hingewiesen, wie Arbeitsplatze besser eingerichtet werden können.

Wird festgestellt, dass Arbeitgeber z. B. die Lastenhandhabungsverordnung nicht beachten, werden sie darauf hingewiesen, dass es wichtig ist, sich deswegen mit der Berufsgenossenschaft in Verbindung zu setzen. Eine direkte Information der Krankenkasse an die Berufsgenossenschaft erfolgt nicht, weil die Sorge besteht, dass in solchen Fällen die Beratung durch den Arbeitgeber abgebrochen wird. Weiter nachgefragt sind auch verhaltensbezogene Maßnahmen, die sich z. B. auf Angebote von Rückenschulen und Bewegungsübungen beziehen.

Ein weiteres Thema, zu dem es auch eine beachtliche Nachfrage gibt, betrifft Fragen der Gefährdungsbeurteilung, vor allem auch der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen bzw. der Organisation von Mitarbeiterbefragungen. Hier wird auch Know-how der Kasse angeboten.

Bei hinreichendem Interesse am BGF wird auch darüber informiert und darauf hingewirkt, dass innerbetriebliche Strukturen entstehen, mit denen Fragen des betrieblichen Gesundheitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitspolitik nachhaltig und dauerhaft in Angriff genommen werden. Bei innerbetrieblichen Beratungen wird auch – soweit vorhanden – der Betriebsrat einbezogen. So wichtige Handlungsformen wie Mitarbeiterbefragungen werden grundsätzlich nicht ohne oder gegen einen existierenden Betriebsrat durchgeführt. Beratungen zu diesem Thema im Arbeitsschutzausschuss sind deutlich seltener.

Suchtprävention gehört zu den klassischen BGM-Aufgaben, ist jedoch bei den kleineren Betrieben nur relativ selten aktuell, so dass die

weitere Beratung und Vermittlung durch regionale Suchtberatung und nicht durch die Krankenkasse erfolgt. Insgesamt hat die Bedeutung dieses Themas in den letzten Jahren abgenommen, doch wird sie von der Kasse intensiver wahrgenommen im Umkreis der Auszubildenden, vor allem der überbetrieblichen Ausbildungszentren. Stärkere Aktivitäten durch die Berufsschulen werden für wünschenswert gehalten, zumal die Kasse auch entsprechendes Informationsmaterial zur Verfügung stellen kann.

Andere Themen ergeben sich aus regionalen Entwicklungen. So hat in einem Bundesland eine nachhaltige Kommunalreform, die zu intensiven Umstrukturierungen im öffentlichen Dienst der Kommunen und Landkreise geführt hat, auch den Bedarf an gesundheitlicher Beratung deutlich erhöht. Weiter hat die Durchführung eines Pflegefachtages betriebliche Beratungen im Bereich der ambulanten Pflege stimuliert.

Die Versicherten wenden sich selten in Fragen der Gesundheitspolitik und der Gesundheitsförderung an die Krankenkassen. Hier geht es um klassische Leistungen, wie z. B. das Krankengeld.

Dies wird durch die Leistungsabteilung realisiert, die deutlich getrennt ist von der Präventionsabteilung, so dass letztlich die Präventionsabteilung wesentlich intensiver mit Arbeitgebern und Personalverantwortlichen kommuniziert. In der Mehrzahl der Fälle wird die medizinische Rehabilitation durch die Träger der Rentenversicherung durchgeführt, die dann auch für eine sich direkt anschließende stufenweise Wiedereingliederung zuständig sind. In den KMU-Betrieben spielen bei diesem Thema Betriebsärzte nur eine geringe Rolle, zumal vor allem im ländlichen Raum in solchen Betrieben Betriebsärzte nur in geringem Umfang bestellt sind.

Eine von den Betrieben stark nachgefragte Fähigkeit der Kassen ist die AU-Datenauswertung. Betriebe erwarten und erhoffen sich dadurch eine Senkung der AU-Zeiten. Mit entsprechender Anonymisierung können dann als Schwerpunkte z. B. Muskelskeletterkrankungen als wichtiger Teil des betrieblichen AU-Geschehens identifiziert werden, so dass eine Motivation besteht, das Thema Bewegung bzw. Gefährdungsbeurteilung auf die Tagesordnung zu setzen. Fortbildungen zu Gefährdungsbeurteilungen im Netzwerk werden in der Regel mit einer Berufsgenossenschaft gemeinsam durchgeführt, die insoweit die Federführung und Beratungskompetenz hat. Gesundheitszirkel spielen dagegen in diesem Segment keine große Rolle. Handwerksbetriebe sind im Netzwerk relativ gering vertreten, das Feld der KMU wird stärker durch ambulante Pflegedienste und andere Dienstleistungsunternehmen repräsentiert.

Dieses Beispiel ist nicht typisch für die BGF-Arbeit in der Fläche. Im Präventionsbericht 2019, S. 75, des GKV-Spitzenverbands ist ausge-

wiesen, dass in 47 Prozent der Maßnahmen ausschließlich verhaltensbezogene Maßnahmen organisiert wurden, während rein verhältnisbezogene Maßnahmen nur 7 Prozent der Maßnahmen betrafen. Im Rest der Fälle erfolgte eine Kombination beider Maßnahmentypen. Auch dabei dominierten verhältnisbezogene Maßnahmen nicht oft, so dass im Präventionsbericht konstatiert wurde, dass das selbst gesetzte Ziel zur Steigerung der Zahl der Betriebe, die Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung von betrieblichen Belastungen des Bewegungsapparats umsetzen, verfehlt wurde (GKV-Spitzenverband 2019, S. 80).

Dies betrifft eine elementare Diskussion um die BGF-Ziele. In der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion werden gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen als Kern der Sache qualifiziert (Faller & Pieck, 2017, S. 179 ff.). Ohne eine nachhaltige Verbesserung der Arbeitsbedingungen verfehlt die BGF die im Gesetz gesteckten Ziele. Auch die konzeptionell angestrebte Wechselwirkung zwischen Arbeitsschutz und BGF (Kohte, 2001 S. 53 ff.) kann nur erreicht werden, wenn auch die BGF reale verhältnisbezogene Elemente enthält.

Hier zeigt sich eine wichtige Verbindung zur Organisation der Betriebsnähe solcher Maßnahmen. Bei einer beachtlichen Anzahl von BGF-Maßnahmen der Innungskrankenkassen sind diese Elemente zu beobachten (Busch 2019); aus unserer Sicht hängt dies damit zusammen, dass die überwiegende Mehrzahl der Beschäftigten im Handwerk bei einer IKK versichert sind, die sich auf den jeweiligen Betrieb konzentriert. In einem von uns analysierten Fall mit engagierten BGF-Maßnahmen hatte die dortige AOK eine starke Position in der Mitgliedschaft.

Wenn dagegen der Anteil der Mitglieder der jeweiligen Kasse im Betrieb deutlich niedriger ist, wird die BGF entweder nicht installiert oder wenig betriebsnah organisiert. Im Tabellenband zum Präventionsbericht 2019, S. 57 wird konstatiert, dass sich unter 6125 Kooperationspartnern nur in 110 Fällen – also 2 Prozent – andere Krankenkassen befanden. Dies ist eine direkte Konsequenz des Kassenwettbewerbs, auf dessen Konsequenzen von Beobachtern der betrieblichen Rehabilitationspolitik schon seit zehn Jahren verwiesen wird (Welti 2010).

Ohne hinreichende Betriebsnähe ist eine aufsuchende Beratung kaum möglich. Gerade im Bereich der BEM-Verfahren ist für die betroffenen behinderten oder chronisch kranken Menschen ein zentralisiertes Call-Center keine adäquate Form der Beratung.

5.5 Integrationsämter

5.5.1 Integrationsämter und Inklusionsämter

Eine wichtige Rolle bei der Beschäftigung schwerbehinderter Menschen spielen die Integrationsämter, die in einigen Bundesländern inzwischen als Inklusionsämter bezeichnet werden. Diese föderal auf der Ebene der Bundesländer organisierten staatlichen Ämter gehören zu den klassischen Institutionen des deutschen Schwerbehindertenrechts. Sie überwachen die Einhaltung der Beschäftigungspflicht nach §§ 154 ff. SGB IX und verwalten den größeren Teil der Ausgleichsabgabe, die bei Beschäftigungsdefiziten von Unternehmen gezahlt werden muss. Die Mittel müssen zweckgebunden ausgegeben werden. Zu den zentralen Aufgaben der Ämter gehört daher auch die Organisation und Finanzierung der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben nach § 185 SGB IX.

Mit dieser begleitenden Hilfe werden in der Regel schwerbehinderte Menschen vor und während der Beschäftigung auf dem Arbeitsmarkt sowie bei Qualifizierungen unterstützt.

Arbeitgeber können Geldleistungen erhalten, z. B. für technische Arbeitshilfen sowie für Beschäftigungssicherungszuschüsse (früher als Minderleistungsausgleich bezeichnet), mit denen z. B. im Rahmen eines BEM die Weiterbeschäftigung auch bei einer Leistungsumstellung gewährleistet werden kann. In diesem Zusammenhang obliegt den Integrations- und Inklusionsämtern auch die Strukturverantwortung für die Integrationsfachdienste; die Ämter beauftragen die Dienste nach §§ 192 ff. SGB IX z. B. mit Maßnahmen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben, die gerade bei Beschäftigten mit psychischen Beeinträchtigungen eine wichtige Stabilisierung bewirken können.

Für unser Projekt von Bedeutung sind weiter die Beratungsleistungen der Integrationsämter. Sie sind gehalten, Arbeitgeber und Interessenvertretungen bei der Erarbeitung der Inklusionsvereinbarung nach § 166 SGB IX zu beraten und zu unterstützen. Nach der gesetzlichen Neuregelung sind sie auch gehalten, hier vermittelnd im Sinne einer Mediation tätig zu werden. Zu den Beratungsleistungen gehören weiter Fortbildungsangebote sowohl für Arbeitgeber als auch für Schwerbehindertenvertretungen. Bei der Fortbildung von Schwerbehindertenvertretungen sind sie der größte Anbieter für solche Fortbildungsmaßnahmen.

Weiter sind sie gehalten, die betrieblichen Akteure bei der Vereinbarung von BEM-Regelungen zu unterstützen; im Einzelfall können sie auch im individuellen BEM-Verfahren und vor allem in den Konfliktpräventionsverfahren nach § 167 Abs. 1 SGB IX zusätzlich beratend tätig

werden. In der Regel wird diese Aufgabe von Integrationsfachdiensten wahrgenommen, die von den Ämtern insoweit beauftragt werden.

Eine wichtige Rolle für die Öffentlichkeitsarbeit spielt die Möglichkeit, nach § 167 Abs. 3 SGB IX Prämien für gute BEM-Praxis zu zahlen; in der Regel werden die ausgezeichneten Betriebe und ihre Leistungen auf der jeweiligen Homepage dokumentiert. Einige Ämter haben auch die Kategorien veröffentlicht, die für eine solche Prämie maßgeblich sind; einige Ämter unterscheiden hier auch zwischen kleinen, mittleren und großen Unternehmen, so dass regelmäßig auch KMU solche Prämien erhalten und in dieser Funktion öffentlich bekannt gemacht werden. Damit werden zugleich Leuchtturmbeispiele gesetzt, an denen sich auch andere Beteiligte orientieren können.

Die Ämter können weiter durch ihre Funktion im Kündigungsschutz auch auf das rechtzeitige Angebot von BEM-Verfahren hinwirken, denn die Kündigung schwerbehinderter Menschen bedarf der Zustimmung des Integrationsamts nach § 168 SGB IX.

Ist hier weder das Präventionsverfahren nach § 167 Abs. 1 SGB IX noch in den entsprechenden Fällen das BEM nach § 167 Abs. 2 SGB IX durchgeführt worden, dann wird in der juristischen Literatur überwiegend verlangt, dass der Zustimmungsantrag abgelehnt bzw. das Zustimmungsverfahren ausgesetzt wird. Insoweit können die Ämter – ähnlich wie die Arbeitsgerichte – in der Kündigungssituation auf die rechtzeitige und rechtmäßige Durchführung von BEM-Verfahren hinwirken.

Das Inklusionsamt Köln, das sich in der Trägerschaft des Landschaftsverbands Rheinland befindet, hat seit einigen Jahren verschiedene Organisationsformen entwickelt, mit denen Lotsenfunktionen erarbeitet und ausgestaltet worden sind. Zunächst beschäftigt das Inklusionsamt elf technische Berater, die die Aufgaben des Amtes im Rahmen der begleitenden Hilfe schwerpunktmäßig bearbeiten. Hier geht es um die Ausstattung mit technischen Arbeitshilfen, die nach der SchwbAV gefördert werden. Hier ist es möglich, dass die Berater tätig werden, wenn ein Arbeitgeber entsprechende Anträge stellt oder diese von der Schwerbehindertenvertretung nach § 182 SGB IX angeregt werden. Daneben werden die technischen Berater tätig, wenn sich im Rahmen eines Kündigungsverfahrens nach § 168 SGB IX die von Amts wegen zu untersuchende Frage stellt, ob das Beschäftigungsverhältnis durch entsprechende Hilfen stabilisiert werden kann, so dass die Kündigung abzulehnen ist. In diesen Fällen wird der technische Berater in aller Regel den Betrieb aufsuchen. Schließlich gibt es auch einen Zugang durch BEM-Verfahren, bei denen sich ebenso die Frage stellt, ob technische Arbeitshilfen möglich und erforderlich sind.

Zu den weiteren strukturbildenden Maßnahmen der Ämter gehört die Möglichkeit der Finanzierung zusätzlicher präventiver und betriebsnaher Beratung für KMU. In einigen Bundesländern, so z. B. in NRW, werden in Zusammenarbeit mit den Handwerkskammern und einzelnen IHK Beratungen gefördert, die in der Regel in den Räumen der Kammern stattfinden. Die Kammern unterstützen dieses Angebot und werben für dessen Nutzung.

Eine innovative Organisationsform wurde in den letzten Jahren entwickelt, indem Berater eingestellt wurden, die in den Räumen einiger Kammern im Rheinland tätig werden. Dieser Kammerservice, der auch organisatorisch von den technischen Beratern unterschieden wird, erfolgt im Moment im Rheinland in drei Handwerkskammern, fünf Industrie- und Handelskammern sowie einer Landwirtschaftskammer.

Da diese Berater in den Räumen der Kammern ihre Büros haben, handelt es sich insoweit gerade für die Handwerksunternehmen um eine niedrigschwellige Beratung, mit der bei konkreten Problemen ohne Zugangsprobleme die Berater aufgesucht werden können.

Bei komplexen Fällen findet eine Fortsetzung als aufsuchende Beratung im jeweiligen Betrieb statt. Die Berater im Kammerservice haben in der Regel eine technische Berufsausbildung, vor allem als Ingenieure. Sie bewerten dies als einen wichtigen Vorteil, da sie die Sprache der Betriebe und gerade in den Handwerksunternehmen auch der Inhaber*innen sprechen. Auf diese Weise ist es möglich, Beschäftigungsverhältnisse zu stabilisieren und die entsprechenden Arbeitshilfen zu realisieren. Diese Gemeinsamkeit ist auch in der ingenieurverbandlichen Diskussion aufgenommen worden, indem einer der technischen Berater des LVR in der Verbandszeitschrift als „Inklusionsingenieur“ bezeichnet worden ist (VDI-Nachrichten 2019).

Eine andere Aufgabe dieser Berater besteht in der Unterstützung und Förderung von Ausbildungsverhältnissen, gerade im technischen Bereich. Durch die konkreten Erfolge in den „technischen“ Fällen der Beschäftigungssicherung konnte den Beratern des Kammerservice auch die Möglichkeit eingeräumt werden, Inhaber*innen zur Einstellung von Auszubildenden zu motivieren.

Im Verhältnis zu den Integrationsfachdiensten hat sich eine gewisse Arbeitsteilung insoweit eingespielt, als die Integrationsfachdienste ein stärker sozialpädagogisches Profil haben und eher bei psychischen Beeinträchtigungen und ähnlichen Problemen die Beratung übernehmen. Im Rahmen gegenseitiger Zusammenarbeit findet auch eine entsprechende Unterstützung statt, auch wenn es sich hierbei um unterschiedliche Beratungskulturen handelt.

Eine vergleichbare Organisationsform ist auch im Landschaftsverband Westfalen-Lippe installiert worden. Auch hier gibt es einen engagierten und akzeptierten Kammservice in einigen Handwerkskammern und Industrie- und Handelskammern, der ebenso niedrigschwellige Beratungen mit Lotsenfunktion realisiert.

Einige andere Bundesländer kennen bei ihren Integrationsämtern einen vergleichbaren Kammservice. Eine beachtliche Zahl von anderen Integrationsämtern kennt ein solches Modell aufsuchender Beratung, die gerade an KMU adressiert ist, nicht.

In ähnlicher Weise werden in Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern die unter 5.1. beschriebenen esa-Vereine gefördert. Ein anderes Modell der Vorfeldberatung wird in Hamburg praktiziert. Das Integrationsamt finanziert dort sowohl eine im Haus der Gewerkschaften angesiedelte Beratung für Schwerbehindertenvertretungen (Beratungsstelle Handicap) als auch eine arbeitgeberorientierte Beratung der FAW-GmbH für KMU sowie die Beratung „Handwerk und Handicap“ in den Räumen der Handwerkskammer.

Dies sind wichtige Modelle der Netzwerkbildung; die Servicestellen bzw. Ansprechstellen der DRV BW kooperieren ebenso eng mit den örtlichen Integrationsämtern. In einigen Bundesländern fehlt eine solche Vorfeldberatung, ohne dass in der Landespolitik eine öffentliche Diskussion über die unterschiedlichen Schwerpunkte erfolgt wäre.

Bei jedem Integrationsamt ist nach § 186 SGB IX ein Beirat zu bilden, an dem auch die Verbände des Arbeitslebens sowie der Behindertenselfhilfe beteiligt sind. Es ist für die Verbände daher möglich, Konzeptionen präventiver Integrations- und Inklusionsarbeit in diese Beiratsarbeit einzubringen.

5.5.2 Integrationsfachdienste als Lotsen

Die Integrationsämter haben nach § 194 SGB IX die Strukturverantwortung für die Integrationsfachdienste, die nach 1970 entstanden waren und anfangs in beachtlichem Umfang auch durch die damalige Bundesanstalt für Arbeit beauftragt worden waren. Es handelt sich um Dienste, die in der Regel von freien, gemeinnützigen Trägern geleistet werden. Eine Trägervielfalt ist möglich und intendiert. Im Jahr 2018 waren von der BIH 198 Integrationsfachdienste erfasst, die in diesem Jahr insgesamt 68.112 Personen betreut hatten (weitere Daten zur Arbeit der IFD und ihrer Rolle bei BEM-Verfahren: Brussig & Schulz, 2019, S. 39 ff.).

Am Beispiel eines Integrationsfachdienstes (IFD) kann gezeigt werden, welche Möglichkeiten der Lotsenfunktion und der Förderung des

Gesundheitsschutzes auch im KMU durch Integrationsfachdienste wahrgenommen werden können. Der interviewte IFD wird von einer gemeinnützigen GmbH getragen. Die Gesellschafter kommen aus der Tradition der Behindertenselbsthilfe, so dass bis heute eine enge Verbindung besteht. Der IFD bietet daher in Zusammenarbeit und Kooperation mit den jeweiligen Verbänden sowohl eine spezifische Beratung für gehörlose als auch für sehbehinderte Menschen an.

Zu den zentralen Aufgaben von Integrationsfachdiensten gehört nach § 192 SGB IX die begleitende Hilfe für schwerbehinderte Beschäftigte, die vor allem der Sicherung der Beschäftigung dient. Nach dem Jahresbericht 2017 des interviewten IFD sind in diesem Jahr in diesem Bereich knapp 350 Personen (mehr als 50 Prozent Frauen) beraten worden, die teilweise durch Kurzberatungen, teilweise aber auch durch intensive Beratungen erfolgten. Dabei konnte in fast 90 Prozent der Fälle das Beschäftigungsverhältnis gesichert werden. Diese Quote liegt etwas über den allgemeinen Ergebnissen in anderen Bundesländern.

Für die jeweilige Beratung ist eine Beauftragung durch das Integrationsamt erforderlich; im Rahmen einer ersten Kurzberatung wird erklärt, ob die rechtlichen Voraussetzungen vorliegen. Diese sind immer gegeben, wenn eine anerkannte Schwerbehinderung nachgewiesen ist. Sie ist aber auch im Einzelfall möglich, wenn Personen eine Schwerbehinderung beantragt haben bzw. von Behinderung bedroht sind oder ohne Gleichstellung einen Grad der Behinderung (GdB) von 30 haben. Dies ist auch eine für die Praxis des konkreten IFD wichtige Erweiterung; sie spielt vor allem eine Rolle für Menschen mit seelischer Behinderung, weil hier in der Praxis eine formelle Anerkennung eines Grads der Behinderung von 50 nicht einfach ist. Gleichwohl gehört hier – aber auch in den meisten anderen Bundesländern – diese Personengruppe zu den wichtigen Klienten eines IFD.

Nach dem letzten Jahresbericht werden 22 Prozent der Neuzugänge über das Integrationsamt vermittelt; in 26 Prozent der Fälle beginnt die Beratung durch Eigeninitiative der Klienten. Die größte Gruppe – 27 Prozent – beruht auf Empfehlungen aus Betrieben und Behörden. Ca. die Hälfte geht dabei von den jeweiligen Arbeitgebern bzw. Personalverantwortlichen aus, die andere Hälfte von Betriebsräten und Schwerbehindertenvertretungen. Dies dokumentiert, dass der seit vielen Jahren bestehende IFD in der regionalen Arbeitswelt gut bekannt und akzeptiert ist.

Ein nicht geringer Teil der Beratungsanlässe ist durch ein BEM gekennzeichnet. Beschäftigte wenden sich an den IFD, wenn sie ein Anschreiben eines Arbeitgebers erhalten haben, das ihnen schwer verständlich ist oder Ängste weckt. Arbeitgeber wenden sich – allerdings in

geringerer Zahl – an den IFD, wenn sie Hilfe bei der Durchführung des BEM benötigen. In diesen Fällen ist zunächst zu klären, ob der Betroffene eine Beratung/Begleitung durch den IFD wünscht und dass der Auftrag des Integrationsamts eingeholt wird. Auf dieser Basis finden dann eine persönliche Beratung des Betroffenen und eine betriebliche Beratung statt, an der je nach Situation Personalverantwortliche, BEM-Koordinatoren bzw. Interessenvertretungen teilnehmen. In den Fällen, in denen ein BEM danach durchgeführt werden kann, ist der IFD zur Beratung und im Einzelfall zur Begleitung bereit, doch bleibt die Verantwortung bei den betrieblichen Akteuren. Insoweit liegt hier eine Fallberatung und nicht eine Strukturberatung vor. Falls der IFD die schwerbehinderte Person begleitet, wird dies in der Regel vom jeweiligen Arbeitgeber akzeptiert.

Eine weitere wichtige Fallgruppe sind Beratungen für das Verfahren nach § 167 Absatz 1 SGB IX – Konfliktprävention bei Gefährdung des Beschäftigungsverhältnisses. In diesen Fällen ist nach der gesetzlichen Regelung das Integrationsamt zu beteiligen.

Die Hilfen des Amtes werden insoweit vom Amt selbst in das Verfahren eingebracht, das in geeigneten Fällen den IFD beauftragt. Vor allem bei den BEM-Verfahren kommt den betrieblichen Akteuren zugute, dass der IFD die Arbeitsweise des Integrationsamts genau kennt und daher auch berät, inwieweit Hilfsmittel, Assistenz oder Geldleistungen möglich sind und beantragt werden können. Dies gehört mit zu den Ursachen der relativ hohen Erfolgsquote bei der Sicherung von Beschäftigungsverhältnissen, die weit über den Erfolgsquoten „unbegleiteter“ BEM-Verfahren liegt. Flankiert wird dieses Vorgehen durch die Fortbildungsaktivitäten des Integrationsamtes, die sich einerseits an Arbeitgeber, andererseits an Interessenvertretungen und Schwerbehindertenvertretungen richten und intensiv wahrgenommen werden.

Eine andere Funktion des interviewten IFD ist der Arbeitgeberservice. Er besteht in der Beratung von Unternehmen und Dienststellen, die allgemeine Fragen zur Beschäftigung oder Einstellung von schwerbehinderten Beschäftigten haben sowie von Beratungen zur Unterstützung im Arbeitsalltag bei Problemen in der Beschäftigung von schwerbehinderten Menschen sowie von Möglichkeiten der Gestaltung durch Arbeitsplatzausstattung, Qualifizierung und Assistenz. Diese Beratung findet als Beratung des IFD in den Räumen der regionalen Handwerkskammer sowie in der Handelskammer statt. Dadurch wird der Zugang zu den Betrieben deutlich erleichtert. Insgesamt 24 Prozent der Betriebe, die 2016 beraten wurden, stammten aus dem Handwerk und damit aus KMU.

Im Rahmen dieser Beratung spielt wiederum das BEM eine wichtige Rolle. Hier geht es vor allem um eine aufsuchende Beratung, in der Ar-

beitgeber, die bisher keine Kenntnis vom BEM haben oder ein BEM nicht durchführen wollen, über die Möglichkeiten und Notwendigkeiten dieses Verfahrens informiert und motiviert werden. Diese Beratung ist nicht notwendig fallbezogen und enthält insoweit auch Elemente einer Struktureratung. Die Zusammenarbeit erfolgt hier eher mit der Kammer, die allerdings auch eine eigenständige Integrationsberatung mit einer eigenen Beratungskraft durchführt. Es handelt sich dabei um ergänzende Zugangswege, die nicht miteinander konkurrieren, sondern kooperieren.

Eine nicht unwesentliche Gruppe bei der Beschäftigtenberatung betrifft Beschäftigte, die seit längerer Zeit arbeitsunfähig sind. In diesen Fällen ist der drohende Verlust des Krankengeldbezuges ein einschneidendes Ereignis, das Beschäftigte motiviert, eine solche Beratung aufzusuchen. Diese Beratungen sind aufwendiger, weil zunächst eine kommunikative Verbindung zum Betrieb aufzubauen ist.

Auch wenn in solchen Fällen rechtlich eine stufenweise Wiedereingliederung möglich ist, die durch die BA zu finanzieren ist, ist zunächst ein Beratungsprozess erforderlich, welche Möglichkeiten der künftigen Beschäftigung in Betracht kommen und im Rahmen einer Wiedereingliederung ausprobiert werden können. Der interviewte IFD hat für solche Konstellationen konkrete Beratungsbeispiele auf seiner Homepage dokumentiert, die alle Beteiligten informieren und motivieren können.

In einem nicht geringen Umfang findet eine Beratung für Einrichtungen des öffentlichen Dienstes statt. Dazu gehören auch ausgegliederte und privatisierte frühere Einrichtungen des öffentlichen Dienstes, die inzwischen zu den KMU gehören. Hier besteht insoweit ein eigenständiger Zugang zu betrieblicher und auch kontinuierlicher Beratung.

Eine Beauftragung durch die BA findet in ca. 10 Prozent der Fälle statt. Diese betreffen aber eher Probleme des Überganges z. B. von der Werkstatt auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, die im Rahmen unseres Projektes nicht näher diskutiert und thematisiert werden. Schließlich gibt es noch eine geringe Quote von Aufträgen durch Reha-Träger, vor allem die Rentenversicherung. Hier geht es wiederum häufiger um Fälle der Eingliederung/Wiedereingliederung, so dass diese Beratung ebenfalls in ein BEM münden kann. Insgesamt ist jedoch eine Beauftragung durch die Rehabilitationsträger, die rechtlich unproblematisch möglich ist, in der Praxis relativ selten. Dies wird vom interviewten IFD nachhaltig bedauert, da die seit vielen Jahren dokumentierten Erfolgsquoten eines solchen spezialisierten kleinen Dienstes, der einfacher in der Lage ist, das Vertrauen beider Seiten zu erlangen, beachtlich sind.

Von jedem Integrationsamt werden Integrationsfachdienste beauftragt, die eine wichtige Lotsenfunktion wahrnehmen. Wegen der Plurali-

tät der Träger dieser Dienste sind hier unterschiedliche Schwerpunkte und Arbeitsweisen zu beobachten. In jedem Fall handelt es sich aber um eine niedrigschwellige und aufsuchende Beratung, die gerade für KMU hilfreich ist. Diese Dienste sind in der Regel qualifiziert, um bei Beschäftigten mit psychischen Beeinträchtigungen tätig zu werden und auch im betrieblichen Umfeld Brücken kraft ihrer sozialpädagogischen Kompetenzen zu schlagen (Riechert & Habib, S. 162). Beispiele, in denen Krankenkassen die Arbeit von Integrationsfachdiensten gefördert bzw. in Anspruch genommen haben, sind uns nicht bekannt geworden.

5.6 Verbände

In der deutschen Arbeitspolitik spielen die Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften eine wichtige Rolle nicht nur im allgemeinen Arbeitsrecht, sondern auch im Behindertenrecht. In erster Stelle nehmen sie Einfluss durch ihre typische verbandspolitische Arbeit, also durch Einfluss auf die Sozialpolitik und Gesetzgebung, aber auch durch eigene Beratung, die sich zunächst an ihre Mitglieder, bei den Gewerkschaften aber auch an die betrieblichen Interessenvertretungen richtet.

Das DGB-Bildungswerk hat – ebenso wie einzelne DGB-Gewerkschaften – bereits früh Fortbildungen auf diesem Gebiet installiert, die sich vor allem an die Mitglieder der Interessenvertretungen richteten. Auf dieser Grundlage ist von der Hans-Böckler-Stiftung ein [Handlungsleitfaden zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement](#) erarbeitet worden, der in 3. Auflage 2018 veröffentlicht worden ist (Danigel 2018). Genutzt wurde dabei die umfassende Untersuchung „Re-BEM“, deren empirische Daten wir für unser Projekt ebenfalls auswerten konnten. Diese Untersuchung mündete in eine Praxisphase, die mit „best practices“ abgeschlossen wurde, die sich vor allem auf KMU bezogen, weil diese Untersuchung dort den größten Fortbildungs- und Handlungsbedarf sah (Zumbeck 2017). Dieser Leitfaden ergänzt eine bereits 2010 veröffentlichte HBS-Publikation von Texten aus BEM-Betriebsvereinbarungen (Romahn 2010). Daneben haben die Einzelgewerkschaften in ihrer Bildungsarbeit das BEM-Thema aufgegriffen und zahlreiche Materialien erstellt, die allerdings keine erkennbaren KMU-Schwerpunkte haben (vgl. die im Bund-Verlag erschienene Zusammenstellung bei Richter 2016).

Ein anschauliches Beispiel ist das von der IGBCE initiierte und begleitete Projekt „Gute Arbeit in Sachsen-Anhalt“ (www.gute-arbeit-sachsenanhalt.de), mit dem eine Unterstützung von KMU auch bei BEM-Verfahren im regionalen Zusammenhang in Sachsen-Anhalt, z. B. im Chemiedreieck, aufgebaut wird. Schließlich sind auch zivilgesellschaftli-

che Akteure in diesem Feld aktiv wie z. B. das „Institut für Arbeitsfähigkeit“, das nach Erfahrungen im DGB-Bildungswerk eigenständige Netzwerkprojekte (www.bem-netz.org) aufbaut, die auf dem finnischen Arbeitsfähigkeitsansatz basieren (www.arbeitsfaehig.com).

Die Verbände sind auch an den Prozessen der Sozialpolitik beteiligt. Sie stehen an erster Stelle bei der Zusammensetzung sowohl des bundesweiten Beirats nach § 86 SGB IX als auch bei den regionalen Beiräten bei den Integrationsämtern nach § 186 SGB IX. Sie können daher auch Einfluss nehmen auf die Vergabe des Ausgleichsfonds; insoweit ist ihr Sachverstand hier gefragt. Sie sind damit auch an Beratungsarbeiten und -projekten beteiligt, die in unserem Projekt untersucht worden sind.

5.6.1 Gewerkschaftliche Lotsen, insbesondere die Beratungsstelle Handicap

Das Integrationsamt Hamburg fördert Beratungen in den Räumen der Handwerkskammer, weiter eine Beratungs- und Inklusionsinitiative, die Arbeitgeber in Fragen der Inklusion und Prävention berät, sowie die Beratungsstelle Handicap, die von dem Verein „Arbeit und Leben“ getragen wird und ihre Beratungsräume im örtlichen Gewerkschaftshaus hat. Diese Beratungsstelle hat einen spezifischen Schwerpunkt; sie betreibt keine unmittelbare Individualberatung, sondern informiert, berät und unterstützt Betriebsräte, Personalräte, Mitarbeitervertretungen sowie Schwerbehindertenvertretungen zu allen Fragen rund um die Themen Inklusion und Teilhabe in Betrieben, Schwerbehindertenrecht (SGB IX) sowie Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM).

Die Lotsenfunktion dieser Beratungsstelle bezieht sich daher auf die Interessenvertretungen, die zunächst über die rechtliche Ausgangslage, insbesondere die Struktur des SGB IX sowie über die Mechanismen des kollektiven Arbeitsrechts informiert werden. Deswegen gehören auch die Wahl und Arbeitsweise der Schwerbehindertenvertretungen zu den Gegenständen der Fortbildung und Beratung. Hier gehörte die Beratungsstelle Handicap zu den ersten Organisationen, die im Frühjahr 2020 die neuen gesetzlichen Regelungen zur digitalen Beschlussfassung und Beratung der Interessenvertretungen in ihr Fortbildungsprogramm aufgenommen hatten. Ihre regelmäßige Fortbildungsveranstaltung „Arbeitsrechtliche Fragen in der SBV-Arbeit“ wurde daher im Juni 2020 als Online-Veranstaltung organisiert, so dass diese Beratungsstelle trotz des damaligen Lockdowns zu den wenigen Stellen gehörte, die ihre Arbeit kontinuierlich fortgesetzt hatten.

Ein wichtiger Schwerpunkt der Beratungen und Fortbildungen betrifft die BEM-Verfahren, die von der Stelle als organisierter und kooperativer Suchprozess verstanden werden. Konsequent werden enge Verbindungslien zum Arbeitsschutz und zur betrieblichen Gesundheitspolitik gezogen, die auch regelmäßig in die Fortbildungsthemen aufgenommen werden. Ein anderer Schwerpunkt der Beratung und Fortbildung zu den BEM-Verfahren betreffen die möglichen Teilhabeleistungen, so dass die Beratungsstelle über ein nachhaltiges Netzwerk verfügt, mit dem Verbindungen zu den regionalen Reha-Trägern, dem Integrationsamt und Integrationsfachdiensten aufgebaut worden sind.

In der Beratung liegt ein Schwerpunkt bei den Interessenvertretungen in KMU, die über keine ausgebauten Freistellungsmöglichkeiten verfügen. So hat die Beratungsstelle im letzten Jahr auch eine Fortbildung zur Mitarbeitervertretung und den Schwerbehindertenvertretungen in kirchlichen Einrichtungen durchgeführt, weil ein beachtlicher Teil dieser Einrichtungen soziostruktuell als KMU qualifiziert werden kann.

Diese Arbeit wird seit einigen Jahren in dieser Konstellation im Rahmen befristeter Projekte durchgeführt. Bei der letzten Vergabeentscheidung 2019 wurde dem bisherigen Trägerverein und dessen Team die Fortsetzung übertragen, so dass sich daraus eine deutliche Akzeptanz dieser Arbeit ergibt. Auf der anderen Seite dokumentiert diese Befristung, dass es für diese Arbeit bei aller Wertschätzung bisher keine dauerhafte belastbare Perspektive gibt.

5.6.2 Unternehmensnetzwerk inklusiv

Gefördert vom Ausgleichsfonds nach § 161 SGB IX, den das BMAS verwaltet, ist seit einigen Jahren auch eine Arbeitgeber getragene betriebsorientierte Beratung etabliert worden. Das Unternehmensnetzwerk Inklusion (<http://www.unternehmensnetzwerk-inklusion.de>) hat im Anschluss an frühere Projekte zwischen 2017 und 2020 insgesamt 2.232 kleine und mittlere Unternehmen beraten, 151 „runde Tische“ organisiert und 314 Fachveranstaltungen in verschiedenen Bundesländern durchgeführt. Im Mittelpunkt dieser Beratungen stand die Sicherung der Beschäftigung schwerbehinderter Personen im Betrieb.

Ausgangspunkt sind betriebliche Situationen, in denen – oft langjährig – Beschäftigte schwerbehindert werden. Ein Schwerpunkt der Beratungen liegt in der Vermittlung zur Beratung der Integrationsämter/Inklusionsämter sowie in der Einwerbung und Nutzung der Zuschüsse und sonstigen Leistungen dieser Ämter und in der Begleitung der Beschäftigten der Betriebe durch Integrationsfachdienste. Hier sind – vor

allem bei kleineren und mittleren Unternehmen – beachtliche Defizite festzustellen. 74 Prozent der Betriebe hatten vor der Beratung durch das Projekt noch nicht mit dem Integrationsamt zusammengearbeitet; 81 Prozent hatten noch nicht mit einem Integrationsfachdienst zusammengearbeitet. Der Abschlussbericht geht von einer nachhaltigen Stabilisierung der Beschäftigungsverhältnisse aus. Zu den Fortbildungen und Beratungen gehören auch die Einleitung und Durchführung von BEM-Verfahren, die von dem Netzwerk als wichtiges Instrument qualifiziert werden, das mit Sachkunde zu organisieren ist.

Das Projekt kooperierte nachhaltig mit der bundesweit organisierten Fortbildungsakademie der Wirtschaft, FAW gGmbH, die auch Basisinformationen zum Aufbau eines BGM vermittelt und das BEM als integralen und wichtigen Bestandteil eines BGM qualifiziert, so dass sich Fortbildung und Beratung auch auf die BEM-Prozesse beziehen (www.faw-bgm.de/bem).

Ein weiterer Schwerpunkt des Projekts lag in der Vermittlung schwerbehinderter Personen in ein Beschäftigungsverhältnis. Das Netzwerk hatte sich hier vor allem zum Ziel gesetzt, Ausbildungsverhältnisse mit schwerbehinderten jungen Menschen zu vermitteln. Wiederum hat sich auch dieses Feld als ein erfolgreiches Handlungsfeld erwiesen, da aus der Sicht der beteiligten Arbeitgeber der Fachkräftemangel sie motiviert, auch solche Ausbildungsverhältnisse einzugehen, die sie vor 10 Jahren nicht für sinnvoll und machbar gehalten hätten. Das Projekt sprach vor allem die Ausbildungsverantwortlichen in den Betrieben an und stellte Verbindungen zu Kammern, Berufsbildungswerken und Integrationsämtern her.

Für die Betriebe stellt sich die institutionelle Landschaft der Ämter und Fördermöglichkeiten als unübersichtlich dar. Das Projekt definierte als Bedarf der Betriebe die Benennung klarer Ansprechpartner, die ihre Belange verstehen, ihre Sprache sprechen und sie als Lotsen begleiten. Die Ansprechpartner suchen daher die Betriebe auf und organisieren als Schnittstellen die Kommunikation der Beteiligten, da sie die existierenden Netzwerke kennen. „Inklusion muss zum Betrieb kommen“.

5.7 Zivilgesellschaftliche Organisationen

5.7.1 Niedrigschwellige Vereinsberatung

Der Hamburger Verein „Arbeit und Gesundheit“ hat mit finanzieller Unterstützung des Hamburger Senats ab 2016 einen Modellversuch gestartet, der seit Anfang 2019 als reguläres Dauerangebot in den von der Hamburger Bürgerschaft beschlossenen Haushaltsplan aufgenommen worden ist: Anlaufstelle „Perspektive Arbeit und Gesundheit (PAG)“. Diese Anlaufstelle soll gerade für Arbeitgeber und Beschäftigte aus kleinen und mittleren Unternehmen ein niedrigschwelliges Angebot zur Verfügung stellen, in Fragen von Arbeit und Gesundheit, vor allem im Arbeitsschutz, beratend tätig zu werden (Kohte & Kaufmann 2019). Diese Anlaufstelle soll eine erste orientierende Beratung leisten und eine weitere Vermittlung in stabile dauerhafte Beratungsmöglichkeiten im sozialpolitischen Netzwerk der Hansestadt ermöglichen, so dass die PAG von der Arbeitsschutzbehörde von Anfang an als „Lotsin“ bezeichnet worden ist (Freigang 2017).

Diese Beratungsstelle ist relativ schnell angenommen worden. Innerhalb von 33 Monaten haben 170 Unternehmensvertretungen sowie 464 Beschäftigte die Beratungsstelle aufgesucht bzw. Kontakt mit ihr aufgenommen (Kordsmeyer u. a. 2019). Die sozialwissenschaftlich unübliche Kategorie „Unternehmensvertreter“ umfasst sowohl Geschäftsführer*innen und Personalverantwortliche als auch Betriebsratsmitglieder. Es ist in der Regel zu zwei Beratungsgesprächen gekommen. 44 Prozent der Ratsuchenden stammen aus kleinen und mittleren Unternehmen, davon 25 Prozent aus Betrieben mittlerer Größe mit 50 bis 249 Beschäftigten und knapp 20 Prozent aus Klein- und Kleinstbetrieben. In der Gruppe der Unternehmensvertreter wird die größte Fraktion von Betriebsratsmitgliedern gestellt, die in Bezug auf das gesamte Sample 37 Prozent der Beteiligten stellen. Diese Gruppe ist allerdings in Großbetrieben stärker repräsentiert.

Knapp 20 Prozent der Ratsuchenden sind Inhaber*innen und Geschäftsführer*innen; in dieser Gruppe sind KMU in deutlich größerem Umfang vertreten. Die Ratsuchenden kommen grundsätzlich aus allen Branchen, doch fällt auf, dass das Sozial- und Gesundheitswesen weit überrepräsentiert ist, ebenso wie der öffentliche Dienst, während klassisch industrielle Tätigkeit, die in Hamburg sowieso einen geringeren Anteil am lokalen Arbeitsmarkt ausmacht, deutlich unterrepräsentiert ist. Bei den Beschäftigten sind Frauen deutlich stärker engagiert; mehr als 70 Prozent der ratsuchenden Beschäftigten sind Frauen am ehesten aus

der Altersgruppe 41 bis 50 Jahre. Sehr junge und sehr alte Beschäftigte sind deutlich unterrepräsentiert.

Bei den Themen der Arbeitgeber stehen Gefährdungsbeurteilung, Beschäftigungsfähigkeit, Arbeitsschutzorganisation und demographischer Wandel an erster Stelle. Bei den Beschäftigten geht es überwiegend um Beschäftigungsfähigkeit und soziale Beziehungen im Betrieb, allerdings wird auch das Thema BEM von 22 Prozent der ratsuchenden Beschäftigten angesprochen; auch 7,5 Prozent der Arbeitgeber suchen deswegen den Rat der Anlaufstelle.

Die Gruppe der ratsuchenden Inhaber*innen und Geschäftsführer*innen wurde im Rahmen der Evaluation typologisch in die Gruppen der „Erschrockenen“, der „Ratlosen“ und der „Engagierten“ eingeordnet. Erschrocken sind diejenigen, die nach einem Besuch von Aufsichtspersonen mit möglichen Sanktionen rechnen und daher das niedrigschwellige Angebot der PAG annehmen. Im Grundsatz gilt, dass die Beratungsstelle Informationen nicht an die Aufsichtspersonen weitergibt; Ausnahmen können allenfalls gravierende Fälle, wie z. B. Gewalt am Arbeitsplatz, darstellen.

Für die KMU ist eine wichtige Gruppe diejenige der „ratlosen Geschäftsführer*innen“, denen bisher Kenntnisse und ein Zugang zum Arbeitsschutzthema fehlen, so dass sie nicht wissen, wie sie diese Fragen für ihren Betrieb in Angriff nehmen können. Schließlich besteht noch die dritte etwas kleinere Gruppe engagierter Arbeitgeber, die am ehesten den Rat der PAG auch in die Praxis umsetzen wollen und können.

Auch wenn im Vordergrund die Fragen der Gefährdungsbeurteilung, vor allem auch der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen stehen, nehmen doch Fragen des demographischen Wandels und der Beschäftigungsfähigkeit deutlich zu. Die Verknüpfung dieser Fragen mit der Gestaltung der Arbeitsbedingungen ist ein wichtiges Thema der Beratung. Hier stellen sich bei den Arbeitgeber-Beratungen auch Fragen des BEM.

Als wichtige betriebliche Akteure rangieren in der Statistik der PAG Betriebs- und Personalräte sowie Schwerbehindertenvertretungen. Auch wenn Betriebsräte aus Großbetrieben die Mehrheit bilden, sind doch ca. 30 Prozent der Betriebsräte in KMU angesiedelt. Diese Quote ist höher als die allgemeine KMU-Betriebsratsquote, die bei 20 Prozent verortet wird (Wassermann & Rhode 2004). In dieser Gruppe sind reale Beratungserfolge möglich, da diese Personengruppe, wenn sie zur Beratung kommt, auch an konkreten Umsetzungsergebnissen interessiert ist.

Bei der Beschäftigtenberatung stehen andere Themen im Mittelpunkt. Bisher suchen in erster Linie Personen die Beratung auf, die sich bereits in gesundheitlichen oder persönlichen Krisen befinden. Daher geht es

hier auch um Fragen der Beschäftigungsfähigkeit sowie um eine Perspektive für eine andere Beschäftigung in einem anderen Betrieb oder auch einer anderen Branche. Ein wichtiges Feld sind Probleme in den sozialen Beziehungen im Betrieb. In einzelnen Fällen geht es auch um Gewalt am Arbeitsplatz, nicht selten um Mobbing am Arbeitsplatz, in der Regel aber auf jeden Fall um Störungen in der Kommunikation, für die es im Betrieb aus der Sicht der Ratsuchenden keinen Raum gibt, so dass sie keine Stelle gefunden haben, diese Störungen in einer für sie akzeptablen Weise auszusprechen und zu klären. Hierbei stellt sich nicht selten die Frage der Ratsuchenden, wie sie sich zu einem BEM verhalten sollen und in welcher Weise sie eine Begleitung im BEM finden.

Dies ist insoweit schwierig, weil die PAG eine orientierende Beratung anbietet, die keine innerbetrieblichen Verfahren für längere Zeit begleitet. Integrationsfachdienste können in Einzelfällen hilfreich sein, doch ist die Zugangsschwelle der Schwerbehinderung bzw. der „Bedrohung durch Behinderung“ relativ hoch. Ein wichtiges Ergebnis der bisherigen Arbeit ist, dass es für diese Personengruppen, die eine Begleitung im BEM in vor allem betriebsratslosen Betrieben benötigen, an einer eigenständigen sozialrechtlich vermittelten finanzierten Beratung fehlt.

Gleichwohl zeigen die Erfahrungen der PAG, dass das BEM-Verfahren ein wichtiger betrieblicher Katalysator ist, um real existierende gesundheitliche Probleme in Angriff nehmen zu können. In Hamburg ist die Beratungssituation insoweit klar strukturiert, weil es sowohl für Arbeitgeber einerseits als auch für Betriebs- und Personalräte und Schwerbehindertenvertretungen andererseits jeweils spezifische Beratungsstellen gibt, die vom Integrationsamt finanziert werden. Insoweit ist die Aufgabe der Strukturberatung und Strukturbildung gerade für BEM-Verfahren in Hamburg durch andere Beratungsstellen repräsentiert, so dass PAG ein spezifisches niedrigschwelliges Angebot ist, das bisher „unberatene“ Personen erfasst. Mit dieser Funktion dokumentiert diese Beratungsstelle zugleich auch eine Leerstelle im bisherigen sozialrechtlichen und institutionellen System, für die nicht nur in Hamburg weitergehende Lösungen erforderlich sind.

PAG hat gleichwohl seit 2016 ein breites Netzwerk aufgebaut, in dem eine Vermittlung an mittelfristig tätige Beratungseinrichtungen erfolgt. In diesem Netzwerk hat PAG den Informationsaustausch und Fortbildungsveranstaltungen stimuliert; Gewerkschaften und Verbände sind engagierte Teilnehmer dieser nicht formalisierten Netzwerkkommunikation. Dies dokumentiert zugleich, dass eine Lotsenfunktion, die auf orientierende Beratung angelegt ist, belastbare Netzwerke im „Hinterland“ benötigt.

Die Evaluation ergab eine hohe Akzeptanz der Beratungsstelle bei Arbeitgebern, Interessenvertretungen und Beschäftigten, die mit fast identischen Bewertungen diese Beratung auszeichneten. Dies war eine der Voraussetzungen, dass dieser Modellversuch bereits nach drei Jahren in den Landeshaushalt übernommen und verstetigt wurde.

Während die in Abschnitt 1 dargestellten Vereine „esa – sh“ und „esa – mv“ von uns dem Handwerk zugeordnet wurden, weil sie von den Organisationen des Handwerks und einer Innungskrankenkasse gegründet worden sind, handelt es sich bei „Arbeit und Gesundheit“ um einen zivilgesellschaftlichen Verein, der von Personen getragen wird, die sich für dieses Handlungsfeld ehrenamtlich engagieren.

5.7.2 vorrangig ehrenamtlich tätige zivilgesellschaftliche Organisationen

Eine nicht selten übersehene Rolle spielen schließlich Non-Profit-Organisationen, in denen ein wichtiger Teil der Arbeit ehrenamtlich geleistet wird. Neben den Vereinen der Behindertenselbsthilfe und den Gewerkschaften haben sich spezifische örtliche und regionale Vereine etabliert. Ein interessantes Beispiel ist Psygesa e. V. (Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz – www.psygesa.de), der sich in Hamburg gebildet hat. Der Verein ist ein Zusammenschluss aus Fachleuten und Fachgesellschaften zur Prävention psychischer Belastungen und Erkrankungen im Arbeitsleben. Psygesa ist eine Non-Profit-Organisation, die zunächst Angebote für Unternehmen macht, die bei ihnen Mitglieder sind.

Zu diesen Angeboten gehört auch das Betriebliche Eingliederungsmanagement. Psygesa informiert über das BEM, bietet aber auch den Unternehmen an, in Kooperation mit den Interessenvertretungen die Durchführung des BEM auf den Verein Psygesa zu übertragen. Damit wird die nicht einfache professionelle Durchführung eines BEM bei Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen (Riechert & Habib, 2017, S. 32 ff.) erleichtert. Dies ist außerdem angesichts der Neutralität des Vereins ein Beitrag zum Datenschutz und zur Reduzierung von Misstrauen. Es ist aber auch möglich, dass sich die Beratung nur auf einzelne Elemente des BEM bezieht.

Eine größere Rolle spielt das Angebot der betrieblichen Prävention psychischer Fehlbelastungen. Der Verein ist – wiederum unter Beachtung der innerbetrieblichen Kooperationsregeln – bereit, eine Gefährdungsbeurteilung nach § 5 ArbSchG zu erstellen bzw. daran mitzuwirken. Die Unternehmen, die Mitglied im Verein sind, sind keine Großun-

ternehmen, sondern gehören zu den mittleren Unternehmen mit ca. 100 Beschäftigten. Hier übernimmt der Verein eine Lücke zwischen den Großunternehmen einerseits und kleinstbetrieblichen Organisationen vor allem des Handwerks andererseits, für die jeweilige spezifische Organisationsformen zur Verfügung stehen. Dies sind vor allem kleinere Dienstleistungsunternehmen, die weder in Arbeitgeberverbänden noch in Handwerksorganisationen einen Rückhalt finden.

Ein weiteres Leistungselement besteht in der externen Mitarbeiterberatung (EAP). Die Experten des Vereins informieren über dieses Angebot und über Fragen psychischer Belastung in Betriebsversammlungen. Beschäftigte können sich dann individuell an den Verein wenden und werden dort niedrigschwellig beraten. Eine individualisierte Information über diese Beratung gegenüber dem Arbeitgeber erfolgt nicht.

Die Funktion dieser Beratung ist in erster Linie nicht auf die Gestaltung der Arbeitsplätze gerichtet, sondern auf eine zügige Vermittlung in psychische und psychotherapeutische Beratung, die ohne eine solche Unterstützung derzeit durch hohe Wartezeiten gekennzeichnet ist, die gerade bei psychischen Erkrankungen nicht akzeptabel ist.

Zum Netzwerk dieses Vereins gehört auch ein Betreuungsverein, der psychisch kranke Menschen nicht nur berät, sondern auch betreut und vertritt. Dieser Verein fördert die Wiedereingliederung dieses Personenkreises in den Arbeitsmarkt, weil betreute Menschen nicht selten zumindest zeitweilig aus dem Arbeitsmarkt ausgeschieden sind. Eine wichtige Aufgabe besteht in der Stabilisierung solcher neu begründeter Arbeitsverhältnisse, so dass auch hier der Verein mit dem jeweiligen Arbeitgeber Kontakt aufnehmen kann und in der Lage und bereit ist, diesen Personenkreis auch bei BEM-Verfahren zu beraten. Der Verein mobilisiert auch Hilfen des Integrationsamtes sowie sozialrechtliche Unterstützungsmaßnahmen. Hier besteht auch eine Kooperation mit Werkstätten für behinderte Menschen und die Vermittlung und Nutzung der Beschäftigung auf Außenarbeitsplätzen nach § 219 S. 5 SGB IX sowie die Nutzung der in Hamburg schon seit Jahren angebotenen Möglichkeiten des dortigen Budgets für Arbeit.

Non-Profit-Organisationen sind seit 2018 auch Träger der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB), die inzwischen in mehr als 500 Beratungsstellen Menschen mit Behinderungen vor allem auch nach dem Grundsatz des „Peer counseling“ beraten. Vereine der Behindertenselbsthilfe sowie Organisationen der Kirchen und der Wohlfahrtsverbände sind in der Regel Träger dieser Beratungsstellen; eine begleitende Evaluation wird vorbereitet, kann aber noch keine Ergebnisse vorlegen.

Im Zusammenhang unseres Projekts zeigt sich, wie solche Non-Profit-Organisationen, zu denen auch Vereine der Behindertenselbsthilfe gehören, sowohl für Beschäftigte als auch für Arbeitgeber BEM-Verfahren realisieren, unterstützen oder begleiten können.

5.7.3 Integrationsdienst als professionelle Dienstleistung

Neben den Integrationsfachdiensten, die durch den Personenbezug nach § 192 SGB IX und die Verträge vor allem mit den Integrationsämttern als Auftraggeber nach § 194 Abs. 4 SGB IX gekennzeichnet sind, gibt es weitere professionelle Dienstleister, die Inklusionsaufgaben wahrnehmen. Im Folgenden soll dies exemplarisch anhand eines Fachdienstes für berufliche Integration, der als GmbH organisiert ist, dargestellt werden.

Dieser Fachdienst wird überwiegend von Berufsgenossenschaften, teilweise auch von Kfz-Versicherungen sowie in letzter Zeit auch von der regionalen Rentenversicherung und einzelnen Arbeitgebern beauftragt. Die Aufträge betreffen vor allem die individuelle Eingliederung von Personen nach nachhaltiger Krankheit und schweren Unfällen. Bei den Berufsgenossenschaften geht es in erster Linie ebenso wie bei der Kfz-Versicherung um die Eingliederung von Unfallopfern. Die Berufsgenossenschaften haben für diese Zwecke als eigene Beschäftigte seit vielen Jahren Berufshelfer, die inzwischen in aller Regel als Reha-Berater bezeichnet werden. In komplexen Fällen wird der von uns interviewte berufliche Fachdienst beauftragt.

Ein beachtlicher Teil der Betroffenen sind Arbeitnehmer*innen, deren Eingliederung sich als schwierig darstellt, deren Arbeitsverhältnis aber auch nach längerer Arbeitsunfähigkeit noch besteht. Der Integrationsdienst wird tätig, indem er zunächst mit den betrieblichen Akteuren eine Bestandsaufnahme der Situation macht, die als „kleines BEM“ bezeichnet werden kann. Auf dieser Basis sind einerseits persönliche Aspekte zu klären, die sich auf die Situation der langfristig erkrankten Beschäftigten und ihre Ressourcen beziehen. Gerade die Erfassung und Weckung der persönlichen Ressourcen ist eine Tätigkeit, die im bisherigen Rehabilitationssystem nach Meinung des Fachdienstes einen zu geringen Raum einnimmt. Auf der anderen Seite geht es um die Gestaltung der Arbeitsplätze und der Arbeitsbedingungen, nicht selten auch um innerbetriebliche Versetzungen. Hier wird der Fachdienst beauftragt, weil man von ihm neue Impulse und Vorschläge erwartet. Der Auftrag erfolgt vor allem, wenn die üblichen Routinemaßnahmen nicht erfolgreich wa-

ren. Die Erfolgsquote des Fachdienstes liegt bei dieser Fallgruppe über 70 Prozent; dies wird interpretiert als Erfolg der Kombination von persönlicher Beratung und Weckung von Ressourcen, Fachkenntnis der Varianten der Arbeitsgestaltung und der Existenz eines Netzwerks für die Beantragung und Nutzung zusätzlicher Leistungen, z. B. des Integrationsamtes.

In einer weiteren Fallgruppe geht es um Personen, die ihren bisherigen Arbeitsplatz verloren haben. Hier ist eine Vermittlung in neue Tätigkeiten erforderlich, teilweise auch eine berufliche Umorientierung, die wiederum voraussetzt, dass die fachlichen und persönlichen Ressourcen genau erfasst und gefördert werden. Hier sind die Erfolgsquoten unterschiedlich und bei beruflicher Umorientierung oft erst nach längerer Zeit zu quantifizieren.

In beiden Fallgruppen werden Erfolge in nicht geringem Umfang auch in kleineren Betrieben und Unternehmen erreicht. Ausgeklammert werden sehr kleine Unternehmen (Kleinstunternehmen), weil sich hier spezifische Anforderungen und Finanzierungsfragen stellen. In KMU mit 50 bis etwa 200 Beschäftigten sind nach den Erfahrungen des Dienstes reale Handlungsmöglichkeiten gegeben, sobald der Zugang zum Betrieb erreicht ist. Hier führt die Beauftragung durch die BG oder die Versicherung zu einem relativ effektiven Zugang. Aus der Sicht des Dienstes erscheint es vorteilhaft, dass dieser Dienst nicht wie eine Behörde auftritt und nicht als Behörde eingestuft wird. Dieser Unterschied zwischen Behörde und privatem Dienst wird auch von einigen Integrationsämtern und Reha-Trägern als Vorteil eingestuft, der die Finanzierung solcher Aufträge gerade in schwierigen Fällen legitimiert.

Der Integrationsdienst nimmt nicht an den starren Vergabeverfahren der BA teil, ein kooperativer Zugang zu Krankenkassen ist bisher nicht erreicht. Dagegen nehmen Aufträge durch die regionale gesetzliche Rentenversicherung in letzter Zeit deutlich zu. Sie unterscheiden sich nicht grundsätzlich von den Aufträgen der BG, doch hat die Unfallversicherung ein breiteres Handlungsfeld von medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation, so dass hier die Vermittlung von Leistungen „aus einer Hand“ möglich und eher erfolgreich ist.

Gerade bei der Vermittlung von Beschäftigten, die aus ihrem Betrieb ausgeschieden sind, in eine neue Beschäftigung kommt dem Integrationsdienst ein intensives Netzwerk von Kontakten zu interessierten Arbeitgebern, die bei früheren Aufträgen gute Erfahrungen gemacht haben, Interessenvertretungen, vor allem Schwerbehindertenvertretungen, und dem Integrationsamt zugute. Für die einzelnen Personen passende Lösungen lassen sich auf diese Weise besser erreichen.

Auf dieser Basis sind inzwischen einige Betriebe dazu übergegangen, den Dienst auch mit der Durchführung des BEM bzw. mit der Beteiligung am BEM zu beauftragen. Selbstverständlich bleibt es bei der betrieblichen Verankerung des BEM und der Beteiligung der verschiedenen betrieblichen Akteure. Die Funktion des Dienstes ist es, „von außen kommend“ neue Impulse in festgefahrenen Situationen einbringen zu können und z. B. noch nicht diskutierte Vorschläge für technische Arbeitshilfen oder andere Formen der Arbeitsgestaltung zu entwickeln, die von Reha-Trägern oder dem Integrationsamt bezuschusst werden. Ebenso bringt der Fachdienst seine Netzwerkkompetenzen mit und übernimmt daher in diesen Fällen auch eine Lotsenfunktion. Es gibt solche Aufträge sowohl bei Großbetrieben als auch im KMU-Bereich; sie bieten sich vor allem an, wenn innerbetriebliche Zerklüftungen bestehen oder wenn eine Misstrauenskultur korrigiert werden muss. Zu den Vorteilen einer solchen externen Beteiligung am BEM gehört es, dass es leichter ist, das Vertrauen in einen effektiven Datenschutz zu vermitteln.

In der Fachliteratur ist inzwischen darauf hingewiesen worden, dass eine solche Beteiligung externer Dienstleistung an betrieblichen BEM-Verfahren sinnvoll oder gar geboten ist (Wallrath 2014). Es gibt daher Arbeitgeber, die diese Dienstleistung finanzieren, weil sich die Erfolgsquote von 70 Prozent auch betriebswirtschaftlich rechnet.

Eine weitere Variante besteht im „Coaching der BEM-Berechtigten“, die ebenfalls im BEM-Verfahren eine professionelle Unterstützung benötigen. Dies kann erforderlich sein in betriebsratslosen Betrieben, aber auch zur Nutzung professioneller Vorschläge und Kommunikationsmöglichkeiten. In Einzelfällen wird auch dieses Coaching sozialrechtlich finanziert, doch fehlt hier ein expliziter Leistungstitel im Sozialrecht.

Eine vergleichbare Form des „externen Betrieblichen Eingliederungsmanagements“ wird als professionelle Dienstleistung vom Institut für Arbeitsfähigkeit in Mainz (www.arbeitsfaehig.com) angeboten und realisiert. Auch hier wird sowohl die Begleitung als auch die eigenständige Durchführung von BEM-Verfahren angeboten. Auch dieses Angebot findet inzwischen eine gewisse Akzeptanz, die unterstützt wird durch regional orientierte „runde BEM-Tische“. Nachdem die Rehabilitationsträger keine ortsnahen und effektiven regionalen Arbeitsgemeinschaften gebildet haben, ist damit eine beachtliche „Lücke“ auffindbar, die jetzt privaten Dienstleistungsorganisationen einen entsprechenden Handlungsrahmen eröffnen (Liebrich & Reuter 2018).

5.7.4 professionelle regionale Arbeitssicherheitsorganisation für die KMU-Welt

Eine professionelle BEM-Begleitung kann neben der Nutzung von Rehabilitationsdiensten auch durch die Organisationen der Arbeitssicherheit erfolgen, da das BEM an der Schnittstelle zwischen Rehabilitation und Arbeitsschutz angesiedelt ist (Nebe 2016).

Zu den Möglichkeiten der Umsetzung des Arbeitssicherheitsgesetzes gehört auch die Nutzung freiberuflicher Organisationen. Diese Organisationen sind teilweise spezialisiert nach arbeitsmedizinischen oder sicherheitstechnischen Kenntnissen. Zunehmend sind allerdings Organisationen am Markt zu beobachten, die beide Professionen vertreten. Bekannt auf diesem Feld sind einige bundesweit aktive relativ große und marktmächtige Organisationen, die vor allem bei großen Unternehmen mit vielen Betrieben und Betriebsteilen tätig sind.

Die Organisationsfreiheit gibt den Akteuren aber auch die Möglichkeit, sich auf KMU zu konzentrieren. Eine solche GmbH haben wir aufgesucht und mit dem Geschäftsführer ein Forschungsgespräch geführt. Diese GmbH ging aus von arbeitsmedizinischen und betriebsärztlichen Tätigkeiten, hat inzwischen aber auch einen Bereich für Sicherheitsfachkräfte etabliert. Aus der Zusammenarbeit mit verschiedenen regionalen Innungen ergab sich die Möglichkeit einer erfolgreichen Spezialisierung, weil auf diese Weise bereits für Gefährdungsbeurteilungen die entsprechenden Informationen gesammelt werden konnten.

So ist für die Tätigkeit von Malern und Lackierern von den Betrieben und Beschäftigten als Vorteil bewertet worden, dass diese Gesellschaft Fachkenntnisse über die entsprechenden Gefahrstoffe sowie über die einschlägigen Untersuchungen, die nach der ArbMedVV verlangt werden, haben. Dies strahlt auch auf die Teilnahme am Arbeitsschutzausschuss aus. Die Zusammenarbeit mit diesen Betrieben und Innungen ermöglichte zugleich die Durchführung von Informations- und Fortbildungsveranstaltungen, die z. B. den Weg zur betriebs- und branchennahen Gefährdungsbeurteilung oder zum effektiven Einsatz von Hilfsmitteln verdeutlichten. Ebenso gehört die Fortbildung der Sicherheitsbeauftragten zu den Angeboten der Gesellschaft.

Seit einiger Zeit gehört zum Angebot dieser Gesellschaft auch die Begleitung von BEM-Verfahren. Dies kann z. B. in der Form der Teilnahme eines ärztlichen oder sicherheitstechnischen Mitglieds an der betrieblichen BEM-Sitzung erfolgen. Es ist aber auch möglich, dass der Arbeitgeber die Durchführung des Verfahrens an die GmbH überträgt. In beiden Varianten bedarf dieses Vorgehen natürlich auch der Zustimmung der einzelnen Beschäftigten. Das BEM-Verfahren erweist sich

dann auch nicht selten als Brücke für weitere Maßnahmen – von der spezialisierten ArbMedVV-Untersuchung bis zur Einleitung von Rehabilitationsverfahren. Die Vorschläge der GmbH für den Abschluss des BEM-Verfahrens stoßen in der Regel auch auf die Zustimmung der Arbeitgeber, weil sie die Betriebs- und Branchennähe der Gesellschaft als Vorteil bewerten. Zugleich können sich die Ergebnisse der BEM-Verfahren auch auf die Aktualisierung der jeweiligen Gefährdungsbeurteilung auswirken.

Da inzwischen die Gesellschaft nach einigen Jahren in einer Reihe von Betrieben bekannt und tätig ist, wird eine beachtliche Akzeptanz berichtet. Diese Akzeptanz wird wesentlich gefördert durch die regionale Orientierung der GmbH, die Kooperation mit konkreten Innungen sowie ihre Schwerpunktsetzung in bestimmten Branchen und KMU-Unternehmen, die mit Fortbildungen und anderen betriebsnahen Kommunikationsaktivitäten gestützt wird. Das sind Anforderungen, die auch in Mitbestimmungsverfahren nach § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG zur betrieblichen Arbeitssicherheitsorganisation von Betriebsräten eingebracht werden können.

6. Lotsen als Vermittler und Motoren des Leitbildwechsels

Die vor allem im Abschnitt 5 zusammengetragenen Beispiele zeigen, dass es eine Reihe unterschiedlicher Modelle gibt, wie eine inklusive betriebliche Gesundheitspolitik gestaltet werden kann, mit der der bisherigen Ausgliederungslogik entgegengetreten und umgekehrt eine stabile Eingliederung gesichert werden kann (Brussig, Mühge & Voss 2019). Wir haben uns auf KMU konzentriert (zu Großbetrieben bereits Niehaus 2008 und Speidel 2016). Analytisch sind die Unternehmen zu differenzieren zwischen Klein- und Kleinstbetrieben mit bis zu 20 bzw. bis zu 50 Beschäftigten und der Gruppe der mittleren Betriebe von 50 bis 200 Beschäftigten. Die Grenze wurde arbeitspolitisch bestimmt, weil ab einer Zahl von 200 Beschäftigten Betriebsräte nach § 38 BetrVG eine Freistellung erhalten können, so dass sich daraus eine andere betriebliche Innenstruktur ergibt.

Solche Betriebe sind dadurch gekennzeichnet, dass personale Beziehungen eine deutlich größere Rolle spielen; in einer Vielzahl von Betrieben, vor allem im Handwerk, nimmt der/die jeweilige Arbeitgeber*in/Geschäftsführer*in an der täglichen Arbeit teil, so dass damit auch die Chance besteht, Probleme der Arbeitssicherheit sowie des Verschleißes der Gesundheit näher wahrzunehmen und anzugehen. Auf der anderen Seite sind diese Betriebe dadurch gekennzeichnet, dass sie zwar eine gewisse fachliche Professionalität in ihrem jeweiligen Handwerk und in ihren jeweiligen Branchen haben, dass ihnen jedoch eine personalpolitische und gesundheitspolitische Professionalität weitgehend fehlt. Soweit sie Arbeitsschutzkenntnisse haben, sind diese weitgehend technisch geprägt.

Dies stellt sich für Fragen der betrieblichen Gesundheitspolitik als reales Problem dar, weil die deutsche Arbeitsschutzpolitik gekennzeichnet ist durch den Einsatz von Expertinnen und Experten. In größeren Betrieben dominieren hier oft interne nach dem ASiG bestellte Experten, während in Betrieben mit weniger als 200 Personen vor allem externe Professionalität in der DGUV-Vorschrift 2 vorgesehen ist. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer Vermittlung zwischen Innenwelt und Außenwelt, die sich hier deutlicher stellt als in größeren Betrieben. Diese Vermittlung bezieht sich zunächst auf professionelle Kenntnisse über Möglichkeiten der Prävention und Rehabilitation. Diese Informationen sind schwer zugänglich angesichts der starken Fragmentierung des deutschen Rehabilitationssystems (Brussig & Schulz 2018, S. 18 ff.).

Diese Vermittlung zwischen Innenwelt und Außenwelt beschreibt zugleich auch eine kulturelle Divergenz, weil die Innenwelt gerade in den

kleinen und handwerklich geprägten Betrieben neben der Personalität auch durch eine oft technische Berufsfachlichkeit gekennzeichnet ist, während die Außenwelt der Sozialversicherungsträger durch eine rechtlich-administrative Fachlichkeit geprägt ist. Zwischen diesen beiden Welten bestehen wesentliche mentale und kulturelle Divergenzen, die zwar nicht aufgelöst werden können, aber durch Vermittlung soweit verringert werden, dass die notwendigen Prozesse nicht verhindert werden.

Die exemplarische Untersuchung mit Hilfe des BEM-Verfahrens macht diese Aufgaben besonders deutlich. Das BEM-Verfahren ist gekennzeichnet durch die Notwendigkeit der „Mobilisierung des internen und externen Sachverstands“, so dass der BEM-Prozess auf diese Weise realisiert werden kann. Der interne Sachverstand ist gerade in KMU vor allem geprägt durch das Erfahrungswissen der Beschäftigten und der Notwendigkeit, eine gesundheitsbezogene Handlungskompetenz zu entwickeln (Georg & Guhlemann 2020). Der externe Sachverstand ist wiederum dadurch geprägt, dass die Sozialversicherungsträger in erster Linie in einer Verwaltungslogik operieren. Externe Arbeitsschutzberatung kann auch durch technisch-fachliche Kompetenz geprägt sein; in einem solchen Fall ist eine Vermittlung zur Innenwelt von KMU, vor allem im Handwerk, leichter möglich.

Diese Vermittlung ist in den BEM-Verfahren dadurch gekennzeichnet, dass das Verfahren durch einen „kooperativen Suchprozess“ geprägt ist. Dies hat sich in vielen Fällen als ein sinnvolles und sachgerechtes Vorgehen dokumentiert, doch ergeben sich hier weitere Vermittlungs- und Kulturprobleme. Das Umgehen mit Ungewissheiten wirft in der deutschen Arbeitswelt für beide Betriebsparteien beachtliche Schwierigkeiten auf. Hier kommt hinzu, dass der im BEM-Verfahren verlangte „nicht direktive“ Umgang mit Gesundheitsfragen wenig gelernt ist (Bode, Dornieden & Gerson 2016). In der Welt der Krankenrückkehrgespräche und der Ausgliederungslogik geht es weder um Suchprozesse noch um Kooperation; daher verlangen die BEM-Verfahren ein anderes Vorgehen, das zunächst gelernt werden muss.

Insoweit ergibt sich ein weiteres Vermittlungsproblem, das die Unterschiede zwischen Ausgliederungslogik einerseits und Eingliederungsmanagement andererseits überwindet. Für KMU ist zwar in den letzten 15 Jahren herausgearbeitet worden, dass für einen solchen Weg durchaus persönliche Ressourcen zur Verfügung stehen, doch müssen sie zunächst geweckt werden.

Für diese mehrfachen Vermittlungsaufgaben haben wir im Anschluss an verschiedene Projekte, die diesen Terminus seit mehr als zehn Jahren nutzen, das Bild des **Lotse** herausgearbeitet, das auch von einigen

dieser Akteure genutzt wird (Leuchter 2016, Freigang 2017). In diesem Bild werden verschiedene Funktionen gebündelt. Unsere Untersuchung hat gezeigt, dass es eine Reihe von solchen Lotsen gibt, die in ihren Fähigkeiten und Arbeitsweisen deutlich unterschiedlich sind. Diese Pluralität ist aus unserer Sicht kein Nachteil, weil die Betriebe und Beschäftigten auch unterschiedlich sind. Für die Lotsen ist es erforderlich, dass sie die Sprache der Betriebe sprechen; diese Sprache ist in einem Dachdeckerhandwerk, im Friseurhandwerk oder in einem ambulanten Pflegedienst jeweils deutlich unterschiedlich.

Eine erste Funktion der Lotsen besteht in ihrer **fachlichen Vermittlungsfunktion**. Diese Funktion beruht auf der Differenziertheit der deutschen sozialrechtlichen und vor allem rehabilitationsrechtlichen Landschaft. Gerade für die Inhaber*innen von KMU und ihre sehr kleinen Personalabteilungen, aber auch für die Beschäftigten ist schwer erkennbar, an wen sie sich wenden können. Damit die wichtige Funktion der Mobilisierung des externen Sachverstands in § 167 Abs. 2 S. 4 SGB IX nicht leerläuft, benötigen zahlreichen Akteure aus KMU Lotsen, die sie in diese für sie schwer erkennbare rehabilitationsrechtliche Welt führen und ihnen die Chance geben, dass sie nicht erkennbare Klippen umschiffen können. In den von uns zusammengetragenen Beispielsfällen hat sich gezeigt, dass diese Lotsenfunktionen von den jeweiligen Beratungsstellen professionell realisiert werden.

Damit werden jedoch die Funktionen nicht ausreichend beschrieben. Eine weitere wichtige Funktion besteht in der **kulturellen Vermittlungsfunktion**. Gerade zwischen KMU mit sehr flachen Hierarchien und sehr konkreten Arbeitsprozessen, die fachlich einfach und direktiv kommentiert werden, und der Welt der Rehabilitationsträger bestehen große Unterschiede. Die Rehabilitationsträger nutzen in erster Line eine administrative Sprache; ihr Medium ist Verwaltungsakt, der in einer formellen Weise anordnet, bewilligt oder ablehnt.

Zwischen diesen unterschiedlichen Kulturen ist eine Vermittlung erforderlich. Natürlich können Rehabilitationsträger, wie das Beispiel einiger Innungskrankenkassen zeigt, selbst den sprachlichen und kulturellen Vermittlungsaufgaben eine eigenständige Aufmerksamkeit widmen. Der Bericht über die bisherigen Servicestellen und die jetzigen Ansprechstellen in der DRV Baden-Württemberg dokumentiert dazu ebenfalls anschauliche Beispiele. Für die Mehrzahl der Rehabilitationsträger gilt jedoch weiterhin eine unübersehbare sprachlich-kulturelle Fremdheit.

Sehr anschaulich hatte in einem Interview ein technischer Berater eines Integrationsamtes aus dem Kammerservice in folgender Weise zusammengefasst:

„Dieses Thema Sprache ist tatsächlich ein großes Thema. Das versuche ich auch den Kollegen der Rentenversicherung zu vermitteln. Wenn ich denen dann mal erzähle, wie ich auf Unternehmer zugehe, dann denken die immer: ‚Das muss man doch heute nicht mehr erzählen.‘ Ich sage: ‚Doch, genau das müssen wir erzählen.‘ Da merkt man, dass die Spezialisten in ihrer Sprache so verhaftet sind, dass sie den Unternehmer nicht erreichen.“

Diese kulturelle Divergenz wird vertieft durch die unterschiedlichen Formen der Beratung. Die von uns untersuchten Lotsen praktizieren eine Methode der aufsuchenden Beratung, mit der eine direkte und persönliche Kommunikation ermöglicht wird. Dies wird dagegen nicht in gleicher Weise erreicht, wenn zentralisierte Callcenter gebildet werden, die für relativ große Regionen zuständig sind. Hier ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass eine kulturelle Divergenz nicht überwunden werden kann.

Kulturelle Divergenzen können in aller Regel nur durch Prozesse, die mit professioneller Hilfe, aber auch nicht ohne aktive Beteiligung der Befreiteten, verringert werden. Daher werden seit Jahren verschiedene Modelle der Beratung und Vorfeldarbeit diskutiert und praktiziert. In größeren Betrieben spielen hier sowohl die Interessenvertretungen und Schwerbehindertenvertretungen als auch die Arbeitssicherheitsorganisation und das betriebliche Gesundheitsmanagement eine wichtige Rolle bei der Motivierung und Vermittlung von Rehabilitationsmaßnahmen.

Ein solches institutionelles Umfeld fehlt jedoch in kleinen und oft auch mittleren Unternehmen, so dass hier andere Wege erforderlich sind. Antrag und Aktivitäten der Befreiteten werden vor allem mobilisiert durch eine aufsuchende Beratung, die ergänzt werden kann durch eine externe niedrigschwellige Beratung unabhängiger Organisationen, wie in unserem Projekt dokumentiert (Kohte & Kaufmann 2019, S. 382 ff.).

Ein wichtiges Ergebnis unseres Projekts ist es, dass zwischen den Beschäftigten und Betrieben einerseits und den Rehabilitationsträgern andererseits eine ortsnahen Vermittlung und Unterstützung erforderlich ist, die nicht nur Wege in dem unübersichtlich erscheinenden Feld der zahlreichen Institutionen und Rehabilitationsträger kennt, sondern auch eine Brücke zwischen verschiedenen Kulturen schlagen kann. Insoweit sind die von uns als Lotsen bezeichneten und identifizierten Stellen geeignet, sowohl sprachliche Divergenzen als auch die unterschiedlichen Kommunikationsmethoden zwischen aufsuchender Beratung und verwaltender Administration zu verringern.

Sie sind nicht durch Gesetz oder Erlass installiert worden, sondern haben sich basisnah an verschiedenen Orten und in unterschiedlichen Zusammenhängen gebildet. Die von uns zusammen getragenen Beispiele dokumentieren die Notwendigkeit solcher Lotsen. Es ist im nächsten Abschnitt zu diskutieren, welche arbeits- und sozialpolitischen Konsequenzen sich daraus ergeben können.

7. Arbeits- und sozialpolitische Optionen und Konsequenzen

In unserer Untersuchung hat sich gezeigt, dass mit Hilfe von Lotsen das BEM-Verfahren und andere rechtliche Instrumente genutzt werden können, um einen Kulturwandel in der betrieblichen Gesundheitspolitik von der Ausgliederung zur Eingliederung zu unterstützen. Diese Lotsen stehen regelmäßig in Verbindung mit arbeits- und sozialrechtlichen Netzwerken, so dass gerade diese Brückenfunktion weitere arbeits- und sozialpolitische Optionen eröffnet.

7.1 Betriebliche Interessenvertretungen und Lotsen – eine wichtige Kombination

Die Untersuchung RE-BEM hat in der bei uns dokumentierten Sonderauswertung demonstriert, dass auch in den Betrieben mit weniger als 200 Beschäftigten eine relevante Zahl von Interessenvertretungen – vorrangig Betriebsräte, aber auch Schwerbehindertenvertretungen – anzu treffen ist, die sich gerade auf dem Feld der betrieblichen Gesundheitspolitik engagieren wollen. Diese Gruppe bedarf einer vielfältigen Unterstützung, die einerseits durch die allgemeine gewerkschaftliche Unterstützung der Betriebsräte erfolgt, andererseits aber auch spezifische Unterstützungsmaßnahmen für KMU-Betriebsräte erfordert.

An erster Stelle stehen **Information und Fortbildung**. In der Gerichtspraxis werden BEM-Fortbildungen für Betriebsräte bei rechtzeitiger und sachkundiger Klärung in aller Regel als erforderlich nach § 37 Abs. 6 BetrVG anerkannt (aktuell LAG Berlin-Brandenburg 16.01.2020 – 26 TaBV 865/19). Die Rechtsprechung der für die SBV zuständigen Arbeitsgerichte lehnt sich für die Fortbildung nach § 179 Abs. 4 SGB IX an die Rechtsprechung zu § 37 BetrAVG an (BAG 8.6.2016 – 7 ABR 39/14, PersR 4/2017, S. 41), so dass hier auch gemeinsame Fortbildungen gut durchsetzbar sind. Für diese Fortbildungen ist eine Schwerpunktsetzung zu KMU-Besonderheiten plausibel. Angesichts der geringen innerbetrieblichen Informationsressourcen spricht für diesen Personenkreis viel für eine regelmäßige Kombination arbeits- und sozialrechtlicher Fragen sowie handhabbarer Lösungen zum persönlichen Datenschutz. Zu den Interessen vieler KMU-Betriebsräte gehört es, dass solche Fortbildungen in für sie erreichbarer regionaler Nähe stattfinden. Hierbei ist auch eine Kooperation mit regionalen Lotsen denkbar. Vor allem die Arbeit der Be-

ratungsstelle Handicap hat dazu zahlreiche Beispiele entwickelt, die für solche regional orientierten Fortbildungen genutzt werden können.

Die Verfahrensordnung von BEM-Verfahren unterliegt der **Mitbestimmung** nach § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG (BAG 22.03.2016 – 1 ABR 14/14; Kohte 2019 – § 167 SGB IX Rn. 30); solche Regelungen können unter Beteiligung der SBV auch in einer Inklusionsvereinbarung nach § 166 SGB IX getroffen werden. Unsere Untersuchung hat eine Reihe von Beispielen beschrieben, in denen sowohl verschiedene Lotsen als auch bestimmte Rehabilitationsträger sowie vor allem Integrationsfachdienste und Integrationsdienste anbieten, solche BEM-Verfahren vorzubereiten, zu begleiten oder auch moderierend zu unterstützen. Eine solche Öffnung von BEM-Verfahren sollte in die Mitbestimmungsverhandlungen einbezogen werden. Es gibt nicht wenige Beispiele, in denen eine solche externe Begleitung auch von Arbeitgebern finanziell unterstützt wird, so dass auch Vereinbarungen nach § 88 Nr. 5 BetrVG denkbar sind.

Wenn das Integrationsamt nach § 166 SGB IX moderierend und vermittelnd eingeschaltet wird, ist auch zumindest eine **Anschubfinanzierung** der BEM-Arbeit eines Integrationsfachdienstes durch das Amt möglich. Bei solchen Regelungen kann es auch darum gehen, dass auf diese Weise eine innerbetriebliche Blockade von BEM-Verfahren aufgebrochen wird und Beispiele entwickelt werden, die später auch allein oder vorrangig durch die betrieblichen Akteure fortgesetzt und realisiert werden.

Ein weiteres Handlungsfeld für die Etablierung einer betrieblichen Gesundheitspolitik betrifft die Mitbestimmung nach § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG zur Vereinbarung der Strukturen der Arbeitssicherheitsorganisation und der Anforderungen an die zu bestellenden Akteure (BAG 10.04.1979 – 1 ABR 34/74). Dies gibt die Chance, eine belastbare BEM-Erfahrung und Kenntnisse im persönlichen Datenschutz als Voraussetzungen für die zu bestellenden arbeitsmedizinischen und sicherheits-technischen Fachkräfte festzulegen. Ebenso kann dieses Mitbestimmungsrecht für die Auswahl der Sicherheitsbeauftragten nach § 22 SGB VII genutzt werden, um auf diese Weise zusätzliche personelle Ressourcen für die KMU-Interessenvertretungen zu sichern. So können die Betriebsräte und die Schwerbehindertenvertretungen in KMU als wichtige Kraft in ihrer Besonderheit gefördert und unterstützt werden.

7.2 Sozialrechtliche Lotsenförderung

Einige der von uns untersuchten „Lotsenprojekte“ sind mit engagierter Beteiligung und Unterstützung auch aus der Selbstverwaltung einiger Reha-Träger sowie einiger Integrationsämter initiiert und gestützt worden. Diese Funktion ist in vergleichbarer Weise generell für die Selbstverwaltung der Rehabilitationsträger von Bedeutung. Einige Träger beauftragen bereits heute Integrationsfachdienste bzw. Integrationsdienste für solche ortsnahen bzw. personenzentrierte Aufgaben.

Unsere Untersuchung hat gezeigt, dass hier gerade einige gewerkschaftliche Mitglieder der Selbstverwaltung in inspirierender Weise aktiv waren. Auf dieser Grundlage kann eine umfassende Strategie der gewerkschaftlichen Mitglieder der Selbstverwaltung auf den verschiedenen Ebenen – einschließlich der Integrationsämter – formuliert werden, wie Modelle und Modalitäten der aufsuchenden und niedrigschwwelligen Beratung für KMU gefördert werden können. Dies gibt auch die Chance, das hohe Potential der KMU-Betriebsräte sowie der Schwerbehindertenvertretungen für eine solche Strategiediskussion mit den Mitgliedern der Selbstverwaltung zu nutzen.

In der Mehrzahl der von uns untersuchten Beispiele ist die Finanzierung der Lotsenmodelle zunächst durch Mittel der Projektfinanzierung mobilisiert worden; diese Projekte sind auch bei erfolgreichen Modellen nur in einer geringen Zahl in eine dauerhafte Finanzierung eingemündet. Eine wichtige Rolle spielen hier einzelne Bundesländer, die mit ihren Integrationsämtern wichtige und innovative Modellversuche angestoßen haben. Insoweit geht es auch auf Landesebene um einen offenen regionalen gesundheits- und sozialpolitischen Diskurs, der sowohl Modellprojekte als auch deren Verfestigung fördern kann. Damit kann sowohl regional als auch auf Bundesebene diskutiert werden, wie durch die Mitgliedschaft in den Beiräten nach § 186 SGB IX eine zielgerichtete und auf KMU ausgerichtete Lotsenförderung durch technische Beratung, Kammservice und spezialisierte Integrationsfachdienste erfolgt. In diese Strategiediskussion können auch die sachnahen Arbeitnehmer-Vizepräsidenten der Handwerkskammern integriert werden. Auch eine Zusammenarbeit mit den Stellen der EUTB (§ 32 SGB IX) ist denkbar.

Auf diese Weise könnte es gelingen, die Leuchtturmbeispiele aus einigen Bundesländern, z. B. aus NRW oder aus Hamburg, sowohl zur Kenntnis zu nehmen als auch in anderen Bundesländern unter Beachtung der jeweiligen regionalen und landespolitischen Besonderheiten aufzugreifen.

7.3 Rehabilitationsträger und aufsuchende Beratung

Seit dem politischen und sozialpolitischen Aufbruch nach 1970 ist anerkannt, dass das Sozialrecht die Sozialleistungsträger auch zur Beratung verpflichtet (§ 14 SGB I), so dass sie nicht nur eine administrative, sondern auch eine aktivierende Funktion einzunehmen haben. Dies gilt auch für das Rehabilitationsrecht, in dem außerhalb von § 106 SGB IX bisher dazu keine spezielle Norm statuiert ist. Rechtssystematisch gilt natürlich § 14 SGB I auch für alle Rehabilitationsträger, doch ist es geboten, eine explizite Beratungspflicht im Allgemeinen Teil des SGB IX sowie in § 167 SGB IX zu normieren, denn Rehabilitation kann nicht ohne Aktivierung der Berechtigten erfolgreich sein. Dazu ist aber Beratung unverzichtbar.

Diese Beratungspflicht ist gegenüber KMU-Mitgliedern – sowohl Beschäftigte als auch Arbeitgeber – notwendigerweise auch mit den Instrumenten der niedrigschwelligen sowie der aufsuchenden Beratung zu realisieren. Unser Bericht beschreibt einige Beispiele, wie einige Rehabilitationsträger eine solche dezentrale, ortsnahe, niedrigschellige und aufsuchende Beratung realisieren. Dieses Leitbild hat sich allerdings noch nicht bei allen Rehabilitationsträgern in allen Regionen durchgesetzt. Rechtspolitisch ist zu diskutieren, dass nach dem Vorbild des Arbeitsschutzkontrollgesetzes aus diesem Jahr – § 21 Abs. 1 a ArbSchG (BT-Drs 19/21978 S. 31, dazu auch Kohte in BT-Drs 19/11-7778, S. 66 ff.) – eine bestimmte Quote von innerbetrieblichen und aufsuchenden Aktivitäten rechtlich vorzuschreiben ist.

Wir gehen allerdings davon aus, dass auch ohne eine solche bisher kaum diskutierte Gesetzgebung Initiativen in der Selbstverwaltung der Rehabilitationsträger den Anteil aufsuchender Beratung steigern können. Dies kann nicht nur durch die Beschäftigten der Rehabilitationsträger erfolgen; mit der Arbeit der in unserer Untersuchung beschriebenen Integrationsfachdienste, Integrationsdienste und verbandlichen sowie zivilgesellschaftlichen Akteure stehen Kräfte zur Verfügung, die den **Leitbildwechsel in der betrieblichen Gesundheitspolitik** mit den Möglichkeiten einer ergänzenden aufsuchenden Beratung fördern und forcieren können. Als strukturelles Vorbild könnte die Einführung der Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) nach § 32 SGB IX dienen, mit der die allgemeine Beratungspflicht der Reha-Träger durch eine basisnahe, mit Finanzmitteln des Bundes unterstützte dezentrale Beratung ergänzt wird.

Ein weiteres wichtiges Element ist die Nutzung niedrigschwelliger Beratung, die von den Interessenten ohne weitere Voraussetzungen und Auswahlprozesse ortsnah aufgesucht werden können. Viele Betroffene erleben reale oder vermeintliche Hindernisse auf dem Weg zur passenden Rehabilitation oder Behandlung, vor allem bei der Suche nach psychotherapeutischer Beratung. Hier können niedrigschwellige Angebote eine wichtige Vermittlung und Unterstützung übernehmen. Insoweit bestehen Wechselwirkungen zwischen aufsuchender und niedrigschwelliger Beratung, die sich als weiteres inklusives Element identifizieren lässt.

Erfolge können schließlich realisiert werden, wenn die bisherige sozialrechtliche Struktur um dezentrale Elemente ergänzt wird und wenn Ansprechstellen zur Verfügung stehen, die ortsnah „in der Sprache der Beteiligten und der Region“ agieren können. Auf diese Weise können Rehabilitationsrecht und -organisation den Aufbau neuer Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlichen Einschränkungen fördern.

Literatur

- Ahlers, E. 2020: Arbeitsintensivierung in den Betrieben, in WSI-Mitteilungen 1/2020, S. 29–37.
- AOK-Bundesverband (Hrsg.) 2013: Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. Berlin (iga-Report, 24).
- Bau, M.; Schleicher, R.; Pasucha, K.; Hensel, G. 2015: Zukunftssicherung durch Unterstützung und Kompetenzentwicklung für das Handwerk in der Region. Empirische Erhebung von Belastungsfaktoren, Maßnahmen und Unterstützungsoptionen. Abschlussbericht. Hrsg. vom ILAG – Institut Leistung Arbeit Gesundheit GbR, BIT – Berufsforschungs- und Beratungsinstitut für interdisziplinäre Technikgestaltung e. V. und IKK classic. Bochum.
- Beerheide E.; Georg, A.; Goedcke, A.; Nordbrock, C.; Seiler, K. 2018: Diskontinuierliche Erwerbsverläufe als Herausforderung für Arbeitsgestaltung und Kompetenzentwicklung im Gastgewerbe. Wiesbaden.
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hrsg.) 2017: Jahresbericht 2016. Hamburg.
- BIH Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (Hrsg.) 2016: BIH-Jahresbericht 2015 | 2016. Arbeit & Inklusion.
- BMAS (Hrsg.) 2011: Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Berlin.
- Bode, M., Dornieden, M. Gerson, H. 2016: Das BEM und der subjektive Faktor im Suchprozess. In: Faber, U.; Feldhoff, K.; Nebe, K.; Schmidt, K.; Waßer, U. (Hrsg.): Gesellschaftliche Bewegungen – Recht unter Beobachtung und in Aktion. Festschrift für Wolfgang Kohte. Baden-Baden, S. 401–415.
- Brussig, M.; Mühge, G.; Voss, D. 2019: Gesundheit im Betrieb. Konzepte, Erfahrungen, Strategien; WSI-Mitteilungen 5/2019, S. 326.
- Brussig, M.; Schulz, S. 2018: Akteure der Rehabilitation bei gesundheitsbedingter Erwerbsunterbrechung, HBS-Working Paper Forschungsförderung 104.
- Brussig, M.; Schulz, S. 2019: Akteure des Return to Work, HBS-Working Paper Forschungsförderung 146. Düsseldorf.
- Busch, Ch. 2019: Gesundheitsförderung im Handwerk und die Gestaltung regionaler Präventionsallianzen, Hamburg 2019.
- DAK-Gesundheit 2018: DAK-Gesundheitsreport 2018.

- Danigel, C. 2018: Handlungsleitfaden Betriebliches Eingliederungsmanagement. 3. Aufl., Düsseldorf 2018.
- Detka, C.; Kuczyk, S.; Lange, B.; Ohlbrecht, H. 2019: Betriebliches Eingliederungsmanagement als Chance? Kreative Suchprozesse in kleinen und mittleren Betrieben, WSI-Mitteilungen 5/2019, S. 365–372.
- Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg (Hrsg.) 2015: Tätigkeitsbericht der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation in Baden-Württemberg 2015.
- DGB-Index Gute Arbeit GmbH (Hrsg.) 2011: DGB-Index Gute Arbeit 2011 – Der Report. Hamburg.
- DVfR 2012: Erhalt und Stärkung der Beschäftigungsfähigkeit in Deutschland. Positionen der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR).
https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/DVfR-Positionspapier_Besch%C3%A4ftigungsf%C3%A4higkeit-14032012-Ef.pdf.
- Faber, U.; Kiesche, E. 2018: Kommentierung der §§ 192 ff SGB IX in Feldes, W.; Kohte, W.; Stevens-Bartol, E.: SGB IX, Kommentar. 4. Aufl., Frankfurt.
- Faller, G. (Hrsg.) 2017: Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. 3. Aufl., Bern 2017.
- Feldes, W.; Niehaus, M.; Faber, U. 2016: Werkbuch BEM – Betriebliches Eingliederungsmanagement. Strategien und Empfehlungen für Interessenvertretungen. Frankfurt.
- Freigang-Bauer, I.; Gröben, F. 2011: Eingliederung von Mitarbeitern mit psychischen Erkrankungen. Handlungsbedarf aus Sicht betrieblicher Akteure. HBS-Arbeitspapier 224. Düsseldorf.
- Frost, M.; Guhlemann, K.; Cordes, A.; Zittlau, K.; Hasselmann, O. 2020: Produktive, sichere und gesunde Arbeitsgestaltung durch Digitalisierung, Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 74, S. 76–88.
- Georg, A.; Barkholdt, C.; Frerich, F. 2005: Modelle alternsgerechter Arbeit aus Kleinbetrieben und ihre Nutzungsmöglichkeiten. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, <http://www.baua.de/SharedDocs/Downloads/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd48.pdf?blob=publicationFile>.
- Georg, A.; Barkholdt, C.; Frerichs, F. 2005: Modelle alternsgerechter Arbeit aus Kleinbetrieben und ihre Nutzungsmöglichkeiten. Forschung Projekt F 5187. Hrsg. von Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund, Berlin, Dresden.
- Georg, A.; Guhlemann, K. 2020: Arbeitsschutz und individuelle Gesundheitskompetenz, WSI-Mitteilungen 1/2020, S. 63–70.

- GFMK (Hrsg.) 2012: Geschlechterperspektive im Arbeits- und Gesundheitsschutz. Betriebliche Gesundheitsförderung geschlechtersensibel gestalten – neue Aufmerksamkeit für atypische Beschäftigungsverhältnisse.
- GKV-Spitzenverband 2019: Präventionsbericht 2019.
- Giesert, M.; Reuter, T.; Liebrich, A. 2018: Betriebliches Eingliederungsmanagement 4.0. Hamburg.
- Glomm, D. 2016: Betriebsarzt als Lotse beim BEM. In: Arbeitsrecht im Betrieb 2/2016, S. 23–27.
- Goes, Th.; Schmalz, S.; Thiel, M.; Dörre, K. 2015: Gewerkschaften im Aufwind? Stärkung gewerkschaftlicher Organisationsmacht in Ostdeutschland. Eine Studie der Otto-Brenner-Stiftung. OBS-Arbeitsheft 83. Frankfurt.
- Habib, E. 2017: BEM – Wiedereingliederung in kleinen und mittleren Betrieben. 2. Aufl., Hamburg 2017.
- Hans Böckler Stiftung (Hrsg.) 2011: Betriebliche Gesundheitspolitik – eine Chance zur Mitbestimmung. edition sigma, Berlin.
- Hilf, E.; Fromm, Ch. 2000: Arbeitssituation und gesundheitsbezogenes Alltagshandeln in Kleinbetrieben des Einzelhandels. Landesinstitut Sozialforschungsstelle Dortmund (sfs), Beiträge aus der Forschung, Band 12, Dortmund. <http://www.sfs.tu-dortmund.de/odb/Repository/Publication/Doc/212/beitr122.pdf>.
- Hodek, L.; Niehaus, M. 2013: Vernetzung von Arbeitswelt und Sozialversicherung. Zukunft der Arbeit für ältere gesundheitlich eingeschränkte und behinderte Arbeitnehmer. In: bwp@ Spezial 6 (Hochschultage Berufliche Bildung 2013, Fachtagung 05), S. 1–16. http://www.bwp@.de/ht2013/ft05/hodek_niehaus_ft05-ht2013.pdf.
- Hoffmann, A.-L.; Kohte, W. 2015: Maßnahmen zur Bewusstseinsförderung und zur generellen Sensibilisierung – eine sozialpolitische Aufgabe. Heidelberg, Fachbeiträge D: Politik, Band 17/15.
- Jurchen, A.; Baumeister, A. 2015: Qualifizierung zum betrieblichen Gesundheitscoach in kleinen und mittleren Unternehmen. In: Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Meyer, M. (Hrsg.): Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement. Berlin, Heidelberg, S. 293–302.

- Ketzmerick, Th. 2015: Rente mit 67 und Generationengerechtigkeit – Ergebnisse einer Beschäftigtenbefragung und Good Practice-Lösungen für leistungsgewandelte Ältere. In: Grünert, H.; Wiekert, I.; Buchwald, Ch. (Hrsg.): Vom blockierten Generationenaustausch zum Generationendialog. Problemdruck – Wahrnehmung – Handlungsoptionen in ostdeutschen Betrieben. Universitätsverlag Halle-Wittenberg, S. 71–83.
- Kluth, W. 2012: Arbeitnehmermitbestimmung in der Selbstverwaltung des Handwerks im Bereich der Interessenvertretung – unter besonderer Berücksichtigung der Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts zur „Limburger Erklärung“. Arbeitspapier 265 der Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf.
- Knoche, K.; Sochert, R. 2013: BEM in Deutschland: Verbreitung, Erfahrungen und Perspektiven – ein Fazit. In: Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. Berlin (iga-Report 24), S. 52–54.
- Kohte, W., Kaufmann, S., 2019: Niedrigschwellige Beratung – ein erfolgreiches Beispiel aus Hamburg, WSI-Mitteilungen 05/2019, S. 382–386.
- Kohte, W. 2019: Kommentierung der §§ 44–46, 154– 167 SGB IX. In: Knickrehm, S. Kreikebohm, R. & Waltermann, R.: Sozialrecht. 6. Auflage, München.
- Kohte, W. 2015: Ausgewählte arbeitsrechtliche Fragen zum BEM – Überblick über die Rechtslage und Rechtsdurchsetzung. In: Feldes, W.; Niehaus, M.; Faber, U: (Hrsg): Werkbuch BEM – Betriebliches Eingliederungsmanagement. Frankfurt, S. 28–42.
- Kohte, W. 2010a: Das Betriebliche Eingliederungsmanagement – Ein doppelter Suchprozess. WSI-Mitteilungen 7/2010, S. 374.
- Kohte, W. 2010b: Der Beitrag der Anordnungen der Unfallversicherung zur effizienten Realisierung des Arbeitsschutzes, BG 2010, S. 324
- Kohte, W. 2008: Betriebliches Eingliederungsmanagement und Bestandsschutz, DB 2008, S. 582
- Kohte, W. 2001: Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung. In: Pfaff, H.; Slesina, W.: Effektive betriebliche Gesundheitsförderung, S. 53–62.
- Kohte, W.; Bernhardt, U.; Heyme, R.; Wiener, B. 2016: Im Zeichen des Fachkräftemangels – neue Entwicklungen im Agieren vor allem jüngerer Arbeitnehmer speziell am ostdeutschen Arbeitsmarkt. Otto-Brenner-Stiftung.
- Koops, C.; Schwanz, M. 2017: Unverzichtbarer Bestandteil der Präventionsarbeit, DGUV Forum 6/2017, S. 14–17.

- Kordsmeyer, A.-Ch., Robelski, S.; Mache, S.; Harth, V. 2019: Evaluation des Modellversuchs: Anlaufstelle „Perspektive Arbeit & Gesundheit“ (PAG). Hamburg.
- Leuchter, K., 2016: Eingliedern statt Ausgliedern, RP Reha 2/2016, S. 39–42.
- Leuchter, K. 2018: Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements in kleinen und mittleren Betrieben – ein Praxisbericht. In: Giesert, M. (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement 4.0. Hamburg, S. 125–135.
- Liebrich, A.; Reuter, T. 2018: Externe Unterstützung für das betriebliche Eingliederungsmanagement. In: Giesert, M. (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement 4.0. Hamburg, S. 221 – 225.
- Lißner, L.; Brück, C.; Stautz, A. 2014: Abschlussbericht zur Dachevaluation der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie. Eine Untersuchung der Kooperationsstelle Hamburg IFE und TNS Infratest; Stand: 27. Juni 2014.
- Lörcher, K. 2016: Friseurinnen und Gesundheitsschutz. In: Faber, U.; Feldhoff, K.; Nebe, K.; Schmidt, K.; Waßer, U. (Hrsg.): Gesellschaftliche Bewegungen – Recht unter Beobachtung und in Aktion. Festschrift für Wolfgang Kohte. Baden-Baden, 2016, S. 941 – 958.
- Lutz, B. 2005: Personalmanagement und Innovationsfähigkeit in kleinen und mittelständischen Unternehmen. Anregungen und Empfehlungen für die Forschungs- und Innovationspolitik. Quintessenzen eines Ladenburger Diskurses der Gottlieb Daimler- und Karl Benz-Stiftung. Ladenburg.
- Lutz, B.; Wiekert, I. 2008: Ostdeutsche Betriebe in der Falle oder im Paradigmenwechsel? In: Arbeits- und Industriesoziologische Studien. 1(2), S. 6–26.
https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/64727/ssoar-ais-2008-2-lutz_et_al-Ostdeutsche_Betriebe_in_der_Falle.pdf?sequence=3&isAllowed=y&lnkname=ssoar-ais-2008-2-lutz_et_al-Ostdeutsche_Betriebe_in_der_Falle.pdf
- Mayring, Ph. 2010: Qualitative Inhaltsanalyse. In: Mey, G.; Mruck, K. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden, S. 601–613.
- Mehrhoff, F. 2017: BEM als Aufgabe der Experten in der Prävention und Rehabilitation – unter besonderer Berücksichtigung eines Projekts der gesetzlichen Unfallversicherung. In: Richter, G.; Hecker, Ch.; Hinz, A. (Hrsg.): Produktionsarbeit in Deutschland mit alternden Belegschaften. Berlin, S. 246–262.

- Nebe, K. 2015: Die Stufenweise Wiedereingliederung. In: SGb 3.15, S. 125.
- Nebe, K. 2016: Arbeitsschutz und Betriebliches Eingliederungsmanagement. In: Feldes, W.; Niehaus, M.; Faber, U.: Werkbuch BEM – Betriebliches Eingliederungsmanagement. Strategien und Empfehlungen für Interessenvertretungen. Frankfurt.
- Niehaus, M.; Marfels, B.; Vater, G.; Magin, J.; Werkstetter, E. 2008: Betriebliches Eingliederungsmanagement: Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX. Köln.
- Nürnberger, I. 2015: Kommentierung der §§ 22 ff SGB IX. In: Feldes, W.; Kohte, W.; Stevens-Bartol, E. SGB IX, Kommentar. 3. Aufl., Frankfurt.
- Pieck, N. 2013: Gender Mainstreaming in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Zur Bedeutung eines beteiligungsorientierten Vorgehensmodells. Schriftenreihe zur interdisziplinären Arbeitswissenschaft, 1. Mering.
- Pieck, N.; Schröder, C. 2016: Gender im Betrieblichen Eingliederungsmanagement. In: Feldes, W.; Niehaus, M.; Faber, U. (Hrsg.): Werkbuch BEM – Betriebliches Eingliederungsmanagement. Strategien und Empfehlungen für Interessenvertretungen. Frankfurt, S. 87–99.
- Prognos AG 2009: Studie. Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum. Basel, Berlin, Bremen, Brüssel, Düsseldorf.
- Pröll, U. 1998: Prävention in der handwerklich-kleinbetrieblichen Arbeitswelt. Wege zu einem milieugerechten Leitbild. Arbeit, Heft 3, Jg. 7, S. 219–237.
- Pröll, U.; Ammon, U.; Maylandt, J. 2011: Gesundheit bei der Arbeit als Thema von Kammern. Wiesbaden.
- RehaFutur 2012: Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation auf Basis der Empfehlungen der Wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur unter Beteiligung der Akteure. Abschlussbericht. http://www.rehainnovativen.de/fileadmin/rehainnovativen/Downloads/RehaFutur_EP_2012_Abschlussbericht.pdf.
- Richter, R. 2016: Unterstützungsstrukturen für Klein- und Mittelbetriebe. In: Feldes, W.; Niehaus, M.; Faber, U. (Hrsg.): Werkbuch BEM – Betriebliches Eingliederungsmanagement. Strategien und Empfehlungen für Interessenvertretungen. Frankfurt, S. 232–244.

- Richter, R.; Horak, P. 2017: Projekt RE-BEM Dokumentation. Die wissenschaftlichen Ergebnisse. Teil 3: Unterstützende Ressourcen für das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM). Abschlussbericht zur begleitenden Online-Umfrage 2016. Hrsg. vom DGB Bildungswerk BUND e. V. Institut für Personalentwicklung und Coaching ipeco Hamburg.
- Riechert, I.; Habib, E. 2017: Betriebliches Eingliederungsmanagement bei Mitarbeitern mit psychischen Störungen. Berlin.
- Romahn, R. 2010: Betriebliches Eingliederungsmanagement, Betriebs- und Dienstvereinbarungen, Bund-Verlag Frankfurt
- Röbenack, S.; Artus, I. 2015: Betriebsräte im Aufbruch? Vitalisierung betrieblicher Mitbestimmung in Ostdeutschland. Eine Studie der Otto-Brenner-Stiftung OBS-Arbeitsheft 82. Frankfurt.
- Schäfer, T.; Schulze, A. 2015: Krankheitsbedingter Arbeitsplatzverlust ohne Kündigung, in: Kritische Justiz Bd. 48, S. 475 ff.
- Schleicher, R.; Bau, M.; Hensel, G.; Stark, B.; Muszeika, Ch.; Janssen, M. 2013: Projekt Handwerk F!T. Den demografischen Wandel im Handwerk gestalten und Erfolge sichtbar machen. Abschlussbericht. Hrsg. vom BIT – Berufsforschungs- und Beratungsinstitut für interdisziplinäre Technikgestaltung e. V. und IKK classic. Bochum.
- Seel, H. 2017: Fernab von Fehlzeitengesprächen: Betriebliches Eingliederungsmanagement als Chance und Herausforderung. In: Faller, G. (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. 3. Aufl., Bern 2017.
- Speidel, R. 2016. Das Betriebliche Eingliederungsmanagement bei der Robert Bosch GmbH. In: Feldes, W.; Niehaus, M.; Faber, U. (Hrsg.): Werkbuch BEM – Betriebliches Eingliederungsmanagement. Strategien und Empfehlungen für Interessenvertretungen. Frankfurt, S. 152–156.
- Stegmann, Tim, C. Zumbeck, R. Richter (2017): Unterstützende Ressourcen für das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) – Abschlussbericht zur begleitenden Online-Umfrage 2016. Teil 3. Hrsg. vom DGB-Bildungswerk. Hamburg, S. 38–39
- Techniker Krankenkasse (TK) 2018: Gesundheitsreport 2018. Hamburg.
- Thomä, J. 2014: Fachkräftemangel im Handwerk? – Eine Spurensuche. WSI-Mitteilungen 8/2014, S. 590.

- Tisch, A.; Brötzmann, N.; Heun, K.; Rauch, A.; Reims, N.; Schlenker, K.; Tophoven, S. 2017: Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben. Qualitative Befragung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Förderbereich der Bundesagentur für Arbeit. Abschlussbericht. Hrsg. vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). Nürnberg.
<http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/fb-480-abschlussbericht-teilhabe-behinderter-menschen-am-arbeitsleben.pdf?blob=publicationFile&v=1>.
- Vater, G.; Niehaus, M. 2013: Das Betriebliche Eingliederungsmanagement: Umsetzung und Wirksamkeit aus wissenschaftlicher Perspektive. In: AOK-Bundesverband (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. Berlin (iga-Report, 24), S. 13–19.
- VDI-Nachrichten (2019): Der Inklusionsingenieur. 09.07.2019.
<https://www.vdi-nachrichten.com/karriere/der-inklusionsingenieur>.
- Voswinkel, S. 2019: Rückkehr in die Arbeit bei psychischen Erkrankungen. Herausforderungen für das betriebliche Eingliederungsmanagement, WSI-Mitteilungen 5/2019, S. 343–350.
- Wallrath, J. 2014: Externes betriebliches Eingliederungsmanagement, DGUV-Forum 7/2014, S. 34–35.
- Wassermann, W./Rhode, W. 2004: Konfliktfeld Kleinbetrieb. Mittelstand zwischen Alleinherrschaft und Mitbestimmung. Frankfurt.
- Wassermann, W. 1997: Stärken und Schwächen kleiner Betriebe – Zum Stand der wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Kleinbetriebsforschung. Gutachten im Auftrag des Landesinstituts Sozialforschungsstelle Dortmund. Dortmund.
- Wassermann, W.; Rudolph, W. 2003: Das Zahntechnikerhandwerk zwischen Gesundheitspolitik und Markt. Eschborn.
- Wassermann, W.; Rudolph, W. 2007: Betriebsräte: Frauen bringen neuen Arbeitsstil. Böckler Impuls, 28.2.2007, Ausgabe 4/2007, S. 2.
www.boeckler.de/pdf/impuls_2007_04_gesamt.pdf.
- Weg, Marianne. 2014: Arbeitsschutzpolitik und -praxis: menschengerecht – geschlechtergerecht? In: Weg, M.; Stolz-Willig, B. (Hrsg.): Agenda Gute Arbeit: geschlechtergerecht! Hamburg, S. 23–47.
- Welti, F. (2008) Systematische Stellung des SGB IX im Sozialgesetzbuch, SGb 2008, S. 321–333.

- Welti, F.; Mahnke, Ch.; Tauscher A. 2010: Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) in Klein- und Mittelbetrieben, insbesondere des Handwerks – Rechtliche Anforderungen und Voraussetzungen ihrer erfolgreichen Umsetzung. Abschlussbericht. Neubrandenburg.
- Wiekert, I. 2015: Auf dem Weg zur Generationenbalance in unterschiedlichen Typen von Betrieben. Ergebnisse einer Betriebsbefragung. In: Grünert, H.; Wiekert, I.; Buchwald, Ch. (Hrsg.): Vom blockierten Generationenaustausch zum Generationendialog. Problemdruck – Wahrnehmung – Handlungsoptionen in ostdeutschen Betrieben. Halle, S. 31–51.
- Wiekert, I. 2011: Fachkräfteerkrutierung im Wandel. In: Wiekert, I.; Winge, S. (Hrsg.): Junges altes Sachsen-Anhalt. Ein Bundesland im Blick der Sozialforschung. Halle, S. 15–56.
- Wiekert, I.; Winge, S. 2011: Teamwork in besonders leistungsfähigen KMU. In: Schallock, B.; Jacobsen, H. (Hrsg.): Innovationsstrategien jenseits traditionellen Managements. Wissenschaftliche und praktische Ergebnisse des Förderschwerpunkts. Stuttgart.
- Wiener, B.; Winge, S. 2006: Kleine Unternehmen – defizitär oder einfach nur anders? In: Wiener, B.; Winge, S. (Hrsg.), Planen mit Weitblick. Herausforderungen für kleine Unternehmen, Forschungsberichte aus dem zsh 06–4, S. 29–37.
- Winge, S. 2008: Besonderheiten und typische Verhaltensweisen von kleinen und mittleren Unternehmen bei Innovation und Weiterbildung. In: RegioPol. KMU. Zeitschrift für Regionalwirtschaft der NordLB, Heft 2, S. 71–79
- Witzel, Andreas (2000): Das problemzentrierte Interview. In: Forum Qualitative Sozialforschung 1, Januar 2000 (Heft 1, Artikel 22).
- Zumbeck, Christine 2017: Das BEM-Verfahren eine betriebliche Bestandsaufnahme, Hamburg.

Alle Links wurden zuletzt am 12.1.2021 geprüft.

Autorin und Autor

Susanne Kaufmann, M.A., nach sozialwissenschaftlichem Studium wissenschaftliche Angestellte am ZSH, Zentrum für Sozialforschung Halle, Institut an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Prof. Dr. Wolfhard Kohte, pensionierter Professor am Juristischen Bereich der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Forschungsdirektor des ZSH, Zentrum für Sozialforschung Halle, Institut an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) soll zum Leitbildwechsel von der Ausgliederung gesundheitlich beeinträchtigter Beschäftigter zu einer nachhaltigen Eingliederung beitragen. Doch in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) fehlen oft Ressourcen für ein BEM. In der Studie werden gelungene Beispiele berichtet, wie durch betriebsnahe Lotsen die Kluft zur sozialrechtlich-administrativen Außenwelt verringert werden kann. Insbesondere für Betriebsräte und Schwerbehindertenvertretungen ergeben sich dadurch neue Kooperationsmöglichkeiten, mit denen Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit gestärkt werden können. Für die Rehabilitationsträger, ihre Selbstverwaltung und die Integrationsämter eröffnen sich neue Optionen einer aufsuchenden und niedrigschwelligen Beratung.
