

REPORT

Nr. 9, Forschungsförderung Report

WIE ARBEIT MIT EINGESCHRÄNKTER GESUNDHEIT GELINGEN KANN

Vernetzung und Kooperation
als Schlüssel für mehr Teilhabe
an Erwerbsarbeit

Eike Windscheid, Holger Wellmann und Dorothea Voss

1 ARBEIT TROTZ EINGESCHRÄNKTER GESUNDHEIT?

Krank zu werden – das ist normaler Bestandteil von Lebensverläufen. Oft sind Menschen jedoch nicht nur kurzzeitig erkrankt, sondern langfristig arbeitsunfähig oder leiden unter chronisch eingeschränkter Gesundheit. Das ist gleich mehrfach problematisch: zum einen für von Krankheit und eingeschränkter Gesundheit betroffene Beschäftigte, deren Erwerbsteilhabe bedroht ist; zum anderen für Betriebe, die Gefahr laufen, qualifizierte Fachkräfte zu verlieren; und darüber hinaus für Sozialkassen, die Rehabilitationskosten zu tragen haben.

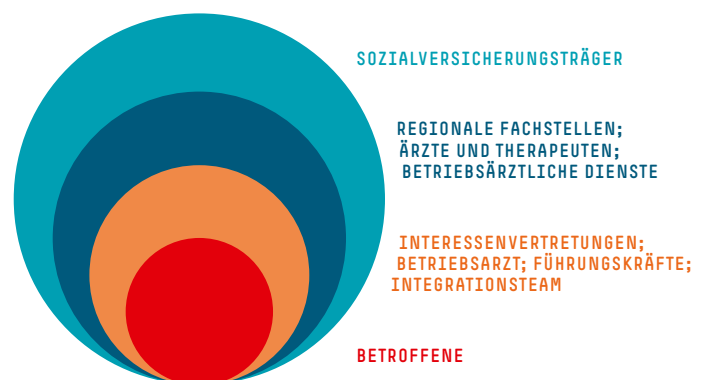
Entscheidend ist, wie die Beschäftigungsfähigkeit trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung erhalten werden kann: Was ist nötig, um Betroffene in Arbeit zu halten bzw. um sie wieder einzugliedern? Der Schlüssel sind betriebsnahe Versorgungsnetzwerke. In ihnen wirken Betroffene, betriebliche und außerbetriebliche Akteure zusammen und bündeln ihr Können und Wissen in Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit.

Weil die Vielzahl an beteiligten Akteuren jedoch komplex ist ([Abbildung 1](#)), braucht es Wissen: Was sind Gelingensbedingungen für die Kooperation zwischen Betroffenen, Interessenvertretung, Personalverantwortlichen, Vorgesetzten, Kolleg:innen, Be-

triebsärzt:innen und Leistungsträgern des sozialen Sicherungssystems bei Prävention und Wiedereingliederung? Wie sind Zuständigkeiten verteilt? Welche Instrumente und Methoden stehen zur Verfügung? Und: Welche Rolle nimmt dabei die betriebliche Mitbestimmung ein?

Abbildung 1

Akteure der Gesunderhaltung von Beschäftigten



Quelle: eigene Darstellung

INHALT

1 Arbeit trotz eingeschränkter Gesundheit?	1
2 Gesunderhaltung durch Mitbestimmung	3
3 Netzwerke und Allianzen als Schlüssel	4
3.1 Komplexe Unterstützungsstrukturen: Lotsen im Dickicht	8
3.2 Impulse für die Netzwerkgestaltung: Die Schwerbehindertenvertretung	9
3.3 Die Möglichkeiten ausschöpfen: Unterstützte Beschäftigung nach SGB IX	10
3.4 Herausforderungen gemeinsam begegnen: Branchenkulturen als Barrieren	11
Hintergrund: Gesundheit und Krankheit – zwei Pole eines Kontinuums	6
4 Arbeit trotz eingeschränkter Gesundheit: Wie geht's weiter?	13
Literatur	14
Autorinnen und Autoren	15

2 GESUNDERHALTUNG DURCH MITBESTIMMUNG

Betriebe sind Lebenswelten. Sie nehmen täglich Einfluss auf Wohlbefinden und Zufriedenheit von Menschen. Das heißt: Über die Gestaltung von Arbeitsbedingungen lässt sich die Gesundheit und damit auch die Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitnehmer:innen beeinflussen und gestalten. Arbeitsbedingungen wiederum sind wesentlicher Gegenstand von Mitbestimmung. So werden Betriebs- und Personalräte zu wichtigen Akteuren der Gesunderhaltung von Beschäftigten.

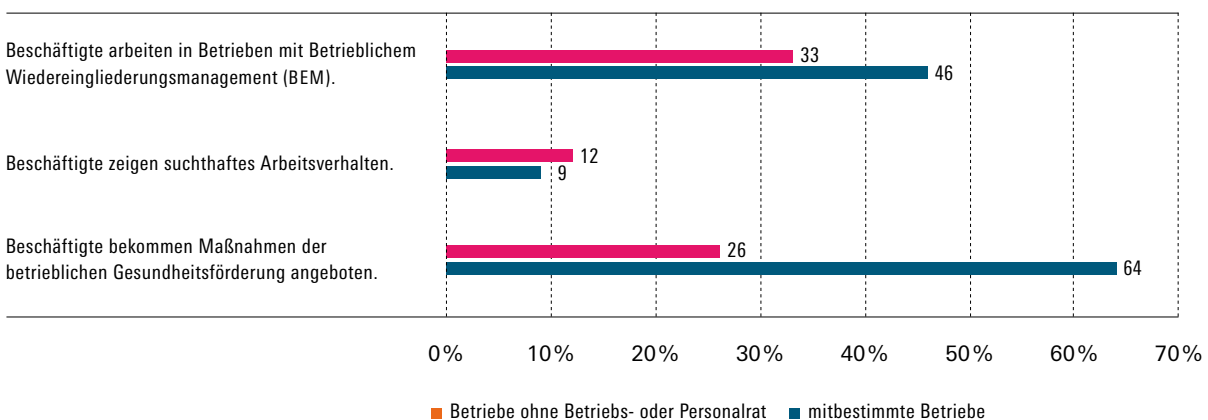
So bestehen in mitbestimmten Betrieben häufiger professionalisierte Gesundheitsmanagement-Strukturen (Abbildung 2), wie etwa zur Maßnahmenentwicklung, Qualitätssicherung oder Evaluation, in die Interessenvertretungen eingebunden sind. Betriebs- und Personalräte können damit nicht nur zur Gesunderhaltung von Beschäftigten selbst beitragen. Sie können durch ihre Mitsprache bei der Gestaltung von Arbeitsbedingungen nachgewiesenermaßen auch die Produktivität von Unternehmen erhöhen und den Anreiz für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vermindern, den Betrieb zu verlassen.

Kommt es doch zur Erkrankung, können Interessenvertretungen zudem dabei helfen, Wiedereingliederung und Reintegration gut zu organisieren – etwa, wenn Betroffene leistungsgewandelt sind (siehe »Zum Weiterlesen«). Auf diese Weise tragen sie auch dazu bei, Gesundheitsprobleme sichtbar zu machen. Denn Krankheit wird im betrieblichen Kontext häufig als Einzelfallproblematik begriffen – insbesondere, wenn psychische Erkrankungen vorliegen (Aldorf et al. 2017). Oft entsteht dann Verantwortungsdruck bei Betroffenen, Krankheiten zu vermeiden bzw. Gesundung zu erreichen. Dabei sind in der Regel aber nicht nur einzelne, sondern viele Beschäftigte betroffen.

Mitbestimmung – sowohl im Hinblick auf die Prävention von Gesundheitsgefahren als auch die Wiedereingliederung von Betroffenen – stellt damit einen wichtigen Hebel für die Gesunderhaltung von Beschäftigten dar. Interessenvertretungen können zum Treiber von Allianzen und Netzwerken zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit werden und die Kooperation verschiedener Akteure befördern.

Abbildung 2

Mitbestimmung hält gesund



Quellen: BEM: Wrage / Sikora / Wegewitz 2022; suchthafes Arbeitsverhalten: Berk / Ebner / Rohrbach-Schmidt 2022, S. 274; betriebliche Gesundheitsförderung: Hünefeld / Kopatz 2022, S. 1

Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung

Arbeit mit gesundheitlicher Einschränkung: Leistungswandlung

Menschen verändern sich im Laufe ihres Berufslebens. Verschiedene Lebensumstände, wie Krankheit, können dazu führen, dass sich das Arbeitsvermögen oder die Leistungsfähigkeit von Beschäftigten verändert – sie sind dann »leistungsgewandelt«. Unternehmen stehen dabei in der Verantwortung, negative berufsbedingte Veränderungen zu vermeiden. Und: Sie müssen Beschäftigten mit veränderten Leistungsprofilen Tätigkeiten anbieten, die zu deren Leistungsfähigkeit passen. Das ist sowohl eine soziale als auch eine betriebswirtschaftliche Verantwortung.

Die Arbeitsfähigkeit (»work ability«) der Beschäftigten ist ein wichtiger Produktivitätsfaktor. Insbesondere in Zeiten beschleunigten Wandels in der Arbeitswelt – begleitet von Fachkräftemangel, steigendem psychischem Druck durch Arbeitsverdichtung und alternden Belegschaften – beginnen Unternehmen die Passung von Leistungsfähigkeit und Anforderungen als zentrale Managementaufgabe zu erkennen.

Die Handlungshilfe des Instituts für Mitbestimmung und Unternehmensführung sensibilisiert für Managementinstrumente und erklärt anhand von Praxisbeispielen, wie eine gute und mitbestimmte Personalarbeit für leistungsgewandelte Mitarbeiter:innen gestaltet werden kann.

Mehr Infos unter: www.mitbestimmung.de/html/leistungswandlung-13726.html



3 NETZWERKE UND ALLIANZEN ALS SCHLÜSSEL

Im Falle von Krankheit gibt es eine große Zahl an betrieblichen und externen Akteuren, die jeweils unterschiedliche Zuständigkeiten besitzen, z. B. Rehabilitationsleistungen tragen oder Wiedereingliederung unterstützen. Diese Orientierung an Zuständigkeiten, die erst im Krankheitsfall wirksam werden, trägt dazu bei, dass der Umgang mit Gesundheit und Krankheit im Betrieb häufig nur reaktiv und nicht präventiv erfolgt (Windscheid 2019).

Entscheidend ist aber nicht die Orientierung an Zuständigkeiten, sondern am Bedarf der Gesamtheit der Beschäftigten – Gesundheit und Krankheit sind Kollektivthemen und betreffen nie nur Einzelne. Dazu hat schon die Expertinnen- und Expertenkommission »Betriebliche Gesundheitspolitik« 2004 einen »neuen Interventionstyp« empfohlen: Nötig sind dezentrale, netzwerkorientierte und partizipative Strukturen, die präventiv wirken. Im Kern geht es dabei um betriebsnahe Versorgungsnetzwerke (Schwarz und Wegewitz 2018; Wege/Jannssen/Rothermund 2014).

In Beispielen guter Praxis arbeiten inner- und außerbetriebliche Akteure eng zusammen und stellen Informations- oder Wiedereingliederungsange-

bote zur Verfügung. Lokale Netzwerke wirken dabei arbeitsplatz- und betriebsnah, etwa in der Beratung für Betriebe und Beschäftigte. Auf regionaler und auf Branchen-Ebene werden Standards guter Arbeit und Themen der Prävention gebündelt aufbereitet, z. B. in Form des Erfahrungsaustauschs für betriebliche Entscheidungsträger in den regionalen Netzwerken der Offensive Mittelstand. Überregional bestehen zudem politische Programme zu Netzwerkformationen, wie etwa zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit im Rahmen der Initiative Gesundheit & Arbeit (iga), in der verschiedene Sozialversicherungsträger zusammenwirken.

Solche Netzwerke und Allianzen eröffnen der betrieblichen Gesundheitsarbeit neue Perspektiven, Handlungsoptionen und Gestaltungsmöglichkeiten: So können etwa betriebliche Akteure Beratung oder Angebote zu spezifischen Gesundheitsthemen durch externe Akteure einholen und dann eine psychotherapeutische Sprechstunde einrichten. Eine stärkere Vernetzung von betrieblichen Akteuren und behandelnden Einrichtungen im Krankheitsfall kann zu einer verbesserten Planung und Steuerung von Wiedereingliederung führen.

Ebenen der Netzwerkformation



Quelle: eigene Darstellung

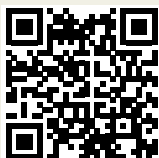
Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung

Neue Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlichen Einschränkungen

Dieser Forschungsverbund hat von 2016 bis 2018 Ausgangspunkte, Stärken und Gelingensbedingungen betriebsnaher Gesundheitsnetzwerke sowie Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit betrachtet. Die Befunde und exemplarischen Beispiele aus dem Verbund zeigen:

- Netzwerke sind komplex – es sind Lotsen nötig, die durch das Dickicht an Unterstützungsleistungen und Zuständigkeiten führen.
- Für die Gestaltung von Netzwerken braucht es Impulse und Anstoß – eine wichtige Aufgabe für Interessenvertretungen.
- Netzwerke funktionieren dann gut, wenn sie nicht als lose Zusammenschlüsse betrachtet, sondern wenn von den Beteiligten klare Rechte und Pflichten definiert werden.
- Netzwerke stehen vor vielfältigen Herausforderungen – so müssen z. B. branchenkulturelle Barrieren berücksichtigt werden.

Mehr Infos zum Forschungsverbund unter:
www.boeckler.de/44414_110642.htm



Begriffsklärung: »Netzwerke«

Netzwerke beschreiben Beziehungen und Vernetzungen einzelner Funktionsträger untereinander, die für sich genommen spezifische Aufgaben übernehmen und Leistungen erbringen. Das Handeln in Netzwerken ist aufeinander abgestimmt und ergänzt sich gegenseitig, z. B. bei Beratungsangeboten regionaler Fachstellen und regionaler Sozialversicherungsträger, die aufeinander verweisen.

Begriffsklärung: »Allianzen«

Allianzen stehen für einen zielgerichteten Zusammenschluss von Akteuren auf der Basis gemeinsamer Interessen. Diese Koalitionen stehen zwar nicht im Gegensatz zu den Einrichtungen und Institutionen, die Betroffene im Einzelfall (nachträglich) unterstützen. Ausgangspunkt von Allianzen sind jedoch nicht mehr Einzelfälle und deren Bedarfe. Und: Der Nutzen wird in Abhängigkeit vom jeweiligen Netzwerk für Betroffene mittelbarer. Bei Wiedereingliederung sind solche Allianzen beispielweise getragen von regionalen Fachstellen, die zwischen Beratungs- und Unterstützungsangeboten verschiedener freier Träger und Sozialversicherungsträger vermitteln.

GESUNDHEIT UND KRANKHEIT – ZWEI POLE EINES KONTINUUMS

Jeder Mensch möchte gesund sein. Welches Verständnis von Gesundheit mit diesem Wunsch verbunden ist, ist nicht nur historisch, sondern auch individuell und gesellschaftlich geprägt. Die Weltgesundheitsorganisation verbindet mit Gesundheit einen Zustand des vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheiten oder Gebrechen. Neben dieser statischen Betrachtung spielt für die Weltgesundheitsorganisation eine dynamische Komponente eine Rolle: die Fähigkeit und Motivation, ein wirtschaftlich und sozial aktives Leben zu führen.

Im Gegensatz dazu gilt Krankheit als unerwünschter Zustand. Krankheit im Sinne des Sozialversicherungsrechts umfasst einen Körper- oder Geisteszustand, der eine ärztliche Behandlung erforderlich macht und/oder Arbeitsunfähigkeit hervorruft. Die jeweilige Diagnose wird nach dem System der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Conditions (ICD) verschlüsselt (Abbildung 4).

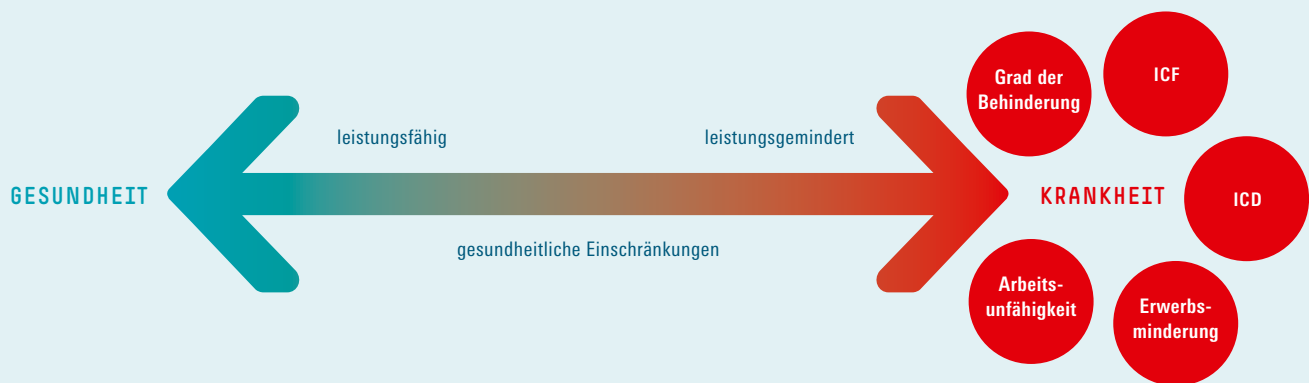
In der ICD werden Erkrankungen und Gesundheitsstörungen klassifiziert; die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) beinhaltet die Folgen von Erkrankungen mit Blick auf Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe. Die ICF ergänzt damit die Klassifikationen der ICD.

Von Arbeitsunfähigkeit wird dann gesprochen, wenn Versicherte aufgrund von Krankheit die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen können. Sie liegt auch dann vor, wenn aufgrund eines bestimmten Krankheitszustands, der für sich allein noch keine Arbeitsunfähigkeit verursacht, absehbar ist, dass aus der Ausübung der Tätigkeit für die Gesundheit oder die Gesundung negative Folgen erwachsen, die eine Arbeitsunfähigkeit hervorrufen.

Auf der einen Seite steht somit das vollständige Wohlbefinden – auf der anderen Seite ein beeinträchtigter Körper- oder Geisteszustand. Schnell wird auch für den betrieblichen Kontext deutlich, dass eine eindeutige Zuordnung »Entweder – oder« in der Realität selten möglich ist. Für den betrieblichen Alltag ist jedoch typisch, dass Anwesenheit am Arbeitsplatz – oft fälschlicherweise – mit Gesundheit und damit automatisch auch mit voller Leistungsfähigkeit gleichgesetzt wird.

Gesundheit und Krankheit stellen jedoch ein Kontinuum dar (Antonovsky 1979). Menschen sind nicht ausschließlich gesund oder krank, sondern sie bewegen sich im Rahmen eines gesundheitlichen Gleichgewichts. Geraten Gesundheit und Krankheit aus dem Gleichgewicht, können gesundheitliche Einschränkungen vorliegen. Nicht immer aber sind diese gleichbedeutend mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit. Sie können vielmehr dazu führen, dass (einzelne) alltägliche Aktivitäten beeinträchtigt werden. Dann liegen Einschränkungen der Lebensqualität und des persönlichen Wohlbefindens vor, aber auch eine (chronische) Leistungsminderung ist denkbar.

Gesundheit und Krankheit als Pole eines Kontinuums



Anmerkung: ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health, ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Conditions.
Quelle: eigene Darstellung

Leistungsminderung ungleich Erwerbsminderung

Das Tarifrecht (§ 38 Abs. 4 TVöD) hat den Begriff »leistungsgeminderte Beschäftigte« definiert. Dabei handelt es sich um Beschäftigte, die ausweislich einer Bescheinigung des beauftragten Arztes (§ 3 Abs. 4 TVöD) nicht mehr in der Lage sind, auf Dauer die vertraglich geschuldete Arbeitsleistung in vollem Umfang zu erbringen, ohne deswegen zugleich teilweise oder in vollem Umfang erwerbsgemindert im Sinne des § 43 SGB VI zu sein.

Grad der Behinderung

Der Grad der Behinderung (GdB) beziffert die Schwere einer Behinderung und wird in Zehner-Schritten zwischen 20 und 100 angegeben. Relevant für seine Bestimmung ist die Versorgungsmedizin-Verordnung mit den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen. Der Begriff Behinderung ist in § 2 Abs. 1 SGB IX definiert: »Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.« Eine Beeinträchtigung liegt vor, wenn Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen.

3.1 Komplexe Unterstützungsstrukturen: Lotsen im Dickicht

Eine vielfältige Landschaft an Akteuren und Einrichtungen bietet große Chancen zur Unterstützung von Wiedereingliederung und zur Bewältigung von Phasen eingeschränkter Gesundheit. Nicht immer aber kommen das Wissen und das Können, das die beteiligten Akteure bieten, auch dort an, wo sie gebraucht werden.

Das Hamburger Modellprojekt »Perspektive Arbeit & Gesundheit« will das ändern: Das Vorhaben wird im Rahmen der »ArbeitsschutzPartnerschaft« – einer Allianz aus Hamburger Senat, Arbeitsschutzaufsicht, Gewerkschaften, Arbeitgeberverbänden und den Handwerkskammern – durchgeführt und ermöglicht eine niedrigschwellige Beratung zu Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Großer Nutzen des Programms ist, dass die angesprochenen Akteure in Betrieben durch das Projekt besser über Angebote und Leistungen verschiedener Träger informiert sind, etwa zu Präventions- und Rehabilitationsleistungen der Sozialversicherungsträger oder zu Angeboten der Bundesagentur für Arbeit.

Auch Beschäftigte nehmen die Beratung in Anspruch. Beschäftigten ist es häufig ein Anliegen, über persönliche Probleme im Arbeitsumfeld zu sprechen und Fragen nach dem Umgang mit Belastungen klären zu können. Die Beratung vermittelt die Ratsuchenden nicht nur an die richtigen Adressen der zuständigen institutionellen Träger (Abbildung 5), sondern ermöglicht auch das vertrauensvolle und vorbehaltlose Thematisieren von individuellen Lebenslagen – z. B. von psychischen Erkrankungen – oder ermuntert zur Inanspruchnahme von betrieblichem Eingliederungsmanagement.

Regionale, unabhängige Anlaufstellen, wie die Hamburger »Perspektive Arbeit & Gesundheit« können als »Lotsen im Dickicht« wichtige Vernetzungsarbeit betreiben. Das Hamburger Beispiel zeigt auf, wie eine gewinnbringende Vernetzung gelingen kann, um Ratsuchende an die Stelle zu vermitteln, die am besten weiterhelfen kann. Vor allem betriebliche Interessenvertretungen können diese Beratung nutzen, um Aktivitäten und Initiativen in der betrieblichen Präventionsarbeit zu starten.

Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung

Evaluation des Modellprojekts »Perspektive Arbeit & Gesundheit« in Hamburg

Wolfgang Kohte und Susanne Kaufmann haben das hamburgische Modellprojekt »Perspektive Arbeit & Gesundheit« evaluiert (2021, S. 85 ff.). Das Ergebnis: Um die Vielfalt an Leistungsträgern, Anlaufstellen und Ratsuchenden zu koordinieren und zueinanderzubringen, ist eine unabhängige Vermittlungsinstanz hilfreich.

Mehr Infos zum Projekt unter:

www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-07959



Abbildung 5

Adressaten von »Perspektive Arbeit & Gesundheit«



Quelle: nach Wilutzki 2017, S. 4

3.2 Impulse für die Netzwerkgestaltung: Die Schwerbehindertenvertretung

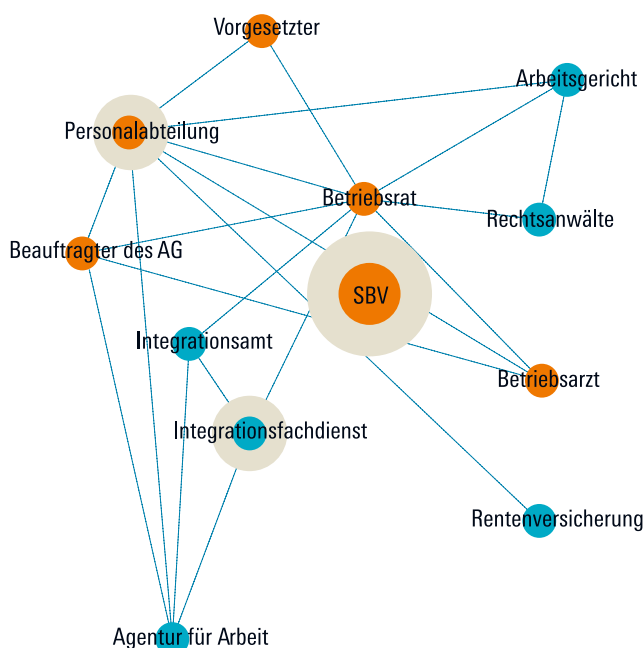
Niehaus, Heide und Glatz (2019) stellten in einem HBS-Forschungsprojekt zu Schwerbehindertenvertretungen fest, dass betrieblichen Interessenvertretungen eine wichtige Rolle als »Allianzpartner in Netzwerken« zukommt.

Die betriebliche Schwerbehindertenvertretung soll gemäß Sozialgesetzbuch IX die Teilhabe schwerbehinderter oder ihnen gleichgestellter Menschen in einem Betrieb fördern. Sie dient darüber hinaus als vertrauensvolle Anlauf- und Beratungsstelle für alle (besonders schutzbedürftigen) Beschäftigten.

Die Schwerbehindertenvertretung arbeitet neben dieser stärker einzelfallorientierten »Beistandsaufgabe« aber auch netzwerkorientiert, z. B. in der Entwicklung und Umsetzung von Inklusionsplänen (Wellmann/Mierich 2021). Sie wirkt an der Beratung von Vertreter:innen der Fachstellen, wie z. B. des betrieblichen Gesundheitsmanagements, des Arbeitsschutzes oder der Betriebsmedizin, von Führungskräften und des Betriebs- bzw. Personalrats mit und ist beteiligt an der Durchführung von Eingliederungsprogrammen schwerbehinderter Kolleg:innen. Darüber hinaus ist sie nicht selten Teil eines betrieblichen Integrationsteams und steht auch in Austausch mit der Agentur für Arbeit oder regionalen Integrationsfachstellen, etwa bei Fragen der beruflichen Eingliederung Betroffener. Die Schwerbehindertenvertretung nimmt damit eine wichtige Rolle im Netzwerk wahr (Abbildung 6).

Dabei werden Erwartungen, die an die betriebliche Fürsorge schutzbedürftiger Personengruppen bestehen, in der Schwerbehindertenvertretung kanalisiert. So trägt die Schwerbehindertenvertretung die Bedarfe der von ihr vertretenen Beschäftigten in die Netzwerkarbeit und sorgt so für wiederkehrende Impulse von der Basis. Über ein Mandat in der Schwerbehindertenvertretung können Beschäftigte darüber hinaus selbst als Multiplikatoren einer inklusiven Arbeitswelt wirken und sich direkt einbringen, z. B. in persönlichen Gesprächen mit Beschäftigten.

Potenziale für Kooperation der Schwerbehindertenvertretung in Netzwerken



Quelle: nach Niehaus / Heide / Glatz 2019

Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung

Schwerbehindertenvertretungen als Allianzpartner in Netzwerken

Mathilde Niehaus, Maria Sophie Heide und Andreas Glatz haben 2019 das Tätigkeitspektrum von Schwerbehindertenvertretungen und ihre Rolle in inner- und außerbetrieblichen Netzwerken und Allianzen analysiert. Erfolgsfaktoren gelingender Kooperation sind dabei Vertrauen, soziale und fachliche Kompetenzen und eine klare Aufgabenverteilung.

www.boeckler.de/fpdf/HBS-007153/p_mbf_praxis_2019_22.pdf



3.3 Die Möglichkeiten ausschöpfen: Unterstützte Beschäftigung nach SGB IX

Wenn es um die betriebliche Inklusion und Integration von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen geht, sind oft nicht alle zur Verfügung stehenden Instrumente und Methoden bekannt – und so werden nicht immer alle Möglichkeiten ausgeschöpft. Dabei bieten die Sozialgesetzbücher eine große Bandbreite an Maßnahmen an, z. B. die »Unterstützte Beschäftigung« (UB), die Oschmiansky, Kaps und Kowalczyk (2018) im Rahmen des HBS-Projekts »Unterstützte Beschäftigung: Instrument der Wiedereingliederung und zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit« analysiert haben.

Das Instrument richtet sich vor allem an Personen, die ohne besondere Unterstützung keinen Arbeitsplatz finden oder diesen schnell wieder verlieren würden, z. B. Menschen mit psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen bzw. Lernbehinderungen. Durch Unterstützte Beschäftigung sollen für Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf die Möglichkeiten erweitert werden, reguläre Beschäftigungsverhältnisse auf dem ersten Arbeitsmarkt zu haben – und nicht direkt in »Sonderwelten« wie Werkstätten für Menschen mit Behinderungen zu landen.

Das Verfahren folgt dem Prinzip von »first place, then train«: Zunächst werden auf Basis des individuellen Unterstützungsbedarfs Erprobungsplätze in Betrieben akquiriert, die eine berufliche Perspektive bieten (Einstiegsphase). Daraufhin finden dort im Rahmen der Leistungen zur individuellen betrieblichen Qualifizierung bzw. Leistungen beruflicher Teilhabe eine unterstützte Einarbeitung und Qualifizierung statt (Qualifizierungsphase). Im besten Fall schließt diese Phase mit einem Arbeitsvertrag und einem Übergang in dauerhafte Beschäftigung vor Ort ab (Stabilisierungsphase).

Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung

Unterstützte Beschäftigung

Frank Oschmiansky, Petra Kaps und Karin Kowalczyk zeigen auf Basis von Expert:innen-Gesprächen sowie Daten der Bundesagentur für Arbeit, dass das Instrument der Unterstützten Beschäftigung in Bezug auf die nachhaltige Wiedereingliederung ein großes Potenzial besitzt – allerdings ist die Inanspruchnahme von Unterstützter Beschäftigung gering, u. a. wegen fehlender Informationen über Fördermöglichkeiten für Arbeitgeber.

www.boeckler.de/fpdf/HBS-006809/p_fofoe_WP_061_2018.pdf



Unterstützte Beschäftigung ist eingebettet in eine breite Allianz zur Unterstützung der Zielgruppe. So sind an der Maßnahme neben der Bundesagentur für Arbeit als zuständigem Leistungsträger auch Job- und Qualifizierungscoaches von Integrationsfachdiensten beteiligt. Zudem hält Unterstützte Beschäftigung betriebsnahe Unterstützungsleistungen bereit (vgl. [Kasten](#)), was die Erfolgsquote arbeitsplatzbezogener Wiedereingliederung erhöht.

Dennoch wird das Instrument der Unterstützten Beschäftigung kaum genutzt. Eine Ursache: die Komplexität des Instruments. Auf Arbeitgeberseite etwa sind Unterstützte Beschäftigung und deren Verfahrens- sowie Kostenstruktur schlichtweg kaum bekannt; der potenzielle Nutzen für Beschäftigte und Betriebe, nämlich Reintegration und Bindung von Fachkräften, bleibt daher häufig unberücksichtigt. Interessenvertretungen in Betrieben können hier einen wichtigen Beitrag dazu leisten, Maßnahmen für Unterstützte Beschäftigung anzuregen.

Leistungen bei Unterstützter Beschäftigung

- regelmäßige Einzelfallberatung von Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden auf unterschiedlichen Betriebsebenen
- Training sozialer und kommunikativer Kompetenzen
- Beratung bei Veränderung der Arbeitsorganisation / Arbeitsbedingungen und ihrer Umsetzung
- Gewährleistung einer innerbetrieblichen personellen Unterstützung
- Jobcoaching
- Arbeitsdiagnostik

Quelle: BAG UB 2023

3.4 Herausforderungen gemeinsam begegnen: Branchenkulturen als Barrieren

Netzwerke und Allianzen zum Erhalt von Beschäftigungsfähigkeit wirken nicht im luftleeren Raum. Hemmnisse und Hindernisse variieren je nach Branche, Betrieb und Berufszweig. Es sind die unterschiedlichen Arbeitsbedingungen und Tätigkeitskulturen, die die arbeitsbezogene Gesundheits- und Präventionsarbeit herausfordern (Hien 2018a; Hien 2018b; Blasczyk 2018). So weisen Arbeitskulturen unterschiedliche Beanspruchungsprofile auf, aus denen sich berufs- und arbeitsspezifische Narrative ergeben, wie mit Gesundheit und Krankheit im Betrieb umgegangen wird ([Abbildung 7](#)).

Indem in handwerklichen Berufen etwa körperliche Belastungen und Abnutzung als Teil der Arbeit akzeptiert sind, werden daraus folgende Krankheiten oder Einschränkungen weniger stark thematisiert; man hat sie als zum Arbeitsalltag dazugehörend einfach »auszuhalten«. Demgegenüber stehen etwa im Bereich der IT-Arbeit in der Regel keine physischen, wohl aber psychische Belastungen und Anforderungen im Raum. Da diese aber sozial insgesamt stärker tabuisiert sind, finden sie häufig ebenfalls keinen Eingang in Diskussionen um betriebliche Prävention.

Diese einfachen Beispiele weisen darauf hin, dass Barrieren sich von Arbeitskultur zu Arbeitskultur unterscheiden. Man kann aber auch fragen: Was sind arbeitskulturelle Treiber, die gestärkt werden können?

Branchenspezifische Arbeits- und Gesundheitskulturen



Quelle: Blasczyk 2018, S. 6

Rahmenbedingungen sind je nach Arbeitskontext, Arbeits- und Betriebskultur ausgestaltet: Fehlt es etwa an professionalisierten Strukturen betrieblicher Gesundheitsarbeit, so sind es häufig die Führungskräfte vor Ort, die Fragen und Folgen von Gesundheit und Krankheit managen müssen. Diesen fehlen in der Regel jedoch Wissen, Zeit und Unterstützung. Dann sind Betriebs- oder Personalräte besonders wichtig, um als Anlaufstellen zu fungieren oder die Umsetzung von Arbeitsschutzvorschriften zu überwachen.

Auch auf individueller Ebene können Barrieren wirken. In vielen Berufen ist etwa der Anteil derjenigen hoch, die aus Pflichtbewusstsein häufig krank zur Arbeit erscheinen. Auch das Thematisieren eigener Leiden ist nicht voraussetzungslos: Betriebs- und Personalräte können dann darauf hinwirken, diese Räume zur Thematisierung auszubauen und professionell zu gestalten – und dazu auch stärker Leistungen der Sozialversicherungsträger in Anspruch zu nehmen, wie etwa Unterstützung, Beratung und (finanzielle) Zuwendungen durch Kranken- oder Unfallversicherungsträger.

Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung

Ernst von Kardorff, Annett Schulze, Sascha Alexander Blasczyk und Wolfgang Hien haben mithilfe leitfadengestützter Interviews mit Beschäftigten und Arbeitgebenden den Einfluss von Arbeitskulturen und betrieblichen Rahmenbedingungen auf den Umgang mit bedingter Gesundheit untersucht. Dabei haben sie spezifische Unterstützungsbedarfe in kleinen und mittleren Unternehmen identifiziert, wie etwa Beratungs- und Vermittlungsangebote.

Mehr zum Projekt »Neue Allianzen für Gute Arbeit bei bedingter Gesundheit« unter: www.boeckler.de/de/suchergebnis-forschungsfoerderungsprojekte-detailseite-2732.htm?projekt=2016-981-4.



4 ARBEIT TROTZ EINGESCHRÄNKTER GESUNDHEIT: WIE GEHT'S WEITER?

Die Beschäftigungsfähigkeit bei eingeschränkter Gesundheit zu erhalten ist eine zentrale sozialpolitische und betriebliche Aufgabe.

Ein wichtiger Aspekt dabei ist die Prävention. Bestehende Präventionsangebote werden jedoch durch neue Herausforderungen der Arbeitswelt in Frage gestellt, z.B. neue Risiken wie flexible Arbeitszeit und flexibler Arbeitsort. Vor diesem Hintergrund spielen vor allem psychische Erkrankungen eine Rolle, die während der Corona-Pandemie weiter zugenommen haben und zu hohen und langen Fehlzeiten führen (Abbildung 8).

Neben der Prävention kommt der Rehabilitation ein hoher Stellenwert bei der Ermöglichung von Teilhabe mit eingeschränkter Gesundheit zu. Für die Reintegration Betroffener spielen dabei insbesondere die direkten Kolleg:innen und Führungskräfte eine Rolle. Eine wichtige Frage dabei: Wie können diese Akteure gewinnbringend in Rückkehrprozesse eingebunden werden, ohne dass dabei persönliche Rechte Betroffener und der Datenschutz beeinträchtigt werden?

Bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz kann es freilich auch zu Konflikten kommen. In Betrieben beispielsweise müssen nicht nur Bedarfe Betroffener, sondern auch die der übrigen Beschäftigten berücksichtigt werden. Eine wichtige Frage ist, wie Interessenvertretungen diese Konflikte moderieren

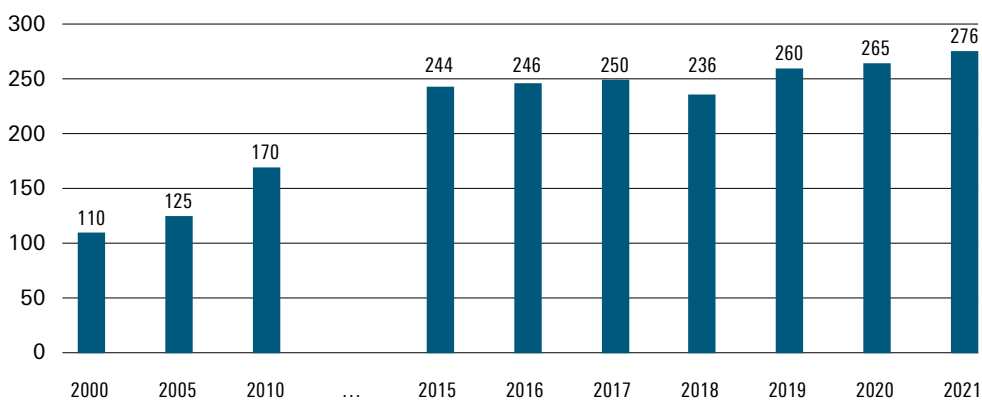
können. Denkbar sind hier auch innerbetriebliche Allianzen, wie z. B. Integrationsteams oder Teams für Betriebliches Eingliederungsmanagement, in denen Organe der Personalvertretung mitwirken. Unklar ist jedoch noch, unter welchen Bedingungen diese Kooperationen gebildet werden und ob sie das Vertrauen der Beschäftigten in Wiedereingliederung stärken und erhalten können.

Insgesamt zeigt sich: Die Lebens- und Leidenswege betroffener Beschäftigter sind genauso vielfältig wie die Arbeits- und Betriebskontexte und die darin bestehenden Ressourcen für eine gelingende Wiedereingliederung. Erkrankungs- und Genesungsverläufe verlaufen zudem nicht immer geradlinig, sondern in Phasen – mal bessert, mal verschlechtert sich der Zustand der Betroffenen. Dies gilt es künftig stärker auszuleuchten und Eingliederungsprogramme entsprechend anzupassen.

Auch der sozialpolitische Rahmen muss angepasst werden, denn nicht immer gelingt die Wiedereingliederung in Arbeit und Betrieb reibungslos – es gibt Übergangsprobleme, Rückkehrfehlschläge und Versorgungslücken. Dann müssen Betroffene abgesichert sein. Gut erprobte und bewährte Angebote hierfür, wie z. B. die »Stufenweise Wiedereingliederung« nach dem Hamburger Modell, müssen ausgebaut und weiter in die Breite getragen werden.

Abbildung 8

Kranke Psyche



Anmerkung: Basis sind bei der DAK versicherte Beschäftigte (Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherte aufgrund psychischer Erkrankungen pro Jahr).

Quelle: DAK/IGES 2022, S. 2; Werte für 2000–2010: eigene Berechnungen nach DAK/IGES 2021, S. 4 f.

LITERATUR

Alsdorf, Nora / Engelbach, Ute / Flick, Sabine / Haubl, Rolf / Voswinkel, Stephan (2017): Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt – Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung. Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung 190, Bielefeld: Transcript.

Antonovsky, Aaron (1979): Health, stress and coping – New Perspectives on Mental and Physical Well-Being. San Francisco: Jossey Bass.

BAG UB – Bundesarbeitsgemeinschaft Unterstützte Beschäftigung (2023): Ergebnisse der 10. bundesweiten Umfrage der BAG UB zur Umsetzung der Maßnahme »Unterstützte Beschäftigung« nach § 38a SGB IX für das Jahr 2021. www.bag-ub.de/ub/umfragen.

Berk, Beatrice / Ebner, Christian / Rohrbach-Schmidt, Daniela (2022): Wer hat nie richtig Feierabend? Eine Analyse zur Verbreitung von suchthaftem Arbeiten in Deutschland. In: Arbeit, 31(3), S. 257–282. www.degruyter.com/document/doi/10.1515/arbeits-2022-0015/pdf.

Blasczyk, Sascha Alexander (2018): Nachhaltige Beschäftigungssicherung für ältere und gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte im Handwerk. Working Paper Forschungsförderung 103. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-007016.

DAK / IGES (2021): Psychreport 2021. Entwicklungen der psychischen Erkrankungen im Job: 2010–2020. www.dak.de/dak/download/report-2429408.pdf.

DAK / IGES (2022): Psychreport 2022. Entwicklungen der psychischen Erkrankungen im Job: 2011–2021. www.dak.de/dak/download/report-2533050.pdf.

Hien, Wolfgang (2018a): Krank – und in der ambulanten Pflege arbeiten? Eine Fallstudie zur Arbeit mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Klein- und Mittelbetrieben. Working Paper Forschungsförderung 55. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-06791.

Hien, Wolfgang (2018b): Kellnern – das schafft keiner bis 67. Eine Fallstudie zu chronischen Belastungen und Erkrankungen im Gastgewerbe. Working Paper Forschungsförderung 108. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-07058.

Hünefeld, Lena / Kopatz, Florian (2022): Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) – Wer bekommt sie angeboten, wer nimmt sie in Anspruch? baua: Fakten 41. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Fakten/BIBB-BAuA-41.html.

Kohte, Wolfgang / Kaufmann, Susanne (2019): Niedrigschwellige Beratung – ein erfolgreiches Beispiel aus Hamburg. WSI Mitteilungen 5/2019, S. 382–386.

Niehaus, Mathilde / Heide, Marie Sophia / Glatz, Andreas (2019): Von Anfang an zusammen. Handlungsleitfaden für Schwerbehindertenvertretungen in Netzwerken. I. M. U. Mitbestimmungspraxis 22. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. www.boeckler.de/fpdf/HBS-007153/p_mbf_praxis_2019_22.pdf.

Oschmiansky, Frank / Kaps, Petra / Kowalczyk, Karin (2018): Unterstützte Beschäftigung. Instrument der Wiedereingliederung und zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit. Working Paper Forschungsförderung 61. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. www.boeckler.de/fpdf/HBS-006809/p_fofoe_WP_061_2018.pdf.

Schwarz, Betje / Wegewitz, Uta (2018): Rückkehr zur Arbeit nach psychischer Krise. Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke unter der Lupe. In: ASU – Zeitschrift für medizinische Prävention, 53, S. 368–371.

Wege, Natalia / Janssen, Birgit / Rothermund, Eva (2014): Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke: Beispiele guter Praxis in Deutschland. In: Angerer, Peter / Glaser, Jürgen / Gündel, Harald / Henningsen, Peter / Lahmann, Claas / Letzel, Stephan / Nowak, Dennis (Hrsg): Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit. Wissenschaft, Erfahrungen und Lösungen aus Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und Psychosomatischer Medizin. Heidelberg: Ecomed Medizin, S. 299–308.

Wellmann, Holger / Mierich, Sandra (2021): Inklusion in Zeiten digitaler Transformation. I. M. U. Mitbestimmungspraxis 37. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. www.boeckler.de/fpdf/HBS-007986/p_mbf_praxis_2021_37.pdf.

Wilutzki, Donata (2017): Perspektive Arbeit & Gesundheit. Anlaufstelle für Betriebe und Beschäftigte. www.arge-vp.de/app/download/28834804/Donata+Wilutzki+-+PAG-Praxis+CC%88sentation+%28SBV%291.pdf.

Windscheid, Eike Christoph (2019): Rückkehr und Reintegration. Soziale Gelingensbedingungen und Hemmnisse betrieblicher Wiedereingliederung. Wiesbaden: Springer VS.

Wrage, Wiebke / Sikora, Alexandra / Wegewitz, Uta (2022): Verbreitung des betrieblichen Eingliederungsmanagements: Sind Gesundheitsorientierung und soziale Ressourcen bedeutsamer als Betriebsgröße? Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018. In: Das Gesundheitswesen, 23. Juni 2022, ohne Nummer, ohne Seitenangabe. www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-1791-1122.pdf.

Alle Websites wurden zuletzt am 16. 1. 2023 aufgerufen.

AUTORINNEN UND AUTOREN

Dr. Dorothea Voss leitete die Abteilung Forschungsförderung in der Hans-Böckler-Stiftung. Sie ist Vorstandsmitglied Personal und Nachhaltigkeit bei Emschergenossenschaft und Lippeverband.

Dr. Holger Wellmann arbeitet im Bereich Systemische Beratung, Forschung und Mediation für gesunde Arbeit. Er ist langjähriger Referent u. a. für Betriebsräte, Schwerbehindertenvertretungen und Führungskräfte.

Dr. Eike Windscheid leitet das Referat »Wohlfahrtsstaat und Institutionen der Sozialen Marktwirtschaft« in der Abteilung Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung. Er ist Arbeitswissenschaftler und forscht zu arbeitsbezogener Prävention.

Arbeit und Krankheit – (k)ein Gegensatz? Phasen eingeschränkter Gesundheit können alle Beschäftigten treffen und sind normaler Bestandteil von Erwerbsbiografien. Gesundheit wiederherzustellen und zu erhalten ist jedoch eine Herausforderung. Dieser Report zeigt Perspektiven, Strategien und förderliche Bedingungen für die Rückkehr in Arbeit nach Krankheit und bei eingeschränkter Gesund-

heit auf. Als Orientierungshilfe liefert er nicht nur eine Übersicht über Verfahren und Instrumente der betrieblichen und beruflichen Wiedereingliederung, sondern bietet auch konkrete Ansatzpunkte für Gestaltung und Mitbestimmung. Der Report richtet sich daher sowohl an Interessenvertretungen als auch an Praktiker:innen in Präventions- und Gesundheitsnetzwerken.

IMPRESSUM

Herausgeber

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

Satz

Manja Hellpap, Berlin

Düsseldorf,
Februar 2023

ISSN 2511-6177



»Wie Arbeit mit eingeschränkter Gesundheit gelingen kann« von Dorothea Voss, Holger Wellmann und Eike Windscheid 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 Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.