

Ergebnisbericht zum Forschungsvorhaben

Neue Allianzen für „Gute Arbeit“ mit bedingter Gesundheit – Nachhaltige Beschäftigungssicherung durch Kooperation betrieblicher und außerbetrieblicher Akteure

Laufzeit: **01.12.2016 bis 30.11.2018**

Projektnummer: **2016-981-4**

Projektleitung: Prof. i. R. Dr. Ernst von Kardorff, Humboldt-Universität zu Berlin

Projektbearbeitung: Dr. Annett Schulze, Humboldt-Universität zu Berlin
Sascha Alexander Blasczyk, M.A., Humboldt-Universität zu Berlin
Dr. Wolfgang Hien, Humboldt-Universität zu Berlin/Forschungsbüro
„Arbeit und Gesundheit“, Bremen

Kooperationspartner: Prof. Dr. Rainer Müller (Bremen)

Kontaktdaten:

Prof. i. R. Dr. Ernst von Kardorff, Dipl.-Soz., Dipl.-Psych.

Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin.

Georgenstr. 36, 10117 Berlin

Sitz: Forschungsbüro Invalidenstr. 110

Tel: 030-209392314

E-Mail: ernst.von.kardorff@rz.hu-berlin.de

Webauftritt:

<https://www.reha.hu-berlin.de/lehrgebiete/rhs/forschung/neue-allianzen-fuer-gute-arbeit-bei-bedingter-gesundheit> (Kurz-URL: <http://hu-berlin.de/allianzen>)

Berlin, 17.12.2018

1	Ausgangspunkt und Fragestellung	5
1.1	Ausgangslage und Relevanz des Vorhabens	5
1.2	Schlaglichter auf die Forschungslage	6
1.3	Fragestellungen	7
2	Empirische Grundlagen	9
2.1	Erhebungsverfahren	10
2.2	Untersuchungsbereiche	10
2.2.1	KMU-Betriebe: die Perspektive der Beschäftigten und der Arbeitgebenden	10
2.2.2	Expert_innen-Interviews	14
2.2.3	Dokumentation ausgewählter charakteristischer Netzwerkformationen und Allianzen	18
3	Ergebnisse	21
3.1	Arbeitskulturen	21
3.1.1	Das heuristische Konzept der „Arbeitskultur“	21
3.1.2	Zusammenfassung der Ergebnisse zu den vier ausgewählten Arbeitskulturen	22
3.2	Netzwerke und Allianzen	37
3.2.1	Prozesse und Funktionsweisen	38
3.2.2	Erkenntnisse zur Kommunikation in den untersuchten Netzwerken	41
3.2.3	Digitale Wege	41
3.2.4	Netzwerke und Allianzen – funktionale Differenzierungen	42
3.2.5	Gelingensbedingungen und Hemmnisse für Etablierung und Stabilität von Netzwerken und Allianzen	44
3.3	Internationale Anregungen: machbare, unrealistische, problematische Perspektiven	48
4	Machtbarkeitsanalyse: Empfehlungen und Umsetzungsperspektiven	50
4.1	Beispiele guter Praxis aus dem europäischen Ausland: nur begrenzt übertragbar, aber großes Anregungspotential	50
4.2	Beispiele guter Praxis aus Großbetrieben nur sehr begrenzt auf KMU übertragbar	51
4.3	Unterschiedliche Funktionen themenspezifischer Netzwerke auf verschiedenen Handlungsebenen	52
4.3.1	Steckbrief – Projekt: Neue Allianzen für Gute Arbeit bei bedingter Gesundheit - Ein Beispiel für Gute Praxis auf lokaler und regionaler Ebene: Der Verein esa e.V.	56
4.4	Bedingungen für eine Verfestigung der Allianz- und Netzwerkarbeit herstellen	60
4.5	Grenzen der Modellförderung und der Übertragung von „best-practice“-Beispielen	60
4.6	Keine „One Model Fits For All“-Lösungen, stattdessen: spezifische Bottom-Up-Lösungen vor Ort	62
4.7	Unterschiedliche Wissensordnungen und ihr Einfluss auf Netzwerke und Allianzen	63
4.8	Aufbrechen selbstreferentieller Kommunikationswege in Netzwerken und bei kollektiven Akteuren als Bedingung übergreifender Kooperation und Koordination	63
4.9	Differenzen zwischen und innerhalb von Arbeitskulturen – Konsequenzen für Hilfsangebote	65
4.10	Anreizsteuerung versus Sanktionierung: was fördert den Erfolg nachhaltiger Beschäftigungssicherung von Beschäftigten mit bedingter Gesundheit in KMU	66
4.11	Externe Unterstützung durch Beratungsressourcen sichern	66
4.12	Die Rolle gewerkschaftlicher Aktivitäten im KMU-Bereich neu denken: KMU als Zielgruppe fokussieren	67

4.13 Stabile und verlässliche Kommunikationsstrukturen benötigen Ressourcen und verbindliche wie verbindende Formen	68
4.14 Rechtskreis- und trägerübergreifende Finanzierung von betriebsübergreifenden lokalen Informations-, Beratungs- und Vermittlungsstellen	68
4.14.1 Steckbrief – Projekt: Fachdienst für berufliche Integration in Bremen	69
4.15 Neue Allianzen: Selbstorganisation mit staatlicher Förderung	71
5 Einzelergebnisse und Publikationen	72
5.1 Publikationen	72
5.2 Zur Veröffentlichung in den Working Papers eingereichte Publikationen	72
5.3 Geplante Veröffentlichungen	72
5.4 Konferenzbeiträge, Vorträge und Präsentationen	73
5.4.1 Sascha Alexander Blasczyk	73
5.4.2 Annett Schulze	73
5.4.3 Wolfgang Hien	73
5.4.4 Ernst von Kardorff	74
5.5 Teilnahme an Tagungen, Konferenzen, Symposien	75
5.5.1 Sascha Alexander Blasczyk	75
5.5.2 Annett Schulze	75
5.5.3 Ernst von Kardorff	76
6 Literaturverzeichnis	77

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1 – Ablaufschema (Quelle eigene Darstellung)	8
Abbildung 2 – Unterschiedliche Arbeitskulturen (Quelle: eigene Darstellung).....	8
Abbildung 3 – Ebenen der Netzwerkformationen (Quelle: eigene Darstellung)	18
Abbildung 4 – Skizze der inhaltsanalytischen Dimensionierungen nach der ersten Auswertungs runde (Quelle: eigene Darstellung)	20
Abbildung 5 – Egozentrierte Vernetzung am Beispiel eines Beraters des lokal verorteten Vereins Arbeit & Gesundheit e.V. (Quelle: eigene Darstellung)	39
Abbildung 6 - Allianzen und Netzwerke - eine Frage der Perspektive (Quelle: eigene Darstellung)	42
Abbildung 7 – Ebenen der Vernetzung und ihre spezifische Funktion (Quelle: eigene Darstellung)	44
Abbildung 8 – Graphic Recording (Quelle: Britta Mutzke, www.brittamutzke.de)	47
Abbildung 9 – Bedingungsmatrix für die Machbarkeitsanalyse (Quelle: eigene Darstellung)	50
Abbildung 10 – Grafische Darstellung der Allianz/des Netzwerks (Quelle: eigene Darstellung)	58

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1 – Bedeutung von KMU (Quelle: DESTATIS 2016; eigene Darstellung)	11
Tabelle 2 - Übersicht Interviewteilnehmer_innen (Quelle: eigene Darstellung)	14
Tabelle 3 - Übersicht Expert_innen in Netzwerken und Kooperationen (Quelle: eigene Darstellung)	15

Anmerkung zum Anhang

Die mit diesem Endbericht übersandten Anhänge sind urheberrechtlich geschützt und sind zum Nachweis über Publikationsleistungen beigefügt.

1 Ausgangspunkt und Fragestellung

1.1 Ausgangslage und Relevanz des Vorhabens

Sozialepidemiologisch zeigt sich in den letzten Jahren insgesamt ein deutlicher Anstieg chronischer Erkrankungen in der zweiten Lebenshälfte, wobei insbesondere die Diagnosen psychischer Erkrankungen stark zugenommen haben, körperliche Erkrankungen aber immer noch den größten Anteil ausmachen, an erster Stelle Muskel- und Skeletterkrankungen, Herz-Kreislauferkrankungen an zweiter Stelle (Peters et al. 2010; Robert Koch-Institut 2015). Alternde Belegschaften und das gesetzlich hinausgeschobene Renteneintrittsalter führen zu einer Zunahme Beschäftigter mit bedingter Gesundheit und zu Beeinträchtigungen von Arbeitsfähigkeit und -produktivität (z.B. Knieps/Pfaff 2016) und einer hohen Rate an AU-Tagen (Badura et al. 2017). Durch einen branchen- und regionalspezifischen Arbeitskräftemangel, eine nach wie vor geringe Ausbildungsbereitschaft von (Klein- und Mittel)Betrieben (Baas/Baethge 2017) und aufgrund des demografischen Wandels wird die Sicherung des Erhalts von Beschäftigungsfähigkeit im fortgeschrittenen Erwerbsalter und mit bedingter Gesundheit zunehmend nicht nur zu einer neuen sozialpolitischen Aufgabe, sondern zu einer persönlichen Herausforderung für die betroffenen Arbeitnehmer_innen und für ihre Familien, aber auch für die Betriebe und hier insbesondere für kleinere und mittlere Unternehmen. Diese finden häufig keinen kurzfristigen Ersatz für kranke Arbeitnehmer_innen und sind angesichts des Fachkräftemangels auf Loyalität, Erfahrungs- und Betriebswissen der älteren Belegschaften angewiesen. Damit entsteht auch ein günstiges Fenster für Strategien einer nachhaltigen Beschäftigungssicherung für ältere gesundheitlich eingeschränkte oder leistungsgewandelte oder schwerbehinderte Beschäftigte. Diese Aufgabe können kleinere und mittlere Unternehmen (KMU) allerdings kaum aus eigener Kraft und mit eigenen Mitteln lösen. Die geringe Umsetzung des schon seit 2004 verpflichtenden BEMs ist hierfür ein Indikator; diese Beobachtung verweist nicht nur auf mangelnde Information, sondern auf einen von den KMU als zu hoch bewerteten bürokratischen Aufwand oder auf mangelnde Einsicht bei den Unternehmen oder auch bei den im KMU-Bereich insgesamt nur in geringerem Umfang vertretenen gewerkschaftlichen Interessenvertretungen. Aus diesem Grund stellt sich die Suche nach geeigneten und akzeptierten *externen* und *überbetrieblichen* Partnern und Netzwerken zur Gesundheitsförderung und, als neue Herausforderung, zur nachhaltigen Beschäftigungssicherung bereits gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitnehmer_innen als eigenständige, gelichwohl mit der Gesundheitsförderung verbundene Aufgabe dar; dies betrifft betriebliche wie überbetriebliche Netzwerke, in die auch kollektive Akteure aus der Gesundheitsversorgung, den Berufsgenossenschaften und dem medizinischen und beruflichen Rehabilitationsystem sowie der Integrationsämter und der Arbeitsverwaltung jeweils entsprechend der regionalen und lokalen Gegebenheiten miteinbezogen werden müssen.

Im Mittelpunkt des Projekts stand deshalb die Suche nach inner-, über- und außerbetrieblichen Potentialen und arbeitskulturellen Besonderheiten für „Neue Allianzen“ in der Arbeitswelt über den notwendigen Umweg einer Analyse betrieblicher Realitäten sowie der unterschiedlichen Perspektiven und zum Teil gegenläufigen Interessen aller beteiligten Stakeholder. Der Fokus lag dabei auf *kleinen und mittleren Unternehmen (KMU)* in Branchen mit hinreichend voneinander unterschiedenen Arbeitskulturen und Anforderungen an gezielte Unterstützung. Im Vorfeld der Studie haben wir uns entschieden, die Bereiche der *ambulanten Pflege*, *Unternehmen im IT-Bereich*, das *Hotel- und Gaststättengewerbe* als Beispiel für den Service- und Dienstleistungssektor sowie das *Handwerk* in den Blick zu nehmen; die Auswahl begründet sich nicht zuletzt dadurch, dass zur Wiedereingliederung und Beschäftigungssicherung gesundheitlich beeinträchtigter (älterer) Arbeitnehmer_innen bislang nur wenige Studien vorliegen, ein starker Beratungs- und Umsetzungsbedarf existiert, sowie Umsetzungsprobleme bei der Rückkehr in Arbeit und bei der betrieblichen Gesundheitsförderung bestehen. Dies hat sich sowohl in den Experteninterviews und den Gesprächen mit Arbeitgebenden und Personalverantwortlichen als auch mit den Beschäftigten übereinstimmend bestätigt.

1.2 Schlaglichter auf die Forschungslage

Aufgrund der ausführlichen Darlegung des Forschungsstandes im Antrag, der beständig durch eine parallel zu den Erhebungen erfolgende begleitende Recherche aktualisiert, erweitert und spezifiziert wurde – Aufnahme aller (mehr als 1.110) Titel in Citavi 6 mit projekt- und fragestellungs-spezifischer Verschlagwortung und davon ca. 400 Kurzinhaltangaben – konzentrieren wir uns in diesem Ergebnisbericht auf vier Themenkomplexe:

- Die *Situation in KMU* in der bisherigen Forschung ist nur unzureichend systematisch beleuchtet (mit einigen Ausnahmen: u.a. Studien zum Return to Work, zum Disability Management und zur betrieblichen Gesundheitsförderung [Beck 2011; Meggeneder/Pelster/Sochert 2005; Brandt/Holtermann/Kunze 2015; Weber/Peschkes/Boer 2015], damit ist insbesondere verbunden, dass Umgang, Wissen und Einstellungen im Kontext von Krankheit, Behinderung und Altern und im Zusammenhang mit der Arbeit in der Arbeitswelt generell (Kardorff 2018, vgl. Anhang 6) und vor allem in KMU selten Gegenstand einer methodisch abgesicherten Untersuchung sind und noch seltener vergleichend erforscht wurden).
- Aspekte der *differenziellen und dynamischen Arbeitsgestaltung* werden selten im Kontext unterschiedlicher *Arbeitskulturen* diskutiert oder nur unter Aspekten der technischen Arbeitsplatzgestaltung und Arbeitssicherheit gesehen – zweifellos ein zentraler Aspekt, der allerdings die besondere Situation der gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Prozessverlauf des betrieblichen Alltags zu wenig in den Blick nimmt.
- Während eine kaum noch überschaubare Literatur zur betrieblichen Gesundheitsprävention (BGF/BGM) und der verhältnisbezogenen Gefährdungsbeurteilungen im Arbeits- und Gesundheitsschutz vorliegt, werden Fragen des *Umgangs mit bedingter Gesundheit* nur allgemein und selten im Kontext subjektiver Sinnhorizonte zum Thema wissenschaftlicher Studien, was auch damit zusammenhängen dürfte, dass das Sprechen über Krankheit am Arbeitsplatz weitgehend ein Tabu darstellt (Dew/Keefe-Ormsby/Small 2002; Charmaz 2010; Vickers 2012; Kardorff 2018) und sich oft erst versteckt aus Arbeitsplatzinterviews zu anderen Themen erschließen lässt (Hien 2002, 2007). Diese Zurückhaltung bis hin zur Krankheitsverleugnung (Kocyba/Voswinkel 2007) wird verständlich, weil auf Seiten der Beschäftigten durchaus berechtigte Ängste vor Stigmatisierung, aber auch vor Kündigung und Arbeitsplatzverlust vorhanden sind und auf Seite der Unternehmen Unsicherheiten im Umgang mit gesundheitlich beeinträchtigten und leistungsgewandelten Personen bestehen, vor allem was den Umgang mit psychischen Erkrankungen und Sucht anbelangt.
- Tendenziell folgen bereits bestehende *Netzwerke* zur Unterstützung wie beispielsweise das ddn-Regionalnetzwerk Hamburg, das Netzwerk Zukunft Pflege oder das Netzwerk KMU der AOK Nordost politischen Vorgaben und entsprechender Förderbedingungen nach Partizipation von Betrieben und Beschäftigten. Inwiefern der spezifische Bedarf und die erwartete Unterstützung unter aktiver Einbeziehung der Beschäftigten aufgenommen wird, welches Verständnis von Partizipation gelebt wird, liegt weitgehend im Dunkeln oder findet sich meist nur in Selbstevaluierungen. Darüber hinaus zeigt sich gerade hier, dass Netzwerke des BGM/BGF und Netze, die die berufliche Wiedereingliederung oder die Platzierung (schwer-)behinderter Arbeitnehmer_innen in den Blick nehmen, bislang wenig miteinander verbunden agieren und oft gerade bei KMU nicht „ankommen“. Auch hier wird mit den Möglichkeiten der Erweiterung des Präventionsgesetzes (vgl. die Erweiterung des § 20 SGB V) und des Flexi-Rentengesetzes ein neues Fenster für eine wirkungsvolle Veränderung sichtbar. Damit verbunden ist, dass derartige Aktivitäten vor allem von den Großbetrieben aufgenommen werden, die – wie auch beim BEM durch interne Evaluation den Return on Investment eines einschlägigen Engagements belegen konnten; dieser Return on Investment besteht dabei in einer Minimierung von Transaktionskosten durch nicht mehr erforderliche Neueinstellungen und Einarbeitungszeiten sowie durch eine Verbesserung des Betriebsklimas auf der Seite der kulturellen Unternehmensfaktoren.

1.3 Fragestellungen

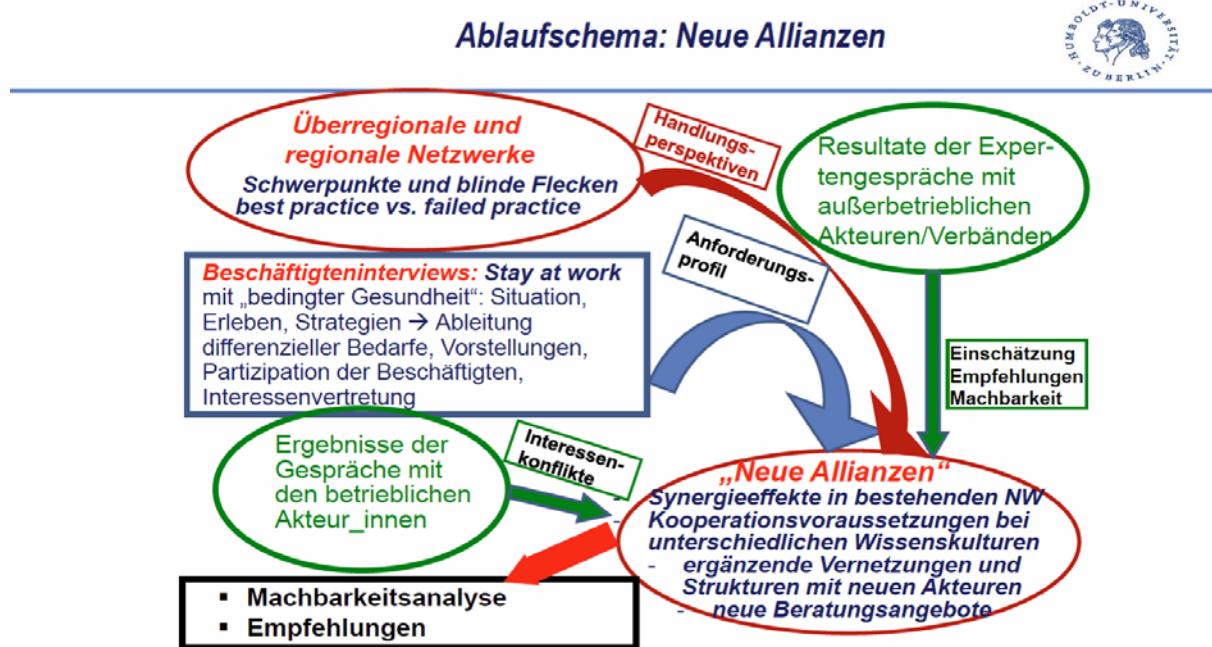
Im Zentrum des Vorhabens stand die Kernfrage nach den Perspektiven *Neuer Allianzen* bzw. der Nutzung bestehender Netzwerke für eine nachhaltige Beschäftigungssicherung für Arbeitnehmer_innen mit bedingter Gesundheit in KMU, die trotz bereits vorliegender gesundheitlicher Beeinträchtigung oder einer bedrohten Gesundheit weiterarbeiten (wollen bzw. müssen). Uns interessierten die Bedingungskonstellationen unter denen eine nachhaltige Beschäftigungssicherung für diese Zielgruppe im Betrieb erreicht werden kann und welche Hilfestellungen, Ressourcen und Anreize dafür erforderlich sind und welcher konkreten Veränderungen es dazu bedarf. Dazu war es erforderlich, die Erfahrungen, Erwartungen, Ziele und Sinnhorizonte gesundheitlich beeinträchtigter Beschäftigter in den von uns in den Blick genommenen vier in zentralen Merkmalen der Tätigkeitsanforderungen und der Arbeitsumfeldes hinreichend voneinander unterschiedenen Arbeitskulturen exemplarisch kennenzulernen, ihren Unterstützungsbedarf und ihre subjektiven Bedürfnisse zu ermitteln und zu fragen, welche Unterstützungsformen sie für sich als geeignet erachteten und akzeptieren und welche Vorgehensweisen zurückgewiesen werden und welche Erfahrungen mit BEM, stufenweiser Wiedereingliederung, innerbetrieblicher Umsetzung oder anderen Anpassungsmaßnahmen bereits vorliegen. Das alles wird vor dem Horizont der jeweiligen Arbeitskultur gebrochen, die – so die forschungsleitende Annahme – jeweils auf den Umgang mit Aspekten der Gesundheit im Arbeitsplatz prägenden Einfluss hat.¹ Darüber hinaus ging es darum, die die Sichtweisen und Strategien der (organisierten) Beschäftigten und Schwerbehindertenvertretungen, die branchenspezifischen Perspektiven und Planungshorizonte der Arbeitgeber_innen mit Blick auf eine verbesserte Unterstützung des Arbeitens mit bedingter Gesundheit zu erfassen. Hinsichtlich überbetrieblicher und außerbetrieblicher Unterstützungsangebote ging es um die Rolle betriebsärztlicher Dienste und die Einbeziehung anderer Akteur_innen (Kammern, Integrationsfachdienste, Sozialversicherungsträger, Reha-Berater_innen, etc.). Hierbei wurden bereits bestehende Netzwerke und Modelle guter Praxis in ausgewählter Form so einbezogen, dass ein strukturrepräsentativeres Bild des Status quo und der laufenden Entwicklungsprozesse dargestellt werden kann.

Gerade weil das Thema Vernetzung und Kooperation kein neues ist und es bereits viele Netzwerke zur Gesundheitsförderung gibt, stellten wir uns die Frage, warum dort das Thema der Beschäftigungssicherung bislang eher am Rande steht und es nur wenige, kaum übergreifende Netzwerke zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit gibt. Unser Ziel war es, die Perspektive der Expert_innen, der Betroffenen und deren Kolleg_innen sowie der Interessenvertretungen zu dieser Thematik zu eruieren und auszuarbeiten, an welche differenten Bedingungen die Errichtung neuer bzw. die Ausweitung vorhandener Allianzen in den unterschiedlichen Arbeitskulturen geknüpft ist. Zentrale Fragen in diesem Kontext lauteten: Welche Ziele können prospektiv damit erreicht werden? Welche Bedingungen für die Akzeptanz bei allen Stakeholdern und das Funktionieren derartiger (neuer) Allianzen müssen gegeben sein? Wie kann eine Verknüpfung zwischen lokalen, regionalen und überregionalen Initiativen und Netzwerken so gestaltet werden, dass sich die sozialen und zeitlichen „Regiekosten“ in einem vertretbaren Umfang bewegen und die Gefahren selbstreferentieller Selbstbeschäftigung zu Lasten der inhaltlich angestrebten Ziele vermieden werden? An welcher Stelle sind dauerhafte Strukturelemente zu institutionalisieren und wo reichen Initialzündungen aus? Wie können die Beschäftigten so partizipieren, dass eine aktive Teilnahme für sie lohnend erscheint? Diese und weitere Fragen, die im Verlauf der geführten Expert_inneninterviews aufgetaucht sind, wurden zentral mit Blick auf Umsetzbarkeit und die dazu erforderlichen Schritte und Wege untersucht (Machbarkeitsanalyse) wie es im Antrag formuliert war.

¹ So zeigt sich bspw. in der ambulanten Pflege eine Rationalität solitären Arbeitens und eine an einem diffusen humanistischen Ideal orientierte Form der Sorgearbeit, die je nach Ausprägung eine an guter Arbeitsergonomie orientierte Arbeitsgestaltung verdrängen oder verunmöglichen und sich auf Seiten der Beschäftigten durch eine meist geringe Selbstsorge und Achtsamkeit für die eigenen körperlichen und seelischen Grenzen auszeichnen.

In kondensierter Form: Das Ziel der Studie ist eine exemplarische Problemanalyse des Ist-Zustandes und eine Machbarkeitsabschätzung für „Neue Allianzen“ mit Blick auf KMU anhand unterschiedlicher beispielhaft ausgewählter und hinreichend unterschiedlicher Arbeitskulturen. Das folgende Schaubild zeigt (Abbildung 1) noch einmal den Untersuchungsverlauf im Gesamtüberblick.

Abbildung 1 – Ablaufschema (Quelle eigene Darstellung)



Die Auswahl der vier Arbeitskulturen erfolgte auf Basis der aus der Forschungsliteratur begründbaren hinreichenden Unterschiedlichkeit in zentralen gesundheitsrelevanten Belastungscharakteristika und Arbeitsanforderungen. Diese werden beispielhaft in Abbildung 2 dargestellt.

Abbildung 2 – Unterschiedliche Arbeitskulturen (Quelle: eigene Darstellung)



2 Empirische Grundlagen

Die Studie bestand aus drei großen Arbeitspaketen:

- Erhebung, Auswertung und Analyse der Interviews auf betrieblicher Ebene: gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitnehmer_innen (insgesamt 56 Interviews), sowie Firmeninhaber_innen bzw. Personal- oder BGM-Verantwortliche (insgesamt 26 Interviews) in den KMU in den vier ausgewählten Arbeitskulturen; diese Erhebungen wurden bis Ende Mai 2018 abgeschlossen. Die Interviews wurden laufend ausgewertet und von März bis Ende Juni 2018 vergleichend sowohl innerhalb der vier Arbeitskulturen als auch zwischen den Arbeitskulturen analysiert.
- Erhebung ausgewählter thematisch einschlägiger betrieblicher, überbetrieblicher (lokaler regionaler, bundesweiter) Netzwerke und Darstellung von Good-Practice²-Modellen auf der Basis einer umfangreichen Material- und Dokumentenanalyse sowie schwerpunktmäßig auf der Basis von Expert_inneninterviews, die in zwei Runden stattfanden. Die erste Runde der Expert_innen-Interviews mit insg. 55 Befragten, von denen 52 bis Ende Juli 2017 erhoben wurden; drei weitere Interviews bildeten den Nachklang bis Anfang April 2018). Eine vergleichende Analyse erfolgte bis Ende Mai 2018; in diesen Zeitraum fielen auch ggf. erforderliche telefonische Nachfrageinterviews, die sich aus der Auswertung der verschiedenen Interviews ergaben. Eine zweite Runde der Expert_inneninterviews im Rahmen von Fokusgruppen (insg. 17 Teilnehmende) fand im Sommer 2018 statt, hier wurden unsere Ergebnisse und Vorschläge mit relevanten Stakeholdern mit Blick auf und im Rahmen der Machbarkeitsanalyse abgeglichen.
- *Machbarkeitsanalyse* mit Blick auf Akzeptanz und Perspektiven der Umsetzung unserer Empfehlungen zur Gestaltung von „Neuen Allianzen“ für eine nachhaltige Beschäftigungssicherung, Wiedereingliederung oder Neueinstellung gesundheitlich beeinträchtigter, leistungsgewandelter oder behinderter Beschäftigter. Auf der Basis unserer Netzwerkarten (vgl. 3.2 und 3.4) und der ausgewählten Good-Practice-Beispiele, aber auch gescheiterter oder weniger erfolgreicher Versuche wurden Empfehlungen erarbeitet, in die zentrale betriebliche und überbetriebliche Akteur_innen (Firmeninhaber_innen, Personalverantwortliche, Interessenvertretungen, Sicherheitsfachkräfte, Schwerbehindertenbeauftragte, Gewerkschaften und BGen der ausgewählten Arbeitskulturen, Industrie- und Handelskammervertreter, Vertreter_innen aus überbetrieblichen Netzwerken wie INQA) und Akteur_innen aus dem System der gesundheitlichen Versorgung, der Integrationsämter und der Arbeitsverwaltung sowie aus dem System der medizinischen und beruflichen Rehabilitation einbezogen wurden. Die Machbarkeitsanalyse begann bereits nach Auswertung der ersten Expert_innenrunde und nahm nach Vorliegen aller empirischen Erhebungen dann vor allem im Verlauf von 2018 bis zum Ende der Projektlaufzeit die Hauptenergie der Forschung in Anspruch. In diese Zeit fiel dann auch der Abgleich unserer Empfehlungen mit der zweiten Runde der Expert_inneninterviews (s.o.) sowie die Berücksichtigung der möglicherweise übertragbaren Konzepte aus anderen europäischen Ländern (vgl. 3.3).

² Wir verzichten auf die Auswahl von Best-Practice-Beispielen, einerseits weil damit die Latte für die Umsetzung für potentielle Nachahmer zu hoch angelegt wird und weil zweitens die Mehrzahl der Best-Practice-Beispiele Projekte in der Modellförderphase darstellen und damit die Frage der Bedingungen, unter denen eine Weiterführung möglich ist, begrenzt wird. Wir gehen daher von Good-Practice-Beispielen aus, denen es gelungen ist, einen nachhaltigen, von allen Beteiligten gewollten und akzeptierten sowie pragmatisch gangbaren Weg für die Beschäftigungssicherung der Zielgruppe zu gewährleisten und insofern über „Botschafter“-Anreize setzen können, die in ihrer Folge zu Übertragungen führen.

2.1 Erhebungsverfahren

Die Untersuchung war als multiperspektivische Studie mit qualitativen Erhebungsverfahren (leitfaden-gesteuerte Interviews mit Beschäftigten; Expert_inneninterviews, Dokumentenanalyse und Netzwerk-karten) angelegt. Mit Hilfe einer Perspektivtriangulation (Flick 2011) wurden die Gelingensbedin-gungen nachhaltiger Beschäftigungssicherung und Wiedereingliederung für gesundheitlich beein-trächtigte Beschäftigte, die vorhandenen institutionellen Rahmenbedingungen (Ressourcen, verfesti-tigte Strukturen, Zuständigkeiten) und mentalen Barrieren (Arbeitskultur, Stigmatisierung, Leistungs-erwartungen), die einer Weiterbeschäftigung, Wiedereingliederung oder Neueinstellung entgegen ste-hen aufgezeigt. Auf Basis von Interviews mit den beteiligten Akteur_innen (Arbeitnehmer_innen, Ar-beitgeber_innen, Expert_innen) sowie einer Analyse bereits bestehender Modelle und Netzwerke („Good Practice“) wurde die gegenwärtige Praxis im Umgang mit bedingter Gesundheit und nachhal-tiger Beschäftigungssicherung in einer Gesamtschau mit Blick auf KMU exemplarisch anhand der Un-tersuchung der unterschiedlichen Arbeitskulturen erhoben. Von den Ergebnissen erwarteten wir eine Präzisierung differenzieller Unterstützungsbedarfe bei Beschäftigten und Betrieben auf der einen und Vernetzungsmöglichkeiten und -grenzen für „Neue Allianzen“ auf der anderen Seite.

Die Interviews wurden anonymisiert³ bzw. pseudonymisiert entsprechend einer Datenschutzer-klärung nur bei ausdrücklicher Zustimmung mit der Möglichkeit jederzeitigen Abbruchs auf Tonträger aufgenommen und transkribiert (Interviews mit den Beschäftigten) oder wie bei den Expert_inneninterviews inhaltlich zusammengefasst und nur in besonders charakteristischen Aussagen auch in Teilen transkribiert. Die transkribierten Interviews wurden themen- und code-bezogen systematisch verglei-chend analysiert.

Mit Blick auf forschungsethische und datenschutzrechtliche Aspekte wurde für das Projekt ein Datenschutzkonzept entwickelt (vgl. Anhang 8). Die Informant_innen wurden von uns ausführlich über die datenschutzrechtlichen Aspekte informiert. Dazu gehören insbesondere die Freiwilligkeit und die Anonymität. Die Interviews wurden unter der Maßgabe einer informierten Entscheidung durchge-führt.

2.2 Untersuchungsbereiche

2.2.1 KMU-Betriebe: die Perspektive der Beschäftigten und der Arbeitgebenden

Der Fokus der Studie lag auf *kleinen und mittleren Unternehmen* (KMU); sie stellen mehr als 99 % aller Betriebe mit 61,1 Mio. Beschäftigten in Deutschland; davon sind in ca. 80% aller Betriebe in Deutsch-land weniger als 10 Personen beschäftigt. Aufgrund ihrer Struktur, ihrer Arbeitsorganisation und ihrer Ressourcen setzen sie bzw. können sie Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nur in begrenztem Umfang umsetzen und kommen auch oft gesetzlichen Vorgaben wie dem BEM oder der Gefährdungsbeurteilung oft nicht oder nur in sehr reduzierter Form nach. Die Gründe hierfür sind viel-fältig und reichen von Ablehnung und Ignoranz über mangelndes Wissen, keine direkt vorhandenen Ansprechpartner und Unterstützer vor Ort, eine nur in wenigen Fällen und bei größeren KMU vorhan-dene Arbeitnehmervertretungen bis hin zu gutem Willen ohne entsprechende interne und externe Hilfen. Anders als Großbetriebe, die hier auf andere Ressourcen zurückgreifen können und aufgrund starker Arbeitnehmervertretungen auch stärker beschäftigtenrelevante Problemlagen aufgreifen, be-steht im KMU-Bereich besonderer Handlungsbedarf insbesondere für externe Unterstützung, wie auch unsere Ergebnisse belegen.

³ Bei Inhaber_innen herausgehobener Positionen – wie etwa Sprecher_in einer Handwerkskammer, Direktorin einer Regionaldirektion der Rentenversicherung etc. – wurde im Vorfeld geklärt, ob die Position genannt werden kann oder die Information nur anonymisiert dargestellt werden soll.

Tabelle 1 – Bedeutung von KMU (Quelle: DESTATIS 2016; eigene Darstellung)

<ul style="list-style-type: none"> ▪ KMU = 99,3 % (= 2,5 Mio. Betriebe) aller Betriebe mit 61,1 % (= 26,5 Mio.) aller Erwerbstätige. Den größten Anteil machen Bau- und Gaststättengewerbe aus. ▪ Großunternehmen = 0,7 % aller Betriebe mit 38,9 % (= 16,9 Mio.) aller Erwerbstätigen 		
KMU – Untergliederung nach Definition der EU-Kommission		
Kleinstunternehmen	weniger als 10 Beschäftigte: 18,6 %	80,4 % aller Unternehmen
Kleinunternehmen	bis 49 Beschäftigte: 23,2 %	16 % aller Unternehmen
Mittlere Unternehmungen	bis 249 Beschäftigte: 19,3 %	2,9 % aller Unternehmen

Die Forschungslage wie auch die berichteten Erfahrungen stimmen darin überein, dass:

- es keine (auch von uns nicht zu leistende) statistisch repräsentative Erhebung über die gesundheitliche Situation von Beschäftigten in KMU gibt
- das Thema Krankheit stark beschwiegen wird – obwohl in einzelnen Gesprächen mit Firmeninhaber_innen und Betriebsärzt_innen deutlich wurde, dass es hier gerade auch mit älteren Beschäftigten dringliche Problemlagen gibt, aber auch wie im Handwerk immer wieder unvorsichtiges oder nicht arbeitsschutzgerechtes Verhalten zu unfallbedingten AU-Zeiten führt oder zur Verschlechterung bereits bestehender Erkrankungsanzeichen mit nachfolgender Chronifizierung. Dieses Beschweigen von Krankheit ist auch als Unsicherheit zu sehen und verweist zudem auf mangelnde Handlungsroutinen; auch wenn es in konkreten Einzelfällen immer wieder zu kreativen betrieblichen Lösungen für gesundheitlich beeinträchtigte und deshalb auch häufig leistungsgeminderte Arbeitnehmer_innen kommt. Ein weiterer Grund für das Beschweigen von Krankheiten in der Arbeitswelt hängt auch mit Befürchtungen vor Stigmatisierung und Diskriminierung zusammen wie auch mit der Kränkung des Selbstbildes durch das Eingeständnis von Verletzlichkeit und Schwäche (Kardorff 2018; Voswinkel 2017b).
- Maßnahmen wie das BEM kaum bekannt sind und wenn doch, es aus unterschiedlichen Gründen (Überlastung, bürokratischer Aufwand, Unwissen darüber, wie man es macht) trotz gesetzlicher Verpflichtung nicht umgesetzt wird; zu anderen Maßnahmen wie derer stufenweisen Wiedereingliederung oder auch zu bislang nur wenig genutzten Instrumenten wie das Budget für Arbeit, Arbeitsassistenz, Unterstützte Beschäftigung liegen i.R. nur dann Informationen vor, wenn eine dieser Maßnahmen anlassbezogen für eine_n Mitarbeiter_in (von dieser_m selbst oder von außen angestoßen) umgesetzt wurde.
- die (überbetriebliche) betriebsärztliche Betreuung sich nach den bisherigen Interviews überwiegend mit dem Thema Arbeitsschutz und – auch nur soweit wir aus unseren empirischen Erhebungen wissen, sehr eingeschränkt – mit Gefährdungsbeurteilungen und nur wenig mit BEM beschäftigt (dies ist in Großunternehmen anders)
- der Informationsgrad der Inhaber_innen und soweit vorhanden der zuständigen Personalverantwortlichen oder der wenigen in KMU vorhandenen Betriebsräte und Schwerbehindertenvertretungen zu Fragen der Gesundheitsprävention, Wiedereingliederung, der Hilfen für ältere oder gesundheitlich eingeschränkte Arbeitnehmer_innen eher gering ausgeprägt ist.

- es immer wieder Vorbehalte von Firmeninhaber_innen und ein eher geringes Interesse von Betriebsräten gegenüber dem Thema gibt; dies dürfte u.a. auch auf die in KMU beschränkten Handlungsalternativen (mangelnde finanzielle und personelle „Puffer“) zu tun haben oder wie im Hotel- und Gaststättengewerbe mit der immer noch angenommenen leichteren Ersetzbarkeit gesundheitlich beeinträchtigter Beschäftigter durch jüngere und gesunde Arbeitskräfte zurückzuführen sein.⁴

Insgesamt zeigen sich hier *systematische Differenzen zu Großbetrieben*, bei denen Fragen der gesundheitlichen Situation und der vom Alter und vom Gesundheitszustand abhängigen Leistungsfähigkeit der Belegschaften vom BGF bis zum Diversity Management inzwischen zu einem wichtigen Anliegen geworden sind und in denen Gesundheitsförderung und Prävention (Sockoll/Kramer/Bödeker 2008) sowie BEM trotz aller nach wie vor bestehenden Probleme (z.B. Compliance der Mitarbeiter_innen) einen Return on Investment generieren (Knoche/Sochert 2013; Faßmann/Emmert 2010)

2.2.1.1 Branchen- und Betriebsauswahl

Die Begründung der Auswahl der vier Arbeitskulturen – der ambulanten Pflege, der IT-Branche, dem Hotel- und Gastgewerbe und dem Handwerk – findet sich im Antrag. Die Grundidee ist, dass sich in diesen hinreichend voneinander unterschiedenen Arbeitskulturen deutlich verschiedenen akzentuierte Beanspruchungen und Belastungen – und sozialepidemiologisch auch unterschiedliche Profile und Häufigkeiten im Indikationsspektrum chronischer Krankheiten und Unfälle – abbilden lassen und dass auch die Thematisierungsformen von Krankheit in den Arbeitskulturen unterschiedlich sind. Aus den Interviews finden sich hierzu Ergebnisse, die unsere Hypothese stützen (vgl. die in den -Working-Paper der Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung bereits publizierten bzw. eingereichten Studien zur Pflege [Hien 2018c], zum Handwerk [Blasczyk 2018], zum Hotel und Gaststättengewerbe [Hien 2018b]. sowie zur IT-Branche [eingereicht von Blasczyk]).

2.2.1.2 Schwieriger Feldzugang

Der Zugang zu den im Fokus stehenden Arbeitskulturen stellte sich schwieriger dar als dies zu erwarten war. Gut funktionierte die ‚kalte‘ Akquise von Arbeitgeber_innen in der Arbeitskultur der ambulanten Pflege, damit sind Personalverantwortliche wie Inhaber_innen, Prokurist_innen oder auch Gesundheitsbeauftragte gemeint. Diese ließen sich in der Regel in einem explorativen Telefongespräch von einer Teilnahme überzeugen. Der Versuch, diese Kontakte – auch im Sinne einer Betriebsfallstudie – auch auf die Beschäftigten zu übertragen, war nur in Einzelfällen erfolgreich. So wurde von den Gesprächspartner_innen zugesagt, unser Vorhaben innerbetrieblich publik zu machen, aber hier schien es entweder Vorbehalte zu geben, weil „die Chefin involviert ist“ oder es mangelte an Interesse. Wir versuchten, besonders den ersten Punkt mit Hilfe des von uns erstellten Informationsmaterials zu entkräften. Des Weiteren gelang es, über das langjährige vorhandene Netzwerke von Dr. Wolfgang Hien in Bremen Betriebe und Betroffene für Interviews zu gewinnen. Über diese Wege konnte das Forschungsvorhaben bspw. bei Unternehmensfrühstücken präsentiert oder durch Integrationsdienste verbreitet werden und erfolgreich Beschäftigte für Interviews akquirieren.

Ein zentrales Element für den schweren Zugang lässt sich aus dem Feld ablesen. Es zeigte sich, dass die kommunikative Verflüssigung des Problemthemas „*kranke Mitarbeiter_innen*“ – bei Betriebsinhaber_innen ebenso wie bei Betroffenen – sehr stark von einem Vertrauensvorschuss abhängig ist, der gegenüber „Fremden“ erst einmal nicht gegeben wird. Es bedarf gleichsam „Brücken“ vertrauenswürdiger Institutionen, damit überhaupt ein Kontakt und weiterführend Gespräche zustande kommen können. Dabei spielt auch die Art der Erkrankung eine Rolle bei der Bereitschaft sich im Rahmen des Forschungsprojekts interviewen zu lassen. besonders

⁴ Die Vorstellung der leichten Ersetzbarkeit von Personal im Gastgewerbe lässt sich nicht mehr aufrechterhalten und Probleme in der Rekrutierung und der Personalbindung, sowie das Fehlen von belastbaren Personalkonzepten wird und wurde zum Anlass genommen um zukunftsfähige Konzepte wie bspw. im INDIGHO-Projekt zu entwickeln. Siehe dazu Katenkamp et al. (2015, S. 8).

Der Versuch über Netzwerkakteur_innen und Expert_innen Zugang zu betroffenen Beschäftigten und Unternehmen zu gewinnen, stellte sich ebenfalls schwierig dar.⁵ So konnten Interviews mit Akteur_innen aus der Handwerks- und Arbeitnehmerkammer Bremen geführt werden. Beide Kammer-Expert_innen versuchten, ihre Betriebskontakte für eine Akquisition von Betriebsinhaber_innen einerseits und von chronischen gesundheitlichen Einschränkungen betroffenen Beschäftigten andererseits zu nutzen. Es konnte jedoch jeweils nur ein Betriebskontakt vermittelt werden. Die große Mehrheit der Betriebe reagierte verhalten bis negativ. Insbesondere in Handwerkerkreisen sei das Thema Krankheit negativ besetzt, und man rede über derartige Fragen nicht gerne. Im Vordergrund der Kammerpolitiken stünden wirtschaftspolitische, strukturpolitische und technologiepolitische Fragen. Kranke Mitarbeiter_innen würden eher als Problem gesehen. Weitere Recherchen – insbesondere weitere Expert_innengespräche – erhärteten den Verdacht, dass in vielen KMU das Krankheitsthema ein Tabuthema ist und BEM entweder gar nicht oder in informeller, also dem Gedanken nach, und/oder unzureichender Form stattfindet. So gelang es auch den Reha-Expert_innen in ihren Betreuungs- und Nachsorgegruppen nicht, Betroffene für ein Interview zu gewinnen.

Die Versuche, mit den Gewerkschaften IGM, ver.di, NGG und IG BAU in Kontakt zu kommen, waren wenig erfolgreich. Zum einen sei das Thema „zu speziell“ oder passe gerade nicht zu den ohnehin schon überbordenden Aufgaben der Hauptamtlichen. Zum anderen bewege sich in den Branchen, auf die unser Projekt eingegrenzt ist – ambulante Pflege, Gastgewerbe, Handwerk und IT – der gewerkschaftliche Organisationsgrad „zwischen wenig und null“. Das Argument, dass gerade „Krankheit im Arbeitsleben“ ein Thema sein könnte, mit Hilfe dessen Beschäftigte für die Gewerkschaft gewonnen werden könnte, überzeugte nicht. Ein erneuter Anlauf bei der NGG führte zum Ende des Jahres 2017 dann zu einem produktiven Kontakt. Im Februar 2018 konnte das Projekt vertreten durch Hr. Blasczyk auf einer Fachgruppensitzung der NGG in Berlin das Forschungsprojekt vorstellen. Einzelne Betriebsratsvertreter meldeten anschließend Interesse daran an, zur Erhebung beizutragen. Das anfangs bekundete Interesse, führte aber nicht zu Interviews.

Trotz hilfreicher Unterstützung von vielen Seiten, auch seitens der Hans-Böckler-Stiftung, war die Gewinnung von Gesprächspartner_innen und im Speziellen von Beschäftigten aus den bereits oben genannten Gründen schwierig. Deshalb haben wir uns zu einer weiteren Strategie der Akquise entschlossen: das Ansprechen potentieller Gesprächspartner_innen über die Mitgliederzeitungen von Krankenkassen und Sozialverbänden als vertrauenswürdige Akteure, um darüber gesundheitlich gefährdete oder bereits beeinträchtigte Beschäftigte unserer Zielgruppe anzusprechen. Dieser Zugang zu Beschäftigten brachte nur mäßigen Erfolg. So konnte lediglich eine Interviewpartnerin aus dem Gastgewerbe über die Mitgliederzeitschrift eines Sozialverbandes geworben werden. Zudem haben wir im Berufsförderungswerk Berlin-Brandenburg, zu welchem gute Kontakte bestehen, nach Gesprächspartner_innen gesucht, die bereits Erfahrungen mit beruflicher Wiedereingliederung gemacht haben oder bei denen eine Beschäftigungssicherung nicht möglich war und die in der Folge in das System der beruflichen Rehabilitation eingemündet sind. Auch dieser Ansatz konnte nach einem produktiven Vorgespräch von Seiten des Berufsförderungswerkes aus technischen Gründen nicht umgesetzt werden. Der Versuch mit Flyern bei Allgemeinmediziner_innen, Physio- und Ergotherapeut_innen für uns zu werben, führte ebenfalls nicht zum Erfolg. Das erhobene Sample entspricht also einer Gelegenheitsstichprobe, die von glücklichen Umständen und zu einem erheblichen Teil der erfolgreichen Netzwerkarbeit von Dr. Wolfgang Hien zu verdanken ist. Teilweise wurden gezielt prämierte Unternehmen kontaktiert um Beispiele guter Praxis als Eckfälle im Sample zu etablieren.

⁵ Wir bedanken uns für die zahlreiche Unterstützung durch die Expert_innen. Besonders zu erwähnen ist die fachliche Beratung durch Thorsten Schäffer (<http://www.bestbgm.de/>), der die Akquise von Expert_innen, Beschäftigten und betrieblichen Akteur_innen unterstützte.

Tabelle 2 – Übersicht Interviewteilnehmer_innen (Quelle: eigene Darstellung)⁶

	Pflege	Handwerk	IT	Gastgewerbe
Arbeitgeber_innen	8	8	6	4
Beschäftigte	15 (4)	11	12 (5)	18 (4)

2.2.2 Expert_innen-Interviews

Die erste Runde der Expert_inneninterviews wurde im Juli 2017 abgeschlossen. Bis Anfang April 2018 wurden noch drei weitere Interviews geführt, die die Daten sinnvoll ergänzten; mit 55 Interviews lagen wir bereits in der ersten Runde über unserer Zielgröße (40) für das Gesamtprojekt. Dieser Umfang ergibt sich aus der Tatsache, dass nach den ersten Interviews immer neue Akteur_innen und Netzwerkpartner_innen sichtbar wurden, die aus der im Antrag vorgenommenen Vorauswahl nicht in den Blick geraten waren; aus dieser prozessorientierten Forschungsperspektive gelingt dann aber auch die Darstellung eines sehr differenzierten Bildes der vorhandenen Netzwerke und der insgesamt mit der Problematik befassten Einrichtungen und Fachkräfte.

Der Zugang zum Feld stellte sich hier zumeist als unproblematisch dar. Ambivalent ist der Zugang zu den Gewerkschaften zu sehen, da ein Interviewtermin mit Verantwortlichen für die jeweiligen Branchen nur bei drei Interviewpartner_innen unkompliziert zu vereinbaren war. Es deutete sich an, dass Gewerkschaftssekreter_innen selbst stark in ihre Arbeitsaufgaben eingebunden waren und zudem KMU nicht im Fokus der Hauptamtlichen stehen. Wie wir aus anderen Interviews bereits erfahren haben, ist das Interesse von Betriebsratsmitgliedern am Thema in der Regel nicht sehr stark ausgeprägt, was u.a. auch daran liegt, dass unter dem Gesichtspunkt des Arbeitsplatzverhalts und der Standortsiccherung in stark wettbewerbszentrierten und -abhängigen Unternehmen leistungsgewandelte oder kranke Arbeitnehmer_innen auch als Belastung für die gesunden Kollegen_innen gesehen werden und die übergreifende Perspektive – demografischer Wandel, Zunahme gesundheitlich beeinträchtigter Beschäftigter, branchenspezifischer Fachkräftemangel, Bedeutung der Kompetenz von langjährigen und erfahrenen Mitarbeitern_innen mit Embedded Knowledge und hoher Loyalität zum Unternehmen – noch nicht überall angekommen ist.

⁶ In Klammern ist die Zahl der Interviews angegeben, die im Sinne einer Sekundäranalyse *zusätzlich* aus anderen Forschungsvorhaben übernommen wurden.

Eine nach Ebenen, Bereichen und Institutionen angeordnete Übersicht über die Expert_inneninterviews liefert die folgende Tabelle:

Tabelle 3 – Übersicht Expert_innen in Netzwerken und Kooperationen (Quelle: eigene Darstellung)

Ebene	Institutionen	Funktion im Arbeitsbereich/in der Institution
überregional	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)	Fachbereich 1 Grundsatzfragen und Programme Fachbereich 3 Arbeit und Gesundheit
	Deutsche Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin (DGAUM)	Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Öffentliches Gesundheitswesen
	Gewerkschaften (DGB; ver.di)	Arbeits- und Gesundheitsschutz, Gute Arbeit
	SÖSTRA – Institut für sozialökonomische Strukturanalysen	Wissenschaftliche Beratung, Projektentwicklung
	Institut für Arbeitsfähigkeit GmbH (IAF)	Geschäftsführung, WAI-Netzwerk
	Initiative Gesunde Arbeit (IGA), DGUV als Trägerorganisation	Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG)
	Ausschuss für Arbeitsmedizin (AfAMed)	Bank der Wissenschaft
	ias Aktiengesellschaft/Stiftung	Kompetenzfeld Arbeitspsychologie
	Offensive Gesund Pflegen (INQA)	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
	BMAS	Unterabteilung IIIb: Arbeitsschutz
regional	INQA-Netzwerk Sachsen-Anhalt	zwei Koordinierungsstellen
	UnternehmensWert Mensch	Beratung

Ebene	Institutionen	Funktion im Arbeitsbereich/in der Institution
	Das Demographie Netzwerk e.V.: ddn-Regionalnetzwerk Hamburg	Koordinierungsstelle
	Handwerkskammern	Innovation und Technologie (BIT); Personalentwicklung und Organisationsberatung; Inklusion, Arbeits-, Gesundheits- und Umweltschutzberatung
	Arbeitnehmerkammer Bremen	Arbeitsschutz und Gesundheitspolitik, Berufskrankheiten
	Netzwerk Zukunft Pflege	AOK Sachsen-Anhalt, BGW/Präventionsdienste
	Netzwerk KMU-Gesundheitskompetenz	AOK Nordost: Wiedereingliederung und BGF; BGM
	Deutsche Rentenversicherung	Firmenservice der DRV-Bremen-Oldenburg, Firmenservice Berlin-Brandenburg
	RKW-Kompetenzzentrum (Rationalisierungs- und Innovationszentrum der Deutschen Wirtschaft e. V.)	RKW-Arbeitskreis „Gesundheit im Betrieb“ (Hessen)
lokal	Modellprojekt „Gesund arbeiten in Thüringen“ (Deutsche Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin [DGAUM], BARMER)	Projektleitung, Arbeitsmedizin
	Betriebsarztzentrum Bremen e.V.	Sozial- und Suchtberatung
	Betriebsärztlicher Dienst Klinikum Bremen-Mitte	Arbeitsmedizin
	Drogenhilfezentrum Bremen	Beratung
	Zentrum für seelische Gesundheit	Psychiatrie und Rehabilitationsmedizin

Ebene	Institutionen	Funktion im Arbeitsbereich/in der Institution
	Arbeitskreis engagierter Fachkräfte für die betriebliche Gesundheit	Arbeitsmedizin
	Arbeit und Gesundheit e.V.	Vorstand, Beratungsstelle, Perspektive Arbeit & Gesundheit (PAG), Ehrenamtliche, Gründungsmitglieder
	Verbraucherzentrale Hamburg	Fachabteilung Gesundheit und Patientenschutz
	Kooperationsstelle Hamburg IFE GmbH; gleichzeitig Sitz INQA Deutsches Netzwerk Büro	Leitung
	Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG)	Arbeitskreis Gesundheitsförderung in der Arbeitsumwelt
	uve Gesellschaft für Arbeitsschutz mbH – Institut für das Handwerk	Beratung für Offensive Mittelstand Prozessberatung für das Förderprogramm UnternehmensWert: Mensch
	esa e.V.	Beratung, Leitung/Projektentwicklung

2.2.3 Dokumentation ausgewählter charakteristischer Netzwerkformationen und Allianzen

Unser Zugang zu diesen Netzwerken ist vorrangig neo-institutionalistisch (orientiert an den Konzepten von Meyer; Di Maggio; Powell, vgl. Senge/Hellmann 2006) und mit Ausnahme der Konzepte von „structural holes“ und der „broker“ (Burt 1992, 2007) nicht an das strenge soziologische Netzwerkkonzept (z.B. Stegbauer/Häußling 2010; Holzer 2009) geknüpft.

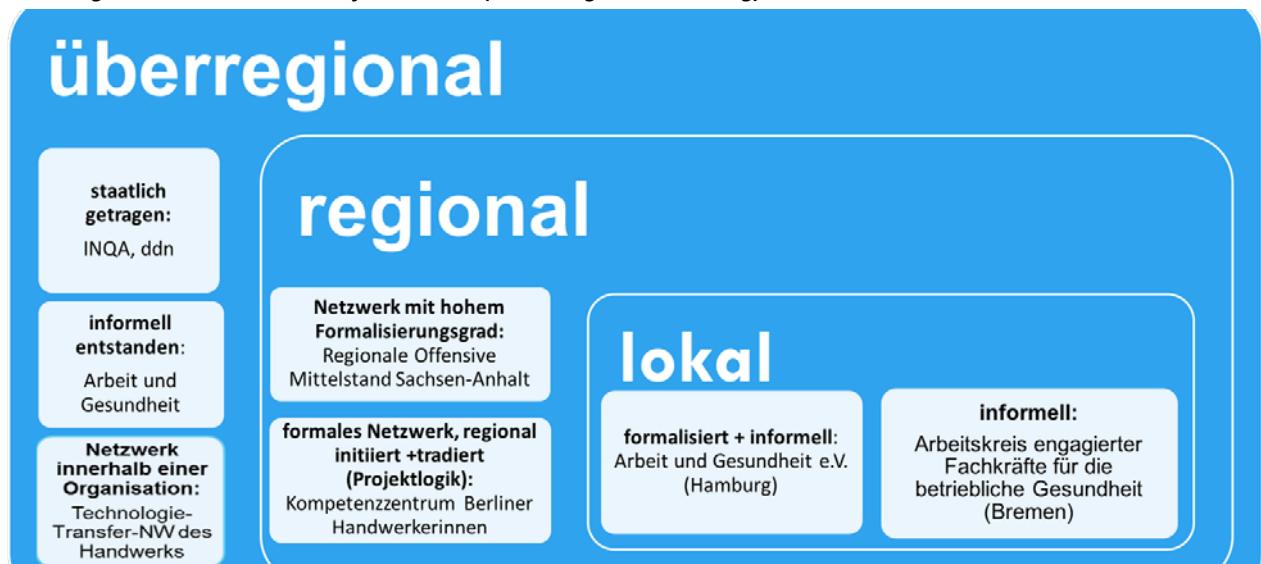
Angesichts der insgesamt nicht überschaubaren (insbesondere regionalen und lokalen) Netzwerke sind wir bei der Auswahl zunächst von übergeordneten großen Netzwerken bzw. Verbünden wie GDA (gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie), INQA (Initiative Neue Qualität der Arbeit), ddn (Das Demographie Netzwerk e.V.) ausgegangen, haben dann in der einschlägigen im Forschungsstand dokumentierten Literatur erwähnte Netzwerke, darunter regionale und lokale Netzwerke mit einschlägigem Themenbezug und dokumentierten Formen der Vernetzung und Kooperation ausgewählt und schließlich über ein Experten gesteuertes Schneeballverfahren als besonders lohnend bzw. als „Gute Praxis“ beschriebene informelle und lokale Netzwerke und Allianzen in die Analyse einbezogen. Mit diesem auf einer Dokumentenanalyse, einer Auswertung des Forschungsstandes und auf Expertenbefragungen basierenden Vorgehen konnten wir den Kern im Feld bestehender Netzwerkstrukturen identifizieren, aber keine Vollständigkeit oder Repräsentativität im statistischen Sinne erreichen.

In unserem Zugang haben wir uns den Netzwerken methodisch auf folgenden Wegen genähert:

- Inhaltsanalyse der Zielvorstellungen im Kontext der im Feld vorhandenen fachlichen, interessengenpolitischen und allgemeinpolitischen Diskursformationen
- Analyse der Entwicklungsdynamiken der Netze (Selbstreferenzialität, Öffnung, partielle Schließung, Umgang mit divergierenden Interessen, Kommunikationsaspekte)
- Analyse der Einfluss-, Macht- und Interessenkonstellationen in den Netzwerken (Fragen der Akquise, Allokation, internen Organisation)
- Strategien der Vernetzung: Herstellung von Konvergenz und Isomorphie etc.

Zu Beginn unserer Studie stand jedoch eine erste klassifizierende und zuordnende Beschreibung ausgewählter Netzwerke. Eine Gliederung der Netzwerke nach ihrer Reichweite, dem Grad ihrer Formalisierung und nach den Trägern findet sich in der folgenden Abbildung 3:

Abbildung 3 – Ebenen der Netzwerkformationen (Quelle: eigene Darstellung)

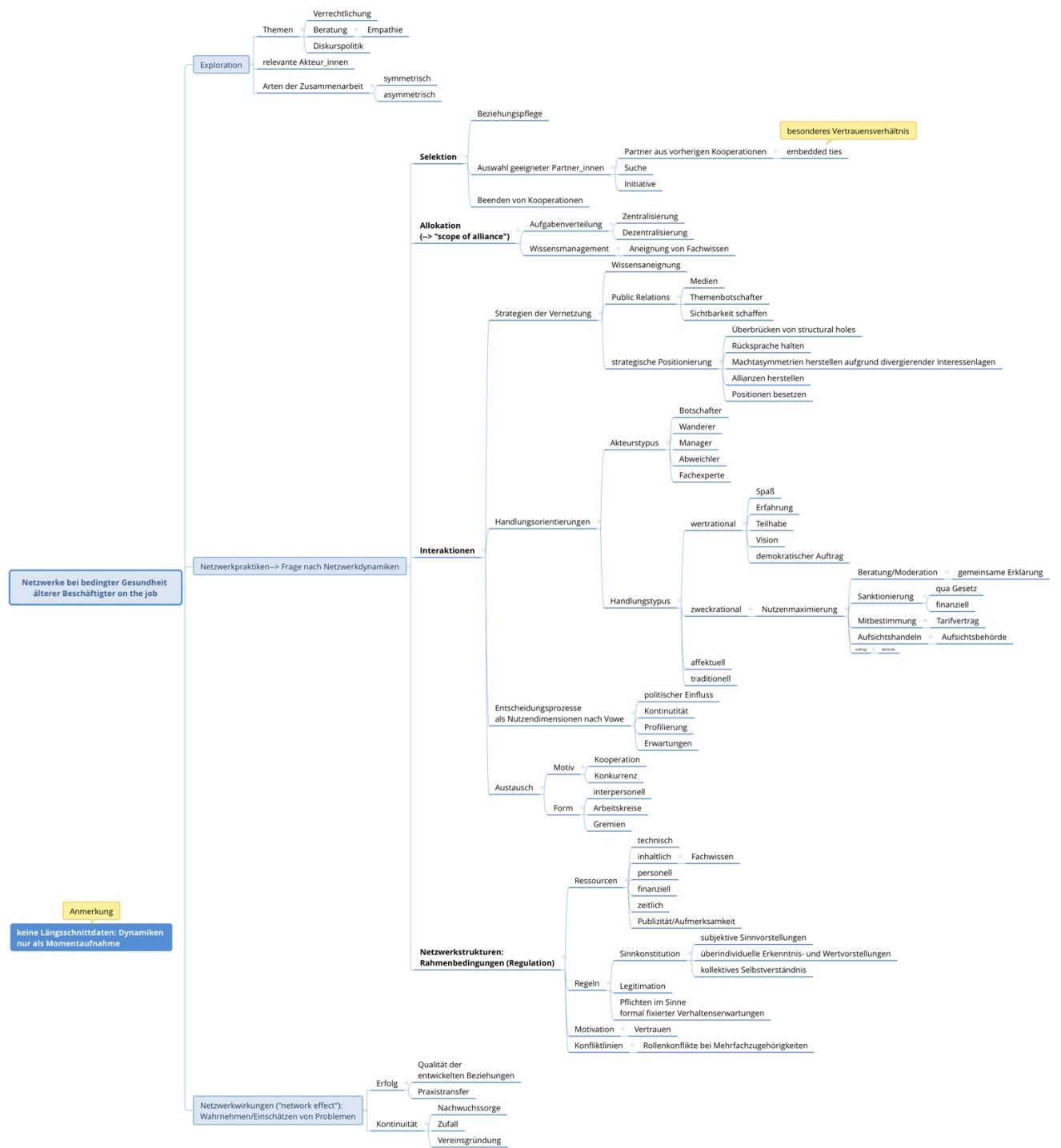


- **Informell entstandene Netzwerke**, in denen sich, wie in einem Experteninterview von einem ehemaligen Betriebsarzt einer großen Klinik dargestellt, engagierte Fachkräfte mit unterschiedlichen Organisationszugehörigkeiten zu einem informellen Kreis zur Verbesserung der Bedingungen für betriebliche Gesundheit zusammengeschlossen haben und über Jahre miteinander in Verbindung geblieben sind. Der Fokus derartiger informeller, oft von engagierten

Einzelpersonen angestoßener, weder von außen finanziert noch mit einer Satzung versehener Netze liegt in der Erleichterung der professionellen Arbeit, etwa bei Gefährdungsbeurteilung, innerbetrieblicher Umsetzung oder Umschulung, beim BEM etc.; hier geht es darum, auf dem Stand aktueller Entwicklungen in den jeweiligen Arbeitsbereichen zu bleiben und sich bei Bedarf gegenseitig zu unterstützen. In derartigen Netzwerken spielen die persönlichen Bindungen und daraus resultierende Reziprozitätserwartungen eine zentrale Rolle; die Nutzung dieser Netze ist anlassbezogen und lösungsorientiert, die Reichweite meist betriebsbezogen und lokal. Zu berücksichtigen ist dabei, dass einzelne in diesen Netzwerken aktive Personen zugleich in andere Netzwerke einbezogen sind und dadurch in den informellen Netzwerken ein komplexer Wissenstypus entsteht, der sich als effektiv bei der Umsetzung praktischer Aufgaben erweist. Hier sehen wir Anknüpfungspunkte für Synergieeffekte.

- **Formelle Netzwerke**, die teils auf lokaler Ebene und auf regionaler Ebene angestoßen und in gewisser Regelmäßigkeit, z.B. von der Arbeiterkammer Bremen einberufen werden, und die im Laufe ihrer Entwicklung eine Tradition begründet haben; die Mitglieder dieser Netzwerke sind in der Regel kooptiert, und die Leitung derartiger Netzwerke liegt in der Regel in einer Hand, meistens bei einer kommunalen oder Länderbehörde, ggf. auch bei einer Gewerkschaft oder einem mit Gesundheit im Betrieb oder mit Rehabilitation befassten Kostenträger (etwa einer Berufsgenossenschaft oder einem regionalen Rentenversicherungsträger; vgl. beispielhaft die Abbildung 3 auf der vorangegangenen Seite). Die Regularien haben sich diese Netze meist selbst gegeben, die Mitglieder legen die Tagesordnungspunkte fest, und meist wird ein Mitglied mit der Protokollierung beauftragt. Neue Mitglieder werden in der Regel auf Zuruf kooptiert. Der Einfluss dieser Netze auf lokale Entwicklungen ist dabei nicht zu unterschätzen, vor allem bestehen hier oft langjährige intensive Kontakte, die auch anlassbezogen genutzt werden können.
- **Formelle Netze mit einem hohen Formalisierungsgrad** (Satzung, Mitgliedschaftsregeln, verbindliche Treffen, Geschäftsführung, eigene Infrastruktur, eigenes Budget), die in der Regel auf der Basis politischer Vorgaben im Rahmen ministerieller Ressortpolitik einen regionalen, meist aber überregionalen Bezug haben, auf längere Sicht angelegt sind und klar definierte Ziele haben; Beispiele hierfür sind etwa GDA oder INQA. Darüber hinaus ist ein besonderes Merkmal dieser Netze, dass sie zwar Expert_innen in ihre Arbeit einbeziehen oder eigene Aufträge (Bestandserhebungen etc.) vergeben, im Wesentlichen aber Verbindungen zu kollektiven Akteur_innen im Feld suchen und mit diesen teils auf vertraglich geregelter Basis, teils auf Good-Will-Basis kooperieren. Die formalisierten großen Netzwerke bieten als intermediäre Struktur einen Rahmen, um eine politische und oft durch gesetzliche Vorgabe bestimmte (z.B. INQA, GDA) Agenda zu befördern und damit Themen zu setzen, die so im Blick der Öffentlichkeit bleiben.
- **Formelle Netzwerke**, die mit einer Anschubfinanzierung seitens des Staates versehen auf Verselbstständigung der durch sie angestoßenen Netzwerkstrukturen abzielen und als Modelle über einen mehr oder weniger langen Zeitraum gefördert werden und ansonsten dem vorgenannten Netzwerktypus entsprechen.
- **Informelle interinstitutionelle Netzwerke** oder informelle Zirkel aus Mitgliedern mit Mehrfachmitgliedschaften in unterschiedlichen Netzwerken, die eine wichtige Rolle als Informationsübermittler und Anreger spielen von „oben“ nach „unten“ aber auch in umgekehrter Reihenfolge spielen, jedoch nicht als „Transmissionsriemen“ einer Art Netzwerk-Governance oder „Steuerung“ verstanden werden können.

Abbildung 4 – Skizze der inhaltsanalytischen Dimensionierungen nach der ersten Auswertungsrunde (Quelle: eigene Darstellung)



3 Ergebnisse

3.1 Arbeitskulturen

3.1.1 Das heuristische Konzept der „Arbeitskultur“

In der Anlage des Forschungsvorhabens wird von der Annahme ausgegangen, dass sich nicht nur das Belastungserleben und damit verbunden die gesundheitlichen Beanspruchungen in unterschiedlichen Arbeitskulturen voneinander unterscheiden, sondern auch die Formen und Diskurse der Thematisierung von Gesundheit/Krankheit. Was ist dabei unter „Arbeitskultur“ zu verstehen? Nach einem kurzen Blick in ausgewählte Definitionen und Konzepte von „Arbeitskultur“ stellen wir unsere heuristische Überlegung vor. Der Begriff Kultur wird in Anlehnung an den Bestimmungsversuch von Antweiler (2018, S. 249) tentativ als „Lebensweise eines Kollektivs“ in Differenz zu Lebensweisen anderer Kollektive verstanden.

Die Definition des Begriffs Arbeitskultur hängt wesentlich davon ab, wie weit dieser gefasst wird oder welche Kollektive und Kollektivgrößen damit fokussiert werden. Das Institut für gesundheitliche Prävention (IFGP) spricht davon, dass die Arbeitskultur von der Unternehmenskultur zu trennen sei, wobei die Arbeitskultur Teil der Unternehmenskultur sei (Lenzen/Opitz/Riechel 2009, S. 9). Der Begriff ist somit auf die „spezifischen Arbeitsplatzbedingungen“ in der organisationalen Struktur des Unternehmens bezogen, die auf die Unternehmenskultur zurückwirken (vgl. ebd.). Diese enge Vorstellung von Arbeitskultur ließe sich pointiert als Arbeitsplatzkultur oder Arbeitsbereichskultur des Unternehmens verstehen. In eine ähnliche Richtung geht auch die Definition von Eichhorst et al. (2016) im Fehlzeitenreport 2016. In ihrem Beitrag bedeutet „Arbeitskultur ... die konkrete Arbeitsumgebung im Unternehmen“ (Eichhorst/Tobsch/Wehner 2016, S. 10); dies lässt sich gut mit dem Begriff der „Arbeitssituation“ (Voswinkel 2017b) verbinden. Obschon sie im Weiteren von „nationalen Arbeitskulturen“ sprechen, ist ihr Begriff ebenfalls auf kleinteilige Bereiche innerhalb von Unternehmen bezogen (Eichhorst/Tobsch/Wehner 2016, S. 18). Die Differenz besteht entsprechend innerhalb der organisationalen Logik der Arbeitsteilung. Gemeinsam ist diesen Konzepten, dass das Besondere der „Kultur“ als ein semantischer Zusammenhang historisch gewachsener Wahrnehmungsformen und Praxen, die die Arbeitsprozesse ebenso wie die Interaktionsformen betreffen nur begrenzt wahrgenommen wird.

Im Kontext unserer Untersuchung wird der Begriff Arbeitskultur in einem weiteren Sinne verstanden. Sie umfasst nicht nur die konkrete Arbeitssituation innerhalb eines Unternehmens, sondern sie dient in analytischer Weise dazu, die kulturellen Gemeinsamkeiten von Gewerken und Arbeitsformen (Arbeitsaufgaben, Prozessgestaltung, Anforderungen) zu fassen, deren Arbeit gleich oder ähnlich beschaffen ist bzw. unter einem Begriff subsumiert werden kann. Entsprechend werden Unternehmenskulturen als konkrete Praxen arbeitskulturellen Handelns verstanden und sind in diesem Zuschnitt immer auch Teilmengen einer umfassenderen Arbeitskultur.

Stärker an einem Konzept für empirische und analytische Studien orientiert formuliert Widuckel (Widuckel 2015, S. 30): „Unter dem Begriff der Arbeitskultur werden [...] die Arbeit und das Arbeitshandeln als individuelle und gesellschaftliche Tätigkeit prägende Werte und Normen sowie die ihr unterliegenden sozialen Beziehungen verstanden“. Daraus ergibt sich, dass Arbeitskultur die Werte, Normen und charakteristischen sozialen Beziehungen umfasst, die bei gleicher oder ähnlicher Arbeit wirkmächtig sind und über die konkrete Manifestation innerhalb eines Unternehmens oder einer Unternehmenskultur hinausweisen. Arbeitskultur meint also nicht nur das konkrete Arbeitshandeln, sondern hat die Lebenswelt der Arbeitenden im Blick (vgl. zum Begriff der Lebenswelt in der Arbeit Vollmerg/Senghaas-Knobloch/Leithäuser 1986). In ihrem einführenden Beitrag zum Tagungsband „Arbeitskulturen im Umbruch“ zeigen Götz und Wittel (2000), dass die begriffliche Unschärfe mit Blick auf Arbeitskulturen auf eine Ambivalenz hindeuten, die produktiv analytisch genutzt werden könnte. Wenn synonym aber nicht kongruent Arbeitsmilieus, Arbeitskulturen und Unternehmenskulturen vermischt werden, dann zeigt sich, dass die oben gemachten Differenzierungen in der Empirie nicht einfach aufgelöst werden können und forschungslogisch pragmatisch gewendet werden müssen. Der Begriff Arbeitskultur ist in der Literatur nicht abschließend definiert. Häufig wird er auch verwendet, ohne

den damit verbundenen Gehalt zu spezifizieren. Daher wird der Begriff hier in erster Linie als Heuristik verwendet.

3.1.2 Zusammenfassung der Ergebnisse zu den vier ausgewählten Arbeitskulturen⁷

Zu jeder der Arbeitskulturen wurde eine empirische Fallstudie erarbeitet, der jeweilige einschlägige Forschungsstand erhoben und die Ergebnisse aus den Befragungen der Beschäftigten und der Firmeninhaber_innen bzw. der Personalverantwortlichen erhoben. Zwei Fallstudien sind bereits publiziert (Ambulante Pflege und Handwerk; die beiden anderen Studien zum Hotel- und Gaststättengewerbe und zur IT-Branche sind bei den Working Paper der Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung zur Publikation eingereicht. Aus den Befragungen hat sich noch eine Sonderauswertung ergeben, die anhand von acht Fallstudien die biografischen Hintergründe und Bewältigungsformen des Lebens mit chronischer Krankheit im Klein- und Mittelbetrieb thematisiert, die ebenfalls zur Publikation eingereicht ist (Hien & Funk: *Chronisch krank im Klein- und Mittelbetrieb: unterschiedliche Konstellationen, hoher Unterstützungsbedarf – acht Fallberichte; vgl. Anhang 4*). Dort wird zum einen die große Heterogenität der Konstellationen beschrieben, in denen sich gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte in KMU-Betrieben befinden – die Heterogenität betrifft dabei Lebensalter, Art und Schwere der krankheitsbedingte Beeinträchtigung als auch die konkreten betrieblichen Situationen; zum anderen zeigt sich ein besonderer Beratungs- und Unterstützungsbedarf der Beschäftigten, der durch die unübersichtlichen Angebote und die zerstückelten Zuständigkeiten nicht befriedigt wird.

3.1.2.1 Handwerk

Die im folgenden zusammengefassten Ergebnisse sind ausführlich dokumentiert in einer Projektveröffentlichung: Blasczyk, Sascha Alexander (2018): Nachhaltige Beschäftigungssicherung für ältere und gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte im Handwerk. Von der Sorge zur guten Lösung?, Düsseldorf. https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_103_2018.pdf (Abruf am 20.11.2018).

In die Erhebung wurden Interviews mit acht Verantwortlichen von Handwerksbetrieben, sowie mit elf Beschäftigten geführt.

Die Ergebnisse im Handwerk zeigen einen deutlichen Nachholbedarf bei der nachhaltigen Beschäftigungssicherung. Dieser ist abhängig von Bedingungen innerhalb der Betriebe, die sich in dieser Hinsicht in großem Maße unterscheiden. Die häufig unterstellte patriarchale Sorge im Handwerk ist nur eine von mehreren Einstellungen die sich im Sample finden lässt. Einige Beschäftigte erleben Egalität oder Ablehnung bei der Beschäftigungssicherung innerhalb der Betriebe. Grundlegend für die Thematisierung von Krankheit innerhalb des Handwerks ist der Umstand, dass körperlicher Verschleiß normalisiert und als mehr oder weniger zwangsläufige Folge der jeweiligen Tätigkeit angesehen wird (vgl. dazu schon Gerhardt 1986; Hien 2018a); mit Blick auf Industriearbeit kommt Hien zu einem ähnlichen Ergebnis, dass Krankheit von der Arbeiterschaft teilweise auch heute noch als „Kollateralschaden der Arbeit“ (Hien 2018a, S. 217) betrachtet wird. Daraus werden von den Beschäftigten in unserem Sample aber keine Ansprüche an eine verbesserte Prävention oder einer gesünderen Arbeitsgestaltung im Allgemeinen abgeleitet. Die Gründe dafür sind vielfältig, paradox und in der Lebenswelt der Befragten angelegt: 1. Bedeutet der Einsatz des Körpers Kollegialität, 2. Vermitteln handwerkliche Tätigkeiten in hohem Maße Selbstwirksamkeit und bilden eine wichtige psychosoziale Ressource für die Beschäftigten 3. Ergeben sich aus einem hohen auch körperlichen Einsatz in der Arbeit für die Handwerker_innen legitime Ansprüche an die Sozial- und Unfallversicherungsträger. Die Perspektive der Beschäftigten wird ergänzt um einen in Fragen der gesunden Arbeit meist abwärts gerichteten Vergleich, in dessen Folge die eigene relativ gute Arbeitssituation zum gleichsam objektiven Maßstab guter Arbeit erhoben wird.

Auf Seiten der Betriebe fehlt es (üblich für KMU) häufig an Wissen rund um Instrumente und Strategien zur Beschäftigungssicherung, das ist meist auch mit Defiziten innerhalb des Arbeits- und

⁷ Teile der im Folgenden dargestellten zusammenfassenden Ergebnisse sind den bereits veröffentlichten bzw. eingereichten Texten entnommen, ohne dass die Übernahmen im Einzelnen gekennzeichnet wären.

Gesundheitsschutzes verbunden. Dennoch gibt es Beispiele guter und sehr guter Praxis. Diese verdeutlichen, dass trotz bedingter Gesundheit ein Ausscheiden aus dem Erwerbsleben für Handwerker_innen nicht zwangsläufig sein muss. Entscheidend ist in diesen Fällen meist die Bildung von Allianzen bspw. mit der BG Bau oder mit einem regionalen Verein, der sich die Sicherung der Beschäftigung im Handwerk zum Ziel gesetzt hat. Die Einbindung in Handwerkskammern (verpflichtend) und Innungen (freiwillig) scheint innerhalb der Betriebe förderliche Voraussetzungen für die Akzeptanz von überbetriebliche Unterstützungsinstanzen zu sein. Dabei ist die Frage welcher Akteur (BG, Krankenkasse, Handwerkskammer, ...) als Partner auf Seiten der Betriebe und Beschäftigten akzeptiert wird von persönlichen Einstellungen und regionalen Bedingungen abhängig. Die Betriebe lassen sich bei der überbetrieblichen Unterstützung auf unterschiedliche Grade des Umfangs und der Verbindlichkeit ein. So berichtete ein Experte, dass es Betriebe gibt, die ihn in der Beratungspraxis wegen einzelner Fragen anrufen und sonst keinerlei weitere Unterstützung wünschen. Ebenso gibt es im Sample einen Betrieb, der das Angebot „Arbeitsschutz mit System“ der BG Bau und darauf aufbauend eine umfassende präventive Strategie entwickelt hat, die auch zur Sicherung der Beschäftigung älterer Beschäftigter genutzt wird. Die Zusammenarbeit mit der BG Bau ist langfristig angelegt und es gibt regelmäßige Treffen mit einer Vertretung der BG um den aktuellen Stand zu evaluieren und die weiteren Bemühungen abzusprechen.

3.1.2.2 IT-Branche

Die im folgenden zusammengefassten Ergebnisse sind ausführlich dokumentiert in einer bei den Working Paper der Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung eingereichten Projektveröffentlichung: Blasczyk, Sascha Alexander (2019): Bedingungen der Beschäftigungssicherung in Kleinen und Mittleren Betrieben der IT-Branche. (Vgl. Anhang 5)

Die empirische Basis der Erhebung beruht auf Interviews mit Betrieben und Beschäftigten. Auf betrieblicher Seite wurden sechs Vertreter_innen von sieben IT-Betrieben befragt, zwei davon bei Unternehmen mit etwas mehr als 100 Beschäftigten. Darüber hinaus lagen 12 Interviews mit betroffenen Beschäftigten vor.

In der IT-Branche stellt sich der Stand zur Beschäftigungssicherung ebenfalls sehr heterogen dar. Dabei ist anders als im Handwerk deutlicher erkennbar, dass dieser Umstand von der Größe und weiteren Merkmalen der Betriebe (Marktposition, Aspiration) abhängig ist. Hier gilt: KMU ist nicht gleich KMU. Insbesondere in den kleinen Betrieben ist der Arbeits- und Gesundheitsschutz und BEM kaum verbreitet. Viele gesetzliche Anspruchslagen und Instrumente der Prävention und Rehabilitation sind nicht bekannt und eine aktive Informationssuche erfolgt seitens der Beschäftigten und vereinzelt der Betriebsinhaber nur anlassbezogen. Dieser Umstand ist in der Arbeitskultur angelegt. Diese thematisiert, parallel zu den arbeitswissenschaftlichen Diskursen, Gesundheit vornehmlich vor dem Hintergrund psychischer Erkrankungen. So erscheint die Arbeitskultur als *körperlos* im Selbstverständnis der Befragten. Gleichwohl finden sich im Sample auch somatische Erkrankungen und körperliche Behinderungen, die nicht ohne weiteres bearbeitet werden können und in einem Fall zu einer Erwerbsminde rungsrente führte. Dennoch wird auch in den Interviews mit den Beschäftigten deutlich, dass die psychischen Belastungen auch lebensweltlich eine große Bedeutung haben, da der Druck in der Arbeit durch bspw. entgrenzte Arbeitszeiten, die Gleichzeitigkeit von Anforderungen und Arbeitsaufgaben, Unterbrechungen oder die Koordination von Arbeitsaufträgen innerhalb von Projektteams eine Herausforderung für die Beschäftigten darstellt; dies steht in Übereinstimmung mit den allgemeinen, betriebs- und arbeitskulturunspezifischen Studien zur Zunahme von psychischer Belastungen im Wandel der Arbeitswelt (vgl. z.B. Lohmann-Haislah 2012). Die Praxis, Arbeit zu überplanen ist in vielen Betrieben des Samples etabliert. Einige Betriebe setzen dieses Instrument dazu ein um zu verhindern, dass sich in der Arbeit Leerläufe einstellen, andere, so ergibt sich aus den Interviews mit Beschäftigten, machen dies um möglichst kostengünstige und schnelle Projekte bei Kunden anbieten zu können.

Die Tatsache, dass psychische Belastungen in der IT-Branche anerkannt sind, hat gleichwohl nicht zur Folge, dass die Betriebe hierauf in besonderer Weise reagieren. Das gilt auch für die in der Gesundheitsprävention besser aufgestellten beiden größeren KMU-Betriebe in unserem Sample. Die Dethematisierung von Körperlichkeit geschieht vor dem Hintergrund einer angenommenen fehlenden

pragmatischen Relevanz, in der implizite Normalitätserwartungen nicht reflektiert werden. Bei den psychischen und psychosomatischen Erkrankungen wird von Seiten der Betriebe betont, dass man sich aus Gründen der Diskretion nicht zu weit in die Privatsphäre der Betroffenen vorwagen möchte. Dennoch ist im Sample erkennbar, dass abhängig von den Charakteristika eines Betriebes Lösungen gefunden werden um in Einzelfällen eine nachhaltige Beschäftigungssicherung trotz bedingter Gesundheit zu realisieren.

Die Allianz- und Netzwerkangebote für IT-Betriebe sind zwar breit gefächert, dabei aber unspezifisch und gehen nicht oder nur in geringem Umfang auf die Besonderheiten in der IT-Arbeit ein. Im Sample finden sich lediglich die beiden größeren Betriebe, die in Gesundheitsnetzwerken aktiv sind. Diese Netzwerke sind in ihrer Anlage nicht auf die IT-Branche bezogen, bieten also eher generelle Informationen und insbesondere die Möglichkeit mit relevanten Akteuren des Feldes Kontakte zu knüpfen um diese anlassbezogen zu aktivieren. Es lassen sich keine generalisierbaren Aussagen zur Akzeptanz von Akteuren zur Allianzbildung bei den kleinen IT-Betrieben machen.

3.1.2.3 Ambulante Pflege

Die im folgenden zusammengefassten Ergebnisse sind ausführlich dokumentiert in einer bei den Böckler-Working-Papers erschienen Projektveröffentlichung: Hien, Wolfgang (2018): Krank - und in der ambulanten Pflege arbeiten? Eine Fallstudie zur Arbeit mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Klein- und Mittelbetrieben, Düsseldorf. https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_055_2018.pdf (Abruf am 4.12.2018).

Die Fallstudie beruht auf neun leitfadengestützten offenen Interviews, drei davon mit Leitungskräften, die selbst aus der Pflege kommen und teilweise noch in der Pflege mitarbeiten; sechs weitere Interviewpartner_innen sind langjährig in der ambulanten Pflege tätig, zwei davon lassen sich keinem der drei Betriebe zuordnen, wobei davon eine Pflegekraft mittlerweile in die stationäre Pflege gewechselt und eine ihren Beruf ganz aufgegeben hat.

Der Bereich der ambulanten Pflege wurde gewählt, weil der einschlägige Forschungsstand wie er in dem im o.a. genannten Artikel dargestellt ist anders als im Sektor der stationären Kranken- und Altenpflege im deutschsprachigen Raum bis auf wenige Studien (z.B. Büsing 2000; Glaser/Höge 2005; Bauer-Sternberg et al. 2008 sowie Grabbe et al. 2006). In der explorativen Fallstudie stehen das subjektive Erleben, der praktische Umgang mit bedingter Gesundheit im Betrieb und zu Hause sowie die Einschätzungen der Situation seitens der Beschäftigten wie der Arbeitgeber_innen im Fokus. Darüber hinaus wird der Frage nachgegangen, wie und unter welchen Bedingungen in diesem Feld auch Ältere und leistungsgewandelte Arbeitnehmer_innen tätig sein können.

Im Ergebnis zeigen sich folgende Aspekte: Es dominiert eine sich zwischen „Berufung“ und „Herzblut“ bewegende Arbeitshaltung, der zugleich die Gefahr einer Überverausgabung mitgegeben ist. Doch es gibt auch Kritik an der Branche. Die Schlüsselsätze, „Wir haben immer so dieses Helfersyndrom“ und „Mit Idealismus in der Pflege kann man sowieso nur scheitern“ sind, obzwar sie aus einer gegensätzlichen Perspektive kommen, miteinander verschränkt. Auf der einen Seite stehen ungenügende gesellschaftliche und organisationale Rahmenbedingungen, d. h. die derzeit vorfindlichen Verhältnisse; auf der anderen Seite steht das helfen-wollende Individuum. Die Berufs- und Lebenskunst besteht darin, zwischen diesen Polen eine Balance zu finden. Aus Gefühlsarbeit Kraft zu ziehen, gleicht einer Gratwanderung. Hohe Ansprüche an sich selbst resultieren sowohl aus berufsethischen Idealvorstellungen wie aus einer Anerkennungsbedürftigkeit, die das erlebte Manko mittels „Helfen“ zu sätigen versucht (Schmidbauer 2002). Hohe Ansprüche an sich selbst führen, wenn Abgrenzung nicht gelingt, zu Über-Engagement und Über-Verausgabung, was das Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Gratifikation noch weiter verstärkt – mit entsprechenden Risiken wie Erschöpfung und Burnout. Die oftmals unvermeidliche Anpassung in der praktischen Arbeit an die gegebenen Verhältnisse führt leicht zur moralischen Dissonanz – wieder mit den gleichen gesundheitlichen Risiken. Lebensgeschichtliche Konflikte mit Anerkennung zu sättigen, geht ebenfalls nicht auf – auch hier drohen Burnout und Depression. Eine allzu glatte Anpassung an die Verhältnisse ist freilich nur mit einer moralischen Erosion zu erkaufen – eine zweifelsohne vorhandene Tendenz, die sich jedoch in unserem Sample nicht

abbildet. Wohl aber werden die ungenügenden Rahmenbedingungen benannt, die einer solchen Tendenz Vorschub leisten.

Die interviewte Person, die bereits ihren Beruf aufgegeben hat, spricht nicht mit Kritik an der Branche. Der DAK-BGW-Umfrage zufolge ist insgesamt etwa ein Drittel der in der ambulanten Pflege Beschäftigten mit ihrem Betrieb bzw. ihrem Vorgesetzten unzufrieden (Grabbe et al. 2006, S. 49). Vor diesem Hintergrund sind in unserer Studie die hinsichtlich der Betriebskultur benannten negativen Momente zumindest nicht über-schätzt. So ist insgesamt davon auszugehen, dass in die Situation der in der ambulanten Pflege Beschäftigten – mit dem Fokus „Arbeit mit bedingter Gesundheit“ – ein zutreffender erster Einblick gegeben wird. Die herausgearbeiteten Deutungsmuster der interviewten Pflegekräfte lassen die These zu, dass in der spezifischen Arbeitskultur der ambulanten Altenpflege die hohen Belastungen durchaus differenziert wahrgenommen und Bemühungen hinsichtlich einer Gesunderhaltung der Beschäftigten deutlich sichtbar sind. Doch nicht das formale „Abarbeiten“ der gesetzlich vorgesehenen Aufgaben wie Gefährdungsbeurteilung und Eingliederungsmanagement, sondern das „Leben“ der darin enthaltenen Inhalte ist entscheidend. Im eher kleinbetrieblichen Milieu wie dem der ambulanten Pflege erscheinen den Arbeitenden formalisierte, standardisierte und organisational festgelegte Prozesse fremd. Formalia, die vor allem in der Qualitätssicherung gefordert sind, abstrahieren im Empfinden der Pflegenden vom menschlichen Bezug. Zur spezifischen Arbeitskultur gehört, das zu Regelnde in die Lebenswelt einzubetten. Das gelebte „organisierte Chaos“ wird zu einem Positivum, wenn es eingebunden ist in eine fürsorgliche und nicht selten auch matriarchale betriebliche Vertrauenskultur. Dennoch stellen sich diesen Bemühungen Rahmenbedingungen entgegen, so z. B. die immer noch mangelnde gesellschaftliche und damit auch die mangelnde monetäre Anerkennung der Altenpflege.

Kotthoff und Reindl (1990) untersuchten die Arbeitskultur in kleinen und mittleren Industriebetrieben. Sie entdeckten ganz unterschiedliche „betriebliche Sozialordnungen“, die dem jeweiligen „Sozialcharakter eines Unternehmens“ entsprechen. Im Sozialgefüge eines Betriebes bestimmend ist die Unternehmerpersönlichkeit. Ein intensives Aufeinanderbezogensein von Unternehmer_in und Mitarbeitenden entspricht einer „gemeinschaftlichen Sozialordnung“, die sich zwischen pragmatischen und patriarchalen Arrangements bewegt. Den vorrangig am Verwertungsinteresse orientierte Typus nennen die Autoren „instrumentalistische Sozialordnung“. Hier werden Mitarbeiter_innen als austauschbare und manipulierbare Produktionsmittel gesehen. Die ambulante Altenpflege ist überwiegend dem gemeinschaftlichen Sozialtypus zuzuordnen. Es mag viele pragmatische Arrangements geben, doch prägend ist hier eindeutig die Unternehmerpersönlichkeit. Anstelle des Patriarchats steht in der ambulanten Pflege eher ein Matriarchat und eine betont familiäre Betriebsatmosphäre. Interessenkonflikte werden nicht geleugnet, doch fehlen gerade in den familiär geführten Betrieben Interessenvertretungen der Beschäftigten. Die Mehrheit der Beteiligten geht davon aus, dass Konflikte „auf dem kurzen Dienstweg“ besprochen und gelöst werden können. Gleichwohl wünschte sich in unserem Sample eine Leiterin – erfolglos – einen Betriebsrat.

Wir haben gesehen, dass ambulant Pflegende – wie bereits für stationär Pflegende beschrieben (Rieger 2017, S. 77–105) – in das Dilemma zwischen aufopfernder Überverausgabung einerseits und einer klaren Grenzsetzung mit der Gefahr einer ungenügenden Pflege andererseits geraten können. Unsere Studie zeigt: Es gibt auch andere Pflegebetriebe, und es gibt auch in bestehenden Betrieben eine „Bewegung“. Nur erfordert eine solche Bewegung, die bestehenden Machtverhältnisse realistisch einzuschätzen, die unerlässlichen Bündnispartner_innen zu suchen und sich die richtigen Schritte zum richtigen Zeitpunkt zu überlegen. Weder Fatalismus noch Selbstüberschätzung helfen hier weiter. Das vertrackte Paradoxon: Versteinerte Verhältnisse zum Tanzen zu bringen, erfordert ein initiales Heraustreten aus diesen Verhältnissen, einen persönlichen Schritt in die konkrete Utopie. Beides, das Verbleiben und das Heraustreten, erspart den Betroffenen nicht das unvermeidliche Psychodrama zwischen passivem Leid und aktiver Veränderung, welche gleichwohl leidvoll sein und für die es keine Erfolgsgarantie geben kann.

Einer betriebspolitischen und gewerkschaftlichen Organisierung der Beschäftigten steht eine Vielzahl von Umständen im Wege, die zum einen der zumeist industriefernen und damit auch hinsicht-

lich der Arbeiter- und Arbeiterinnenbewegung traditionsfernen Sozialisation, zum anderen dem familial geprägten Betriebsmilieu, vor allem aber der darin verorteten überwiegenden Alleinarbeit geschuldet ist. Wie Bathke (2004) zeigt, sind ambulante Pflegekräfte „auf dem Weg zum personenbezogenen Arbeitskraftunternehmer“ und entwickeln daher eher individuelle Perspektiven auf ihr Arbeitsfeld. Ambulante Betriebe sind Organisationen von Alleinarbeiterinnen und Alleinarbeitern. „Hier lassen sich keine (stabilen) Belegschaften mobilisieren und ‚Arbeitermacht‘ als Drohpotential für Verhandlungen strategisch nutzen“ (Becker 2014, S. 140). In der ambulanten Altenpflege gehen, wie im Gesundheits- und Sozialwesen allgemein, Erfahrungs- und Bedarfslagen weit über die rein ökonomistische Ausrichtung hinaus, welche die tradierte Gewerkschaftsarbeit überwiegend bedient. Die vorliegende Fallstudie zeigt, dass es vielfältige Ansatzpunkte hinsichtlich einer Auseinandersetzung um „gute Pflege“ gäbe, und gerade auch für gute Pflegearbeit mit bedingter Gesundheit. Es würde den Rahmen der vorliegenden Fallstudie sprengen, Überlegungen hinsichtlich künftiger gewerkschaftlicher Organisationsarbeit anzustellen – dies muss weiteren spezifischen Forschungen vorbehalten bleiben.

Hinsichtlich der pflegetypischen Arbeitskultur und der darin eingebetteten spezifischen Umgangsweise mit Krankheit und Gesundheit sind mehrere gegenläufige Trends zu konstatieren: Zum einen führt die eher kleinbetriebliche und familiäre Betriebskultur zu einer im Vergleich zu anderen Branchen größeren Offenheit: Man hält mit Diagnosen und Befunden „nicht hinterm Berg“, d. h. in der Regel wird offen über Erkrankungen geredet, auch mit Leitungspersonen. Dazu trägt auch wesentlich der Umstand bei, dass das Arbeitsmilieu der ambulanten Altenpflege ein genuin weibliches ist: 90 Prozent der Beschäftigten sind Frauen (Statistisches Bundesamt 2017). Diese sind eher bereit, Belastungen und Gesundheitsprobleme zu kommunizieren als Männer (Kuhlmann/Kolip 2005). Zum anderen aber – ein Umstand, der dem positiven Trend gleichsam entgegenläuft – bietet die ambulante Pflegearbeit, die überwiegend allein und selbstverantwortlich verrichtet werden muss, einen Nährboden für ein die Gesundheit konterkarierendes Durchhalteverhalten, d. h. Pflegende gehen oftmals auch dann zur Arbeit, wenn sie sich krank fühlen und besser einen Arzt aufsuchen sollten. Dieses Verhalten wird noch dadurch verstärkt, dass man Kolleginnen und Kollegen, die „im Frei“ sind, nicht ihre freie Zeit und ihre privaten Termine wegnehmen möchte. Das Durchhaltesyndrom betrifft vor allem ältere Pflegekräfte, während jüngere eher bereit sind, bei Krankheitssymptomen sich krank zu melden. In den Altersgruppen ab 50 Jahre nehmen die Fallhäufigkeit ab und die Falldauer zu (Grabbe et al. 2006, 157ff.). Das Durchhalteverhalten leistet einer Chronifizierung Vorschub (Hien 2006). Umso schwieriger wird, nach einer längeren Krankheit, der Wiedereinstieg in die Arbeit. Unsere Fallbetrachtungen lassen die Hypothese zu, dass noch genesende respektive gesundheitlich nicht mehr vollständig wiederhergestellte Menschen von Ängsten geplagt sind oder Arbeitsvorstellungen entwickeln, deren Realisierungschancen sie nicht oder nur unzulänglich abschätzen können. Leitungskräfte und Arbeitsteams stehen vor dem Problem unvollständigen Wissens, hegen diffuse Befürchtungen oder beschönigende Hoffnungen.

„Krank durch und krank zur Arbeit“ – das ist kein schicksalhafter Zustand. Die Branche der ambulanten Altenpflege ist, das zeigen die Interviews, nach wie vor von vielfältigen Belastungen gekennzeichnet, denen mit primär-, sekundär- und tertiärpräventiven Maßnahmen zu begegnen ist (Weber/Peschkes/Boer 2015). Vorrang hat immer die betriebliche *Primärprävention*, um das Entstehen arbeitsbedingter Erkrankungen zu verhindern oder in ihrem Ausmaß zu vermindern. Betriebliche Primärprävention setzt sich aus Arbeitsschutz- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen zusammen: Ergonomie wie z. B. höhenverstellbare Betten, Lifter und Gleitmatten, aber auch Kinästhetik, Rückenkollegs der BGW und regelmäßige Fitness-Übungen. Unabdingbar ist, für Pflegebetten zu sorgen, die auf Leistenhöhe verstellt werden können (Freitag et al. 2014). Dass mechanische Hilfen Rückenerkrankungen bei Altenpflegekräften deutlich reduzieren können, wurde jüngst durch eine US-amerikanische Studie erhärtet (Gold/Punnett/Gore 2017). Hilfsmittel können als gleichsam archimedischer Punkt einer präventiven Betriebspolitik gesehen werden. Mit allen beteiligten „Parteien“ und Institutionen muss um die ausreichende und nachhaltige Bereitstellung von Hilfsmitteln gerungen werden, um die Arbeit der Pflegekräfte gesünder zu gestalten. Gegebenenfalls muss am Rechtsrahmen entsprechend nachjustiert werden. Zugleich muss über Qualifikation, Schulung und Unterweisung gesprochen wer-

den. Unzureichende Qualifikation insbesondere bei ambulant tätigen Altenpflegekräften führt zu Unsicherheiten in der Behandlungspflege und hierdurch zu teilweise erheblichen psychischen Belastungen. Hier gilt es durch Weiterqualifizierung sowie inner- und überbetriebliche Schulungen nachzusteuern. Hierauf weist auch eine, vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Handlungshilfe hin (Das Demographie-Netzwerk 2017). Ebenso sind entsprechende betriebliche Hintergrund-dienste vorzuhalten, die bei Unklarheiten oder Problemsituationen zu Rate gezogen werden können. Der Einsatz mechanischer und digitaler Hilfsmittel muss durch Unterweisungen und Übungen unterstützt werden. Es bleibt freilich der Faktor der persönlichen Disposition, ob Alleinarbeit oder Teamarbeit die geeignete Arbeitsform darstellt.

Zur Primärprävention gehört auch eine gesundheitsgerechte Betriebsorganisation, d. h. eine Organisation, welche die Fahrzeiten berücksichtigt und den Pflegenden genügend Zeitpuffer lässt, auch Besonderheiten ihrer Arbeit angemessen bewältigen zu können. Eine „gesunde Organisation“ und eine entsprechende Achtsamkeits- und Kommunikationskultur sind auch deshalb angesagt, um die emotionale Dissonanz, die moralisch-ethischen Dilemmata und den Gewissens-Stress so weit wie möglich aufzufangen und abzumildern. An „Sinnfragen“ alleine zu arbeiten, d. h. das Bemühen, bestehende Beanspruchungen in ein System persönlicher Bedeutungen zu integrieren (Wassermann et al. 2014), reicht hierfür nicht aus. Eine Studie mit 208 stationären und ambulanten Altenpflegekräften in verschiedenen Regionen Deutschlands konnte zeigen, „dass Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei Altenpflegekräften in erster Linie an der Verbesserung der Arbeitsbedingungen ansetzen müssen und die Stärkung von Sinnstiftung als ergänzende Maßnahme zur Steigerung von Vitalität Erfolg verspricht“ (ebenda, S. 51). In einem Interview mit der Pflege-Unternehmerin Tews-Harms (Kliner et al. 2017, 121ff.) kommt ein Set von gesundheitsförderlicher Maßnahmen zur Sprache, die – eine gemeinschaftsorientierte Sozialordnung vorausgesetzt – auch in kleineren ambulanten Pflegebetrieben zur Anwendung gebracht bzw. umgesetzt werden können:

- flache Hierarchien
- Führungskräftetrainings
- Wertschätzung und Verlässlichkeit
- Rücksichtnahme auf die persönliche Lebenssituation
- Handlungsspielräume in der Arbeitsorganisation und der Arbeitsgestaltung
- Mitarbeiter_innen-Kurse für Entspannungsübungen während der Arbeitszeit.

Unsere Fallstudie zeigt, dass die Bedeutung der Primärprävention mittlerweile von vielen Betrieben erkannt worden ist, auch wenn es Betriebe geben mag, die der Notwendigkeit einer gesundheitsgerechten Organisationskultur noch aus dem Weg zu gehen versuchen. Hier ist weitere Aufklärungsarbeit gegenüber den Betrieben, aber auch gegenüber den Beschäftigten angezeigt. Zu wünschen wären unserer Auffassung nach, auch entsprechende Aufklärungskampagnen der zuständigen nationalen, regionalen und lokalen Gewerkschaftsgliederungen, wohlwissend, dass dies eine andere Prioritätensetzung in der Arbeit der Gewerkschaftsapparate erfordern würde.

Betriebliche *Sekundärprävention* besteht in ambulanten Pflegebetrieben vor allem in einer Aufmerksamkeitskultur, insbesondere seitens der Leitungskräfte, um sich anbahnende Krankheitsprozesse frühzeitig zu erkennen und entsprechende interventive Maßnahmen einzuleiten. Die BGW-Kollegs zu Haut und Rücken zählen ebenfalls zur Sekundärprävention, gilt es doch, schwerere Erkrankungen durch verbesserte Vor-sorge zu verhüten. Betriebliche *Tertiärprävention* bezieht sich auf Maßnahmen, für Arbeitskräfte nach durchgemachter Krankheit und bleibenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen geeignete Arbeitsaufgaben zu finden und für eine insgesamt bessere „Passung“ von Menschen und Arbeitsplatz zu sorgen. Dies kann umso besser gelingen, wenn Primär- und Sekundärprävention im Betrieb „gelebt“ werden. Bei all dem ist es unstrittig, dass insbesondere für Klein- und Mittelbetriebe eine überbetriebliche Unterstützung durch Institutionen der Sozialversicherung, Integrationsamt und Fachdienste zu entwickeln und in Form neuer Allianzen zu verstetigen sind. Hier zeigen sich in der gegenwärtigen Situation erhebliche Defizite. Der Prozessablauf bei eingetreterner Krankheit wird durch bürokratische Hürden und Ressort-Egoismen behindert. Vor allem fehlen eine gute Koordination und Absprache zwischen den verschiedenen überbetrieblichen Institutionen und

Einrichtungen. Die großen offiziellen Netzwerke wie die „Initiative Neue Qualität der Arbeit“ (INQA) haben dazu Anstöße gegeben (Bauer-Sternberg et al. 2008; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2010). Doch reichen diese nicht aus: Es bedarf kontinuierlicher ortsnaher Unterstützungsnetzwerke, die problemadäquat auf die jeweiligen und zu-weilen sehr heterogenen Arbeitskulturen und betrieblichen Sozialordnungen eingehen.

3.1.2.4 Hotel- und Gaststättengewerbe

Die im Folgenden zusammengefassten Ergebnisse sind ausführlich dokumentiert in einer bei den Böckler-Working-Papers Forschungsförderung eingereichten Projektveröffentlichung: Hien, Wolfgang (2018): Kellnern – das schafft keiner bis 67. Eine Fallstudie zu chronischen Belastungen und Erkrankungen im Gastgewerbe, Düsseldorf. https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_108_2018.pdf (Abruf am 6.12.2018).

Die Fallstudie unternimmt den Versuch, Struktur und Kultur des überwiegend klein- und mittelbetrieblich geprägten Gastgewerbes darzustellen und auf die Frage hin auszuleuchten, wie im Gastgewerbe Betriebe und Beschäftigte mit Älterwerden, chronischer Erkrankung, Wiedereingliederung und Teilhabe am Arbeitsleben umgehen. Die empirische Basis hierfür bilden 20 offene, narrativ-episodische Interviews, welche im Rahmen eines theoretischen Samplings akquiriert, durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet wurden. Von besonderem Interesse waren subjektive Deutungsmuster gesundheitlich Belasteter und chronisch Erkrankter. Im Ergebnis zeigen sich sehr unterschiedliche betriebliche und persönliche Konstellationen, die vom abrupten Berufsausstieg bis zur uneingeschränkt positiven Berufsorientierung reichen. Durchgängig sind die Muskel-Skelett-Belastungen hoch, und jeder zweite Befragte leidet unter Schulter-, Rücken- oder Knie-Erkrankungen, die bei Dauerbelastung chronifizieren. In nur wenigen Fällen konnten Betriebe und Betroffenen auf überbetriebliche Hilfen und Unterstützung zurückgreifen. Am Beispiel des Gastgewerbes wird erneut sichtbar, wie dringend erforderlich die Bildung neuer Allianzen zur Beratung und Unterstützung im Falle von chronischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Arbeitsleben ist.

Übereinstimmend wird von ungünstigen bis extrem harten und belastenden und gesundheitlich hoch risikohaften Arbeitsbedingungen berichtet. Als besonders problematisch erscheint die Situation älterer und gesundheitlich beeinträchtiger Köche und Köchinnen, Kellner_innen und Hotelbeschäftigen. Wir sehen bei der Hälfte der Befragten ein mehr oder weniger stark geschädigtes Muskel-Skelett-System, mehrfach schwere Schultererkrankungen, aber auch Krebs-, Herz-, Darm- und Hauterkrankungen. Depressive Episoden kommen ebenfalls vor, sind aber mit hoher Wahrscheinlichkeit im Sample unterrepräsentiert, alleine schon deshalb, weil Depressive sich kaum für ein Interview zur Verfügung zu stellen bereit sind. Die Hälfte der Befragten offenbarte, was die Arbeit im Gastgewerbe anbetrifft, in der Tendenz eine eher positive oder bedingt positive, die Hälfte der Befragten eine eher negative Arbeitsorientierung. Diese Verteilung korreliert fast übereinstimmend mit der Aufteilung in Betriebe mit einer eher fürsorglichen auf der einen und einer eher instrumentalistischen betrieblichen Sozialordnung auf der anderen Seite (Kotthoff/Reindl 1990). Nur in einem Fall finden wir eine positive Arbeitsorientierung trotz einer instrumentalistisch geprägten Betriebspraxis. Ein reguläres Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) gab es nur in einem Betrieb, in einigen Betrieben gab und gibt es eine eher improvisierte Wiedereingliederung, in der Mehrheit der Betriebe existiert faktisch kein BEM. Eine betriebsärztliche Betreuung gibt es in zwei Fällen, in 20 Fällen nicht.

Unser empirisches Material bestätigt den in internationalen Studien gesehenen *Healthy-Worker-Effekt*. Es gibt offensichtlich körperlich-konstitutionelle Faktoren, die eine Arbeit im Gastgewerbe erschweren oder begünstigen. Unser Material bestätigt zugleich den epidemiologischen Befund, dass eine gute Kondition nicht vor Schäden schützt. Mit der Kumulation der Beschäftigungsjahre im Gastgewerbe schreiben sich die Belastungen in den Körper ein, und es entstehen vorzeitige degenerative Erkrankungen. Die Belastungen konterkarieren den Healthy-Worker-Effekt bzw. lassen ihn mit steigender Beschäftigungsdauer zunehmend schwinden. Die Rolle der psychosozialen Faktoren im Gastgewerbe ist evident. Unser Material bestätigt den – schon von anderen Branchen gut bekannten – epidemiologischen Befund, nach dem positive Betriebskulturen und soziale Unterstützung durch Vorge-

setzte sich positiv, und negative Betriebskulturen und fehlende soziale Unterstützung durch Vorgesetzte sich negativ auf die Gesundheit auswirken. Bezogen auf diese Kontexte sehen wir Betriebe, in denen ältere Beschäftigte gefördert, und Betriebe, in denen ältere Beschäftigte diskriminiert werden. Unser Material erlaubt keine Aussage über eine – im Vergleich zu Männern – höhere physische, psychische und gesundheitliche Belastung der Frauen, ebenso wenig wie über eine besondere ethnisch motivierte Diskriminierung. Auch die BAuA-Befragungsdaten (Gerstenberg/Wöhrmann 2018) können den in internationalen Studien auffallenden Gender-Drift nicht bestätigen. Dieser Befund mag an einer anders strukturierten Hotel- und Gastronomiekultur in Deutschland liegen oder an der mangelnden geschlechtsspezifischen Analyse der einschlägigen Studien.

Das Spektrum der Lebens- und Berufsgeschichten der in unserer Fallstudie versammelten gewerblich Arbeitenden mit zumeist bedingter Gesundheit erwies sich als breit gefächert – es reicht von tiefer Resignation, über Verbitterung und rationale Abwahl bis zu euphorischen Arbeitsmotivation, d.h. bis zu Kellnern und Kellnerinnen, die sich „nichts anderes vorstellen“ können – trotz teilweise erheblicher gesundheitlicher Einschränkungen. Im Falle der Resignation ist den Betroffenen der Blick auf Alternativen und Veränderungsmöglichkeiten versperrt, verbunden mit Momenten einer erlernten Hilflosigkeit. Eine andere, gleichsam „mittlere“ Orientierung kann als Konstellationstypus des Durchhal tens beschrieben werden, verbunden mit starken Momenten einer Krankheitsverleugnung. Personen, die sich in einer derartigen Haltung verfangen oder verfestigen, tendieren dazu, krank zur Arbeit zu gehen, Reha-Maßnahmen abzulehnen und sich mit Stützgurten, Medikamenten und Fitnesstraining aufrecht zu halten. Der Körper wird hier als Arbeitsmaschine verstanden, was zu Entfremdungserscheinungen gegenüber einer lebendigen Leiblichkeit und Zwischenleiblichkeit führt. Schließlich begegneten uns auch Orientierungen einer hohen Arbeitsmotivation, die einerseits mit Arbeit als positiver Kraftquelle, andererseits aber auch mit Momenten einer Dissonanzverminderung korrespondieren kann.

Die Arbeit im Gastgewerbe scheint angesichts andernorts dominierender tayloristischer und posttayloristischer Arbeitssysteme ein Refugium längst vergangener Zeiten zu sein: eine auf den ersten Blick nicht-entfremdende Arbeit ganzheitlichen Zuschnitts, d.h. eine Arbeit, die vom Wunsch des Gastes bis zu dessen Befriedigung wahrgenommen, durchgeführt und hinsichtlich ihrer Qualität bewertet und abgeschlossen werden kann. Zu den „vergangenen Zeiten“ gehört gleichwohl das Dienstverhältnis: Der Kellner oder die Hotelfachfrau an der Rezeption sind gehalten, sich dem Wunsch des Gastes zu unterwerfen. Das begrenzt die Handlungsspielräume enorm, mit zugleich höchsten Anforderungen an Gefühls- und Emotionsarbeit (Hochschild 1983/2006; Böhle/Stöger/Weihrich 2015). Die Arbeitenden sind zwischen den Direktiven der Geschäftsleitung und den Ansprüchen der Gäste gleichsam „eingeklemmt“. Damit auf Dauer zuretzukommen, ist genau genommen ausgesprochen schwierig und setzt ein gesundes Selbstbewusstsein und profunde Lebenserfahrung voraus. Doch es gibt Fehlanpassungen: die der Überidentifikation mit der Rolle und die der übermäßigen Distanzierung. Überidentifikation bedeutet, sich mit der Arbeitsrolle so stark zu identifizieren, dass das Wollen der Auftraggeber_innen zum eigenen Wollen wird. „Um den Zwang nicht zu spüren, nimmt man ihn ins Ich herein“ (Parin/Parin-Matthéy 1978, 416f.). Ein jeder Mensch ist mit dem Anderen verwoben, ein jeder Mensch will anerkennen und anerkannt werden. Doch es gibt auch eine Pathologie der Anerkennung, ein Übermaß an „verkennende(r) Anerkennung“ (Bedorf 2010), eine Abhängigkeit, die darin besteht, allein die von außen gesetzten Erwartungen zum Humus der eigenen Identität zu machen. Im Sinne einer ideal-typischen Überspitzung kann bei starker Überidentifikation das Agieren und Interagieren einen Marionettenhaften, d.h. einen stilisierten, gekünstelten, affektierten, überdrehten, aufgeblähten oder manierierten Charakter annehmen. Das leibliche Ich und der Zwischenleiblichkeit sich hervordrängende „andere Leben“ wird von der Rollenidentität begrenzt, gefiltert und in den für den Arbeitsvollzug dysfunktionalen Teilen unterdrückt. Dieses „andere Leben“ ist aber entscheidend wichtig, um das Gleichgewicht zwischen Ich und Rolle zu wahren und die verschiedenen Anforderungen der Arbeits- und Lebenswelt aufeinander abzustimmen und auszubalancieren, d.h. in Teilen zu integrieren und in anderen Teilen Zumutungen und Zurichtungen zu widerstehen. Eine überbordende Rollenidentität kann eigene Bedürfnisse verschatten und dem Widerspruch den Boden entziehen. Diejenigen Personen aus unserem Sample, die eine hohe und auf das Gastgewerbe ausgerichtete Motivation zeigen, haben sich

in diese Gefahrenzone begeben. Ihre starke Persönlichkeit mag sie davor bewahren, zu „Marionetten“ zu werden und sich den damit verbundenen pathogenen Prozessen auszuliefern. Parin/Parin-Matthéy (1978) weisen darauf hin, dass Schattenseiten, die sonst tabu wären, mit der Rolle „ausgelebt“ werden können – Machtgelüste und Unterdrückungspraxen, wie sie uns im Interviewmaterial mehrfach begegneten. Der andere idealtypische Fall, die übermäßige Distanzierung von der Rolle, bedeutet, sich der Rolle im Grunde zu verweigern, d.h. sie nur „äußerlich“, automaten- oder schablonenhaft wahrzunehmen, doch innerlich in seiner „anderen Welt“ zu leben. Hier ist die Balance zwischen Ich- und Rollenidentität gestört, denn die Verbindung beider ist abgerissen. Die Anforderungen der Arbeitswelt werden mit größter Mühe bewerkstelligt, die innere Anspannung steigert sich bis zum Zerreißen und schließlich bis zum Zusammenbruch. Auch hier schmilzt die Verdopplung der Person in Ich- und Rollenidentität zusammen. Diejenigen aus unserem Sample, die aus Krankheitsgründen das Gastgewerbe verlassen haben, mögen noch rechtzeitig die „Notbremse“ gezogen haben, doch zumindest in einem Fall – im Fall der Geschichte von Herrn G. – augenscheinlich so spät, dass gravierende gesundheitliche Schäden zurückblieben, welche die Biographie weichenstellend und nicht unbedingt „zum Guten“ beeinflussten. Aus psychiatrischer Sicht benennt Fuchs (2000, S. 265) die Gefahr der „Selbstentfremdung gegenüber der eigenen Leiblichkeit“, womit ein Vorgang gemeint ist, der den die Betroffene_n der Welt entrückt und eine Leere entstehen lässt, die Raum für Gefühle von Verlorenheit, Illusionen oder Wahnvorstellungen bietet. In beiden Fällen – Überidentifikation und Überdistanzierung – führt die Verdrängung der zugrundeliegenden Konfliktlage zur Chronifizierung von Beanspruchungen und Krankheiten (Mitscherlich 1967), d.h. anfängliche Schulterschmerzen werden mental „weggedrängt“ statt sie zum Anlass für Veränderungen zu nehmen.

Im Betriebsgeschehen greifen unweigerlich makro- und mesosoziologische, sozial-psychologische und individualpsychologische Strukturen ineinander. Das Gastgewerbe befindet sich im Grenzbereich zwischen alten vormodernen und neuen neoliberalen Wirtschaftslandschaften. Auch im Gastgewerbe ist „Macht und Herrschaft in der Servicewelt“ (Staab 2014) präsent. In der betrieblichen Situation präformiert der Arbeitsablauf immer einen mehr oder weniger großen Anpassungzwang, dem sich Gruppe wie Individuum unterwerfen müssen, der aber auch immer wieder informell unterlaufen wird und auch unterlaufen werden muss. Keine Organisation kann sich rein rational aufrechterhalten. Diese für jeden Betriebsablauf notwendig informelle Ebene (Kühl 2011) wurde in der Arbeitssoziologie schon vor Jahrzehnten thematisiert. Konrad Thomas (1964) hat sie treffend als „verborgene Situation“ bezeichnet. Der arbeitende Mensch muss sich in den betrieblichen Ablauf einfügen und muss die Rollen übernehmen und ausfüllen, die ihm/ihr die Organisation zuschreibt, doch es gibt immer wiederstrebane Momente, die je nach psychosozialem Kontext belastend oder auch entlastend sein können. „Wenn sich Menschen im Betrieb ‚aufreiben‘, so ist das unter diesen Bedingungen zu sehen. [...] Angst, Nervosität und Ohnmacht ermöglichen wiederum, dass man sich dem Funktionieren anpasst. [...] Das, was in Wirklichkeit Verdrängung ist, muss als Gewöhnung erscheinen. Man muss sich selbst einreden, dass man sich an alles gewöhnen kann.“ (Thomas 1964, 87f.). Dies ist ein zirkulärer sozialer Mechanismus zwischen Angst, Anpassung und Funktionalität, die, wenn sich keine Öffnung auftut, über kurz oder lang in Verhärtung, Entpersönlichung und Krankheit enden kann. Individuelle Ausbrüche daraus sind kaum möglich oder doch mit hohen sozialen Risiken verbunden. Nur als Gruppe ist es möglich, an den offiziellen Regeln und der offiziellen Organisation vorbei einen informellen Weg der Entlastung, des Innehaltens, des Sich-Entspannens, des Wieder-zu-sich-Kommens, zu finden. Diese verborgenen Situationen halten Menschen im Betrieb lebens- und entfaltungsfähig. Das haben viele der hier vorgestellten Personen erkannt und für sich, wie für andere, immer wieder Wege gefunden, „das Schlimmste“ abzuwenden.

Die ungünstigen Arbeitsbedingungen im Gastgewerbe erscheinen vielen, auch den Betroffenen, als weitgehend unabänderlich. Doch dem muss entgegengehalten werden, dass unter bestimmten Bedingungen Änderungen immer möglich sind, auch wenn diese vielleicht nur graduell erscheinen mögen. Unser Interviewmaterial zeigt: Entscheidend sind die hinderlichen oder förderlichen Kontexte. Die Möglichkeiten gehen weiter, als das, was in der Branche üblicherweise gesehen wird oder gesehen werden will. So könnte beispielsweise das Abräumen schweren Geschirrs mit Unterstützung zumindest

in Teilbereichen, bei denen die Raumgeometrie dies zulässt, durch Servier- und Transportwagen organisiert werden. Das wäre ein erster, aber bedeutsamer Schritt zu einer „Kulturveränderung“, die mit entsprechender überbetrieblicher Unterstützung vorbereitet und begleitet werden könnte. Das empirische Material bestätigt die Vermutung, dass in kleineren Betrieben in der Regel die Empfehlungen der Unfallversicherung respektive der Berufsgenossenschaft und die Möglichkeiten, welche die Deutsche Rentenversicherung im Rahmen der im SGB IX vorgesehenen Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben bietet, weitgehend unbekannt sind. Zum einen stünde es an, technische Routinen wie die des Servier- und Transportwagen zu implementieren, zum anderen stünde es an, Präventionsprogramme zur rücken- und gelenkschonenden Arbeitsweise im Gastgewerbe zu entwickeln und flächendeckend Betrieben und Beschäftigten näherzubringen. Aufgabe der Unfallversicherung ist es, mit allen geeigneten Mitteln nicht nur Unfälle, sondern auch arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten (SGB VII, § 1). Arbeitsbedingt heißt, dass Arbeitsbelastungen epidemiologisch messbar an der Entstehung oder Verschlimmerung von Krankheiten beteiligt sind. Muskel-Skelett-Erkrankungen im Gastgewerbe wie zum Beispiel Schulterschäden sind in diesem Sinne arbeitsbedingt (Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz 2007) und damit Gegenstand einer gesetzlich geforderten Prävention. Ähnlich, wie dies heute schon die Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege tut, sollten für gastgewerblich Beschäftigte Präventionswochen für richtiges Heben und Tragen angeboten werden, was branchenpolitische und branchenübergreifende Verhandlungen über Lohnausfallkosten auf die Tagesordnung setzen würde. Es muss erstaunen, dass auch das gewerkschafts- und arbeitnehmerpolitische Engagement – obwohl immer wieder die erschreckend hohen gesundheitlichen Belastungen im Gastgewerbe hervorgehoben werden – in der Frage eines verstärkten Arbeits- und Gesundheitsschutzes eher wortkarg bleibt (Exemplarisch wird hier die umfassende Branchenanalyse der Arbeitnehmerkammer Bremen [Salot 2018] beleuchtet, die in enger Zusammenarbeit mit der Gewerkschaft Nahrung-Genuss-Gaststätten entstanden ist). Gefordert und teilweise auch durchgesetzt werden allgemeinverbindliche Branchentarifverträge, die zwar das Lohndumping bremsen, doch wenig zur Verbesserung der gesundheitsrelevanten Arbeitsbedingungen beitragen können.

Das empirische Material zeigt: Muskel-Skelett-Erkrankungen bergen bei Dauerbelastung die Tendenz zur Chronifizierung. Chronische Muskel-Skelett-Erkrankungen führen zu einer dauerhaften gesundheitlichen Einschränkung, die nach SGB IX, § 2 als Behinderung einzustufen ist. Für Menschen mit Behinderung und solche, die von Behinderung bedroht sind, sieht das SGB IX, § 49 explizit „das Training motorischer Fähigkeiten“ vor. Zusätzlich liegt ein „Rahmenkonzept zur Umsetzung der medizinischen Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung nach § 14, Abs. 1, SGB VI“ vor (Deutsche Rentenversicherung Bund 2018). Es harrt der Umsetzung im Gastgewerbe. Die Sozialversicherungs- und Rehabilitationsträger sind – nicht zuletzt durch die Nachbesserungen des Bundesteilhabegesetzes – aufgefordert, im Sinne einer präventiv eingreifenden Praxis eng zu kooperieren. Die Rehabilitationsträger haben sich in einer gemeinsame(n) Empfehlung verpflichtet, chronischen Erkrankungen durch kollektive wie individuelle und auf die Lebenswelt der Betroffenen zugeschnittenen Maßnahmen entlang einer Prozesskette – von der Primär- über die Sekundär- bis zur Tertiärprävention – entgegenzutreten (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2014). Wenn chronische Erkrankungen sichtbar werden, können heute schon Betriebe den Firmenservice der deutschen Rentenversicherung anfordern und um koordinierende Hilfe bitten. Ebenso sind Berufsgenossenschaft, aber auch Integrationsfachdienste aufgefordert, Hilfe zu leisten. Die Kooperation sowohl der Sozialversicherungs- und Reha-Träger untereinander als auch dieser mit den Betrieben und Betroffenen ist bislang jedoch mangelhaft und bedarf eingreifender organisatorischer und trägerübergreifender Innovationen. Dringend erforderlich sind daher „Neue Allianzen“ überbetrieblicher Hilfen, Beratungsangebote und Netzwerke. Derartige Allianzen müssen den klein- und mittelbetrieblichen Arbeitskulturen und Lebenswelten angepasst sein, d.h. sie müssen auf die Traditionen, Routinen und Orientierungen der in den Betrieben vorfindlichen Kulturen abgestimmt sein. Zu thematisieren wären daher auch Rollenverständnisse, Rollenkonflikte und Rollendifferenzierung. Lassen wir die arbeitskulturelle Spezifik des Gastgewerbes Revue passieren, so liegt es hinsichtlich der Frage einer primären Beratungsinstanz nahe, an die Berufsgenossenschaft BGN zu denken. Sie besitzt die einschlägigen arbeitsanalytischen und berufskundlichen Kompetenzen. Es läge an ihr – selbstredend unterstützt durch eine Querfinanzierung der Reha-Träger –, mit chronisch Erkrankten Kontakt aufzunehmen, die Koordination zusätzlicher Hilfen

zu organisieren und die Eingliederungsprozesse zu initiieren, zu begleiten und zu steuern (Folgt man unserer Argumentation, so sind hier Initiativen der Gewerkschaft Nahrung-Genuss-Gaststätten (NGG) angezeigt. Sie könnte über ihre Selbstverwaltungsvertreter eine noch wesentlich stärker präventiv orientierte, proaktive, aufsuchende und sowohl Inhaber als auch Beschäftigte intensiv beratende und begleitende Arbeit der BGN einleiten und zur Durchsetzung verhelfen. Die Chancen, hierfür auch die Arbeitsgeberseite zu gewinnen, stehen aufgrund der zunehmenden Schwierigkeiten der Branche und des Fachkräftemangels nicht schlecht).

Im arbeitswissenschaftlichen Diskurs schält sich die Auffassung heraus, dass im Gastgewerbe durchaus Gestaltungsspielräume bestehen. Dies sei anhand eines längeren Zitats aus dem BAuA-Bericht zur Arbeitszeit im Gastgewerbe erläutert:

„In der Literatur wird häufig darauf hingewiesen, dass sich die Arbeitszeitanforderungen und die Arbeitsintensität im Gastgewerbe stark nach den Gästen bzw. Kundenwünschen richten. Angesichts der vorgelegten Befunde zum Zusammenhang zwischen langen und untypischen Arbeitszeiten, hohen Flexibilitätsanforderungen und hoher Arbeitsintensität sowie Beeinträchtigungen der Gesundheit und Zufriedenheit von Beschäftigten im Gastgewerbe kann es nicht das letzte Wort sein, auf die Abhängigkeit von Kundenwünschen hinzuweisen. Hier ist vielmehr die Arbeitsorganisation gefragt. Die im vorliegenden Bericht (es handelt sich um den Arbeitszeitbericht der BAuA, der Verf.) präsentierten Ergebnisse weisen darauf hin, dass neben einer angemessenen und vorausschauenden Personalbedarfsplanung insbesondere verlässliche Dienst- und Einsatzpläne sowie klare Vertretungs- und Pausenregelungen zu empfehlen sind. Die zeitlichen und sonstigen Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass es dem Erhalt der Gesundheit und Zufriedenheit von Beschäftigten dient, ist eine Aufgabe, der sich die Akteure im Gastgewerbe stellen müssen“ (Gerstenberg/Wöhrmann 2018, 14f.).

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der nicht ins Unendliche reichenden Möglichkeit, migrantische Arbeitskräfte einzusetzen, wird die Branche gezwungen sein, sich gegenüber neuen Konzepten der Arbeitsorganisation zu öffnen. So könnten ältere Fachkräfte mit kaufmännischen Angelegenheiten, mit Warenannahme und mit kommunikativen und kooperativen Aufgaben betraut werden, und es ist einem Interviewpartner zuzustimmen, der aus reichhaltiger interner Kenntnis heraus den Satz formulierte: „Da ist ein großer Bereich [...], das kann man bestimmt auch so machen, wenn man es denn wollen würde.“ Dieses Wollen zu forcieren, wird eine arbeits- und sozialpolitische Aufgabe der Zukunft sein.

Unsere Fallstudie zeigt die Relevanz eines kontinuierlichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Betrieb, angefangen von angemessenem Schuhwerk und ergonomischen Hilfen bis zu den persönlichen Schutzausrüstungen beim Reinigen der Küchen. Dazu gehören Aufklärung, Unterweisung und Einübung. Ebenso unverzichtbar sind Konzepte des alters- und altersgerechten Arbeitens. Dies betrifft den Zuschnitt und die Verteilung von Arbeitsaufgaben, die Arbeitsorganisation und die Arbeitszeiten. Die Situation der älteren und gesundheitlich beeinträchtigten Beschäftigten verlangt nach Maßnahmen, welche einen Arbeitsvollzug auch bei bedingter Gesundheit und bedingter Leistungsfähigkeit ermöglichen. Es gibt betriebliche Good-Practice-Beispiele, die freilich nur mit zusätzlicher überbetrieblicher finanzieller, sachlicher und konzeptioneller Unterstützung funktionieren können. Das Wissen über derartige Möglichkeiten und die ansprechbaren Institutionen fehlt jedoch im Gastgewerbe fast flächendeckend. Die Arbeitskultur im Gastgewerbe zeigt überdeutlich, wie notwendig der Aufbau überbetrieblicher Beratungs-, Unterstützungs- und Evaluationsstrukturen ist. Die Beschäftigungssicherung älterer und gesundheitlich beeinträchtigter Mitarbeiter_innen in kleinen und mittleren Unternehmen ist eine Aufgabe, zu deren Bewältigung Verantwortung auf mehreren Ebenen gefordert ist. Inhaber und Leitungskräfte müssen ihre Verantwortung erkennen, bedürfen aber der überbetrieblichen Unterstützung. Das Gleiche gilt für die betroffenen Mitarbeiter_innen: Auch sie müssen dazu beitragen, ihre Gesundheit zu erhalten, und auch sie brauchen dafür eine adäquate überbetriebliche Hilfestellung. Die hier beispielhaft benannten Punkte in die arbeitskulturellen Alltagsroutinen des Gastgewerbes zu implementieren, ist eine sozialstaatliche Aufgabe, deren Schwierigkeitsgrad keine Ausrede sein darf, sie nicht in Angriff zu nehmen.

3.1.2.5 Chronisch krank im Klein- und Mittelbetrieb: unterschiedliche Konstellationen, hoher Unterstützungsbedarf

In dieser Sonderauswertung finden sich acht Fallstudien unterschiedlich von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen und zeitweiliger Arbeitsunfähigkeit betroffener Arbeitnehmer_innen in KMU-Betrieben. Aus diesen exemplarischen Fallstudien lassen sich zusammenfassend folgende Erkenntnisse und Schlussfolgerungen ziehen (vgl. Anhang 4).

Die Fälle belegen, wie komplex die jeweilige Problemlage bei chronischer Krankheit ist. Die Betroffenen leiden überwiegend an Krankheiten, deren Ursprung und Ursache eher schicksalhaft sind, deren Verlauf aber durch betriebliche Umstände verschlimmert werden kann: schwere Migräne, Neurodermitis, Dauerhusten, Depression, teilweise verbunden mit Adipositas oder Diabetes, schließlich Rückenerkrankungen, ebenfalls mit systemischen Auswirkungen. In sechs Fallgeschichten dominiert ein hoher Grad an Arbeitsorientierung, teilweise kombiniert mit hohen, vielleicht auch übersteigerten Anforderungen an sich selbst, d.h.: Auch der Faktor Selbstüberschätzung spielt eine Rolle. Mehrmals sehen wir Anzeichen eines Durchhaltesyndroms, das auch dann zur Leistung zwingt, wenn die körperlichen oder psychischen Kräfte dazu nicht ausreichen. Oftmals rebelliert der Körper, oder aber die psychomotorische Seite der Leiblichkeit bricht zusammen, d.h. die rebellierenden Kräfte werden gegen sich selbst gerichtet und es stellt sich ein Gefühl der Niederlage und des Scheiterns ein. In mehreren Fällen äußern die Interviewten, dass sie Angst haben: sei es, Fehler zu machen oder die Arbeit nicht zu schaffen, sei es, die Arbeit zu verlieren und ins Nichts zu fallen, sei es, Anerkennung und Reputation zu verlieren, die für das eigene Selbstbild elementar sind. Damit verbunden ist nicht selten – in unserem nicht repräsentativen Sample sind dies drei Fälle – die Angst vor dem finanziellen Abstieg. Die Sozial-epidemiologie weiß seit langem, dass nicht nur Arbeitslosigkeit als solche, sondern insbesondere finanzieller Stress ein signifikanter Risikofaktor für Depression und psychosomatische Krankheiten darstellt (Weich/Lewis 1998). Alle hier präsentierten Fallgeschichten zeigen uns, wie zwischen somatischen und psychischen Einbrüchen ein Teufelskreis entstehen kann. Körper und Seele bauen sich auf und machen den Betroffenen die Arbeit schwer, die wiederum als besonders belastend auf die sozio-psycho-somatische Situation zurückwirkt. Allein schon dieser Aspekt der Problematik verweist auf die Notwendigkeit, die medizinische Versorgung mit sozialer und psychologischer Beratung, die arbeits- und betriebssoziologisch informiert ist, zu verknüpfen.

„Ein gestörter Körper kann gescheiterte Performanzen hervorbringen“ (Corbin/Strauss 2010, S. 71). Ebenso gilt dies für eine gestörte Psyche. „Gescheitere Performanz“ bedeutet, dass Beeinträchtigungen nicht nur das Aktivitätsniveau, sondern auch grundsätzliche Fähigkeiten, die einmal fraglos vorhanden waren, erschwert oder gar verunmöglicht. Auch können sich Verzerrungen und Unterbrechungen im Kommunikations- und Kooperationsprozess ergeben. Das Scheitern kann wahrgenommen werden als eines des Selbstbildes bzw. Selbstkonzeptes oder auch als eines des veränderten, erstaunten, missverstehenden oder ausgrenzenden Fremdbildes. Der Königsweg, den Fallen und Abgründen der gestörten Performanz zu entgehen, ist die Kontextualisierung der Krankheit. Eine chronische Beeinträchtigung muss in die Biographie integriert werden. Die betroffene Person muss – und hier ist unterstützende Beratung elementar – erkennen, was an ihr noch „das Alte“ ist und was „das Neue“.

„Der Kranke muss herausfinden, welche Aspekte des Selbst vorübergehend oder für immer verloren sind bzw. kommen und gehen. Er muss ebenso herausfinden, welche Aspekte des Selbst geblieben sind und mitgenommen werden können, um biographische Kontinuität zu geben. Und er muss herausfinden, welche neuen Aspekte hinzugefügt werden können, die nicht unbedingt die alten ersetzen müssen, sondern der Biographie eine neue Bedeutung verleihen“ (Corbin/Strauss 2010, S. 88). Leiblichkeit und Biographie müssen gleichsam neu justiert werden. Doch die Selbstkontextualisierung reicht nicht aus. Eine chronische Beeinträchtigung muss auch sozial, d.h. in unserem thematischen Zusammenhang: auch und insbesondere betrieblich, kontextualisiert werden. Die körperliche oder seelische Beeinträchtigung muss auch in das betriebliche Geschehen, in die betrieblichen Abläufe und in die betriebliche Kultur integriert werden. Auch hier ist, über die betroffene Person hinaus, unterstützende Beratung elementar. Dies ist mitunter der schwierigere Lernprozess, d.h. der die Inhaber_in, die Vorgesetzten und die Mitarbeitenden müssen nicht nur ein Verständnis, sondern ein Verstehen dafür entwickeln, was dem_der Betroffenen zumutbar ist und was nicht. Dieser Verstehensprozess

muss frühzeitig, nach bevor der die Genesende wiederkommt, einsetzen. Der Betrieb muss über das Verstehen hinaus die Bereitschaft entwickeln, sich auf einen gemeinsamen Such- und Lernprozess einzulassen, auch wenn es keine Garantie für ein Gelingen gibt. Die betrieblichen Bedingungen stellen wichtige Kontextbedingungen für die biographische Aneignungsarbeit dar. Das wird in der Gesundheitsforschung (so z.B. bei Herzberg 2018) oftmals vergessen. Im Betrieb, das zeigen unsere Fallgeschichten, stellen sich Interaktionsordnungen her, die nicht nur explizit, sondern meist hinter dem Rücken der Akteur_innen implizit wirksam sind. Zu den sozialen Kontexten zählen schließlich auch institutionelle Rahmungen, d.h. in unserem Zusammenhang: das Gesundheitswesen und die Rehabilitationsträger. Eine unterstützende Beratung kann Wesentliches zur positiven sozialen Kontextualisierung beitragen.

Die Fallgeschichten lassen außerordentlich unterschiedliche Arbeits- und Betriebskulturen erkennen, die als Kontextfaktoren wirksam sind. Menschen leben und agieren innerhalb bestimmter Systeme, die als je spezifische Landschaften begriffen werden können.⁸ Eine „Kultur“ enthält die Landkarte der Bedeutungen, welche die Dinge für die in einer Landschaft Befindlichen verstehbar machen. Die Wege und Pfade dieser Landschaft sind von Traditionen, Werten und Ritualen geprägt, die den darauf Wandelnden Sicherheit und Orientierung geben. Unter „Arbeitskultur“ Lassen sich Deutungs- und Handlungsmuster von Berufstraditionen fassen, wie sie sich in Branchen wie z.B. im Handwerk oder der Altenpflege kristallisieren. Drei unserer Fallgeschichten lassen sich im IT-Sektor verorten, für die folgende Kernsätze charakteristisch sein mögen: „Die IT kennt ja nur aufwärts“, „Alles ist schick und toll hier“ und „Die Arbeit übt einen Sog auf mich aus“. Doch sind die betrieblichen Bedingungen unserer Fälle sehr unterschiedlich: große Auftragserwartungen mit Absturzgefahr, kleine aber sichere Nischen-Dienstleistungen und Eingliederung in ein globales Unternehmen mit unklarer Orientierung. Allen Fällen gemeinsam ist die hohe Arbeitsintensität, ebenso wie die extensive zeitliche Vereinnahmung, der sich freilich eine Betroffene entzieht, indem sie auf ihren besonderen Status als Schwerbehinderte pocht. Vor dem Hintergrund, dass die Gründungsphase des IT-Bereichs hauptsächlich durch Quereinsteiger_innen geprägt wurde, konnte die IT-Arbeitskultur bisher keine klaren Konturen annehmen. Auch die Altenpflege, insbesondere die stationäre Altenpflege, befindet sich in einer starken Umbruchssituation – zwischen berufsethisch fundierter Tradition und rein betriebswirtschaftlicher Investitionsanlage –, sodass eine konzise Beschreibung der Arbeitskultur schwierig ist. „Betriebskulturen“ sind, so unsere ursprüngliche Annahme, von Arbeitskulturen bestimmt, die durch verschiedene betriebliche Sozialordnungen – patriarchale, pragmatische oder instrumentalistische – variiert werden.⁹ Unsere Fallgeschichten zeigen, dass die wirtschaftliche Gesamtsituation und verschärzte Ökonomisierungsprozesse die Arbeits- und Betriebskulturen überformen. Hier einen sicheren Ort und eine gute Orientierung zu finden, ist extrem schwierig geworden. Das bringt Individuen in eine Situation, auf die sie nicht vorbereitet sind, in die sie gleichsam hineinstolpern und ihr Gleichgewicht verlieren können. Die latenten und bisher gut kompensierbaren physiologischen und psychischen Dispositionen werden an die Oberfläche gespült: Die Betroffenen „dekompenieren“. Oder aber: Akute Erkrankungsphasen können von der betrieblichen Organisation nicht mehr aufgefangen werden.

Bei fast allen Krankheitsgeschichten unserer acht Fälle korreliert die schwierige persönliche Lage mit derjenigen des Unternehmens. Entweder ist die Existenz des Betriebs bedroht mit all den Gefühlen der Unsicherheit, so im Fall des IT-Betriebs, in dem Herr B. arbeitet, oder die Geschäftspolitik erdrückt betriebliche Spielräume wie im Fall des Pflegebetriebes, in der Frau L. arbeitet, oder das unternehmerische Gebaren grenzt an kriminelle Machenschaften wie im Fall der Druckerei, in der Herr E. arbeitete. Immer gibt es eine persönliche Prädisposition, doch in allen drei Fällen mischt sich ein arbeitsbedingter Anteil in das Krankheitsgeschehen mit ein. Arbeitsbedingt heißt nicht: allein verursachend; arbeitsbedingt heißt: Es handelt sich um einen, aber klar festmachbaren Faktor unter mehreren. Dies gilt auch für Depressionserkrankungen, die in drei unserer Fälle dominant sind, doch auch bei somatischen Fällen mitschwingen. Dass betrieblich ungünstige Einflüsse das Depressionsrisiko signifikant erhöhen, ist

⁸ Die folgenden Formulierungen und Metaphern gehen auf Stuart Hall (1980) zurück, der als Mitbegründer der Cultural Studies gelten kann.

⁹ Zu den Untersuchungen und der Typisierung betrieblicher Sozialordnungen vgl. Kotthoff/Reindl (1990). Siehe dazu auch die Diskussion in unseren Fallstudien zur ambulanten Pflege Hien (2018c), und zum Handwerk Blasczyk (2018).

epidemiologisch gut belegt. Arbeitsbedingte Erkrankungen sind durch Maßnahmen so weit wie möglich zu verhüten – dazu sind Arbeitgeber und die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen als überbetriebliche präventive Institution angehalten. Umso mehr steht diese überbetriebliche Institution in der Pflicht, wenn bereits eine chronische Erkrankung eingetreten ist und tertiärpräventive Maßnahmen angezeigt sind. Es gibt inzwischen eine Vielzahl von Handlungsanleitungen und Ratgebern, wie im Betrieb mit derartigen Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen umgegangen werden soll. Ein Beispiel ist die Broschüre „In Schwermut steckt Mut“ (Saidie 2017), die vom Institut der deutschen Wirtschaft Köln e.V. herausgegeben wurde.¹⁰ Darin heißt es: „Beschäftigte mit Depressionen benötigen stabile, überschaubare Arbeits- und Sozialstrukturen für eine positive Bewältigung ihres beruflichen Alltages. Arbeitgeber_innen können Betroffene vor allem mit arbeitsorganisatorischen Maßnahmen und einem sensiblen beruflichen Umfeld unterstützen“ (Saidie 2017, S. 35). So wird unter anderem vorgeschlagen, die Arbeitszeit auf die einzelnen Wochentage gleichmäßig zu verteilen, strukturierte, planbare Tagesabläufe sicherzustellen, zusätzliche Arbeitspausen in den Arbeitsablauf zu integrieren, Arbeiten mit zu hohem Zeitdruck zu vermeiden und eine individuelle Arbeitszeitreduzierung zu ermöglichen. Ferner sollte besonderes Augenmerk auf individuell gestaltete Einweisungen, Trainings und Rückmeldungen gelegt werden. Es wird empfohlen, komplexe oder häufig wechselnde Aufgaben zu vermeiden und den Betroffenen unterstützende Mentoren zur Seite zu stellen. Bei all dem sollen die Reha-Träger mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben helfen. Der Ratgeber fordert die betroffenen Arbeitnehmer_innen und Arbeitgeber_innen auf, bei den Reha-Trägern Anträge auf Förderleistungen zu stellen, möglichst noch vor dem Beginn einer Maßnahme. So beispielweise können nach § 50 SGB IX Eingliederungszuschüsse gewährt werden. Eine positive sozialmedizinische Begutachtung und eine mittelfristig positive Prognose vorausgesetzt, kann ein Lohnkostenzuschuss für die Dauer von bis zu zwei Jahren gewährt werden. Der Problempunkt ist, dass nach Ablauf dieser Frist „die volle Leistungsfähigkeit“ (Deutsche Rentenversicherung Bund 2009/2018) erwartet wird. Deren Bemessung ist von den betrieblichen Rahmenbedingungen und den Vorgaben des Arbeitgebers abhängig. Lassen diese keine Spielräume für Besonderheiten des Leistungswandels, kann es für ein Stay at Work eng werden. Selbstredend kommen als weitere Einflussvariablen auch die Positions- und Einkommenserwartungen des/der Betroffenen ins Spiel. Möglicherweise bleibt bei einem Scheitern nur der Weg einer beruflichen Umschulung und weiterer Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation. Betroffene in die Rente zu drängen, wie es leider bei zwei unserer Arbeits- und Krankheitsgeschichten der Fall ist, darf eher als Misslingen der institutionellen Ebene denn als Nonplusultra betrachtet werden.

Allen Fallgeschichten ist gemein, dass die Betroffenen zwar weitgehend den medizinischen Möglichkeiten entsprechend versorgt wurden und werden, doch im überwiegenden Fall eine auf die persönliche und betriebliche Situation abgestimmte Beratung entbehren. Die hoch problematischen Betriebsstrukturen und -kulturen, welche wir vorfinden bzw. begründet vermuten können, erforderten geradezu eine besonders hohe überbetriebliche Beratungsleistung. Wir sehen zwar durchaus willige, für eine gute Lösung aufgeschlossene Betriebsinhaber und Führungskräfte, wir sehen aber auch solche, die abwehrend sind und unbelehrbar sein mögen; in einigen Fällen aber scheint pures Nichtwissen und die Angst vor dem Unbekannten die treibende Kraft zu sein, die in Betrieben eine Situation des Wegschauens erzeugt. Die Fallgeschichten zeigen uns, dass für ein gelingendes Stay at Work und ein gelingendes Return to Work (RTW) Leistungsgewandelter eine aufsuchende Information der Betriebe und der Betroffenen von elementarer Wichtigkeit ist. Einmal vom Problem der mangelnden Informationsbasis abgesehen: Ohne überbetriebliche Unterstützung gelingt es den Betroffenen kaum, dem Teufelskreis zwischen Soma und Psyche zu entgehen. So sind also Beratung der Betriebe und Beratung der Betroffenen gleichbedeutend und gleich unverzichtbar. Die Sozialgesetzbücher bieten einen hervorragenden normativen Rahmen für eine solche aufsuchende, begleitende und alle Aspekte der Krankheit und ihrer Kontexte umfassende Beratung. Leidengerechte Arbeitsgestaltung ist möglich – das zeigen die Erfahrungen in Großbetrieben, aber auch Erfahrungen in einzelnen KMU, soweit sie über die überbetrieblichen Hilfen der Reha-Träger informiert sind und sich diese Hilfen in ihren Betrieb holen können. Im eher kleinbetrieblichen Milieu ist die Umsetzung von Gefährdungsbeurteilung und

¹⁰ Die folgenden Ausführungen beziehen sich zwar formal auf Depressionserkrankungen, doch sie können inhaltlich durchaus auf die somatischen Erkrankungen ausgeweitet werden, wie sie sich in unseren Fallgeschichten darbieten.

formal richtigem Betrieblichen Eingliederungsmanagement schwierig. Entscheidend wäre, die angstbesetzten Hindernisse durch gute Aufklärungsarbeit zu überwinden und Bausteine für eine Vertrauenskultur bereitzustellen, ohne die ein gutes betriebliches Miteinander, das chronisch Kranke einschließt, und ein RTW, das den Namen verdient, nicht möglich sind (Voswinkel 2017a). Unsere Fallstudien bestätigen die Annahme, dass das Fehlen einer solchen Vertrauenskultur ein negativer Prädiktor für eine gelingende Integration chronisch Kranke in der Arbeitswelt ist. Völlig ungelöst ist im KMU-Bereich das Problem der mangelnden betriebsärztlichen Versorgung. Lege artis sollten Betriebsärzt_innen frühzeitig – z.B. Im Rahmen der BEM-Gespräche oder bei Vorsorge- und Wunschuntersuchungen – sich anbahnende chronische Erkrankungen bzw. die Wechselwirkung von Krankheit und Arbeitsbelastung erkennen und entsprechende präventive Maßnahmen vorschlagen und einleiten. Dazu gehört auch die Kontaktnahme zur Rentenversicherung, die nach § 14 SGB VI dazu aufgerufen ist, beim Auftreten „erster gesundheitlicher Beeinträchtigungen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden“, unter Beachtung der bedeutsamen Einflussfaktoren aus dem Arbeitsumfeld gegenüber dem/der Versicherten möglichst frühzeitig präventiv tätig zu werden. Dazu gehören u.a. mehrtägige Präventionsleistungen wie z.B. Bewegungsstrainings, Gesundheitsbildung und psychotherapeutische Beratung (Karl 2017). Dass diese Angebote in KMU nicht ankommen, ist evident und bedarf weiterer analytischer Aufklärung. Dass auch in KMU trotz aller betrieblichen Vorbehalte individuelle Präventionsmaßnahmen möglich sind, zeigen die Beispiele aus dem Pflegebereich: Hier lädt die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) bei Haut- und Rückenerkrankungen die Betreffenden für eine oder auch mehrere Wochen ein, an intensiven ganztägigen Gesundheitstrainings teilzunehmen.¹¹ Die Berufsgenossenschaft zahlt den Lohnausfall und hilft bei der Organisierung von Ersatzarbeitskräften.

Eine schnelle Behebung des Betriebsarzt-Problems ist nicht in Sicht. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, auf welcher institutionellen Ebene bzw. mit welcher institutionellen Anbindung oder ggf. auch mit welcher institutionellen Innovation eine problemadäquate aufsuchende und kontinuierlich unterstützende Beratung sinnvoll und machbar ist. Hier gilt es, verschiedene Aspekte zu beleuchten. Der höchste Unterstützungslevel ist im Prinzip bei anerkannter Schwerbehinderung gegeben, wobei auch hier Defizite erkennbar sind und das Integrationsamt hinsichtlich möglicher Interventionen nicht immer imponiert. Überdies ist die scharfe Trennung zwischen Behinderung und Schwerbehinderung kaum haltbar. Chronisch Kranke sind, sofern ihre Beeinträchtigungen länger als sechs Monate dauern, Menschen mit Behinderungen.¹² Präventiv und rehabilitativ soll zudem bereits viel früher interveniert werden, um eine dauerhafte Einschränkung zu verhindern. Normativ macht das SGB IX klar, dass chronische Erkrankungen so früh wie möglich einer hohen unterstützenden Aufmerksamkeit bedürfen. § 14 SGB VI und § 49 SGB IX machen ein großes Unterstützungspanorama auf, das auch für chronisch Kranke gilt, doch in der Praxis wenig Beachtung findet. Die Bestimmungen legen nicht fest, dass die Leistungen alle von der Rentenversicherung (DRV) kommen müssen; ebenso sind gesetzliche Unfallversicherung (GUV) und gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gefordert. Denkbar ist auch die Beteiligung der Länder, wie das Beispiel Hamburg zeigt (Schulze/Hien/Kardorff 2018). Im Kern geht es um die Benennung, Installierung und öffentlich wirksame Bekanntmachung von Beratungsstellen, an die sich Klein- und Mittelbetriebe ebenso wenden können wie die Betroffenen selbst. Vor dem Hintergrund von Tradition und Kompetenz sind Berufsgenossenschaften und Unfallkassen näher an den Betrieben als Rentenversicherung und Krankenkassen. Es wäre zu überdenken, ob nicht Berufsgenossenschaften und Unfallkassen bzw. die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)

¹¹ Im achten Fallbeispiel in der vorliegenden Studie berichtet Herr P. von derartigen präventiven und rehabilitativen Maßnahmen der zuständigen Berufsgenossenschaft.

¹² Es versteht sich von selbst, dass Befund und Prognose auf fachärztlicher und sozialmedizinischer Begutachtung basieren. Freilich mangelt es Mediziner_innen und Therapeut_innen oftmals an Kenntnissen über Arbeits-, Berufs- und Betriebskulturen Voswinkel (2017a). Umso mehr wären kompetente Beratungsstrukturen im Sinne eines helfenden und korrigierenden Konzils erforderlich.

Ansprechstellen mit interdisziplinären Teams einrichten sollten, an denen sich auch DRV und GKV beteiligen.¹³ Bei den meisten der in dieser Studie präsentierten Fallgeschichten springt die Notwendigkeit arbeitsorganisatorischer Hilfestellungen ins Auge: Wie kann ein chronisch kranker Mensch gut in den Arbeitsprozess integriert werden, ohne dass die Mitarbeitenden zusätzlich belastet werden oder der Betriebsablauf nachhaltig gestört wird? Bei psychischen Erkrankungen muss zudem die Frage angegangen werden, in welcher Weise alle Betroffenen – d.h. sowohl die erkrankte Person wie auch die im direkten betrieblichen Kontext befindlichen Mitarbeiter_innen – präventiv bzw. prospektiv in die Integration einbezogen werden? Gelingt es, eine Vertrauensbasis zu schaffen, wäre auch die Frage, welchen Grad der Offenheit der/die Erkrankte leben will, leichter zu beantworten.

3.2 Netzwerke und Allianzen

Im Titel des Verbundprojekts *Neue Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlicher Beeinträchtigung* der Hans-Böckler-Stiftung wird dreierlei vorausgesetzt: dass bestehende Bündnisse und Vernetzungsformen nicht ausreichen und daher neue gebildet werden müssen und damit schließlich Synergieeffekte erreicht werden können, die zu einer nachweisbaren Verbesserung der Situation für die Zielgruppe beitragen. Diese Behauptung gilt es empirisch für den Bereich nachhaltiger Beschäftigungssicherung für Arbeitnehmer_innen mit bedingter Gesundheit zu überprüfen. Dies soll im Folgenden auf drei Wegen geschehen: *erstens* auf Basis einer analytischen Begriffsklärung, die das strategische Konzept von „Allianzen“ im Rahmen des weiteren soziologischen Netzwerkkonzepts als intermediäre Strukturen auf einer mesosozialen Ebene lokalisiert und dabei unterschiedliche Typen von Netzwerken und deren Funktionsvoraussetzungen bestimmt; *zweitens* wird beispielhaft an ausgewählten Typen von Netzwerken aus dem thematischen Feld Arbeit, Gesundheit/Krankheit, Return to Work und Beschäftigungssicherung dargestellt, in welchem Verhältnis sie zu den Institutionen und Interessengruppen, die sie vertreten stehen und welche Einflussmechanismen sie dazu nutzen bzw. wodurch sie in den Aushandlungsprozessen zur gemeinsamen Zielbestimmung blockiert werden; *drittens* zeigen wir auf der Basis von Experteninterviews, wie die konkrete Verbesserungen durch bestehende, erweiterte oder neue Allianzen umgesetzt wurden bzw. wie Handlungsräume gestaltet und neue Optionen eröffnet werden.

Ziel der Analyse der bestehenden Netzwerkformationen, die sich mit der Frage nach Gesundheitsbedingungen im Betrieb und der nachhaltigen Beschäftigungssicherung auseinandersetzen, war es, über die Rekonstruktion der Perspektiven aktiver Netzwerker_innen aus Institutionen, Vereinen, Allianzen und Netzwerken die Funktionsweisen, Gelingensbedingungen und Hemmnisse von Kooperationen für Beschäftigte mit bedingter Gesundheit und Arbeitgeber_innen in KMU sowie die Bedeutung von Gesundheit und Krankheit in KMU zu erfassen. Im Fokus standen einerseits die Aspekte, die von den interviewten Expert_innen als relevant für den Umgang ganz praktischer Probleme im betrieblichen Alltag betrachtet wurden. Andererseits gab die Analyse der Entwicklungsdynamiken der Netze (Selbstreferenzialität, Öffnung, partielle Schließung, Umgang mit divergierenden Interessen, Kommunikationsaspekte) und die Analyse der Einfluss-, Macht- und Interessenkonstellationen in den Netzwerken (Fragen der Akquise, Allokation, internen Organisation) Aufschluss für die Machbarkeitsanalyse, in der die Bedingungen für die Implementierung und Akzeptanz der Etablierung passgerechter und subjektorientierter Prozessketten für Beschäftigte mit bedingter Gesundheit in KMU und innerhalb der jeweils spezifischen Arbeitskultur, die – wie die Daten aus den betrieblichen Interviews zeigen

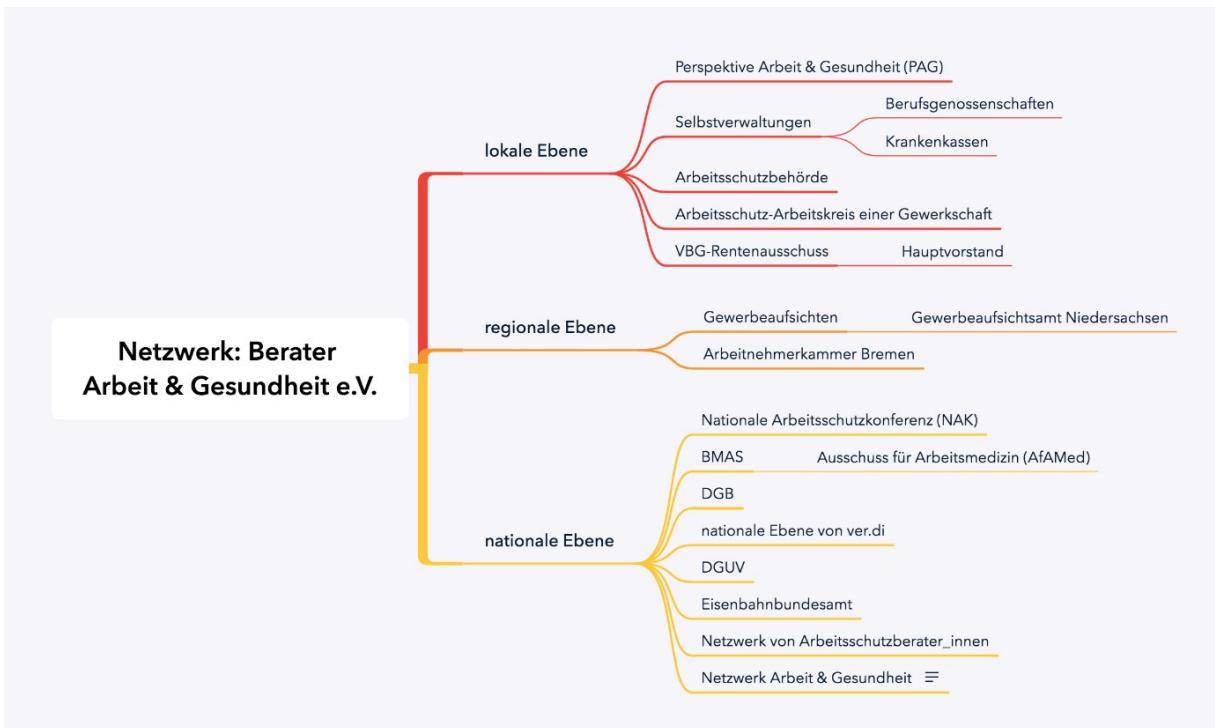
¹³ Die DGUV engagiert sich, gemeinsam mit der Fortbildungsakademie der Wirtschaft (FAW, Köln), seit Jahren in der Ausbildung für Disability Management Professionals siehe dazu Mehrhoff (2009, S. 19). Möglicherweise tut sich hier eine Möglichkeit auf, diese Expert_innen, die beispielsweise in überbetrieblichen Diensten ansässig wären, für die Betreuung der KMU einzusetzen. Es bleiben freilich viele Fragen offen: Wer beauftragt diese Dienste? Wie können Disability-Manager_innen frühzeitig Präventions- und Rehabilitationsbedarf erkennen? Können Betroffene, deren Arbeitgeber nicht an Hilfe interessiert sind, sich dennoch an solche Dienste wenden? Wie können Informationen über solche Dienste verbreitet werden? Dass hier die zuständigen Berufsgenossenschaften eine Schlüsselrolle spielen könnten, liegt nahe, nicht zuletzt, weil auch die Arbeitgeberseite – bezogen auf Großbetriebe – inzwischen erkannt hat, dass etwa BEM einen Return on Investment erbringt und auch Studien im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung belegen einen Return on Investment der Rehabilitation.

– in sich durchaus höchst heterogen sein kann, formuliert werden können. Ein zentrales Ziel war es, eine Präzisierung differenzierter Unterstützungsbedarfe bei Beschäftigten und Betrieben auf der einen und Vernetzungsmöglichkeiten und -grenzen für „Neue Allianzen“ bzw. für Synergieeffekte innerhalb bestehender Allianzen auf der anderen Seite vorzunehmen.

3.2.1 Prozesse und Funktionsweisen

Grundsätzlich sind externe Impulse notwendig, um innerhalb des Betriebes Veränderungen im betrieblichen Gesundheitsschutz anzustoßen und Beschäftigte mit bedingter Gesundheit zu unterstützen. Denn weder die Beschäftigten in kleinen und mittleren Betrieben unserer vier Arbeitskulturen noch die Arbeitgeber_innen haben aus der Sicht der befragten Expert_innen und auf Basis ihrer Kooperationserfahrungen die Zeit und das Wissen, sich innerhalb des Sozialversicherungssystems Unterstützung zu organisieren. Das ist auch eine mögliche Erklärung, weshalb die zahlreichen Initiativen, die es zumindest auf regionaler und überregionaler Ebene gibt, nur bedingt auf lokaler Ebene genutzt werden. Deutlich wurde in der Perspektiventriangulation, dass externe Unterstützung nicht auf nationaler Ebene passieren kann: Es bedarf lokaler Bündnisse, im besten Falle zielgerichteter Allianzen, die vor Ort mit ihren Akteur_innen ansprechbar, erreichbar und vertrauenswürdig sind. Daraus ergibt sich eine stark personengebundene Beratung, die selbst jedoch auf lokaler, regionaler und überregionaler Ebene vernetzt sein muss, damit sie die notwendigen Informationsquellen und Hilfeangebote anlassbezogen mobilisieren kann – eine Mehrfachzugehörigkeit erscheint unerlässlich, bedeutet gleichzeitig jedoch auch, dass entsprechende zeitliche und finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen. Über die Mehrfachzugehörigkeit kann der_die Beratende einerseits den Betrieben Handlungsoptionen vermitteln, also z.B. eine_n Ansprechpartner_in der Berufsgenossenschaft vor Ort, des Integrationsfachdienstes oder der Rentenversicherung. Andererseits erfährt der_die Beratende von Themen und Handlungsmöglichkeiten, die politisch bspw. auf Länder- oder Bundesebene gesetzt werden (Stichwort: Agenda-Setting) und kann darüber sein strategisches Vorgehen optimieren oder auch selbst Themen zum Thema machen (z. B. auf der NAK oder in den Ausschüssen des BMAS). Damit wird eine spezifische Funktion der Akteur_innen angesprochen, die gleichzeitig eine Gelingensbedingung darstellt: ein adäquater Umgang mit Wissen, in der Soziologie wird vom Knowledge Brokerage gesprochen. Was bedeutet das in unserer konkreten Fragestellung? Im Kontext nachhaltiger Beschäftigungssicherung bei bedingter Gesundheit in KMU müssen die Berater_innen erstens eine Wissenstransformation auf lokaler Ebene leisten: Arbeits- und rechtswissenschaftliches Wissen ist für die Ratsuchenden – und hier sind sowohl Beschäftigte als auch Arbeitgeber_innen angesprochen – verständlich und nutzbar aufzubereiten. Wenn sie als Vertretung in Netzwerken agieren, insbesondere in formalisierten Netzwerken auf politischer Ebene wie der GDA und in den mehr als 60 regionalen Partnernetzwerken von INQA, dann werden Übersetzungsleistungen zwischen diversen Wissensbeständen, Interessenlagen und organisatorischen Verfasstheiten notwendig, um eigene Themen zu setzen (Agenda-Building). Die folgende Abbildung 5 verdeutlicht das beispielhaft:

**Abbildung 5 – Egozentrierte Vernetzung am Beispiel eines Beraters des lokal verorteten Vereins Arbeit & Gesundheit e.V.
(Quelle: eigene Darstellung)**



Viele der 55 befragten Akteur_innen nahmen sich der einen oder der anderen Aufgabe an; diejenigen, die über eine Vereinsgründung eine Verfestigung der betrieblichen Beratung vor Ort initiierten, waren und sind in der Lage, beide Transformationen beständig zu leisten. Dabei üben sie in der Regel drei Funktionen aus, deren Trennschärfe so nicht immer gegeben ist (siehe dazu auch Ward/House/Hamer 2009, 3f.). Als Knowledge Broker sorgen sie erstens dafür, dass Wissen zu managen. D.h. neu entstandene gesetzliche Regelungen, neue Gerichtsurteile, neue arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse, aber neue Broschüren bspw. der BAuA, der GDA oder INQA werden in die Beratungsarbeit integriert, um Lösungen für die Situation der Beschäftigten mit bedingter Gesundheit zu finden, Arbeitgeber_innen dabei zu unterstützen, diese Beschäftigten im Betrieb halten zu können – eine Aufgabe, die gerade für die geringen Ressourcen eines kleinen oder mittleren Betriebes zur Herausforderung wird. Zweitens vernetzen sie die Ratsuchenden mit denjenigen, die über das entsprechende Wissen verfügen, es bedingt durch ihre Interpretation auch erschaffen. Insbesondere die in den Vereinen Tätigen kennen über ihr lokales oder regionales Netzwerk Arbeits- und Sozialrechtsanwält_innen, BG-Beschäftigte, in der Verwaltung Arbeitende. Drittens, und das ist wesentlich für die Frage nach Neuen Allianzen, geht es um den Aufbau und die Stärkung von Kapazitäten. Sowohl die Beschäftigten als auch die Arbeitgeber_innen profitieren von dem Wissen, von dem sie in der Beratung erfahren. Es lässt sich hier die These formulieren, dass je stärker die Ratsuchenden in den Prozess der Lösungsfindung eingebunden sind, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie selbst sicherer im Umgang mit herausfordernden Situationen werden: Die Teilhabe in der Auseinandersetzung mit Sozialversicherungsträgern ermöglicht es den betroffenen Beschäftigten zu lernen, wie man einen Widerspruch verfasst, mit Behörden zu verhandeln und mit Wissensbeständen aus dem Recht und der Verwaltung die Entscheidungen der Sozialversicherungsträger zu hinterfragen. Beispielhaft lässt sich das mit der Anerkennung von Berufskrankheiten, mit denen dennoch in anderen Arbeitskontexten weiter einer Beschäftigung nachgegangen werden kann, oder Leistungen durch den Integrationsfachdienst, die dieses ermöglichen, darstellen.

Knowledge Broker müssen aufgrund ihrer unterschiedlichen Rollen in den diversen Netzwerken und als Berater_innen vor Ort glaubwürdig sein (Schulze/Hien/Kardorff 2018). Glaubwürdigkeit bedeutet für Vereinsmitglieder, die nicht aus einer politisch-administrativen Initiative hervorgegangen sind, dass sie mit der Gründung des Vereins als juristische Person legitimiert werden, öffentliche Gelder (Arbeit & Gesundheit e.V.) oder Firmengelder (esa e.V.) zu akquirieren. So kann eine Grundfinanzierung (meist zeitlich befristet) gesichert werden. Eine Legitimierung schließt zudem die Fragen ein, ob

die Person als „knowledgeable actor“ (Böschen 2013, 94 Fußnote 3) in den jeweiligen Netzwerken anerkannt ist und in welcher Konstellation jemand wie legitimiert wird. Eine Mitgliedschaft in der GDA oder in Ausschüssen und Unterausschüssen des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) wird nicht jedem in dem Feld des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes zuteil. Es bedarf einer Neutralität, die sich zum einen aus Ideologieferne, aus der Einschätzung, man sei objektiv, speist. Zum anderen referiert Neutralität auch auf eine hohe Kompetenz auf den entsprechenden Fachgebieten wie der Arbeitsmedizin, der Physik, Chemie oder des Arbeits- und Sozialrechts, wenn es bspw. um Gefahrstoffe geht oder um die Arbeitsmedizin. Es bedarf zudem eines Rückhaltes in der delegierenden Organisation, ohne die der/die Delegierte zu wenig bewegen kann. Denn eine Wissenstransformation kann nur gelingen, insofern bspw. der DGB als delegierende Organisation ausreichend Ressourcen für den/die Delegierte bereitstellt und an dem Wissen und den Diskussionen, die in dem entsprechenden Netzwerk bzw. Arbeitskreis stattfanden, ein Interesse hat, das über das bloße Anhören hinausreicht. Es braucht also Strukturen, die eine Weiterverarbeitung dieser Informationen, einen strategischen Umgang mit diesen, ermöglichen.

Darüber hinaus müssen die Akteur_innen über ein Fachwissen verfügen, welches sie als Verhandlungspartner interessant werden lässt. Gerade im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz ist es unerlässlich, über naturwissenschaftliches, medizinisches und rechtliches Wissen zu verfügen.

Das Verhandeln von rechtlichen Regelungen allein ändert jedoch kaum die Situation betroffener erkrankter Beschäftigter. Denn das Recht, wie es als Normen in den Gesetzen gültig wird, ist ein „law in the books“ (Raiser 1999, S. 26; Rehbinder 2000, S. 2; Schulz-Schaeffer 2004, S. 141); es wird in den KMU jedoch entweder nur sehr begrenzt angewandt – hierfür steht bspw. das BEM – oder es wird interpretiert und damit zu einem „law in action“, das rechtssoziologisch das Verhältnis zwischen gesetzlicher Verhaltensvorschrift und soziologisch beobachtbaren Verhalten beschreibbar wird. Zudem übersetzen die externen Berater_innen das Recht in die Praxis, transformieren es, so dass sich die Frage stellt, inwiefern ein (im)materielles Anreizsystem das Gesetz anwendbar macht, ob es dazu eines Kulturwandels bedarf oder aber inwiefern Sanktionen eher zielführend sind. Dass die Akteure auf lokaler Ebene im Format eines Vereines erfolgreich sind, haben unsere Fallbeispiele gezeigt; inwiefern repräsentativ von einer Effizienz, als Knowledge Broker zu agieren, gesprochen werden kann, bleibt zu untersuchen.

Die personengebundene Beratung schließt mit ein, dass Checklisten u. a. Beratungsmittel, die universell angelegt sind und letztlich ohne den persönlichen Ansprechpartner funktionieren sollen, nicht zielführend sind. Kommunikationsinhalte müssen so formuliert sein, dass sie gegenüber arbeitskulturellen, betrieblichen und technischen Abläufen sensitiv sind und so variabel sind, dass sie für die jeweiligen Bedingungen angepasst werden können. Und: Kommunikation muss vor Ort stattfinden. Insofern es um die Gründung neuer lokaler Allianzen geht, ist eine Analyse der regionalen Charakteristika unerlässlich, um die Allianz sinnvoll auszurichten und damit eine Realisierung zu ermöglichen (siehe auch Reindl/Quoika/Heyer 2008 und Reindl et al. 2008). Lokale Krankenkassen und Rentenversicherungsträger haben ihre ganz eigenen Traditionen und Praktiken (Logiken, Kulturen, Genesen der Kooperationen und deren Formate) im Umgang mit Beschäftigten mit bedingter Gesundheit entwickelt, die in dieser regionalen Analyse zu erfassen sind. Davon ist abzuleiten, welche Allianzen tragen und inwiefern „neue Allianzen“ überhaupt sinnvoll und wie zu implementieren sind. Fragen nach einem Resonanzboden für das Anliegen der Allianz stellen sich ebenso wie die Frage danach, welche Ansprechpartner als glaub- und damit vertrauenswürdig auf betrieblicher Ebene betrachtet werden, die Informationsdefizite dann beseitigen können. In unserer Untersuchung zeigt sich, dass lokale Akteur_innen dann erfolgreich ist, wenn sie für die Betriebe sichtbar sind und über ihr eigenes sehr divergentes Netzwerk verfügen (siehe die obigen Ausführungen zum Knowledge-Brokerage).

Sowohl gemeinnützige Vereine, Handwerkskammern als auch Sozialversicherungsträger agieren über Beratungsangebote. Diese sind sowohl inhaltlich als auch strukturell sehr heterogen. Das reicht vom Four-Category-Ansatz über eine Second-Level-Beratung bis hin zum Haus der Arbeitsfähigkeit. Alle interviewten Expert_innen betonten allerdings, dass eine Anamnese im Kontext einer individuellen Arbeitsplatzanalyse die Basis für die Ableitung von Maßnahmen hinsichtlich einer Veränderung der Arbeitsorganisation darstellt. Gleichzeitig ist die Veränderung der Arbeitsorganisation auch der Ansatz,

der für KMU realistisch ist: Denn die Arbeitsorganisation ist häufig der Dreh- und Angelpunkt, der Stress auslöst, Reibungen erzeugt und damit Konfliktpotenzial birgt. Hier bedarf es in der Regel zunächst keiner großen finanziellen Ressourcen, um Veränderungen schnell und zielorientiert zu erreichen. Das kommt der Situation von KMU in der Regel entgegen.

Eine Vereinheitlichung der Beratungsangebote selbst ist hier nicht zielführend, da es vielmehr darum geht, angepasst an die jeweilige Situation der Beschäftigten, ihrer Kolleg_innen und der/s Arbeitgeber_in das notwendige Wissen zu vermitteln. Dabei bedeutet Transfer zum einen eine Transformation dieses Wissens, da sowohl die Sprache des Rechts als auch die Sprache der Sozialversicherungs träger in der Regel nicht die Sprache der Beschäftigten und der Betriebsinhaber_innen in KMU ist; zum anderen bedeutete eine derartige Transformation aus den die Anverwandlung und Anpassung des Wissens durch die vor Ort vorgefundene Wissensordnungen, denn in den diversen Arbeitskulturen existieren unterschiedliche Wissensordnungen.

3.2.2 Erkenntnisse zur Kommunikation in den untersuchten Netzwerken

In den Netzwerken und Allianzen, die wir untersuchten, spielte der Aspekt der Kommunikation eine wesentliche Rolle – und das aus diversen Gründen. Erstens handelt es sich um eine Form der Gesundheitskommunikation, in der einerseits Risiken für die gesundheitlich eingeschränkten Beschäftigten und für die Arbeitgeber verhandelt werden. Andererseits werden Strategien der Gesundheitsförderung thematisiert, die es den Beschäftigten mit bedingter Gesundheit ermöglichen, im Betrieb zu verbleiben bzw. umgekehrt dem Arbeitgeber die Arbeitskraft erhalten. Zweitens erfordert die Tiefe von Regelungswerken eine Transformation: Insbesondere KMU, die in der Regel keine eigenen Jurist_innen im Haus beschäftigen, können über die Unterstützung von Beratungsexpert_innen Interpretationen der Verordnungen etc. z.B. zum Umgang mit Gefahrstoffen im Handwerk erhalten. Zu bedenken bleibt, dass einige der Befragten annehmen, dass die Betriebe die Qualität der Beratung zu den komplexen Anforderungen im Arbeits- und Gesundheitsschutz selbst nicht einschätzen können. Aus den qualitativ erhobenen Daten lässt sich die These ableiten, dass es eine starke Akteurszentriertheit in der Beratung gibt. Damit verbunden ist eine an den/die Einzelne gebundene Informationshoheit, die oft mit einem oder mehreren Themenschwerpunkten zusammenhängt. Damit geht die Verantwortung einher, dieses Wissen in den Kooperationen zur Verfügung zu stellen – also als Knowledge Broker (s.o.) zu handeln und ein Agenda-Building zu betreiben, das die Kontinuität der eigenen Arbeit sichert.

Grundsätzlich scheint es für die kleinen und mittleren Betriebe aus Sicht der Expert_innen in ihrer Arbeitsorganisation wichtig, einen Umgang mit den zahlreichen Informationen – nicht nur zum Arbeits- und Gesundheitsschutz – zu finden. Broschüren und Flyer sind als Kommunikationsinstrumente kein Erfolg versprechender Transferweg, sondern sollten höchstens als Begleitmaterial in der Beratung eingesetzt werden. Die Resonanz solcher Broschüren sei begrenzt, gerade KMU könnten mit diesen nur schwer erreicht werden.

Eine weitere Problematik in dieser Form der Kommunikation ergibt sich aus dem Entstehungsprozess. So sind diese Broschüren, Handlungshilfen, Flyer immer ein Kompromiss divergierender Interessen, die sich inhaltlich in diesen wiederfinden müssen. Dadurch sei die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass sich „weiche, wohlklingende Formulierungen“ durchsetzen, mit denen dann alle Seiten einverstanden seien. Bei allen Empfehlungen werde jedoch immer berücksichtigt, ob sie auch in KMU umsetzbar seien.

Grundsätzlich lässt sich zu Regelwerken, die bspw. bestehende Gesetze erläutern sollen, auch feststellen, dass je mehr versucht werde, Regelwerke zu verbessern, sie expliziter zu gestalten, desto komplizierter würden sie für die betroffenen Personen.

3.2.3 Digitale Wege

In Zeiten der Diskussionen um Arbeit 4.0 spielt das Digitale in allen gesellschaftlichen Bereichen diskursiv eine bedeutsame Rolle. Die Potenziale und Grenzen der Online-Kommunikation sind auch ein Thema in den Netzwerken, gerade wenn es um die Erreichbarkeit kleiner und mittlerer Betriebe geht. Hier geht es um die lokale Nähe und um das Zeitbudget, das für Kleinunternehmer_innen, die selbst

im Betrieb mitarbeiten deutlich geringer ausfällt als für größere mittlere Unternehmen, die sich auch eine Personalstelle leisten können. Für Beschäftigte mit bedingter Gesundheit spielt Zeit ebenfalls eine gewichtige Rolle, denn ob und inwiefern sie sich bspw. ehrenamtlich in diese Netzwerke oder aber in Modellprojekte aktiv einbringen können, hängt mitunter auch von ihren privaten Verantwortlichkeiten ab. Insofern Netzwerktreffen immer als Abendveranstaltung angelegt sind, ist eine Teilnahme für junge Eltern mit organisatorischem Aufwand zu gewährleisten.

3.2.4 Netzwerke und Allianzen – funktionale Differenzierungen

Eine für die Umsetzung von Maßnahmen, Beratungs- und Unterstützungsangeboten als auch für dauerhafte Strukturen zu einer nachhaltigen Beschäftigungssicherung von Beschäftigten mit bedingter Gesundheit wesentliche konzeptionelle Unterscheidung ist die zwischen Netzwerken und Allianzen. Die strategisch für die Umsetzung relevanten Aspekte finden sich in der folgenden Abbildung 6:

Abbildung 6 - Allianzen und Netzwerke - eine Frage der Perspektive (Quelle: eigene Darstellung)

Allianzen und Netzwerke – eine Frage der Perspektive



Allianzen	Netzwerke
<ul style="list-style-type: none"> zielgerichtet, meist bilaterale Zusammenschlüsse zur Stärkung gemeinsamer Interessen anlassbezogenes Zustandekommen – Auflösung, wenn Ziele erreicht sind Bei Akzeptanz: Dauer u. Erweiterung strukturell eher geschlossen hierarchisch abgestimmte Entscheidungen 	<ul style="list-style-type: none"> längerfristig orientiert, breit aufgestellt primär themenbezogen und sekundär interessenbezogener Zusammenschluss hoher Abstimmungsaufwand, daher nur Minimalkonsens Entwicklungsplattform strukturell offen für neue Mitglieder partizipative Entscheidungsfindung
<ul style="list-style-type: none"> klar definierte Zuständigkeiten und operationalisierte Handlungsschritte 	<ul style="list-style-type: none"> höherer Abstraktionsgrad, Minimierung von Interessendifferenzen → kleinster gemeinsamer Nenner
Ebenendifferenzierung: überregional – regional – lokal – betrieblich	
Formalisierungsgrad: informell anlassbezogen/regelmäßig/ehrenamtlich formell Satzung/ Vertrag/ Berichtspflichten/ hauptamtlich relativ stabile Beziehungsmuster	

Im Begriff der Allianz schwingt die Konnotation eines strategischen Bündnisses von zwei oder mehr kollektiven Akteuren mit, die sich z.B. zur Stärkung oder Umsetzung gemeinsamer (Teil-)Ziele bzw. Interessen informell, anlassbezogen und damit punktuell oder formell (gesetzt) und damit längerfristig zusammenschließen. Im Unterschied zu einer isolierten Anstrengung versprechen derartige Allianzen eine größere Wirkung auch weil sie im Widerstreit konfigurerender Interessenkonstellationen einen größeren Einfluss mobilisieren können und ggf. mit größerer Durchsetzungs- und/oder Sanktionsmacht ausgestattet sind. Bereits im Kontext einer Verbesserung von Arbeitsbedingungen (Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz; Arbeitszeiten) finden sich weit mehr als nur zwei Akteure, die teils im gesetzlichen Auftrag (Umsetzung des ArbSchG) wie die Berufsgenossenschaften handeln, Industrie- und Handelskammern als Kooperations- und Konfliktpartner, Gewerkschaften, die als Interessenvertretung der Beschäftigten etwa bestimmte Arbeitszeitregelungen gegenüber den Arbeitgebern durchsetzen wollen (Dauer, Schichtarbeit) etc.; mit dem Hinzukommen des Themas Gesundheit (Schulze/Hien/Kardorff 2018) kommen neue Akteure bei der Betrieblichen Gesundheitsförderung (GKV, § 20 SGB V) und beim Präventionsgesetz (Bundesagentur für Arbeit) sowie beim Betrieblichen

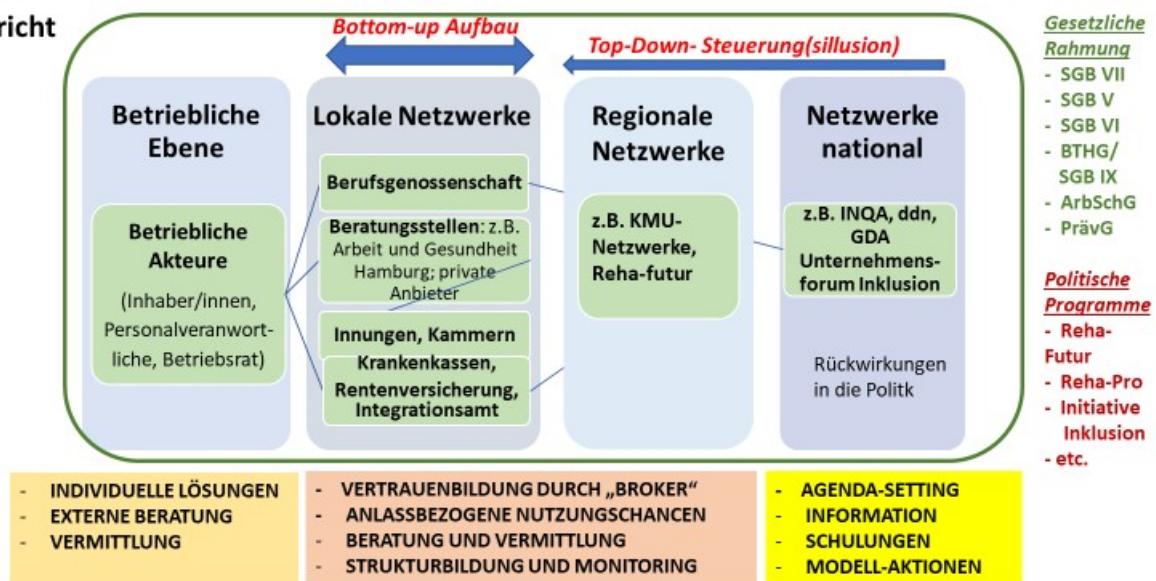
Eingliederungsmanagement (SGB IX, § 84) und beim Flexi-Rentengesetz (Rentenversicherung) hinzu. Dies verweist darauf, dass wir es mit komplexen innerhalb sozialstaatlicher und marktwirtschaftlicher Regulationsformen versäulter Organisationsverfasstheiten auf einer mesosozialen Ebene zu tun haben, die im Kontext durchgesetzter gesetzlicher Regularien und im gesellschaftlichen Prozess relativ stabil balancierter Macht(un-)gleichgewichte agieren. Mit Blick auf die Gestaltung von neuen *Querschnittsaufgaben*, wie sie mit dem Thema betrieblicher Gesundheit, nachhaltiger Beschäftigungssicherung für gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte, einer Flexibilisierung des Renteneintritts für ältere Arbeitnehmer_innen und der Inklusionsanforderung für behinderte Beschäftigte gegeben sind, reichen die traditionellen Aushandlungsprozesse zwischen den aus der historischen Entwicklung des gegliederten Sozialsystems und der traditionellen Positionierung des Arbeitgeber_innen- und Arbeitnehmer_innen-“Lagers“ und der übergeordneten staatlichen Entscheidungsinstanzen alleine nicht mehr aus. Daher haben sich quer zu diesen Strukturen, aber nach wie vor von ihnen weitgehend bestimmt, neue Kooperations- und Koordinationsmechanismen und -strukturen ausgebildet, die üblicherweise in einer eher lockeren Form als Netzwerke beschrieben werden, mit der normativen Aufforderung zum „netzwerken“ beschrieben werden können und die in quer und zusätzlich zu den institutionellen Geflechten als korporativen Akteurskonstellationen Handlungsräume er- und verschließen können, nach Interessenüberschneidungen suchen und bezogen auf ihre jeweiligen Bezugskollektive akzeptierte Kompromisse aushandeln. Hierzu gehören sowohl übergreifende, von der Politik ins Leben gerufene, auf längere Dauer angelegte und unter Beteiligung zentraler institutioneller Akteuren geschaffene hochgradig formalisierte Netzwerke wie die GDA (Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie), INQA, Demographie-Netzwerk oder das Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, um übergreifende Netzwerke der Unternehmen zur Inklusion behinderter Arbeitnehmer_innen, regionale und lokale Netzwerke mit institutionellen wie zivilgesellschaftlichen Teilnehmern und unterschiedlichen Formalisierungsgraden sowie überwiegend lokal entstandene und einige - vor allem im Rahmen von Fachgesellschaften und wissenschaftlicher Forschungseinrichtungen gebildete – überregionale informelle Netzwerke, oft mit Verbindungen in formelle Netze oder Institutionen hinein (Schulze/Hien/Kardorff 2018).

Eine konkrete Analyse der verschiedenen Netze und Allianzen auf ihren jeweiligen unterschiedlichen Handlungsebenen (makrosozial = national/überregional; mesosozial = regional/von kollektiven Akteuren getragen; mikrosozial = zwischen verschiedenen Partnern auf der lokalen Ebene vorhandene Allianzen und Netze) kommt zum Ergebnis einer funktionalen Differenzierung, die zunächst grob skizziert in der folgenden Abbildung 7 dargestellt ist.

Abbildung 7 – Ebenen der Vernetzung und ihre spezifische Funktion (Quelle: eigene Darstellung)

Ebenen und Richtungen der Vernetzung

(1) Bericht



3.2.5 Gelingensbedingungen und Hemmnisse für Etablierung und Stabilität von Netzwerken und Allianzen

Mit Hilfe einer Perspektivtriangulation wurden die Gelingensbedingungen nachhaltiger Beschäftigungssicherung und Wiedereingliederung für gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte, die vorhandenen institutionellen Rahmenbedingungen (Ressourcen, verfestigte Strukturen, Zuständigkeiten) und mentalen Barrieren (Arbeitskultur, Stigmatisierung, Leistungserwartungen), die einer Weiterbeschäftigung, Wiedereingliederung oder Neueinstellung entgegen stehen aufgezeigt.

Mehrheitlich suchten die befragten Expert_innen selbst Antworten auf die Frage, wie sich eine Attraktivität für das Anliegen, Beschäftigte gesund zu erhalten oder aber mit bedingter Gesundheit im Betrieb zu halten, herstellen lässt. Aus der Analyse ergibt sich eine Bandbreite an Gelingensbedingungen, die sich wie folgt darstellen und die sich auch in der Machbarkeitsanalyse widerspiegeln:

Die Rahmenbedingungen für betriebliche, außer- und überbetriebliche Allianzen zu eruieren, festzustellen, was externe Akteur_innen „in der Hand haben“ und was nicht, die Standortfaktoren zu erfassen, Routineregime in den Betrieben, aber auch in den Institutionen des Sozialversicherungssystems und relevanter Beratungsstellen ist eine Grundvoraussetzung, um adäquate Angebotsstrukturen zu entwickeln und diese zu implementieren. Denn ohne zu verstehen, wie die unterschiedlichen Wissensordnungen und lokalen Kulturen über Deutungsschemata Sinn schaffen, lassen sich nur schwer Ansatzpunkte finden, Konfliktsituationen zu antizipieren, die aus den gegenseitigen Zuschreibungen der unterschiedlichen Akteur_innen vor Ort resultieren. Ein gemeinsames Verständnis davon, was gelingen soll und wie es gelingen kann, ist notwendig, damit die Ziele und zu treffenden Vereinbarungen für alle Beteiligten Sinn ergeben und umgesetzt werden können. Nehmen wir das Beispiel Krankenversicherung und arbeitsmedizinische Fachgesellschaft. Der Krankenversicherer hat staatliche Mittel für Präventionsleistungen qua Gesetz zur Verfügung gestellt bekommen: Er kann das als Marketingmaßnahme begreifen, als Schutz seiner Versicherten, die meist auch in Arbeitsverhältnissen stehen etc. Die Fachgesellschaft wiederum verfügt über das Fachwissen, das auch evidenzbasierte Maßnahmen miteinschließt. Für beide gibt es unterschiedliche Blickwinkel auf die Welt des Betriebes: Die Krankenversicherung schaut auf individuelle Ansätze der Prävention, während sich die Fachgesellschaft mit Verhältnisfragen auseinandersetzt. Es fehle aus Sicht der Fachgesellschaft das Wissen darüber, wie der betriebliche Arbeitsschutz aufgestellt ist: „Warum Gefährdungsbeurteilung, warum die Beurteilung der Arbeitsplatzverhältnisse so wichtig ist?“ (9:40). Die Balance zwischen und das Zusammendenken

von individuellem Verhalten und objektiv gegebenen Verhältnissen sei bei vielen Akteuren „nicht auf dem Schirm“ (10:08). In der neuen Allianz wird nun versucht, ein Flächenbundesland „zu erobern“, in dem hauptsächlich KMU agieren. Beide Akteure haben ihren Hauptsitz nicht in diesem Bundesland und müssen, um die Allianz zu etablieren, äußerst sensibel und empathisch vorgehen, um Brücken zu den vor Ort ansässigen Akteur_innen zu bauen, ohne die eine Erreichbarkeit und damit eine Implementierung ihrer Ideen unmöglich ist.

Dabei spielt es durchaus eine Rolle, welcher Handlungstypus dem Netzwerk zugrunde liegt. Auf der einen Seite zeigt unsere Analyse wertrationale Bezüge: Treiber wie Spaß, Erfahrung, demokratische Werte und Visionen motivieren, in einem Netzwerk tätig zu sein. Dem gegenüber stehen zweckrationale Referenzen: Treiber waren u.a. ein Return on Investment, ein bestehendes Gesetz, das einzuhalten sei, damit verbundene finanzielle Erleichterungen oder aber Sanktionierungen, ein Aufsichtshandeln oder die Frage nach Mitbestimmung im Sinne der Sozialpartnerschaft. Die zweckrationalen Treiber überwogen in den Aussagen, was den Rückschluss zulässt, dass das politisch-juristische Agenda-Setting durchaus Konsequenzen hat, die in unserem Untersuchungsfeld in Beratungsformaten Ausdruck findet und damit letztlich auf Freiwilligkeit setzt.

In der Allokationsphase spielen diverse Faktoren eine Rolle, die eine effektive Arbeit eines Netzwerkes/einer Allianz begünstigen. Zum einen ist die Aufgabenverteilung und damit eine Zuordnung der Rollen eine wichtige Voraussetzung. Ohne sich über die Ziele und die damit verbundenen Aufgabenbereiche und Verantwortlichkeiten, insb. bei Schnittstellenfunktionen, klar zu sein, ist die Realisierung von Zielstellungen eher unwahrscheinlich. Damit verbunden sind Gestaltungsspielräume, welche die Akteur_innen benötigen. Das betrifft diejenigen, die während ihrer Arbeitszeit, z.B. als BG-Fachreferentin, in INQA-Gremien mitarbeiten genauso wie diejenigen, die in Vereinen arbeiten und ehrenamtlich z.B. von Gewerkschaften in Ausschüsse von Ministerien delegiert werden. Zentral ist zudem die Frage des Wissensmanagements: Innerhalb der Organisationen muss sichergestellt sein, wie die Datenverarbeitet, das Wissen gesichert werden kann. Zwischen den Organisationen in den Allianzen ist es ebenfalls unerlässlich, Strukturen zu schaffen, in denen sich die Akteur_innen bewegen können, um an das für sie relevante Fachwissen, an die darüber verfügenden Akteur_innen zu kommen: Die Allianz muss wissen, wer über welche Kompetenzen und Expertisen verfügt. Jenseits der Allianzen sollten die Akteur_innen in weiteren Netzwerken agieren, um über Expert_innenpools oder über Kompetenzzentren an Spezial- bzw. Fachwissen zu gelangen und damit in der Beratung neue Handlungsoptionen für die Ratsuchenden eröffnen zu können.

Drittmittel zu akquirieren, um Projekte durchführen zu können, ist aus Sicht der befragten Netzwerker_innen herausfordernd. Befinden sich die Hauptamtlichen, z.B. beim ddn oder in kleinen, lokal verorteten Vereinen, in einer Struktur, die immer wieder neue Projektanträge voraussetzt, damit die Stellen gesichert werden können, dann ist in den Projektlaufzeiten viel Zeit aufzuwenden, um die bürokratischen Anforderungen zu erfüllen und bereits während des noch laufenden Projektes Ressourcen aufzubringen, neue Anträge zu schreiben. Die aus der Förderlogik resultierenden Schwierigkeiten in der Verfestigung von Projekten nach Ablauf der Modellförderung wird in der Machbarkeitsanalyse unter Punkt 2 angesprochen.

Bei der Finanzierung spielen Abrechnungsfragen und aufzubringende Eigenanteile eine Rolle, die eine entsprechende Expertise voraussetzen. Die Verfestigung von Initiativen, Allianzen, Netzwerken birgt unterschiedliche Aspekte, die für eine erfolgreiche Fortsetzung der Arbeit beachtet werden können. Der Aufbau (in-)formeller Netzwerkstrukturen, eine juristische Absicherung des Akteursstatus, z.B. qua Vereinsgründung und damit als juristisch anerkannte Rechtsperson, das Aneignen von Fachwissen in den jeweils relevanten Themenfeldern wie dem betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz, zu Gefahrstoffen oder aber juristischen Fragen des Arbeits- und Sozialrechts – und das Schaffen von Plausibilitätszonen, die Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Gewerkschaften Themen sozialer Bewegungen dann aufnehmen können, wenn Plausibilitätszonen geschaffen werden, die für die Organisation Gestaltungsoptionen eröffnen (siehe auch Schulze/Hien/Kardorff 2018). So kann Konkurrenz und Wettbewerb für die Idee der Etablierung von Betriebspartnerschaften hinderlich sein, können Arbeitsformen scheitern, wenn Unternehmen zu stark in Konkurrenz zueinanderstehen, eine zu große örtliche Nähe haben, sich dann im Netzwerk nicht öffnen, um keinen Einblick zu gewähren. Oder aber

die Organisation selbst spart in der Sozialberatung und reduziert die Hauptamtlichen, die in der Fläche für die Beratung zu Gesundheit und Arbeitsschutz im Betrieb tätig sind.

Das Agieren von Vereinen, Lotsen, Berater_innen etc. in spezifischen Plausibilitätszonen¹⁴ (z.B. innerhalb des Diskurses um psychische Gefährdungen am Arbeitsplatz oder der Frage des Fachkräftemangels) schafft Koalitionsmöglichkeiten im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz. Inwiefern das Agieren in diesen Plausibilitätszonen erfolgreich ist, hängt einerseits von Zufällen ab; ob ein Verein Fördermittel bekommt, ist mitunter vom Wohlwollen der fördernden Instanz und etwaigen Personalwechseln abhängig. Die von der Politik gesetzten förderfähigen Themen und die eigene Vernetzung, die entsprechende Expertise bereitstellen kann, sind auch vom Zufall bestimmt und abhängig von der Initiative der Akteure, deren Zeitbudget und ihrer Lebensweise. Denn häufig bedeuten Projektformate Mehrarbeit, die nur dann leistbar ist, wenn andere Verpflichtungen (z.B. private Sorgearbeit) nicht vorhanden oder aber zurückgestellt werden.

Die Werte der einzelnen Akteur_innen bestimmen auch darüber, in welchen Netzwerken sie ihr Engagement verstärken bzw. ihre Motivation höher ist, sich zu beteiligen. So fördern Netzwerkulturen, die sich durch ein Sharing an Wissen, Verbundenheit und Auftragsvermittlungen und damit an Vertrauen auszeichnen, in denen Konkurrenzen um Ressourcen weniger eine Rolle spielen, Unterschiedlichkeiten wertgeschätzt würden und Umgangsregeln wenig kompliziert seien, das Engagement und den Verbleib von Aktiven.

Neue Themen in das eigene Arbeitsfeld zu integrieren, ist ebenfalls eine Kompetenz, die wichtig wird, wenn es um die Verstetigung geht. Das betrifft nicht nur die Sicherung der eigenen Tätigkeit, sondern auch eine Option auf neue Stellen und damit eine strategische Nachwuchssorge. Die Fortsetzung der eigenen Arbeit über eine Nachfolge zu regeln, ist auch relevant mit Blick auf die Verrentung. Hier gingen die befragten Akteur_innen unterschiedlich mit dem Ende des eigenen Erwerbslebens um. Während einige mühevoll versuchten, die Gesetzmäßigkeiten der eigenen Organisation außer Kraft zu setzen und für eine Beschleunigung der Stellenausschreibungen sowie für eine frühere Stellenbesetzung als der Zeitpunkt des In-Rente-Gehens zu sorgen, konnten andere das jenseits der stark versäuteten Strukturen selbst in die Hand nehmen und rechtzeitig parallel zu ihren letzten Jahren im Lohnverhältnis eine neue Kraft einarbeiten und dafür sorgen, dass die Betriebe die_den neue_n Ansprechpartner_in kennenlernen konnten. Eine Strukturabhängigkeit lässt sich in unserem Sample jedoch nicht erkennen, denn es gab auch einen Verein, der die Nachwuchssorge nicht prioritär auf die eigene Agenda setzte. Ohne eine Weitergabe des erworbenen Knowhows (Erfahrungshorizont und Netzwerkkontakte) an den Nachwuchs zu sichern und dafür die entsprechende Zeit einzuplanen, kann keine Kontinuität gewährleistet werden.

Eine illustrative Skizze der Ergebnisse zeigt sich in dem folgenden Graphic Recording (Abbildung 8) von Britta Mutzke, die einen Vortrag von Dr. Annett Schulze grafisch protokollierte:

¹⁴ Zum Begriff der Plausibilitätszonen: Tratschin (2016, S. 24). Letztlich umfasst der Begriff, die Option in hegemonialen Diskursen eigene Anliegen anschlussfähig zu formulieren und zu positionieren, um diese Anliegen glaubwürdig verhandeln zu können und auf der politischen Ebene Unterstützung dafür zu gewinnen.

Abbildung 8 – Graphic Recording (Quelle: Britta Mutzke, www.brittamutzke.de)



3.3 Internationale Anregungen: machbare, unrealistische, problematische Perspektiven

Mit dem Blick über die nationalen Grenzen hinweg wurden im Rahmen eines Werkauftrags von Prof. Dr. Rainer Müller (Bremen) ausgewählte Expert_innen in den Niederlanden, in Österreich und Dänemark, Schweden und Finnland interviewt sowie entsprechende Literatur recherchiert. In drei Beiträgen in der Zeitschrift „Sicher ist sicher“ sind die Kernergebnisse zusammengefasst auch unter der Perspektive möglicher Übertragbarkeit auf die Situation in Deutschland und auf KMU-Betriebe (Müller 2018a, 2018b, 2018c) (vgl. Anhang 1 bis 3). Diese Analysen sind im Rahmen des Gesamtprojekts ein wichtiger Baustein für die *Machbarkeitsstudie* vor allem hinsichtlich der Verknüpfung sozialrechtlicher Rahmenungen und sozialpolitischer Akteure auf der einen Seite und der betrieblichen Akteure auf der anderen Seite.

Die Ergebnisse dieser Expertisen finden sich in den folgenden vier Beiträgen (drei davon bereits veröffentlicht), die im Anhang wiedergegeben sind:

- Müller, Rainer (2018): Betriebliche Widereingliederung ausbauen! Die Niederlade als Vorbild?
In: Sicher ist sicher 69, H. 4, S. 178–184. – **Anhang 1**

Ausgehend davon, dass Deutschland und die Niederlande auf die mit demografischem Wandel, der Zunahme von chronischen Krankheiten im fortgeschrittenen Erwerbsleben mit unterschiedlichen konflikthaften Politiken reagiert haben, stellt sich die Frage, welche für sich genommen attraktiven Lösungen von den Niederlanden auf Deutschland übertragbar wären. Müller ist hier skeptisch: „Es muss bezweifelt werden, dass Verfahren im niederländischen Konzept ... [für die nachhaltige Beschäftigungssicherung von Arbeitnehmer_innen mit bedingter Gesundheit] NACH Deutschland transferiert

werden konnten. Denn die Rahmenbedingungen sind deutlich verschieden. So haben im Gegensatz zu Deutschland niederländische Arbeitgeber für zwei Jahre bei Arbeitsunfähigkeit den Lohn bei hohem Kündigungsschutz fortzuzahlen. Ein zentrales administratives Institut für die zentralen Sozialversicherungen, das berufliche Wiedereingliederung kontrolliert, besteht in der Bundesrepublik nicht. Die gesetzliche Verpflichtung der Arbeitgeber zur Begleitung erkrankter Beschäftigter mit dokumentiertem Bemühen zur Reintegration hat dazu geführt, dass Betriebsärzte bzw. Arbeitsschutzdienste überwiegend mit dieser Begleitung auf Kosten präventiver Arbeitsgestaltung beschäftigt sind“. Damit werden nicht-intendierte Effekte einer gesetzlich verordneten und zentral kontrollierten Wiedereingliederung sichtbar, wie eine zunehmend genauere Überprüfung der Gesundheit von Bewerber_innen und damit die Verringerung von Chancen für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu kommen. Eine anreizgesteuerte Beschäftigungssicherung zusammen mit begleitenden und je nach Situation auch arbeitsplatznahen Rehabilitationsmaßnahmen wären aus unserer Sicht eine modifizierte und erfolgversprechende Strategie, die Anregungen aus dem niederländischen Modell aufgreift.

- Müller, Rainer (2018): Sicherung von Erwerbsfähigkeit und betriebliche Wiedereingliederung bei chronischer Krankheit in Österreich. In: Sicher ist sicher 69, H. 9, S. 386–389. **UND** Müller, Rainer (2018): Sicherung von Erwerbsfähigkeit und betriebliche Wiedereingliederung bei chronischer Krankheit in Österreich. In: Sicher ist sicher 69, H. 10, S. 444–448. – **Anhang 2**

Hier konzentrieren sich die Ausführungen vor allem auf das fünfstufig aufgebaute österreichische Beratungs- und am case management orientierte Modell „Fit-2-Work“; hierfür gibt es in Österreich 40 Beratungsstellen für Beschäftigte und Betriebe, die meisten dieser Stellen werden getragen von den regionalen Beruflichen Bildungs- und Rehabilitationszentren (BBRZ).

In dem seit 2017 geltenden Wiedereingliederungsteilzeitgesetz besteht die Möglichkeit, dass Arbeitnehmer_innen „nach einem mindestens sechswöchigen Krankenstand mit dem Arbeitgeber schriftlich eine Herabsetzung der wöchentlichen Normalarbeitszeit für die Dauer von ein bis sechs Monaten vereinbaren“ können. Dieses Element einer zeitlichen Entlastung könnte durchaus in vielen Fällen zur Entspannung einer gesundheitlichen Krise beitragen und zugleich dem Arbeitgeber wie dem Arbeitnehmer die Möglichkeit eröffnen, bei dem Vorliegen einer Chronifizierung nach neuen Lösungs-

möglichkeiten innerhalb des Betriebes zu suchen, unterstützt von einer Beratungsinstanz, deren personelle Ausstattung allerdings mit einer höheren Qualifizierung versehen sein müsste als dies im Fit-2-Work-Modell der Fall ist.

- Rainer Müller/Joachim Larisch Stand: Sicherung von Erwerbsfähigkeit und Betriebliche Wiedereingliederung nach und bei chronischer Erkrankung in Dänemark, Finnland, Schweden und Frankreich – **unveröffentlicht und Anhang 3**

Die Autoren heben hervor, dass über die im Einzelnen unterschiedlichen und kurz vorgestellten Maßnahmen zur Wiedereingliederung, zur Beschäftigungssicherung und zur betrieblichen Gesundheitsprävention hinweg, ein zentraler paradigmatischer Unterschied zu Deutschland darin besteht, dass das skandinavische Wohlfahrtsstaatsmodell von Anfang an auf Integration angelegt war und insofern der Blick von Anfang an auf Beschäftigungserhalt und erst in zweiter Linie auf Wiedereingliederung gelegt ist. Daher zielen die Angebote und Maßnahmen auf den Verbleib in der Arbeit und ziele auf eine Verhinderung des Arbeitsplatzverlusts. Eine Überprüfung der einzelnen Elemente auf ihre Übertragbarkeit auf Deutschland würde eine eigene umfangreiche Studie erfordern und kann in diesem Rahmen nicht geleistet werden. Man könnte allerdings das mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention verbundene Recht auf Arbeit und auf Rehabilitation für Menschen mit Behinderungen oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen (§§ 26, 27) als einen Paradigmenwechsel in Richtung einer inklusiven Politikstrategie (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2011), die für die Arbeitswelt, etwa mit einem „Index of Workplace-Inclusion“ empirisch präzisiert werden müsste.

4 Machbarkeitsanalyse: Empfehlungen und Umsetzungsperspektiven

Bei der Machbarkeitsanalyse können wir in unserem Fall nicht auf ein einzelnes Projekt fokussieren, sondern bewerten die von uns auf der Basis unserer Erhebungen gewonnenen Erkenntnisse sowie der im Anschluss an die Analyse der Expert_inneninterviews und der Gespräche mit Beschäftigten und Arbeitgeber_innen entwickelten Empfehlungen auf ihre Umsetzungschancen bzw. -voraussetzungen und auf ihre Akzeptabilität bei den unterschiedlichen relevanten Stakeholdern. Mit Blick auf Umsetzungsperspektiven und Akzeptanz stützen wir uns bei der Beurteilung der Machbarkeit auch auf die Ergebnisse der beiden Fokusgruppen mit Expert_innen und Stakeholdern¹⁵. Sichtbar wird, dass die einzelnen Aspekte der Voraussetzungen und Chancen für eine Umsetzung (= Machbarkeit) eng miteinander verwoben sind. Dies kann anhand der von uns entwickelten Bedingungsmatrix sichtbar werden, die nicht nur im Analyseprozess relevant wurde, sondern auch als Ergebnis für eine Umsetzung „Neuer Allianzen“ bzw. der Stärkungen bestehender Vernetzungen bedeutsam ist. Diese Bedingungsmatrix findet sich in der folgenden Abbildung.

Abbildung 9 – Bedingungsmatrix für die Machbarkeitsanalyse (Quelle: eigene Darstellung)

Bedingungsmatrix für den Umgang mit gesundheitlich beeinträchtigten Beschäftigten in KMU-Betrieben



4.1 Beispiele guter Praxis aus dem europäischen Ausland: nur begrenzt übertragbar, aber großes Anregungspotential

Wie die in Kooperation mit dem Projekt entstandenen Analysen von Prof. Müller zur Situation in den Niederlanden, in Belgien, in Österreich und in Dänemark, Schweden und Finnland zeigen, treffen viele der dort institutionalisierten Lösungen auf *ordnungspolitische* sowie *datenschutzrechtliche* Grenzen in

¹⁵ Vertreter_innen folgender Stakeholder waren in den beiden Fokusgruppen vertreten: DGB, DRV-Bund (Firmenservice), BGW (Pflege), Handwerkskammer, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, NGG, Universitäten mit unseren Fragestellungen entsprechenden Forschungsprojekten, Competenzzentrum Versorgungsforschung bei Pflegeberufen (Kooperation Universitätsklinikum und UV), Unternehmensberatungen, cogito-institut, Arbeit & Gesundheit e.V., Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke, BKK-Dachverband, IKK-Nordwest, ver.di, pepp zwei. Interessant waren die ausgewählten Fokusgruppenteilnehmer_innen, weil diese aus ihrer Herkunftsorganisation heraus in für unser Forschungsprojekt sehr relevanten Netzwerken und Allianzen agieren.

Deutschland. Aufgrund des gewachsenen gegliederten Systems der sozialen Sicherung in Deutschland sind aus Gründen rechtlich definierter Zuständigkeiten und Abgrenzungen wie sie in den Sozialgesetzbüchern festgelegt sind, aufgrund der mit diesem System gewachsenen Organisationsstrukturen der großen Kostenträger und der damit verbundenen Sicherung von „Erbhöfen“ und Einflussphären sowie aufgrund der historisch entstandenen unterschiedlichen Diskurskulturen hohe Hürden für eine trägerübergreifende Kooperation und Koordination entstanden. Darüber hinaus stellt sich die Versorgungslandschaft in Deutschland vor allem im Krankenkassenbereich angesichts der vielen untereinander um Mitglieder konkurrierenden und daher nur wenig auf Kooperation ausgerichteten Kassen als sehr heterogen und zerrissen dar und lässt Kooperationen über Kassen hinweg als besonders schwierig und unwahrscheinlich erscheinen.

Die Perspektive, wie einzelne Elemente als Anregungspotential genutzt und einzelne Verfahrensschritte modifiziert übernommen werden könnten wurde in Punkt 3.3 dieses Ergebnisberichts genauer dargestellt.

4.2 Beispiele guter Praxis aus Großbetrieben nur sehr begrenzt auf KMU übertragbar

Im Rahmen unserer Studie haben wir einen Betriebsbesuch bei AUDI in Ingolstadt mit einer anschließenden unternommen und in einer anschließenden Diskussionsrunde mit Betriebsräten, BEM-Beauftragten, BGF-Beauftragten und dem leitenden Betriebsarzt Dr. Joachim Storck (mit dem auch ein Experteninterview durchgeführt wurde) sowie bei einem von der Hans-Böckler-Stiftung organisierten Betriebsbesuch bei BMW das breite Spektrum großbetrieblicher Strategien, Angebote, Verfahrensweisen und konkreter Wiedereingliederung und Beschäftigungssicherung für chronisch kranke und leistungsgeminderte Beschäftigte kennenlernen können. Ohne die konkrete Alltagspraxis näher untersuchen zu können, war die Vielfalt von Unterstützungsangeboten, die Einbeziehung von Kollegen und die fachliche Kompetenz bei der Umsetzung derartiger Strategien beeindruckend. Die zentralen Begründungsmuster für dieses Engagement waren der statistisch nachgewiesene „return on investment auf verschiedenen Ebenen: finanziell, unternehmenskulturell (Verbesserung des Betriebsklimas), Sicherung von Fachkräften mit Erfahrung und „embedded knowledge“ und symbolisch (Präsentation nach außen als attraktiver Arbeitgeber). Hervorzuheben scheint uns auch die Verknüpfung von Arbeitsschutz, Prävention und Wiedereingliederung und Beschäftigungssicherung. Auch wenn Schaufenstereffekte bei der Begehung nicht auszuschließen sind, war die Antwort auf die Frage nach einer Übertragbarkeit vieler dieser Angebote auf KMU für die meisten dieser Angebote negativ.

Gründe aus unseren Befragungen in den Betrieben, aus Expertengesprächen und aus der Literatur hierfür sind u.a.:

- Fehlen fachlich-kompetenter Personalressourcen: keine Betriebsärzte vor Ort, nur selten eigene Personalabteilungen, oder Schwerbehindertenvertretungen
- Fehlen organisierter Arbeitnehmervertretungen: nur selten Betriebsräte
- unzureichende Gefährdungsbeurteilungen
- nur selten geregeltes BEM, oft nicht bekannt, eher situationsbezogene einzelbetriebliche, zuweilen kreative Lösungen in Abhängigkeit von der Bereitschaft der Betriebsinhaber
- zu wenig finanzielle Ressourcen
- geringe ökonomische und personelle Kompensationsmöglichkeiten bei Ausfall eines oder mehrerer Fachkräfte: So besteht nur bei größeren KMU die Möglichkeit der Umsetzung eines gesundheitlich beeinträchtigten Arbeitnehmers auf einen leidensgerechten Arbeitsplatz.
- Anders als Großbetriebe können KMU den mit vielen möglichen Maßnahmen verbundenen, oft enormen bürokratischen Aufwand nicht bewältigen und zeigen gerade hier eine große Reaktanz.
- Die Unternehmenskulturen von Großbetrieben und von KMU unterscheiden sich in wesentlichen Punkten – wobei sich auch die Unternehmenskulturen von Großbetrieben, etwa des produzierenden Gewerbes von denen großer Verwaltungen und die von KMU in der ambulanten

Pflege von denen des Handwerks unterscheiden: Während in den Großbetrieben eher affektiv-neutrale Beziehungen und universalistische Normen herrschen, Themen wie Diversity auf der Agenda stehen und BGM-Angebote mit Konzepten einer Firmenidentität (Corporate Identity) verknüpft sind, zeigen sich bei KMU eher engere personale Abhängigkeiten von den Inhaber_innen, spezifische auf lokale, stark durch Vertrauensbeziehungen geprägte Marktpositionen und die jeweilige auf die einzelbetriebliche Struktur ausgerichteten Orientierungen; die Themen Gesundheit(-sförderung) und chronische Krankheiten ihrer Belegschaften werden nur anlassbezogen zum Thema. Lösungen von Groß- auf Kleinbetriebe zu übertragen, funktioniert demnach aufgrund der spezifischen Bedingungen kleinerer und mittlerer Betrieb nicht. So gibt es keine Kapazitäten, um bspw. Personalserviceagenturen zu implementieren (möglich wäre das nur betriebsübergreifend: Versuche dazu waren zumindest bisher nicht erfolgreich: siehe MEgA¹⁶⁾.

Alles zusammengenommen müssen eigenständige Strategien zur Förderung von Guter Arbeit bei bedingter Gesundheit entwickelt werden, vor allem aber betriebsübergreifende gleichwohl lokale Hilfen für KMU-Betriebe.

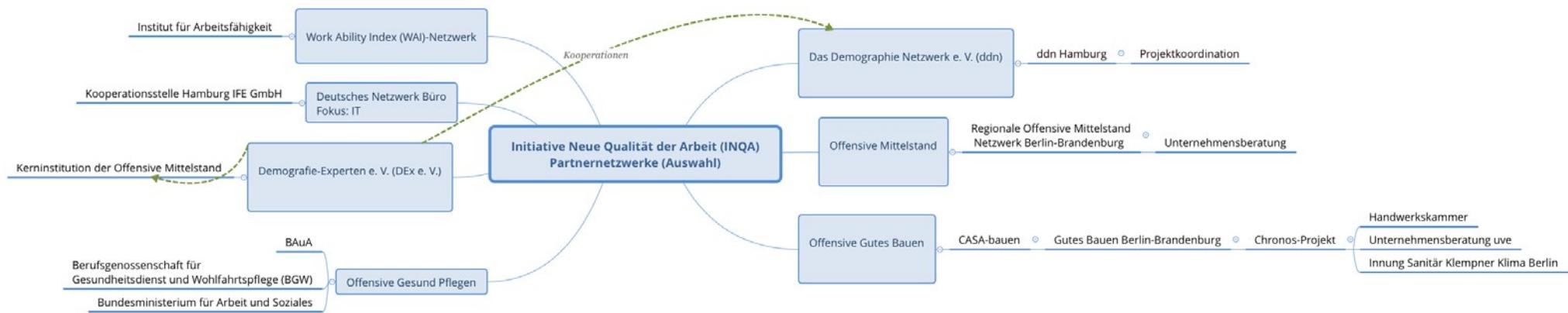
4.3 Unterschiedliche Funktionen themenspezifischer Netzwerke auf verschiedenen Handlungsebenen

Netzwerke (NW), die sich thematisch mit den Themen "Gute Arbeit", "Arbeits- und Gesundheitsschutz", "Betriebliche Gesundheitsförderung/Betriebliches Gesundheitsmanagement" beschäftigen, lassen sich zunächst grob in unterschiedliche soziologische Integrationsebenen einordnen: nationale NW (makrosozial), regionale NW (mesosozial) und lokale/kommunale NW (mikrosozial), vgl. hierzu auch Abbildung 3 – Ebenen der Netzwerkformationen (Quelle: eigene Darstellung).

- *Auf nationaler Ebene* agieren, oft von Bundesministerien initiiert, unter Beteiligung von Arbeitgebern und Gewerkschaften, Trägern der Sozialen Sicherung etc. Netzwerke wie INQA, Deutsches Demographie-Netzwerk, Deutsche Arbeitsschutzstrategie, UnternehmensWert Mensch etc. siehe dazu die Abbildung 10 – Auswahl von Allianzbildungen und Partnernetzwerken der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) (Quelle: eigene Darstellung) auf der folgenden Seite.

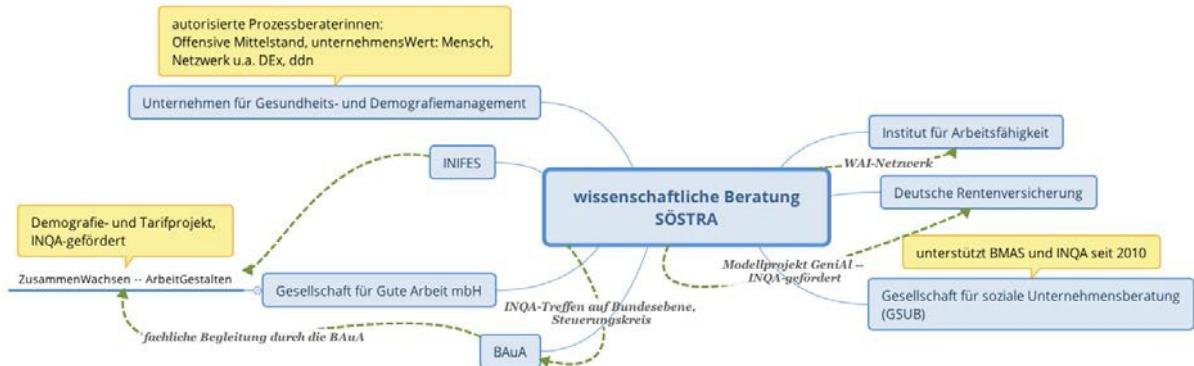
¹⁶ MEgA steht für „Maßnahmen und Empfehlungen für die gesunde Arbeit von morgen“ und ist ein vom Bundesministerium für Bildung und Forschung aufgelegtes Verbundprojekt mit dem Ziel die „Arbeit von morgen“ unter der Einbeziehung von präventiven Aspekten mitzustalten. Internetauftritt: <https://gesundearbeit-mega.de/>

Abbildung 10 – Auswahl von Allianzbildungen und Partnernetzwerken der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) (Quelle: eigene Darstellung)



Die zentrale Funktion dieser überregionalen/nationalen Netzwerke ist das Agenda-Setting und die Dissemination der dort entwickelten Ziele; der Bekanntheitsgrad der in diesem Rahmen, etwa von INQA, entwickelten Materialien und Handreichungen ist bei den meisten KMU unbekannt und werden dort wo sie bekannt sind als wenig hilfreich angesehen. Die Diskurse in diesen Netzwerken folgen einer eigenen Logik und Terminologie und sind weitgehend selbstreferentiell; darüber hinaus sind sie durch die Einbeziehung möglichst aller relevanten Akteure auf Minimalkonsense beschränkt; dies hängt ganz wesentlich auch damit zusammen, dass die zentralen Mitglieder in diesen Netzwerken von großen Organisationen delegiert sind (DGB, Rentenversicherung, DGUV etc.) und damit in ihren Stellungnahmen nicht vollkommen unabhängig agieren können oder sogar weisungsgebunden sind. Dennoch liefern bundesweit agierende NW wichtige Stichworte für die jeweiligen Themen, die vor allem über Mehrfachmitgliedschaften in regionale und lokale Netzwerke eingespeist werden. Eine "Ableitung" im Sinne eines Transfers auf regionale und lokale Ebenen ist in dem erhobenen Material nur sehr begrenzt sichtbar. So gibt es ein INQA-Netzwerk auf regionaler Ebene, in dem zwei sehr engagierte Akteur_innen INQA-Leitfäden und Checklisten mit in die Betriebe nehmen, diese vor Ort anwenden und umgekehrt die Anliegen der Betriebe in das überregionale INQA-Netzwerk einbringen. Ähnliches finden wir auch bei den ddn-Regionalnetzwerken. Inwiefern diese Checklisten zu einer Veränderung der Arbeitsorganisation und umgekehrt inwieweit Rückmeldungen zu den Checklisten aus den Betrieben auf nationaler Ebene einfließen, wäre ebenso wie die Einschätzung der Materialien seitens der Betriebe, zu evaluieren. Sichtbar wird insgesamt, dass eine Bearbeitung der Agenda immer auch von den einzelnen Akteur_innen vor Ort und den Förderbedingungen abhängt wie auch von den oft sehr allgemein und programmatisch gehaltenen Inhalten der Agenda; derartige politisch gesetzte Agenden sind immer auch im Rahmen einer symbolischen Politik zu verstehen (Edelman 2005).

Abbildung 11 – Wege der Vernetzung innerhalb der Modellförderungslogiken am Beispiel des Institutes für sozialökonomische Strukturanalysen (SÖSTRA) (Quelle: eigene Darstellung)



Gleichwohl gehen durch eine von derartigen überregionalen Netzwerken angestoßene Initiativen bzw. durch ihre Beteiligung an Modellförderungsprogrammen, etwa im Zusammenhang mit der Europäischen EQUAL-Initiative, Impulse in Regionen. Hier wie bei anderen Modellprogrammen ist aber die Nachhaltigkeit nur selten gesichert, weil die Motive der Beteiligung häufig auf die zunächst lockenden, aber befristeten Modellgelder gerichtet sind und die Initiative von außen und nicht aus der lokalen direkten Problembetroffenheit resultiert (Top-Down-Strategien).

Gegen die Modellstrategie spricht aus Sicht der befragten Expert_innen zudem, dass häufig nur in Projektlaufzeiten gedacht wird, was eine mittel- und langfristige Orientierung der Betriebe erschwert; denn es braucht Zeit, das Gelernte in eigene Strukturen zu inkorporieren und damit auch einen Wandel der Arbeitsorganisation und der Betriebskultur zu erreichen. Hinzu kommt, dass mit Blick auf evtl. Nachahmer, die Frage nach den Ressourcen bei einer Anpassung von Modellelementen im Vordergrund steht, so dass die Messlatte von derartigen Modellen vielfach zu hoch erscheint.

Bezogen auf alle diese Modellaktivitäten, die von den nationalen Netzwerken ausgehen, ist die damit verbundene Erwartung eines Transfers und einer Verfestigung immer noch zu sehr von einer *Top-Down und One-model-fits-for-all-Steuerungsillusion* getragen.

- *Regionale und überbetriebliche Netzwerke*

Wir finden hier drei charakteristische Konstellationen regionaler Netzwerke: erstens regionale Netzwerke eines Sozialversicherungsträgers wie das Netzwerk KMU der AOK oder das Netzwerk Zukunft Pflege, zweitens regionale Netzwerke, die aus einer strategischen Allianz entstanden sind, wie das Modellprojekt „Gesund arbeiten in Thüringen“ und drittens regionale Netzwerke, die, entstanden aus einer ministerialen Förderrichtlinie wie zu INQA oder dem ddn, auf regionaler Ebene institutionalisiert und von ganz unterschiedlichen Institutionen (z.B. Kooperationsstellen oder lokalen Behörden) getragen werden. Die zentrale Funktion dieser regionalen Netzwerke liegt in der Verknüpfung verschiedener lokaler Initiativen, um eine größere Wirkung in der Fläche zu erreichen. Diese Netzwerke greifen bei der Vernetzung oder der Allianzbildung auch stärker auf kollektive Akteure zurück (Kammern, Krankenkassen, RV-Träger, BG etc.) und dienen einer Erweiterung der nutzbaren Ressourcen. Hier geht es stärker um weitergehende strukturbildende Maßnahmen, die allerdings häufig im Projektcharakter Betriebe zusammenbringen und fördern. Darüber hinaus besteht eine weitere Funktion dieser regionalen Netzwerke in der Information und Beratung von Betrieben der Region.

In der Konstellation des Modellprojektes „Gesund arbeiten in Thüringen“ zeigt sich, dass eine Allianz externer Akteure – außerhalb des Bundeslandes – in das Feld hineingeht. Abzuwarten bleibt, inwiefern diese greifen werden und arbeiten können. Dies ist deshalb bedeutsam, weil sich in den Interviews jetzt schon zeigte, dass gerade externe Akteure es besonders schwer haben, in den gewachsenen, regional und lokal spezifischen Strukturen Fuß zu fassen. Mögliche Gründe hierfür sind u.a. mangelndes Vertrauen, Unsicherheiten darüber, ob ggf. gewachsene Strukturen (und darin eingeschlossen Einflussmöglichkeiten bis hin zu lokal nicht mehr infrage gestellten Privilegien), eine andere Problemwahrnehmung, etc.

- *Lokale Netzwerke (auch mit regionaler Ausstrahlungswirkung)*

Lokale Netzwerke beruhen meist auf zunächst informell geknüpften Kontakten, die auf gezielt gegründeten und teils auch vertraglich geregelten Allianzen beruhen, die meist über engagierte Einzelpersonen in einem oft langjährigen Vertrauensbildungsprozess zu konkreten Problemen und Zielstellungen entwickelt wurden (Beispiel esa e.V. oder Arbeit & Gesundheit e. V.).

Die zentrale Funktion dieser Netzwerke oder Allianzen liegt darin, dass eine konkrete personen- bzw. betriebsbezogene Lösungsstrategie in gemeinsamer Anstrengung der Allianzpartner mit geregelten Verbindlichkeiten, arbeitsteilig und vermittelt über vertrauensvolle Beziehungen, in informell und ggf. formell überprägten Form – immer aber über den vertrauensvollen „broker“ – entwickelt und verfolgt wird. Letzteres ist eine der zentralen Bedingungen um eine Verstetigung zu erreichen.

Good-Practice-Beispiele wie die von uns untersuchten Netzwerke wie *Arbeit & Gesundheit e.V.* (Schulze/Hien/Kardorff 2018) und esa e.V. (vgl. Steckbrief, s.u.) erfahren immer wieder Anerkennung und machen in ihren Präsentationen die Erfahrung, dass der Handwerkerfonds oder die Förderung über die Arbeitsschutzbehörde modellhaft übernommen werden wollen. Bisher ist es bundesweit noch nicht zu Nachahmereffekten gekommen. Die Interviewten erklären sich das mit dem notwendigen Engagement einzelner Akteur_innen und den notwendigen Ressourcen, die von unterschiedlichen Trägern, bereitgestellt werden müssen. Aus unserer Perspektive ist eine modellhafte Übernahme in andere lokale Situationen auch deshalb schwierig, weil sich erstens die historisch gewachsenen Formen der Kooperation, aber auch der Abschottung einzelner relevanter kollektiver Akteure bis hin zu Sym- und Antipathien einzelner potentieller Schlüsselpersonen in jeder lokalen und regionalen Situation anders darstellen; so gilt für das im Anschluss beschriebene Beispiel guter Praxis, dass hier das Engagement eines ehemaligen Mitarbeiters einer IKK zunächst für suchtkranke Beschäftigte in KMU auf eine positive Resonanz bei Innung und Handwerkskammer gestoßen sind. In einer anderen Region oder einer anderen Kommune kann dies von der Berufsgenossenschaft ausgehen und sich von daher ein funktional äquivalentes Unterstützersystem entwickeln, das andere Akteure einschließt und auch vom Umfang der Aufgaben abweicht und Arbeitsteilung nach lokaler Kooperationsbereitschaft und den vorhandenen Kapazitäten organisiert.

In einem Steckbrief, basierend auf Darstellungen in der Literatur und einem langen Interview mit dem Gründer des Vereins esa e.V., zeigt sich eines der prominenten und in der Bundesrepublik herumgekommenen Vorzeigeprojekte zur Beschäftigungssicherung von Beschäftigten mit bedingter Gesundheit vor allem im KMU-Bereich. Im Folgenden wird dieses Beispiel guter Praxis in einem Exkurs dargestellt.

4.3.1 Steckbrief – Projekt: Neue Allianzen für Gute Arbeit bei bedingter Gesundheit - Ein Beispiel für Gute Praxis auf lokaler und regionaler Ebene: Der Verein esa e.V.

1. Titel/Thema
Kleine und mittlere Unternehmen (KMU) sind ebenso wie die betroffenen Beschäftigten beim Auftreten absehbar dauerhafter gesundheitlicher Beeinträchtigungen mit der Vielzahl vorhandener Angebote, der unterschiedlichen Kostenträger und der für Laien schwer durchschaubaren Anspruchsvoraussetzungen für den Leistungsbezug bei der Wiedereingliederung überfordert; dies betrifft nicht nur fehlende Information, sondern auch leicht vor Ort zugängliche Beratungsangebote Zudem finden sich bei der Mehrzahl der KMU nur vereinzelt Ansätze betrieblicher Gesundheitsförderung und das Wissen zu Gesundheitsthemen ist zudem deutlich ausbaufähig. Darüber hinaus werden Gefährdungsbeurteilungen trotz gesetzlicher Vorgaben oft nicht oder nur unzureichend ausgeführt, BEM ist vielfach nicht bekannt und wird meist nicht in der gesetzlich vorgegebenen Weise praktiziert, wenngleich einzelne Betriebe unkonventionelle individuelle Lösungen finden. Der auf Initiative einer engagierten Einzelperson, Herrn Klaus Leuchter, gegründete „Verein zur Förderung der betrieblichen Eingliederung, esa e.V. – eingliedern statt ausgliedern“ in Schleswig in Schleswig-Holstein ist ein Beispiel guter Praxis, das zu allen oben aufgeführten Aspekten praktische Beratung, Unterstützung vor Ort und Vernetzung zu Kostenträgern und Vermittlung Leistungsanbietern leistet.
2. Zielsetzung und Zielgruppe
Insbesondere Unterstützung beim BEM (§ 167 Abs. 2 SGB IX) im Bereich kleiner und mittlerer Unternehmen (KMU) – insbesondere des Handwerks. Die Weiterbeschäftigung von Fachkräften mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder altersbedingten Einschränkungen sowie die Eingliederung in die Arbeitswelt für Menschen mit und ohne Behinderung sollen gefördert werden. Diese Ziele sind in der Vereinssatzung definiert.
3. Beteiligte inner- und außerbetriebliche Akteure und ihre Rollen
Der Verein ist in Schleswig-Holstein eng mit anderen Vereinen verzahnt, die ebenfalls das Ziel verfolgen, Betriebe und Betroffene bei der Beschäftigungssicherung zu unterstützen. Eine gemeinnützige Gesellschaft befindet sich in Trägerschaft des Vereins und dient der Umsetzung der in der Satzung verankerten Vereinsziele und bündelt die lokalen Anstrengungen. Der Verein und die gGmbH haben denselben engagierten Geschäftsführer. Dieser besitzt eine langjährig aufgebaute Vertrauensrolle und ist verlässlicher Ansprechpartner in der Allianz und den weiteren Netzwerken zu verschiedenen Fachdisziplinen. Die Arbeit des Vereins wird u. a. getragen von den Kreishandwerkerschaften in Schleswig-Holstein, die dem Verein angehören. Die Rolle des Vorsitzenden kann als Drehpunktperson und Informationsbroker beschrieben werden, die Rolle des Vereins als Anlauf- und Vermittlungsstelle sowie als Kristallisierungspunkt für die Koordination von Hilfen.
4. Reichweite des Netzwerks/der Allianz
Die Dienstleistungen für die Betroffenen und die Betriebe werden lokal und regional für das Bundesland angeboten. Hierzu gibt es eine Zusammenarbeit mit Fach- und Rehabilitationskliniken, die Verbindung zu den Kreishandwerkerschaften und den Kontakt zu einer Krankenkasse. Die Kernaktivitäten des Geschäftsführers sind primär regional auf Schleswig-Holstein ausgerichtet; durch den Erfolg der Allianz haben sich seine Aktivitäten der Informationsvermittlung und der Anregungen zum Aufbau vergleichbarer Initiativen auch bundesweit ausgerichtet, z.B. Vortragstätigkeiten.
5. Maßnahmen bzw. Wege zur Zielerreichung – Vernetzung und Allianzbildung
Beratung, Betreuung und Information sind die Mittel, mit denen der Verein seine Ziele erreicht. Diese Herangehensweise ergab sich aus den Erfahrungen des Handwerker-Fonds. Hier wurde und wird nicht der Versuch unternommen, sozialpädagogische oder medizinische Angebote zu ersetzen, sondern zu ergänzen und ihre Aktivitäten zu Synergien zusammenzufügen. Zwischen dem Verein

und der gGmbH gibt es eine Aufgabenteilung. Die gGmbH unterstützt Betriebe und Betroffene im Handwerk fallbezogen gezielt bei der Wiedereingliederung suchtkranker Menschen und über das Modellprojekt der „Betriebslotsen im Handwerk“. Die Lots*innen zeigen Wege zur Umsetzung des BEMs. Ziel ist in der Regel eine angemessene und akzeptierte Lösung für Betriebe wie Beschäftigte, die gleichermaßen mit den Angeboten adressiert werden. Der Umfang der Beratung variiert je nach Bedarf der Betroffenen. Es kann sich dabei um eine kurze Information handeln, bspw. welcher Träger für eine Beantragung verantwortlich ist, oder auch um einen längeren Prozess, in dem z.B. Beschäftigte bei der Beantragung von Leistungen und der Rückkehr an den alten Arbeitsplatz begleitet werden.

Im Verein ist eine „BEM Akademie“ angesiedelt. Dabei handelt es sich um ein Angebot, welches über das Handwerk hinausgeht. Die Akademie hat eine Multiplikatorfunktion und richtet z.B. Seminare für unterschiedliche Akteursgruppen zum BEM sowie zur Unterstützung und Beratung aus.

Im Einzelnen bieten Verein und die gGmbH als Allianz folgende Maßnahmen an:

- Betreuung von Betrieben und Beschäftigten bei der (Wieder-) Eingliederung in den Arbeitsprozess
- betriebliche Eingliederung von abhängigkeitserkrankten Personen im Handwerk
- Hilfen bei der betrieblichen Gesundheitsförderung
- Veranstaltungen, Schulungen und Seminare im Bereich der betrieblichen Eingliederung.

Mit Blick auf die Ebene der Vernetzung ist das Projekt betriebs- und beschäftigtenbezogen ausgerichtet.

6. Intensität der Kooperation und Kommunikation

Aufgrund der Vielschichtigkeit des Netzwerkes ergeben sich unterschiedliche Grade der Intensität in der Zusammenarbeit mit den diversen Akteur*innen. Eine regionale Innungs-Krankenkasse und die Kreishandwerkerschaften sind Mitglieder im Verein und entsprechend formell und institutionell eingebunden. Projektpartner wie Kliniken kooperieren auf formeller und vertraglich geregelter Basis mit dem Verein, ohne selbst Mitglieder des Vereins zu sein. Darüber hinaus existieren informelle Kontakte für anlassbezogene Zusammenarbeit bspw. mit Betriebsärzt_innen im Ruhestand, die für Begutachtungen aktiviert werden. Die unterschiedlichen Kooperationsformen eint eine pragmatische Verbindlichkeit, die in der Regel auf beiderseitige Interessen stößt.

Die Kooperationsform ist ein gutes Anschauungsbeispiel für die innovative Bildung einer neuen Allianz mit den zunächst zur Kooperation bereiten Kooperationspartnern; weitere Kooperationspartner müssen die Minimalanforderungen an eine „pragmatischen Verbindlichkeit“ erfüllen. Das Commitment zu einer gemeinsamen Verbindlichkeit ist ein fundamentaler Baustein für eine gelungene gute Praxis.

7. Entstehung und Verlauf des Netzwerks/der Allianz

Historisch begann die Vereinsarbeit im Jahr 1989 für Suchtbetroffene im Handwerk. Dieses Engagement war regional begrenzt, konnte aber im Jahr 1996 unter Gründung eines neuen Vereins auf das gesamte Bundesland Schleswig-Holstein ausgedehnt werden. Ein Fond soll finanzielle Ausfälle durch Entgeltfortzahlungen bei Zeiten suchtbedingter Arbeitsunfähigkeit teilweise kompensieren; dieses Angebot wird aber kaum wahrgenommen, weil bereits die Beratungsarbeit zumeist als ausreichende Hilfe und Entlastung verstanden wird. Über die Vereinsarbeit konnte auch ein Verständnis davon vermittelt werden, wie Suchtkrankheiten in Betrieben des Handwerks thematisiert werden können und welcher Bedarf dafür besteht. Träger waren u.a. der Kirchliche Dienst in der Arbeitswelt (KDA), lokale Handwerkskammern und Kreishandwerkerschaften sowie eine Innungs-Krankenkasse, bei welcher der heutige Geschäftsführer des Vereins zu dieser Zeit noch tätig war.

Mit der Einführung des BEM in das SGB IX im Jahre 2004 begann Herr Leuchter Projektfördermittel einzubringen, was schließlich zur Gründung des Vereins „esa e.V.“ im Oktober 2007 führte. In den folgenden Jahren, beginnend mit dem 01.01.2008, wurden jeweils dreijährige Projekte beim Land eingeworben, die das gemeinsame Ziel der Umsetzung des BEM bzw. den Erhalt der Beschäftigung im Handwerk hatten. Der Verein und die Projekte ermöglichten dem Geschäftsführer den Wechsel

von seiner Position bei der Krankenkasse in ein hauptamtliches Engagement bei dem von ihm gegründeten Verein. Mit dem Auslaufen des letzten der drei Projekte wurde eine bestehende gGmbH angegliedert, um über diese Projektmittel einzuwerben und die Verfolgung der Ziele des Vereins finanziell und organisatorisch abzusichern. Gleichzeitig wurde der Verein umbenannt und mit Blick auf die Zielgruppen über das Handwerk hinaus für andere Branchen geöffnet.

Um eine Kontinuität zu gewährleisten und das umfangreiche Erfahrungs- und Prozesswissen weiterzugeben, wird derzeit eine Nachfolgerin Schritt für Schritt in die Vereinsarbeit und das bestehende Netzwerk eingearbeitet (April 2018).

8. Zielerreichung und Qualität

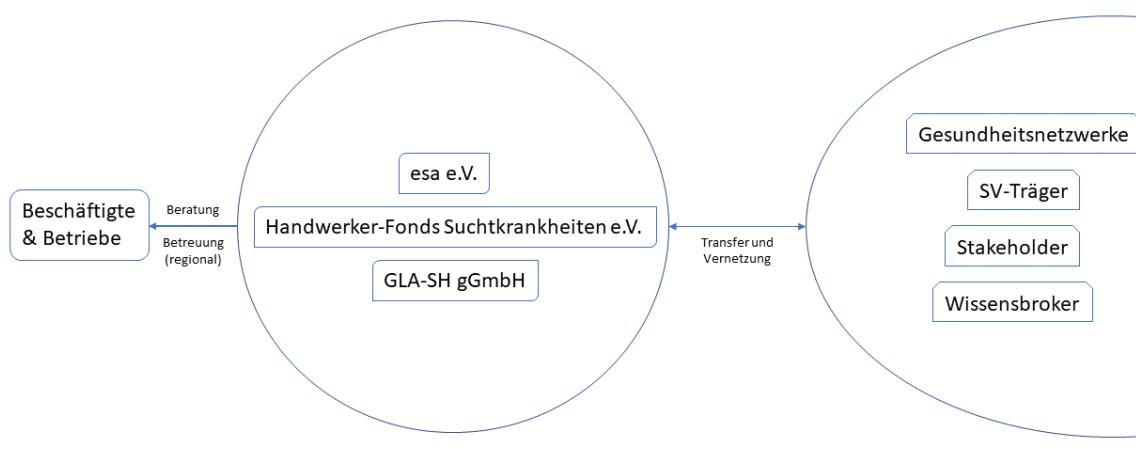
Die Zielerreichung ist von den Ausgangsbedingungen der jeweilig zu beratenden und begleitenden Betrieben und Beschäftigten abhängig. Das Ziel der Sicherung der Beschäftigung, wird vielfach erreicht, aber es kann auch in einzelnen Fällen zum Scheitern kommen, bspw. wenn Sozialversicherungsträger Leistungen verweigern oder die Minderung der Arbeitsfähigkeit eine Weiterbeschäftigung nicht mehr zulässt. Die Qualität des Angebots ist im Einzelfall von der Evaluation der Beratenden, Beschäftigten und Betrieben abhängig. Im Hinblick auf das gesamte Modell besteht die Qualität in der verbindlichen, verlässlichen und gemeinsam arbeitsteilig konsentierten Bereitstellung einer Angebotspalette, die zu zielführenden Lösungsmöglichkeiten für die betroffenen chronisch kranken Arbeitnehmer*innen wie für die Betriebe führt.

9. Basisangaben zum Betrieb

- die gGmbH beschäftigt fünf Personen
- Finanzierung über zeitlich befristete Projektfördermittel und die Veranstaltung von Seminaren, darüber hinaus Beiträge der Vereinsmitglieder

10. Grafische Darstellung der Allianz/des Netzwerks

Abbildung 10 – Grafische Darstellung der Allianz/des Netzwerks (Quelle: eigene Darstellung)



11. Eignet sich dieses Netzwerk/Allianz zum Transfer?

Förderliche Faktoren sind:

- langjähriges persönliches Engagement und damit verbunden der Aufbau eines breiten personenzentrierten Netzwerkes
- Überführung des Engagements in eine rechtliche Form, die eine Voraussetzung für eine Verstetigung bildet und es erlaubt, strategisch über Projektzyklen hinaus zu planen und institutionelle Verlässlichkeit herzustellen

- Einbindung von Kostenträgern, Leistungserbringern und (potentiell) Betroffenen und ihrer Vertretungen führt zu wechselseitigem Problemverständnis und zu einem verhandlungsisierten Schnittstellenmanagement zwischen den jeweils beteiligten Akteuren. Dies ist ein besonderes Kennzeichen einer (erweiterungsfähigen) Allianz.

Als weitere Gelingensbedingungen können u.a.

- das Anknüpfen an konkrete Interessen und Probleme,
- konkret erwartbare Synergieeffekte,
- die personale Konstanz einer „Drehpunktperson“ als Brücke und (netzwerktheoretisch) als „Broker“,
- die regionale Verankerung, Sichtbarkeit und unbürokratische Erreichbarkeit von Hilfen und
- die konkrete Beratung und Unterstützung durch Betriebslots*innen benannt werden.

Hierin liegen Übertragungspotentiale, die dann jeweils an konkrete und handlungsbereite Kooperationspartner*innen, individuelle Vertrauenspersonen als Ansprechpartner*innen und einen konkret identifizierten Handlungsbedarf angepasst werden müssen.

12. Besondere Merkmale

An diesem Beispiel zeigt sich, wie auf Initiative einer engagierten Einzelperson und ihrer Vernetzungskompetenz eine zielbezogene Allianz wichtiger Akteure mit gemeinsamen Zielen und Interessen vor Ort erreicht werden konnte, die ausgehend von der Beratung und Beschäftigungssicherung Suchtkranker auf andere gesundheitliche Probleme und Behinderungen ausgeweitet wurde und von den betroffenen Menschen wie bei den beteiligten Akteur*innen auf positive Resonanz trifft.

Es bleibt die Frage danach, inwiefern derartige Modelle bloße Inseln in der Unterstützungslandschaft für Beschäftigte mit bedingter Gesundheit bleiben oder eine Sogwirkung in die Fläche entfalten. In Anschlussforschungen ließe sich folgender Thesenkomplex testen: In versäulten Strukturen, die stark hierarchisch geprägt sind und aufgrund der innerorganisatorischen Komplexität in Abhängigkeitsstrukturen stecken, die eine schnelle Handlungsfähigkeit erschweren, herrscht ein Denken in Kategorien systematischen Verummöglichens. Neben diesen und anderen u.a. aus der „Versäulung“ entstandenen strukturellen Hindernissen sehen wir drei weitere potentielle Gründe dafür, dass dezentrale Allianzen und Netzstrukturen sich gleichsam rhizomatisch ausbreiten:

- Die Angst vor Steuerungsverlust an aus Top-Down-Sicht „untergeordnete Akteure“ durch entstehende selbstorganisierte Autonomie;
- Fehlende Garantie für den Originalitätsanspruch: „Weil man nicht selbst draufkommt“, also der Aspekt, dass es die eigene Organisation nicht entwickelt hat, es aber für die Reputation als besonders wichtig erachtet wird, dass es aus dem eigenen Hause kommt.
- Mangelnde Passfähigkeit zu bestehenden Verwaltungslogiken (allgemein dazu Seibel 2017). Inseln der guten Praxis wie esa e.V. oder Arbeit & Gesundheit e.V. entziehen sich bis zu einem gewissen Grad einer bürokratischen Perspektive.

Im Vergleich zu den zahlreichen erfolgreichen Unterstützungsleistungen, die die beiden oben beschriebenen Vereine in den Jahren ihres Bestehens mit finanzieller Unterstützung auch aus politisch-administrativen Quellen und aus Projektförderungen zu verzeichnen haben, bleiben großflächig angelegte Projekte wie *RehaFutur* im Empfehlungsmodus stecken und viele der von dort angeregten regionalen Modelle sind nicht in die Verfestigung gelangt. Das ist bereits in der Strukturierung des Vorhabens angelegt, in der eine wissenschaftliche Fachgruppe Grundlagen für ein zukünftiges System der beruflichen Rehabilitation entwickelte (Stellungnahme der Wissenschaftliche Fachgruppe RehaFutur 2009). Die durchaus interessanten Ansätze in den Handlungsfeldern wie bspw. „die systematische(n) Vernetzungen in der Arbeitswelt“ (ebd. Punkt 5.5) werden u. a. in die Verantwortung der Politik, der Sozialversicherungsträger, aber auch partizipativ orientiert in die Hände der Betroffenenverbände der Betroffenen bzw. der Leistungsberechtigten gelegt. Dass relativ unabhängige Vereine eine praxisnahe Vernetzung, eine individuelle und flexible Beratung (Punkt 5.3) anbieten können, die allerdings poli-

tisch nicht flächendeckend eingeführt ist, und dass diese lokalen Akteur_innen aufgrund ihrer persönlichen Kontakte die mitunter in Konkurrenz stehenden Sozialversicherungsträger aufgrund ihrer außenstehenden Position für eine nachhaltige Beschäftigungssicherung in Dialog bringen können, ist ein Ergebnis unserer Forschung, das die Reflexionen auf theoretischer Ebene mit qualitativen Daten unterlegt und die Erkenntnisse praxistauglich erweitert.

4.4 Bedingungen für eine Verstetigung der Allianz- und Netzwerkarbeit herstellen

Eine Voraussetzung für die Verstetigung informeller, aber auch formeller Netzstrukturen besteht in einer rechtzeitigen Nachwuchsfürsorge, für die einerseits entsprechende Ressourcen zur Verfügung gestellt werden müssen. Andererseits sind die Stelleninhaber_innen in der Pflicht, sich selbst rechtzeitig um Nachwuchs zu kümmern. Ein weiterer relevanter Punkt für die Abschätzung einer Implementierung und Akzeptanz von adäquaten Lösungen für eine nachhaltige Beschäftigungssicherung in KMU betrifft die Frage des Nachwuchses. Alle Interviewpartner_innen waren sich darin einig, dass ein rechtzeitiges Kümmern um die Nachfolge der eigenen Stelle essentiell ist, um das Erreichte fortführen zu können. Denn das Finden geeigneten Nachwuchses, die Einarbeitung des_r Stellennachfolger_in, inklusive der Kontaktvermittlung zu den Betrieben und dem damit verbundenen Vertrauensaufbaus sowie die Weitergabe des erworbenen Wissens sind essentiell, um die bestehende Netzwerkarbeit und das Vertrauen der Beschäftigte und der Betriebsinhaber_innen nicht zu gefährden. Allerdings ist das noch keine Garantie dafür, dass die Arbeit reibungslos fortgesetzt werden kann, da mit der bestehenden Stelle auch tradierte Beziehungsgefüge einhergehen, die wie im Beispiel des Vereins esa e.V. oder in einer Handwerkskammer an Personen und deren Charakteristika gebunden sind, die jedoch nicht einfach ersetzbar sind.

Anregend und sinnvoll, vor allem auch für KMU, erscheint uns eine enge Kooperation mit den Krankenkassen, hier auch im Kontext des Präventionsgesetzes; dies kann – wie am Beispiel esa e.V. sichtbar – durch eine zunächst lokal entwickelte Allianz zur Beschäftigungssicherung und Wiedereingliederung gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitnehmer_innen geschehen oder durch eine in Kooperation zwischen einer psychosomatischen Klinik und regionalen, größeren KMU-Betrieben und Großbetrieben initiierte „psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“ in Niedersachsen sein (Gissendanner/Weiß 2018). Ein anderer Gesichtspunkt stellt z.B. die erweiterte Rolle von Betriebsärzt_innen dar, die zugleich im Sinne eines Case-Managements für die betroffenen Arbeitnehmer_innen fungieren könnten (siehe auch das Betriebsarztzentrum Bremen e.V.). Letzteres wiederum wäre in Deutschland bislang nur in Großbetrieben durchführbar, wobei die Frage nach der Vertrauensrolle von Betriebsärzt_innen noch ebenso wenig berührt ist, wie das Problem des Datenschutzes bei einer triangulativen Kooperation zwischen dem/der betroffenen Arbeitnehmer_innen, Arbeitgebenden und Leistungserbringern und Kostenträgern.

4.5 Grenzen der Modellförderung und der Übertragung von „best-practice“-Beispielen

Staatlich initiierte oder gelenkte Innovationen setzen – bei größeren Vorhaben mit Hilfe vorgängiger Machbarkeitsstudien – auf die Erprobung von Modellen und deren nachgehende Evaluation. Mit einer erfolgreichen Evaluation ist die politische Erwartung einer, teils durch rechtliche Rahmungen flankierte Übernahme durch Kommunen, Länder oder Sozialversicherungsträger verbunden. Inwieweit eine Verstetigung derartiger Modelle gelingen kann und welche Voraussetzungen dafür gegeben sein müssen, wird seit vielen Jahren u.a. vor dem Hintergrund der Kritik an (sozial- und bildungs-)staatlicher Steuerungswirkung diskutiert (Kristof 2010). Dabei zeigt sich ein Paradox innerhalb der Konstruktion von Modellprojekten und der im Wort Modell enthaltenen Semantik: wenn die Initialzündung „von oben“ kommt ist, wird die Übertragbarkeit der neu implementierten Strukturveränderung, Maßnahme, Intervention, etc. immer mitgedacht, jedoch die lokal-historisch erforderlichen Anpassungen oft nicht

mitgedacht. Dadurch wird in der Modellkonstruktion eine Passgerechtigkeit unterstellt, die in den Praxisfeldern trotz expert_innengesteuerter Modellentwicklung oft nicht gegeben ist und im Feld dann zu unerwarteten (meist aber auch vorhersehbarer) Reaktanz führt. Einige dieser Kritikpunkte finden sich auch in unseren Expert_inneninterviews wieder, in denen folgende kritische Aspekte benannt wurden:

- Fehlende Nachhaltigkeit, diese wird nur selten gesichert, weil die Motive der Beteiligung häufig auf die zunächst lockenden, aber befristeten Modellgelder gerichtet sind und die Initiative von außen und nicht aus der lokalen direkten Problembetroffenheit resultiert (Top-Down-Strategien).
- Denken im engen Rahmen der Projektlaufzeiten, was eine mittel- und langfristige Orientierung der Akteure, der Betriebe wie der Versorger erschwert und ihren Erwartungen zuwiderläuft. Darüber hinaus braucht es Zeit, das Gelernte in eigene Strukturen zu inkorporieren und damit auch einen Wandel der Arbeitsorganisation und der Betriebskultur zu erreichen. Hinzu kommt, dass mit Blick auf evtl. Nachahmer, die Frage nach den materiellen und personellen Ressourcen bei einer Anpassung von Modellelementen berücksichtigen, so dass die Messlatte zur Übernahme der meist großzügig geförderten Modelle vielfach zu hoch erscheint.
- Auf Verwaltungsebene fehlt eine Systematisierung der bisher erforschten Themen, so dass es zu einer Mehrfachbeforschung komme.
- Der Fokus auf Best-Practice-Beispiele, die in den Modellregionen entstehen sollen, behindert die Investition in eine Struktur und damit in Verfestigung. Hier müsste in der Förderlogik zudem noch stärker auf die Zusammensetzung der Projekte geachtet werden: Die Projektakteure müssen gleiche Ziele verfolgen – also Allianzen bilden, um Fehler auf Entwicklungs- und Transferebene zu vermeiden. Das ist für Akteur_innen aus der Beratungspraxis und aus Wissenschaftseinrichtungen nicht einfach vorauszusetzen.

Auf der Seite der Beratung, die in den Modellprojekten agiert, wird kritisiert, dass mit der Förderung aufwendige Dokumentationspflichten und ein Berichtswesen verbunden sind, welches die operative Arbeit lähmen kann, „(...), weil einfach so viel nachzuhalten, vorzuhalten, zu planen, zu argumentieren war“ (ddn, 13.04.2017). Der bürokratische Aufwand besteht eben nicht nur für die Betriebe, sondern auch für die externen Projektverantwortlichen. Das zeigen im Übrigen auch die Daten aus den Interviews, die in den KMU-Betrieben geführt wurden. Die Förderlaufzeit von wenigen Jahren wiederum bedeutet für die befristeten Arbeitsverhältnisse in der Beratung, dass noch während der Projektlaufzeit entweder Ressourcen für neue individuelle Bewerbungen auf andere Arbeitsstellen oder aber für neue Projekte aufgewendet werden müssen, die die Konzentration auf das noch laufende Projekt reduzieren. Neue Projektanträge wiederum laufen dem Agenda-Setting der Netzwerke hinterher, deren Themenschwerpunkte sich entsprechend des politischen und öffentlichen Diskurses wandeln, z.B. von „Demographie“ über „psychische Belastungen“ hin zur „Arbeit 4.0“ und derzeit „neue Arbeitszeitmodelle“. Unter dem Gesichtspunkt der Verfestigung sind hier vor allem folgende Gelingensbedingungen von Bedeutung:

- Konkrete Bedarfsanalyse vor Ort
- Einbindung der lokalen Akteur_innen vor Ort von Anbeginn an mit Mitgestaltungsrechten
- Herstellen von Vertrauen über die Nutzung bestehender Netzverbindungen
- Flexibilität bei der Schwerpunktsetzung der Mittelvergabe im Modell
- Evaluation mit lokaler Beteiligung und Rückmeldeschleifen, die eine Veränderung des Modells im laufenden Prozess ermöglichen
- Nach Ende der Modellphase Verfestigung fördern und durch lokale Akteure
- „Good-Practice“ anstelle von „Best-Practice“: um Akzeptanz und Umsetzungschancen zu erhöhen sind die Anforderungen an soziale Innovationen (Struktur, Prozesse, Inhalte) den sächlichen, personalen, zeitlichen und sozialen Ressourcen der beteiligten und einzelnen Aspekten vorgefundener bewährter Praxen im Dialog anzupassen. Das bedeutet auch, dass „best practice“ Beispiele demotivieren können, oder eine (zu leichte) Begründung für die Ablehnung einer Übernahme von Innovationen bieten können; so ist es, bezogen auf Praktiken der betriebsinternen BEM-Beratung in Großbetrieben offensichtlich, dass dies in KMU Betrieben oft nicht

realisierbar ist, sondern hier s.O.) funktional äquivalente Maßnahmen gefunden werden müssen.

Wenn man nun davon ausgeht, dass Modelle bzw. soziale Innovationen getestet und – nicht zuletzt aus Legitimationsgründen bezogen auf den Einsatz von staatlichen Zuschüssen – evaluiert werden müssen, zugleich aber Modelle als solche in der Sozialwelt kaum eins zu ein übertragbar sind oder gar nach dem Muster eines aus der ersten Moderne stammenden mechanischen Verständnisses eines einlinigen sozialtechnischen Praxistransfers (Beck/Bonß 1989) folgen, stellt sich die Frage nach den übertragbaren Aspekten von Modellelementen. Diese Frage kann nicht allgemein beantwortet werden, stellt sich aber in Bezug auf die von uns untersuchten Beispiel guter Praxis vorläufig wie folgt dar:

Am Beispiel von esa e.V. ist das Vorgehen einer schrittweisen „von unten“ und aus einer konkreten Problemlage (zuerst: wie können alkoholerkrankte Handwerker im lokalen, später auch regionalen Kontext wieder in Handwerksbetrieben beschäftigt werden) erwachsenen Allianzbildung aus Netzwerken, die von einer vertrauenswürdigen Schlüsselperson („Broker“) geknüpft wurden eine zentrale Gelingensbedingung für den Aufbau einer unterstützenden Struktur. Für das Weiterbestehen des Netzwerks ist unter anderem entscheidend die schrittweise Übertragung von Verantwortung und Vertrauen auf eine/n Nachfolger_in. Beim Beispiel guter Praxis des Integrationsdienst Malt-Harms sind die situativ auf Anfragen zeitnah vorhandene *externe Beratungs-, Vermittlungs- und Begleitungsarbeit von Beschäftigten wie Betrieben* verallgemeinerbar. Beiden Beispielen sind *Problemstellung und Anforderungen* (Information, Beratung und Unterstützung [Vermittlung, Begleitung, Clearing] Beschäftigter und Arbeitgeber in KMU bei Fragen der nachhaltigen Beschäftigungssicherung für Arbeitnehmer_innen mit bedingter Gesundheit) vergleichbar, die *Methoden der Allianzbildung* (Anknüpfen an lokal-historischen Besonderheiten, schrittweise Einbindung lokaler und regionaler kollektiver Akteure [z.B. Kammern, Innungen, Verbände, regionaler Gliederungen von Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Rentenversicherungsträger, usw.], lokaler und regionaler Versorger [ambulante und stationäre Reha, Integrationsdienste, Einrichtungen der Berufsförderung, lokale Jobcenter, Suchtberatungsstellen, Sozialpsychiatrische Dienste, etc.], das *Vorhandensein einer oder mehrerer „Schlüsselpersonen“ oder „Broker“*, die sich das *Vertrauen der verschiedener Akteure auch über informelle Beziehungen* erworben haben als Gelingensbedingung sowie eine *schrittweise Strukturbildung* (eindeutige und verlässliche Kommunikationswege und Ansprechpartner) gemeinsam. Eine weitere Gemeinsamkeit liegt in den *Beratungsinhalten* (rechtliche Rahmenbedingungen, konkrete Hilfeangebote vor Ort, Vermittlung an spezialisierte Behandler bzw. betriebliche Akteure). Schließlich ist noch eine methodische Gemeinsamkeit herauszustellen: das *Prinzip des individuellen case-managements*.

4.6 Keine „One model fits for all“-Lösungen, stattdessen: spezifische Bottom-Up-Lösungen vor Ort¹⁷

Jenseits der These, dass sich die Lösungen, die für Großbetriebe praktikabel sind, nicht einfach auf KMU übertragen lassen, muss festgehalten werden, dass selbst wenn es eine Möglichkeit eines Funktionswechsels innerhalb eines Betriebes gibt, diese vom Beschäftigten oft nicht gewollt wird. Nehmen wir das Handwerk: Hier unterscheiden sich die Tätigkeiten auf der Baustelle oder an den entsprechenden Anlagen in Häusern und Wohnungen deutlich von einer Büroarbeit. Neben der Sorge von Beschäftigten, die Büroarbeiten selbst nicht gut ausführen zu können, fühlen sich Handwerker auch nicht wohl, plötzlich Telefondienst im Büro machen zu müssen. So lässt sich grundsätzlich konstatieren, dass es eine universelle passgerechte Lösung für Beschäftigte mit bedingter Gesundheit in KMU nicht gibt. Modelle guter Praxis wie ein Funktionswechsel im Betrieb oder Alters-Tandems lassen sich nicht von oben oder von außen implementieren, was nicht heißt, dass man nicht einzelne sinnvolle Lösungen aus diesen Modellen den Bedingungen vor Ort anpassen kann: So kann die Rolle einer Beratung von KMU-Betrieben und ihrer Beschäftigten in einem Fall etwa durch eine Beratungsstelle wie Arbeit & Gesundheit e.V. in Hamburg in kommunaler Trägerschaft geleistet werden, an einem anderen Ort

¹⁷ Hier bestätigen unsere Ergebnisse die Befunde der Studie von Reindl et al. (2008, S. 96), die Reindl und Kolleg_innen vor zehn Jahren bereits konstatierten.

durch die Berufsgenossenschaft, an einem dritten Ort durch Integrationsfachdienste, durch den Firmenservice der Deutschen Rentenversicherung oder an einem vierten Ort durch eine Innung. Die Gestaltung der lokalen Beratungs- und Unterstützungsangebote hängt stark von gewachsenen Vertrauensbeziehungen und von Arbeitgeberotypen (Beck 2011; Kotthoff/Reindl 1990; Reindl et al. 2008) ab. Diese differenzierten Rückmeldungen aus den Interview mit Arbeitgebenden wie Beschäftigten, mit einzelnen Vertreter_innen vom Innungen, Kammern und anderen lokalen Akteuren bestätigen, dass „One model fits for all“-Lösungen nicht nur auf mangelnde Akzeptanz stoßen, sondern auch vor organisatorische Hürden stehen und oft an eingelebten und bewährten Kommunikationsstrukturen vorbeigehen und damit das Feld verschließen. Bottom-up-Modelle haben hier größere Chancen; sie benötigen aber auch dazu flexible (!) rechtliche Handlungsmöglichkeiten und ausreichende finanzielle Ressourcen, deren Einsatz natürlich unter gemeinsam zwischen den lokalen Akteuren und den überregionalen Geldgebern wie Kassen, Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft, Arbeitgeberverbänden ausgehandelten Erfolgskriterien Rechenschaft zu geben ist.

4.7 Unterschiedliche Wissensordnungen und ihr Einfluss auf Netzwerke und Allianzen

Empfehlungen/Forderungen lassen sich, weil sie oft aus anderen Wissensordnungen stammen als die in den lokalen Handlungsfeldern (etwa im Handwerk) bestehenden Wissensordnungen, nur implementieren, wenn plausible Anknüpfungspunkte, vertraute und verlässliche Akteur_innen vorhanden sind und alle die „gleiche Sprache“ sprechen. Letzteres darf nicht mit didaktisierender Sprache verwechselt werden, sondern bezieht sich auf das in jeder Domäne vorherrschende Problemverständnis, also der für die jeweiligen Wissensordnung charakteristischen Perspektive, unter der die Probleme als solche benannt und in ihrer Dringlichkeit markiert werden. Dabei lassen sich je nach Arbeitskultur unterschiedliche Akteur_innen ausmachen, denen zugesprochen wird, Transferleistungen zwischen den Wissensordnungen zu erbringen.

Bezogen auf die Arbeitskulturen bedarf es zur Organisation von Allianzen und für die Umsetzung von Strategien von Beratungs-, Vermittlungs- und Begleitangeboten einer In der IT lassen sich solche Akteure im Bereich KMU nicht ausmachen, weil Gesundheit und Krankheit kaum thematisiert werden und dementsprechend kein Handlungsbedarf/-druck entsteht: Man funktioniert in der „entkörperten Arbeit“. Grundlegende Annahme ist, die Tätigkeiten selbst können nicht krank machen.

4.8 Aufbrechen selbstreferentieller Kommunikationswege in Netzwerken und bei kollektiven Akteuren als Bedingung übergreifender Kooperation und Koordination

Die sozialwissenschaftliche Bedeutung des Begriffs der Selbstreferenzialität ist *gegenstandsbezogen* mit historischen Prozessen der arbeitsteiligen Ausdifferenzierung gesellschaftlicher Teilsysteme verbunden, in der *theoretischen Konzeptualisierung* mit der Systemtheorie von Niklas Luhmann, in der Selbstreferenz die Fähigkeit von Systemen bezeichnet, durch rekursive und dabei nach innen hin komplexitätssteigernde und zugleich gegenüber der Außenwelt komplexitätsreduzierende Kommunikationen Grenzen zur den jeweiligen Systemumwelten zu ziehen und zu stabilisieren. Diese „autopoietischen“ und selbstreferentiellen Kommunikationsformen (Luhmann 1984) finden sich besonders ausgeprägt in großen Bürokratien, wie etwa den Krankenkassen, der Arbeitsagentur oder der Rentenversicherung, in Verbänden wie Unternehmerverbände, Gewerkschaften, Wohlfahrtsverbänden, in Einrichtungen mit langer Traditionsbildung wie etwa Gerichten, Kliniken, Gefängnissen aber auch bei Professionen wie etwa Ärzten, Psychologen, Sozialarbeiterinnen und innerhalb der wissenschaftlichen Disziplinen. Einerseits führen selbstreferentielle Kommunikationen zur Steigerung von Binnenkomplexität und zur Spezialisierung sowie zur Stabilisierung bewährter Praktiken, andererseits erzeugen sie Strukturkonservatismus, neigen zum „Lob der Routine“ und damit zu Verlässlichkeit und Erwartbarkeit (Luhmann 1971; für die Bürokratie schon Max Weber) führen zu Verknöcherung, Abschottung nach außen und zur Innovationsfeindlichkeit. Netzwerke mit dem Ziel, Anstöße für Innovationen zu geben oder

selbst soziale Innovationen über Modellstrategien zu implementieren und dabei disziplin-, professions- und institutionenübergreifend tätig sein sollen scheinen allein schon durch ihre Besetzung mit dorthin delegierten Akteuren aus unterschiedlichen Kontexten, auf den ersten Blick gegenüber derartigen Abschottungsprozessen gefeit. Die Empirie zeigt aber anderes: es entwickeln sich in den Netzwerken selbst schnell selbstreferentielle Diskurse mit einer eigenen Kommunikationssemantik, die häufig die kritischen und konflikthaften Punkte durch eine Rhetorik überdeckt, die Konsens durch Allgemeinformeln, meist Minimalkonsense ersetzt und damit in ihrer Programmatik häufig die konkreten, vor Ort zu lösenden Anliegen und Probleme übergeht und nicht nur dadurch Reaktanz erzeugt und in der konkreten Wortbedeutung „unpraktisch“ wird oder Veränderungen nur an der Oberfläche erzeugt.

Innovationspotenziale sowohl in den Betrieben zur nachhaltigen Beschäftigungssicherung als auch in den Institutionen der Sozialversicherung freizusetzen, erfordert das Aufbrechen selbstreferentieller Diskurse in diesen Organisationen, aber auch auf den unterschiedlichen politischen Ebenen wie der Lokal-, der Länder, der National- und der EU-Politik. Eine spezifische Geisteshaltung, eine Aufgeschlossenheit für Innovationen, für Neues, für Veränderung im Kontext der Gesundheit der Beschäftigten bzw. dem Erhalt ihrer Arbeitskraft könnte Visionen und kreatives Potenzial befördern, um neue Lösungen zu finden und zu realisieren. Dabei sollten Innovationspotentiale für Beschäftigte mit bedingter Gesundheit in KMU genutzt werden. Innovative Querdenker_innen bergen das Potenzial, auch jenseits vorgegebener Pfade neue Lösungsansätze zu entwickeln, die angepasst an die lokalen Gegebenheiten für Innovationen sorgen.

- Förder- und Forschungsprogramme:

Förderstrukturen wie INQA oder Ausschreibungen von Bundesministerien oder der Europäischen Union erreichen kleinere und mittlere Betriebe eher, wenn sie Beratungsangebote schaffen, die sie durch den Prozess des Neuerwerbs von Wissen, des Antragsschreibens und der Abrechnung der Projektkosten, lotsen.

Konsens aktueller bundesrepublikanischer Förderpolitik ist es, auf Modellprojekte oder -regionen, Pilotbetriebe und insbesondere auf KMU unter dem Aspekt der Innovationsfähigkeit abzuzielen. Ohne dass sich das Veränderte, das Erlernte nach Ende der Projektlaufzeit verstetigt, ist diese Förderlogik wenig überzeugend. Die Expert_innen der Fokusrunden sprachen sich dafür aus, dass es im Anschluss an das Ende der Projektlaufzeit immer auch eine Begleitung im Verfestigungsprozess geben sollte und damit auch einer politischen Unterstützung, um die erarbeiteten Ergebnisse und deren Anwendung im Betriebsablauf nachhaltig zu implementieren. Innovationen können bspw. neue digitale Technologien einschließen, die den Arbeitsprozess erleichtern und damit physische und psychische Beanspruchungen und Belastungen reduzieren. Das kann bspw. ambulante Pflegeunternehmen unterstützen oder aber im BMBF-geförderten Projekt „PräKoNet“ die Gesundheit von Unternehmen in der IKT-Branche fördern.

Das gilt umso mehr für ein Interesse an solchen Förderungsoptionen, oder um den Punkt aus der Netzwerkanalyse aufzugreifen, wenn es darum geht, „Attraktivität“ für das Nutzen politischer Förderprogramme herzustellen. Gerade KMU benötigen lokale Ansprechpartner, weil ihnen häufig die Ressourcen fehlen, um bei nationalen Kontaktstellen nachzufragen, nach Angeboten von Beratungsfirmen wie InnoBrokers zu suchen oder aber die häufig zeitintensiven Ausschreibungsregularien und Ausschreibungstexte selbst in Datenbanken wie Tenders Electronic Daily (TED) zu verstehen. Ein klarer Vorteil einer Teilnahme an einem Forschungsprojekt ist eine Teilfinanzierung der betrieblichen Arbeitsorganisation und der Lösungsfindung, die über die Kooperation mit externen Projektmitarbeiter_innen gewährleistet wird. Allerdings muss auch betont werden, dass eine örtliche Anlaufstelle allein nicht ein Erfolgsgarant ist; das zeigen zahlreiche Erfahrungen der Suche nach Betrieben, die sich an einem Modellprojekt beteiligen würden (u.a. siehe Abschlussbericht des INQA-Projektes „Arbeitsschutz in der ambulanten Pflege“ Bauer-Sternberg et al. 2008, Expert_inneninterviews unseres Projektes).

- Assistenzsysteme

Neben Assistenztechniken wie behindertengerechten Toiletten und Induktionsschleifen für Schwerhörige und Gehörlose können auch die Robotik oder digitale Assistenzsysteme einen Beitrag dazu leisten, Menschen bedingter Gesundheit im Betrieb zu halten und deren Beschäftigung zu sichern sowie den Zugang von Schwerbehinderten zum Allgemeinen Arbeitsmarkt erleichtern. So bieten Drohnen im

Handwerk Arbeitskräften die Möglichkeit, nicht mehr auf das Dach steigen zu müssen, sondern mit den entsprechenden Qualifikationen ihren Körper schonend ihr erworbenes Fachwissen in der Beurteilung von bspw. Schäden am Dach in der Lohnarbeit nutzen zu können. In der Pflege bieten technische und digitale Assistenzsysteme wie die Oberkörperorthese als Exoskelett die Möglichkeit, die Arbeit der Pflegekräfte erleichtern. Während in größeren und Großbetrieben derartige Assistenzsysteme auch im Sinne eines vorbeugenden Gesundheitsschutzes angewandt werden und allen einschlägig betroffenen Beschäftigten zu Gute wie z.B. Vakuumlifter zum Transport von Pakten und anderen Lasten, hydraulische Hubwerkzeuge oder Montageroboter, finden sich derartige teils sehr aufwändige und kostenintensive Investitionen nur selten in Kleinst- und KMU-Betrieben. Darüber hinaus bleiben trotz des wünschenswerten Einsatzes derartiger Assistenzsysteme viele Fragen offen – nach der Offenheit der Kollegen_innen gegenüber der Rückkehr von Mitarbeitenden aus Krankheit oder Rehabilitation, die Bereitschaft zur Unterstützung seitens des Arbeitgebers, die Veränderung von Belastungsspitzen und anderen als krankmachend erlebten Organisationsproblemen, etc. Daher sind technische Assistenzsysteme zwar ein wichtiger Bestandteil im RTW und Stay at Work-Prozess; dies darf aber nicht zur technischen Illusion führen, dass damit die Interaktionsprobleme und Fragen nach Akzeptanz leistungsbeeinträchtigter Arbeitnehmer_innen allein gelöst werden könnten. Dies richtet die Aufmerksamkeit auf einen systemischen und ganzheitlichen Ansatz.

4.9 Differenzen zwischen und innerhalb von Arbeitskulturen – Konsequenzen für Hilfsangebote

Unterschiedliche Arbeitskulturen weisen unterschiedliche Beanspruchungsprofile auf und haben entsprechend spezifische Bedarfe; aber auch innerhalb einer Arbeitskultur existiert eine große Heterogenität, die ein jeweils unterschiedliches Vorgehen nahelegt: Inwieweit Probleme gesundheitlicher Beeinträchtigung thematisiert werden und wie offen die Arbeitgeber_innen und die Beschäftigten dem Thema gegenüber eingestellt sind, hängt von der Größe der Betriebe, dem Arbeitsklima und dem Inhaber ab. Zwischen den Arbeitskulturen unterscheiden sich die Formen der Thematisierung von Krankheit, etwa im Handwerk mit seinen Formen des paradoxen bewussten Unwissens und Verschweigens gerade von Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems und den darauf aufbauend drohenden (massiven) Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit auf der einen und in der ambulanten Pflege (hier findet sich das Paradox, dass einerseits eine aufgrund der personenbezogenen Dienstleistung und der täglichen Konfrontation mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit leichtere Thematisierung von Krankheit existiert – andererseits steht dem eine berufsethisch bedingte Aufopferungsbereitschaft gegenüber, die bis zur Selbstschädigung reicht.

In Zusammenhang mit dem je spezifischen Umgang mit Gesundheit und Krankheit in der jeweiligen Arbeitskultur bedarf es in der lokal situierten Beratung auch eines Wissens darum, wie mit Gesundheit und Krankheit in der jeweiligen Arbeitskultur umgegangen wird. So wissen wir aus den Daten, dass im Handwerk zwar körperliche Abnutzungen antizipiert werden, sozusagen als „part of the deal“ akzeptiert werden, aber damit auch eine Dethematisierung einhergeht; diese Dethematisierung sich aber in der IT-Branche anders Bahn bricht. Hier lässt sich aus den Daten die Beschreibung einer entkörperten Arbeit festmachen, die höchstens psychische Erkrankungen, Stresssymptome sichtbar werden lässt. Da psychische Erkrankungen aber diskursiv als Privatsache verhandelt werden, werden auch diese im betrieblichen Alltag dethematisiert. Dementsprechend erscheint es essentiell, dass die Berater_innen über ein Wissen über die Arbeitskulturen und deren Umgang mit Gesundheit und Krankheit verfügen, mit dem sie auch in Abhängigkeit von der betrieblichen Arbeits- und Sozialordnung die richtige Ansprache- und effiziente Kommunikationsstrategie entwickeln. Die muss sich in spezifischen Fortbildungen für Berater_innen und Beratungsstellen niederschlagen.

4.10 Anreizsteuerung versus Sanktionierung: was fördert den Erfolg nachhaltiger Beschäftigungssicherung von Beschäftigten mit bedingter Gesundheit in KMU

Die Tatsache, dass z.B. das seit 2004 geltende BEM (ursprünglich § 84 SGB IX, nun im BTHG: §167 Abs. 2 SGB IX), einem großen Teil der KMU weder bekannt ist noch entsprechend der Gesetzeslage praktiziert wird und es dafür keine Sanktionen gibt, hat dazu geführt, dass das Recht in der Praxis keine Geltung besitzt. Letzteres bezieht sich vor allem auf die den rechtlichen Vorgaben entsprechende Umsetzung der geforderten Verfahrensregeln des BEM. Das bedeutet freilich nicht – folgt man den Ergebnissen unserer Erhebungen und den in die gleiche Richtung weisenden Erfahrungen des ebenfalls im Böckler-Forschungsverbund geförderten Projekts von Ohlbrecht/Detka/Lange & Kuczyk –, dass in KMU keine Anstrengungen zur Beschäftigungssicherung kranker und leistungsbeeinträchtigter, aber wertgeschätzter und für den Betrieb wichtiger Arbeitnehmer_innen unternommen würden: man könnte hier von einem „alternativen BEM“, oft sehr kreativen BEM sprechen, das aber die vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten nicht ausschöpft und so oft suboptimal bleibt (Hien 2018c).

Da das Problem chronisch kranker und leistungsbeeinträchtigter älterer Arbeitnehmer_innen aber auch für viele Betriebe (von den betroffenen Menschen einmal ganz abgesehen) drängend bleibt, stellt sich die Frage nach Anreizsystemen, die die Betriebe bei der Problembearbeitung unterstützen; nur so kann Motivation stabilisiert und können Erfolge als „Return on Investment“ anerkannt werden. Return on Investment kann dabei auch die Beschäftigungssicherung bewährter Fachkräfte sein, die z.B. Jüngere anleiten können (sog. Alterstandems) – ein Aspekt, der angesichts regional- und branchenspezifischen Fachkräftemangels von Bedeutung ist. So könnte ein anreizgesteuertes Modell bspw. die stärkere Einbindung des Betriebsärztlichen Dienstes fokussieren, um präventiv, aber auch bei Chronifizierungen von Erkrankungen unterstützend im Betriebsgefüge tätig zu werden, den Arbeitsplatz den nach der Rehabilitation und dem RTW verbleibenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen anzupassen und damit auch die je spezifischen Beanspruchungen und Belastungen der jeweiligen Tätigkeiten. Voraussetzung für das Wahrnehmen und die Inanspruchnahme des Anreizes ist eine externe Beratung, die durch den Prozess des Antrages leitet und auf Vertrauensbasis berät. Darüber hinaus bedarf es einer Akzeptanz des betriebsärztlichen Dienstes in KMU in der entsprechenden Region sowie der Begleitung der Institutionalisierung des betriebsärztlichen Dienstes, so dass die Handlungsspielräume, die ihm von den Beschäftigten und den Arbeitgebern gewährt werden und jene, die er selbst nutzt, regelmäßig evaluiert werden. Während Sanktionen – wenn die personellen und qualifikatorischen Ressourcen zu einer Überprüfung denn vorhanden sind (= hohe Regiekosten und langfristige Wege zur Gesetzgebung und zu den Verordnungen) – ggf. zur Überprüfung der Einhaltung von Mindeststandards beitragen können, haben Anreizsysteme auf der Basis dann verbindlicher vertraglicher Regelungen mit wechselseitiger Bindungswirkung aus unserer Sicht eher größere Chancen der Akzeptanz und können mit – empirisch belegten (Return on investment gezielter BEM und übergreifender RTW Verfahren, bislang allerdings nur bei Großbetrieben) – Synergieeffekten verdeutlichen, dass Arbeitgebende und Beschäftigte ebenso von *Neuen Allianzen* profitieren können wie dies auch für Krankenkassen (Reduzierung von Krankengeldzahlungen) und bei der Rentenversicherung (Vermeidung von EM-Berentungen) zutrifft.

4.11 Externe Unterstützung durch Beratungsressourcen sichern

Übereinstimmend wird in der Literatur festgestellt, dass KMU-Betriebe zur Umsetzung von BEM und beim RTW dringend externer Unterstützung bedürfen (iqpr GmbH 2011; Ramm et al. 2012); dies wurde auch in unseren Interviews mit Arbeitgebenden und Personalverantwortlichen bestätigt, zusammen mit der Forderung nach einem einfachen Zugang zu derartigen Beratungsleistungen und einer Information, Vermittlung und Begleitung aus einer Hand durch einen verlässlichen Ansprechpartner. Dafür sind personelle, finanzielle, zeitliche und inhaltliche Ressourcen essentiell, um KMU angemessen in Fragen der nachhaltigen Beschäftigungssicherung gesundheitlich beeinträchtigter Beschäftigter zu begleiten.

Externe Beratung setzt Zuverlässigkeit, unkomplizierte und schnelle Erreichbarkeit, und kompetente Information bzw. deren Vermittlung voraus und sie setzt Vertrauen voraus; letzteres in doppelter Hinsicht: vielfach handelt es sich um das Ansprechen sehr intimer Details bezogen auf die eigene Krankheits- und Arbeitssituation der Beschäftigten oder um Unsicherheiten und informelle Informationen der Arbeitsgebenden, zum anderen treffen im Kontext von Beratung, Vermittlung und dem ggf. erforderlichen gemeinsamen Aushandeln von pragmatischen Lösungen unterschiedliche „Kulturen“ [z.B. Betrieb, Sozialversicherungsträger, Leistungserbringer] und Interessengegensätze aufeinander. Um Vertrauen herstellen, ist es nötig, Netzwerkbeziehungen aufzubauen und in einer Allianz mit Beschäftigten und Betriebsinhaber_innen eines kleineren oder mittleren Unternehmens langjährig und persönlich zu kooperieren. Als verlässliche_r und konstante_r Ansprechpartner_in wird es möglich, praxisnah zu informieren, systematisch den Bedarf zu analysieren und Handlungsoptionen in der Beratung „aus einer Hand“ aufzuzeigen. Über eine sichere Beschäftigung innerhalb der Beratungsstruktur lässt es sich auch erst scheitern, ist es zulässig, nicht nur die Erfolge darzustellen, sondern auch aus Fehlern zu lernen. Denn produktives Scheitern birgt die Chance für Veränderungen.

4.12 Die Rolle gewerkschaftlicher Aktivitäten im KMU-Bereich neu denken: KMU als Zielgruppe fokussieren

Vor dem Hintergrund, dass (a) Gewerkschaften in KMU signifikant unterrepräsentiert und gleichsam bekannte gewerkschaftliche Wege, Beschäftigte zu erreichen, nicht gangbar sind, und (b) sich Hinweise verdichten, dass für Beschäftigte in KMU und insbesondere für solche in prekären Arbeitsverhältnissen das Gesundheitsthema sowohl objektiv wie auch subjektiv an Bedeutung gewinnt, ist ein Umdenken angezeigt. Vielleicht könnte gerade das Ansprechen gesundheitlicher Belastungen und Beschwerden und die Anzeichen einer drohenden Chronifizierung von Krankheiten ein Anknüpfungspunkt sein, die individualisierte Lage der Betroffenen zu thematisieren. Wenn, wie unsere Analyse/Exploration zeigt, hinsichtlich betriebs- und wohnortnaher Beratung regionale und lokale Netzwerke/Allianzen aufgebaut/gestärkt/weiterentwickelt werden müssen, wenn also beispielsweise Berufsgenossenschaft u./o. Rentenversicherung u./o. Arbeitskreise/Beratungsstellen vor Ort inspiriert/unterstützt/gefördert werden sollen, dann wäre es sinnvoll, dass sowohl DGB wie die vor Ort ansässigen Einzelgewerkschaften sich an derartigen Initiativen/Netzwerken/Allianzen beteiligen, Interaktionsmöglichkeiten mit ihrer sonstigen gewerkschaftlichen Arbeit nutzen und insgesamt die Thematisierung von Gesundheit in der Arbeitswelt bzw. Leben mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der Arbeitswelt vorantreiben. Das Material zeigt, dass es vereinzelt von engagierten Hauptamtlichen auf lokaler Ebene genau dieses Vorgehen gibt. Hierzu müsste freilich vom Ideal des jungen, gesunden und belastungsresistenten Arbeitnehmers als Garant eines positiven Standortfaktors Abstand genommen werden. Die Arbeitswelt, genauer: die Arbeitsbedingungen, müssen gesünder werden, doch sie müssen auch älter werdenden Menschen und solchen mit bedingter Gesundheit einen Platz/einen Raum bieten. Beide Gesichtspunkte sind unverzichtbare Bestandteile einer Humanisierung der Arbeitswelt, die zu den elementaren Aufgaben gewerkschaftlicher Arbeit gehören. Die Stärkung regionaler und lokaler Netzwerke/Allianzen zur Beschäftigungssicherung für Menschen mit bedingter Gesundheit bietet u. E. Gewerkschaften eine Chance, sich auch in mittleren und kleinen Betrieben stärker zu verorten und das Thema bedingte Gesundheit auch als ein zentrales Thema „Guter Arbeit“ stärker in den öffentlichen Diskurs einzubringen.

Darüber hinaus wird eine Mitgestaltung guter Arbeitsbedingungen wahrscheinlicher, wenn auch innerhalb der Organisation ausreichende Ressourcen für die Aufgaben innerhalb der gesetzlichen Mitbestimmung zur Verfügung gestellt werden. Denn aus den Interviews lässt sich schlussfolgern, dass in sozialpartnerschaftlich zu besetzenden Arbeitskreisen auf ministerialer Ebene häufig nicht die personalen Kapazitäten vorhanden sind, um sich ausreichend auf Sitzungen vorzubereiten, im Vorfeld die entsprechende Netzwerkarbeit zu leisten und sich selbst entsprechend fortzubilden. Es wäre zudem erforderlich, dass seitens der Kolleg_innen – jenseits aller Arbeitsbelastungsmomente, die es beim DGB wie in so vielen anderen Arbeitskontexten auch gibt – die Wertschätzung für dieses Themenfeld, für die darin hauptamtlich und ehrenamtlichen Kolleg_innen ausgebaut wird, um darüber ressourcenschonend an Verhandlungsmacht zu gewinnen (siehe Knowledge-Brokerage).

4.13 Stabile und verlässliche Kommunikationsstrukturen benötigen Ressourcen und verbindliche wie verbindende Formen

Der Aufbau und das Funktionieren effizienter Kommunikationsstrukturen bedarf entsprechender Ressourcen, die einen Aufbau und die Pflege eines Netzwerkes ermöglichen; beides kann nur über eine Face-to-Face-Kommunikation, inkl. verlässlicher und vertrauter Ansprechpersonen, die Vertrauensbeziehungen schaffen, funktionieren. Der Befund, dass insbesondere in KMU-Unternehmen handlungsrelevante Informationen zu Fragen der nachhaltigen Beschäftigungssicherung bei bedingter Gesundheit, also etwa zum BEM oder zu spezielleren Angeboten wie Unterstützte Beschäftigung etc. oder auch zur Gefährdungsbeurteilung besonders bei psychischen Erkrankungen fehlen, liegt weniger am Fehlen von Informationsmaterialien und Broschüren, Handlungsanleitungen und Checklisten, sondern daran, dass diese nur scheinbar praxisnah entwickelt sind: trotz erwachsenenpädagogischer Aufbereitung und durch Experten gestützter Bearbeitung scheint es kein Zufall zu sein, dass etwa ein Großteil der von der BAuA entwickelten Materialien nicht nur kaum bekannt sind, sondern auch dort, wo sie bekannt sind, nur selten genutzt werden. Die näheren Gründe hierfür sind noch nicht ausreichend untersucht, auch wenn es Hinweise darauf gibt, dass Aspekte der Implementierung weder unter betriebsablaufbezogenen Aspekten noch unter Aspekten der Ressourcen geklärt sind. Was von den KMU zurückgemeldet wurde, ist, dass sie sich in konkreten Fällen eine direkte und vertrauenswürdige Ansprechstelle wünschen, die klar definierte Schritte der Unterstützung bietet.

Die befragten Expert_innen sind sich ebenfalls darin einig, dass allein eine Verschriftlichung von Informationen zu wenig ist, um bedarfsgerecht zu unterstützen. Es braucht lokal verortete Kümmerer, die mit den betroffenen Beschäftigten und Arbeitgeber_innen Arbeitsplatzanalysen durchführen, die Arbeitsorganisation in den Blick nehmen und die durchaus sinnvollen Checklisten durchgehen. Die Ratssuchenden seien in der Regel überfordert: von der Sprache der Verwaltung und des Rechts und von der Komplexität des Sozialversicherungssystems. Eine schnelle und unkomplizierte Hilfe, „die nicht auf der Papierebene“ verweilt, sondern einen persönlichen Austausch ermöglicht, helfe den Betroffenen, nicht noch kräcker zu werden. Einige Netzwerkakteur_innen überlegen, inwiefern digitale Kommunikation als Angebot für eine Erreichbarkeit und damit auch eine Nutzung der Angebote sowie einen Austausch sorgen könne.

4.14 Rechtskreis- und trägerübergreifende Finanzierung von betriebsübergreifenden lokalen Informations-, Beratungs- und Vermittlungsstellen

Eine trägerunabhängige Beratung von Betrieben und Beschäftigten im sehr heterogenen KMU-Bereich setzt für die jeweils lokal akzeptierten Einrichtungen eine rechtskreis- und trägerübergreifende Finanzierung voraus, in die sowohl die Träger der Sozialen Sicherung (insbesondere auch die Krankenkassen) und die Arbeitgeber_innen eingebunden sind. Kontrolle und Qualitätssicherung müssten von einem trägerübergreifenden Gremium (Arbeitgeber_innen, Arbeitnehmer_innen, Soziale Sicherung) gewährleistet werden. Dies wäre auch ein Bereich, der einer gesetzlichen Regulierung bedürfte, gerade um lokalen Bedarfen zu entsprechen und zugleich den Aufgabenbereich der Einrichtung zu regeln. Eine trägerunabhängige und rechtskreisübergreifende Beratung, die entweder selbst erforderliche Beratungsleistungen erbringen kann oder als Vermittler zu entsprechenden Institutionen fungiert, ist deshalb gerade für KMU bedeutsam, weil Beschäftigte wie auch Betriebe sich einen verlässlichen Ansprechpartner und die Bündelung der Hilfen aus einer Hand wünschen. Daher ist hier auch die Idee des Case-Managements zentral. Die im BTHG in § 32 vorgesehenen allgemeinen Teilhabeberatungsstellen sind für diesen Zweck nur bedingt geeignet, weil sie zu wenig betriebsnah sind, alle Altersstufen und nicht nur die erwerbstätige Bevölkerung ansprechen und weil eine Beratung von Betrieben nicht vorgesehen ist; zudem haben sie nicht den „Stallgeruch“ der betrieblichen Lebenswelten, der zu ihrer Akzeptanz beiträgt. Schließlich dürfte die, von außen wahrgenommene, Nähe zur Behinderung eher hinderlich sein.

Ein Beispiel für Gute Praxis bei der Wiedereingliederung und Beschäftigungssicherung gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitnehmer_innen stellt ein privater Integrationsfachdienst in Bremen dar, der u.a. von der Rentenversicherung, der Arbeitsagentur, vom Integrationsamt u.a. aber auch von Unternehmen selbst mit Eingliederungskonzepten beauftragt wird. Das Beispiel steht für eine mögliche fachliche Profilierung eines trägerübergreifenden und rechtskreisübergreifenden Angebots. In diesem Fall ist die Beauftragung von der vom Einzelfall ausgehenden Nachfrage gesteuert, aber kein Strukturmerkmal gegeben, wie etwa in der trägerunabhängigen Beratung im BTHG, die wiederum aus Gründen der Arbeitsplatzferne (abgesehen davon, dass sie sich noch im Aufbau befindet und noch keine Erfahrungen vorliegen) für die im Projekt angezielte Aufgabenstellung eher nicht in Frage kommen dürften. Im folgenden Steckbrief wird die Arbeit des Dienstes vorgestellt:

4.14.1 Steckbrief – Projekt: Fachdienst für berufliche Integration in Bremen

1. Titel/Thema
Firma Malt-Harms ist ein Fachdienst für berufliche Integration in Bremen (einer der privaten Fachvermittlungsdienste, die sich in den letzten Jahren zusätzlich zu den Integrationsfachdiensten der Integrationsämter gegründet haben). Anders als vergleichbare Unternehmen wie pebb2 beschränken sich die Aktivitäten von Malt-Harms auf Bremen und das unmittelbare Umfeld.
2. Zielsetzung und Zielgruppe
Die Firma Malt-Harms sieht ihre Aufgabe darin, auch nicht-schwerbehinderten chronisch Kranken, Verunfallten und von schwerer Krankheit Genesenden Hilfestellung bei Stay at Work und Return to Work zu geben. Sie werden beauftragt von Rentenversicherung, Berufsgenossenschaften, Arbeitsagentur und Unternehmen, die sich selbst um den Verbleib eines/einer erkrankten Beschäftigten kümmern. Kernaufgabe sind die berufliche Rehabilitation und eine nachhaltige Beschäftigungssicherung.
3. Beteiligte inner- und außerbetriebliche Akteure und ihre Rollen
Die Firma Malt-Harms besteht aus einem Team von mehreren Juristinnen (Schwerpunkt Arbeits- und Sozialrecht), Sozialwissenschaftlerinnen, Psychologinnen, Reha-Beraterinnen, Verwaltungs- und Sozialwirten und weiteren Professionen, unterstützt durch mehrere Verwaltungskräfte. Es besteht eine enge Kooperation mit einem niedergelassenen Arbeitsmediziner. Zudem kooperiert Malt-Harm mit Betriebsärzten der jeweiligen Unternehmen.
4. Reichweite des Netzwerks/der Allianz
Malt-Harm ist regional außerordentlich gut vernetzt, u.a. mit den Sachbearbeiter_innen der regionalen Renten- und Unfallversicherungsträger, den regional ansässigen Krankenkassen, der lokalen Arbeitsagentur, dem Integrationsamt und insbesondere mit den Reha-Berater_innen der jeweiligen Sozialversicherungsträger. Weitere Vernetzungen: Handelskammer, Handwerkskammer, Unternehmensverbände, Gewerkschaften, Arbeitnehmerkammer, Berufsförderungswerk. Wichtig ist Malt-Harms, sowohl zu Personalabteilungen wie auch zu Betriebs- und Personalräten der ortsansässigen Unternehmen einen guten Kontakt zu halten. Malt-Harms pflegt darüber hinaus Kontakte zu Fachärzten, Fachkliniken und Reha-Einrichtungen der Region, z.B. zum Zentrum für seelische Gesundheit.
5. Maßnahmen bzw. Wege zur Zielerreichung
Malt und Harm sagen: „Das System ist träge und unflexibel.“ Sie sehen ihre Aufgabe darin, die für den/die Betroffene_n unübersichtliche Struktur des Sozialversicherungssystems und der darin eingebetteten („versteckten“) Unterstützungsmöglichkeiten sichtbar- und habhabbar zu machen. „Wir

tun die Arbeit, die die Servicestellen eigentlich hätten tun müssen.“ Malt-Harms koordiniert die verschiedenen Reha-Träger und verzahnt ihre Hilfen mit den jeweiligen betrieblichen Bedingungen. Der/die Betroffene steht dabei im Mittelpunkt. Der gesetzlich vorgegebene Rahmen wie z.B. das BEM und LTA werden den jeweiligen betrieblichen und persönlichen Bedingungen angepasst. Damit liefert Malt-Harms Beratungs-, Koordinierungs- und Unterstützungsleistungen aus einer Hand, ein Aspekt der von betroffenen Arbeitnehmer_innen wie von Betrieben, insbesondere auch von KMU-Betrieben immer wieder als zentraler Wunsch genannt wird.

6. Intensität der Kooperation und Kommunikation

Die Hauptarbeit von Malt-Harms neben der Beratung von Beschäftigten und Betrieben, der Hilfestellung bei Lösungsansätzen und der Vermittlung von Hilfsangeboten besteht in der kommunikativen Verflüssigung der Zugänge zum bürokratischen Sozialversicherungssystem und im Transfer bzw. Herunterbrechen (auch sprachlich) der Aufgaben und Verfahrensschritte auf die Ebene der Beschäftigten und der Betriebe.

7. Grad der Verbindlichkeit von Vereinbarungen (Betriebsvereinbarung, Bezug auf Tarifvertrag)

Der Dienst wird von den Kostenträgern oder auch den Betrieben beauftragt und schließt mit den Auftraggebern fallbezogene Verträge. Auch betroffene Arbeitnehmer_innen können sich direkt an den Dienst wenden und werden dann bei der Antragstellung an den zuständigen Kostenträger (Krankenkasse, gesetzliche Unfallversicherung, Rentenversicherung) unterstützt.

8. Entstehung und Verlauf des Netzwerks/der Allianz

Private Initiative:

Beide Gründerinnen waren zuvor in anderen Institutionen, auch denen der Sozialversicherungen, Integrations- und Reha-Beratung befasst, fanden aber die organisationalen Zwänge frustrierend und haben sich daher entschlossen, das Risiko der Selbständigkeit einzugehen. Der Betrieb ist seit seiner Gründung auf Wachstumskurs, was auch auf den großen Beratungs-, Vermittlungs- und Unterstützungsbedarf verweist.

9. Zielerreichung und Qualität

Malt-Harm sind nach eigener Aussage in der Lage, fast alle ihre Aufträge zur Zufriedenheit der Betroffenen und der jeweiligen Unternehmen zu bewerkstelligen.

10. Basisangaben zum Betrieb

Siehe oben Punkt 3

11. Grafische Darstellung der Allianz/des Netzwerks

Da die Arbeit des Dienstes anlass- und fallbezogen ist, werden zwar viele eingespielte Kommunikationswege genutzt ohne dass der Dienst selbst ein Netzwerk oder eine Allianz bildet. In einer Darstellung von gesundheitsbezogenen Akteuren in Bremen bildet trotzdem er einen wichtigen Mosaikstein.

12. Eignet sich dieses Netzwerk/Allianz zum Transfer?

Die Gründung einer Firma ist eine Möglichkeit zur Unterstützung gerade auch von KMU-Betrieben und ihrer Beschäftigten wenn es um die Vermittlung und Einleitung von Hilfen etwa zur Rehabilitation, um Beratung von Beschäftigten wie Betrieben bei der beruflichen Wiedereingliederung und um Lösungsmöglichkeiten für eine nachhaltige Beschäftigungssicherung geht.

13. Besondere Merkmale

Malt-Harms ist zwar eine private Firma, doch steht nach Angaben der Firmeninhaber (Experteninterview) hierbei nicht das Gewinnstreben im Vordergrund, sondern die „sinnvolle sozialpolitische Tat“.

4.15 Neue Allianzen: Selbstorganisation mit staatlicher Förderung

Die Bildung von Allianzen beruht auf gemeinsamen Interessen und auf drängenden Problemlagen: anders als Netzwerke sind sie auf eine gemeinsam zu lösende Aufgabe zielbezogen fokussiert und setzen dabei auf die gezielte Auswahl von dafür geeigneten und vertrauenswürdigen Partnern. Die Auswahl der lokal und oder übergreifenden kooperierenden Allianzpartner ist dabei von spezifischen Konstellationen vor Ort und der Motivation und Bereitschaft der Kooperationspartner abhängig, die Auswahl ist also nicht „von oben“ vorgegeben und orientiert sich an einer als zweckmäßig angesehenen Freiwilligkeit und entspricht damit dem Prinzip der Selbstorganisation mit durchaus vorhandenen Formen der wechselseitigen Selbstverpflichtungen. Wenn es zu einer Förderung aus derartigen Allianzen entstehender Projekte kommen soll, die in einem allgemeinen Zielrahmen mit der Überschrift: Sicherung der Beschäftigung von Arbeitnehmer_innen mit bedingter Gesundheit und Wiedereingliederung und RTW nach Reha kommt, dann müssen dafür verbindliche vertragliche Rahmenrichtlinien entwickelt werden. Der Unterschied zur zentralstaatlich gesetzlichen Steuerung ist dabei, die lokal-historische Verankerung von Projekten mit gemeinsamen Interessen.

5 Einzelergebnisse und Publikationen

5.1 Publikationen

- Blasczyk, Sascha Alexander (2018): Nachhaltige Beschäftigungssicherung für ältere und gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte im Handwerk. Von der Sorge zur guten Lösung?, Düsseldorf. https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_103_2018.pdf (Abruf am 20.11.2018).
- Blasczyk, Sascha Alexander (2019): Bedingungen der Beschäftigungssicherung in kleinen und mittleren Betrieben der IT-Branche. Druck und Stress - und dann?, Düsseldorf. <https://www.boeckler.de/6299.htm?produkt=HBS-007131&chunk=1>
- Hien, Wolfgang (2018): Krank - und in der ambulanten Pflege arbeiten? Eine Fallstudie zur Arbeit mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Klein- und Mittelbetrieben, Düsseldorf. https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_055_2018.pdf (Abruf am 4.12.2018).
- Hien, Wolfgang (2018): Kellnern – das schafft keiner bis 67. Eine Fallstudie zu chronischen Belastungen und Erkrankungen im Gastgewerbe, Düsseldorf. https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_108_2018.pdf (Abruf am 6.12.2018).
- Hien, Wolfgang/Funk, Gudrun (2019): Chronisch krank im Klein- und Mittelbetrieb. Unterschiedliche Konstellationen, hoher Unterstützungsbedarf – acht Fallberichte, Düsseldorf. <https://www.boeckler.de/64509.htm?produkt=HBS-007137&chunk=1&jahr=>
- Kardorff, Ernst von (2018): Illness narratives in the workplace. In: Lucius-Hoene, Gabriele/Holmberg, Christine/Meyer, Thorsten (Hrsg.): Illness narratives in practice. Potentials and challenges of using narratives in health-related contexts. 1. Aufl., Oxford: Oxford University Press, S. 115–127.
- Müller, Rainer (2018): Betriebliche Widereigliederung ausbauen! Die Niederlade als Vorbild? In: Sicher ist sicher 69, H. 4, S. 178–184.
- Müller, Rainer (2018): Sicherung von Erwerbfähigkeit und betriebliche Wiedereingliederung bei chronischer Krankheit in Österreich. In: Sicher ist sicher 69, H. 9, S. 386–389.
- Müller, Rainer (2018): Sicherung von Erwerbfähigkeit und betriebliche Wiedereingliederung bei chronischer Krankheit in Österreich. In: Sicher ist sicher 69, H. 10, S. 444–448.
- Schulze, Annett/Hien, Wolfgang/Kardorff, Ernst von (2018): Der Beitrag der Neuen Sozialen Bewegungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz – eine Fallstudie zur Transformation und Verfestigung von Protestkommunikation in (in-)formellen Netzwerken. In: Industrielle Beziehungen. Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management, S. 252–274.
- Schulze, Annett/Schäfer, Thorsten (2018): Chancen der digitalen Transformation im Betrieblichen Eingliederungsmanagement. In: Giesert, Marianne/Reuter, Tobias/Liebrich, Anja (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement 4.0. Ein kreativer Suchprozess. Hamburg: VSA Verlag, S. 25–39.

5.2 Zur Veröffentlichung in den Working Papers eingereichte Publikationen

- Blasczyk, Sascha Alexander (2019): Bedingungen der Beschäftigungssicherung in Kleinen und Mittleren Betrieben der IT-Branche. Eingereicht bei den Working Paper der Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung.
- Hien, Wolfgang/Funk, Gudrun (2019): Chronisch krank im Klein- und Mittelbetrieb. Eingereicht bei den Working Paper der Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung.

5.3 Geplante Veröffentlichungen

Schulze, Annett/Kardorff, Ernst von (2019): Neue Allianzen und Netzwerke zur nachhaltigen Beschäftigter in KMU – Gelingensbedingungen und Barrieren (wird bei „Prävention und Gesundheitsförderung“ eingereicht).

Beiträge für ein Sonderheft der Zeitschrift „Psychologie und Gesellschaftskritik“ unter der Koordination von Wolfgang Hien sind für das Jahr 2019 geplant.

5.4 Konferenzbeiträge, Vorträge und Präsentationen

5.4.1 Sascha Alexander Blasczyk

01.03.2018 - „Das möchten wir Ihnen berichten: „Neue Allianzen für gute Arbeit bei bedingter Gesundheit in KMU“ in München auf dem 3. Treffen des Forschungsverbundes der Hans-Böckler-Stiftung: "Neue Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit" – Präsentation zur Bedingungsmatrix der Beschäftigungssicherung in KMU

16.10.2018 – „Betriebliche Lebenswelten in KMU als Herausforderung: Handwerk und IT“ auf der 26. Sitzung des Fachkreises Demografie (TIK „30, 40, 50plus – Älterwerden in Beschäftigung“) in Dortmund, organisiert von der BAuA.

5.4.2 Annett Schulze

28.02.2018 – „Nachhaltige Beschäftigungssicherung gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitnehmer_innen in KMU. Zwischen betrieblichem ‚muddling through‘ und der Nutzung regionaler Allianzen/Netzwerke“ auf dem Reha-Kolloquium vom 26. bis 28.02.2018 in München; zusammen mit Ernst von Kardorff

07.06.2018 – „Netzwerke und Allianzen – Typologie und Funktionsweisen“ auf dem HBS-Verbundsworkshop in Berlin; zusammen mit G. Mühge, B. Schwarz

15.06.2018 – „Chancen der digitalen Transformation für das BEM“ auf dem 4. Forum Betriebliches Eingliederungsmanagement: BEM 4.0. Ein kreativer Suchprozess heute & morgen des Institutes für Arbeitsfähigkeit an der Hochschule für Wirtschaft und Technik Berlin

25.08.2018 – „Which Road to go? Aiming to Improve Health and Safety at Work Through Multiple Belongings“ auf der General Conference des European Consortium für Political Research vom 22. bis 25.08.2018 an der Universität Hamburg

03.09.2018 – „Verstetigungsfragen in der Netzwerkarbeit. Neue Allianzen für gute Arbeit bei bedingter Gesundheit. Beschäftigungssicherung durch Kooperation betrieblicher und außerbetrieblicher Akteure“ beim Demographie-Netzwerk in Hamburg

27.09.2018 – „Netzwerken im BGM. Kommunikative Herausforderungen im Arbeitsschutz“ auf der 2. DEKRA-Fachtagung Arbeits- und Gesundheitsschutz vom 27. bis 28.09.2018 in Altensteig-Wart.

16.10.2018 – „(KMU-)Allianzen im Arbeits- und Gesundheitsschutz“ auf der 26. Sitzung des Fachkreises Demografie von INQA in Dortmund (Vortrag vorberichtet, selbst erkrankt, von Ernst von Kardorff gehalten)

18.10.2018 – „Risikopolitik zu Gefahrstoffen: Aushandlungsprozesse in Netzwerken“ im Rahmen des Sozialwissenschaftlichen Colloquiums am Bundesinstitut für Risikobewertung

29.10.2018 – „Neuen Soziale Bewegungen und Arbeits- und Gesundheitsschutz – eine Fallstudie zur Transformation und Verstetigung von Protestkommunikation in (in-)formellen Netzwerken“ auf der Jahresversammlung von Arbeit & Gesundheit e.V. in Hamburg

30.10.2018 – „Arbeit der Zukunft – Fortschritt für Arbeitskultur und Geschlechterverhältnisse?!“ auf der Fachtagung Arbeitsschutz 4.0. Kulturwandel – Partizipation – Arbeitszeit neu gestalten in Hamburg

5.4.3 Wolfgang Hien

20.-21.03.2018 – „Chronisch krank zur Arbeit aus Angst vor sozialem Abstieg und Armut – ein Fallbericht aus dem Gastgewerbe“ auf dem Kongress Armut und Gesundheit an der TU Berlin

25.06.2018 – „Weiterbeschäftigung bei chronischer Krankheit mit dem Fokus KMU – Neuerungen im SGB IX, SGB VI und die BAR-Empfehlung „Reha-Prozess“ beim Netzwerktreffen der Sozialberater/innen im Sporleder-Haus, Bremen

21.09.2018 – „„Die Arbeit des Körpers“ – Bilder zu einem sozialgeschichtlichen Projekt der Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin in Villach

16.10.2018 – „Betriebliche Lebenswelten in KMU als Herausforderung: Handwerk und IT“ auf der 26. Sitzung des Fachkreises Demografie (TIK „30, 40, 50plus – Älterwerden in Beschäftigung“) in Dortmund, organisiert von der BAuA.

5.4.4 Ernst von Kardorff

16./17.10.2018 – „Arbeiten mit bedingter Gesundheit – nachhaltige Beschäftigungssicherung für gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitnehmer/innen in KMU“ auf der 26. Sitzung des Fachkreises Demografie (TIK „30, 40, 50plus – Älterwerden in Beschäftigung“) in Dortmund, organisiert von der BAuA.

26.11.2018 – „Das möchten wir Ihnen berichten: „*Neue Allianzen für gute Arbeit bei bedingter Gesundheit in KMU*“ in Düsseldorf auf dem 4. Treffen des Forschungsverbundes der Hans-Böckler-Stiftung: „Neue Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit“

5.5 Teilnahme an Tagungen, Konferenzen, Symposien

5.5.1 Sascha Alexander Blasczyk

20.01.2017 – 22.01.2017 – Jahrestreffen des Vereins Arbeit und Gesundheit e.V. in Bochum

24.03.2017 – Besuch der Cebit – Ansprache von Betrieben, Personalvermittler*innen und Vertreter*innen von Fachgewerkschaften und Branchenverbänden

18.08. 2017 – Besuch der Veranstaltung „Wie kann sich ein Unternehmen strukturell auf Mitarbeiter*innen mit gesundheitlichen Einschränkungen einstellen?“ der ddn–Netzwerkstelle Demografie Hamburg

23.05.2017 – 24.05.2017 – Treffen mit Dr. Joachim Stork (leitender Betriebsmediziner AUDI in Ingolstadt) und Team, Diskussion und Betriebsführung

01.06.2017 – INQA Netzwerktreffen Offensive Mittelstand in Magdeburg

12.06.2017 – 13.06.2017 – Hospitation in einem ambulanten Pflegebetrieb in Magdeburg

18.07.2017 – Kooperationsreffen mit einer Forschungsgruppe des WZB zum wissenschaftlichen Austausch

17.08.2017 – Teilnahme am Treffen des INQA-Netzwerkes „Offensive Gesund Pflegen in Sachsen-Anhalt“ zum Thema „Digitalisierung in der Pflege – ein Gewinn?“ in Halle (Saale)

22.08.2017 – Kooperationstreffen im Sinne des Forschungsverbundes mit dem Team der Otto-von-Guericke-Universität in Magdeburg

03.10.2017 – Besuch des 18. Rehabilitationswissenschaftlichen Symposiums in Jena Titel: „Return to Work durch Prävention und Rehabilitation“

18.01.2018 – Besuch der Veranstaltung „psyGA Arena – Warum dringen wir mit unseren Bemühungen nicht durch?“ in Köln

06.02.2018 – Vorstellung des Projekts in der Fachgruppe Betriebsräte Hotel- und Gaststättengewerbe in Berlin und Brandenburg der NGG Region Berlin-Brandenburg

26.-28.02.2018 - 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in München

24.09.2018 - Tagung: Endspurt im Altenpflegeberuf – ver.di Landesbezirk Berlin-Brandenburg

02.11.2018 – Besuch des 19. Rehabilitationswissenschaftlichen Symposiums in Leipzig Titel: „Psychische Komorbidität bei somatischen Erkrankungen – Herausforderung für die Rehabilitation“

5.5.2 Annett Schulze

20.01.2017 bis 22.01.2017 – Jahrestreffen des Vereins Arbeit und Gesundheit e.V. in Bochum

18.05.2018 – Expert*innenworkshop GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION IN DER ARBEITSWELT 4.0 an der Hochschule Magdeburg-Stendal

18.07.2017 – Kooperationsreffen mit einer Forschungsgruppe des WZB zum wissenschaftlichen Austausch

22.08.2017 – Kooperationstreffen im Sinne des Forschungsverbundes mit dem Team der Otto-von-Guericke-Universität in Magdeburg

5.5.3 **Ernst von Kardorff**

18.07.2017 – Kooperationsreffen mit einer Forschungsgruppe des WZB zum wissenschaftlichen Austausch

03.10.2017 – Besuch des 18. Rehabilitationswissenschaftlichen Symposiums in Jena Titel: „Return to Work durch Prävention und Rehabilitation“

22.08.2017 – Kooperationstreffen im Sinne des Forschungsverbundes mit dem Team der Otto-von-Guericke-Universität in Magdeburg

26.-28.02.2018 - 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in München

02.11.2018 – Besuch des 19. Rehabilitationswissenschaftlichen Symposiums in Leipzig Titel: „Psychische Komorbidität bei somatischen Erkrankungen – Herausforderung für die Rehabilitation“

2 x Teilnahme am „Steuerungsgremium“ des Forschungsverbundes in Berlin

6 Literaturverzeichnis

- Antweiler, Christoph (2018): Kultur. In: Kopp, Johannes/Steinbach, Anja (Hrsg.): Grundbegriffe der Soziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 249–253.
- Baas, Meike/Baethge, Martin (2017): Entwicklung der Berufsausbildung in Klein- und Mittelbetrieben (KMU).
- Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (2017): Fehlzeiten-Report 2017. Krise und Gesundheit - Ursachen, Prävention, Bewältigung. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Bathke, Sigrid (2004): Beschäftigte im Arbeitsfeld ambulante Pflege auf dem Weg zum personenbezogenen Arbeitskraftunternehmer? Arbeitsbedingungen, Berufsbilder und Motivationen eines Berufsfeldes im Wandel. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Bauer-Sternberg, Dörte/Brennert, Carola/Deters, Jürgen/Müller-Bagehl, Sabine (2008): Arbeitsschutz in der ambulanten Pflege. Abschlussbericht. 1. Aufl., Bremerhaven, Dortmund: Wirtschaftsverl. NW Verl. für neue Wissenschaft; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Beck, David (2011): Zeitgemässe Gesundheitspolitik in Kleinst- und Kleinbetrieben. Hemmende und fördernde Bedingungen. Berlin: Edition Sigma.
- Beck, Ulrich/Bonß, Wolfgang (Hrsg.) (1989): Weder Sozialtechnologie noch Aufklärung? Analysen zur Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens. 1. Aufl., Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Becker, Nils (2014): Arbeitsregulation in der ambulanten Pflege Handlungsfelder kollektiver Interessenvertretung. In: PROKLA. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft 44, H. 174.
- Bedorf, Thomas (2010): Verkennende Anerkennung. Über Identität und Politik. 1. Aufl., Berlin: Suhrkamp.
- Blasczyk, Sascha Alexander (2018): Nachhaltige Beschäftigungssicherung für ältere und gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte im Handwerk. Von der Sorge zur guten Lösung?, Düsseldorf. https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_103_2018.pdf (Abruf am 20.11.2018).
- Böhle, Fritz/Stöger, Ursula/Weihrich, Margit (2015): Interaktionsarbeit gestalten. Vorschläge und Perspektiven für humane Dienstleistungsarbeit. Berlin: Edition Sigma.
- Böschen, Stefan (2013): Modes of Constructing Evidence: Sustainable Development as Social Experimentation-The Cases of Chemical Regulations and Climate Change Politics. In: Nature and Culture 8, H. 1.
- Brandt, Martina/Holtermann, Ilka/Kunze, Daniela (2015): Betriebliches Gesundheitsmanagement für Klein- und Kleinstunternehmen. In: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hrsg.): Neue Wege für mehr Gesundheit - Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 61–69.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2010): Fels in der Brandung. Ältere Beschäftigte im Pflegeberuf, Dortmund.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2014): Reha-Prozess. Gemeinsame Empfehlungen. www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/Broschuere4G.web.pdf (Abruf am 5.12.2018).
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011): Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, Berlin. <https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a740-nationaler-aktionsplan-barrierefrei.pdf?blob=publicationFile> (Abruf am 17.12.2018).
- Burt, Ronald S. (1992): Structural holes. The social structure of competition. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Burt, Ronald S. (2007): Brokerage and closure. An introduction to social capital. Oxford: Oxford Univ. Press.

- Büssing, André (2000): Ambulante Pflege. Arbeitsorganisation, Anforderungen und Belastungen ; eine Pilotstudie mit Erfahrungsberichten. Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW Verl. für Neue Wiss.
- Charmaz, Kathy (2010): Disclosing illness and disability in the workplace. In: Journal of International Education in Business 3, 1/2, S. 6–19.
- Corbin, Juliet M./Strauss, Anselm L. (2010): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. 3. Aufl., Bern: Huber.
- Das Demographie-Netzwerk (2017): Schlüsselfaktoren für eine erfolgreiche Personalarbeit in der Langzeitpflege. Eine Arbeitshilfe für die Praxis, Dortmund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2009/2018): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung, Berlin. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/207034/publicationFile/2130/rahmenkonzept_lta_datei.pdf (Abruf am 5.12.2018).
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2018): Prävention und Gesundheitsförderung, Berlin. http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/295234/publicationFile/55947/Rahmenkonzept_Med_Leistungen_Pr%C3%A4vention.pdf (Abruf am 5.12.2018).
- Dew, Kevin/Keefe-Ormsby, Vera/Small, Keitha (2002): Narratives of Illness and Injury in the Workplace. In: Labour, Employment and Work in New Zealand.
- Edelman, Murray J. (2005): Politik als Ritual. Die symbolische Funktion staatlicher Institutionen und politischen Handelns. 3. Aufl., Frankfurt/Main: Campus-Verl.
- Eichhorst, Werner./Tobsch, Verena./Wehner, Caroline (2016): Neue Qualität der Arbeit? Zur Entwicklung von Arbeitskulturen und Fehlzeiten. In: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hrsg.): Unternehmenskultur und Gesundheit - Herausforderungen und Chancen. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 9–20.
- Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (2007): Muskel- und Skeletterkrankungen im Gastgewerbe. <https://osha.europa.eu/de/tools-and-publications/publications/e-facts/efact24> (Abruf am 5.12.2018).
- Faßmann, Hendrik/Emmert, Martin (2010): Betriebliches Eingliederungsmanagement - Anreizmöglichkeiten und ökonomische Nutzenbewertung, Nürnberg.
- Flick, Uwe (2011): Triangulation. Eine Einführung. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Freitag, Sonja/Seddouki, Rachida/Dulon, Madeleine/Kersten, Jan Felix/Larsson, Tore./Nienhaus, Albert (2014): Körperhaltung und empfundene Anstrengung bei Pflegekräften – eine experimentelle Studie. In: Nienhaus, Albert (Hrsg.): RiRe - Risiken und Ressourcen in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Heidelberg, Hamburg: Ecomed Medizin Verl.-Gruppe Hüthig Jehle Rehm, S. 101–108.
- Fuchs, Thomas (2000): Leib, Raum, Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gerhardt, Uta (1986): Patientenkarrieren. Eine medizinsoziologische Studie. 1. Aufl., Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gerstenberg, Susanne/Wöhrmann, Anne Marit (2018): Arbeitszeiten im Gastgewerbe - Ergebnisse aus der BAuA-Arbeitszeitbefragung.
- Gissendanner, Scott/Weiβ, Cornelia (2018): Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und betriebliche Wiedereingliederung: Evaluation des Angebots einer psychosomatischen Sprechstunde in Betrieben in Niedersachsen. Ein Zwischenbericht. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und betriebliche Wiedereingliederung. Dortmund, Berlin, Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, S. 49–52.
- Glaser, Jürgen/Höge, Thomas (2005): Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften, Dortmund.

- Gold, Judith E./Punnett, Laura/Gore, Rebecca J. (2017): Predictors of low back pain in nursing home workers after implementation of a safe resident handling programme. In: *Occupational and environmental medicine* 74, H. 6, S. 389–395.
- Götz, Irene/Wittel, Andreas (2000): Ethnographische Arbeitsforschung - zur Einführung. In: Götz, Irene/Wittel, Andreas (Hrsg.): *Arbeitskulturen im Umbruch. Zur Ethnographie von Arbeit und Organisation*; 9. Tagung der Kommission Arbeitskulturen (ehem. "Arbeiterkultur") in der Deutschen Gesellschaft für Volkskunde am 8./9.Mai 1998 in München. Münster: Waxmann, S. 7–15.
- Grabbe, Yvonne/Nolting, Hans-Dieter/Loos, Stefan/Krämer, Katrin (2006): DAK-BGW Gesundheitsreport 2006. Ambulante Pflege, Hamburg.
- Hall, Stuart (1980): Cultural studies: two paradigms. In: *Media, Culture & Society* 2, H. 1, S. 57–72.
- Herzberg, Heidrun (2018): Biographie und Gesundheit. In: Lutz, Helma/Schiebel, Martina/Tuider, Elisabeth (Hrsg.): *Handbuch Biographieforschung*. Wiesbaden: Springer VS, S. 327–337.
- Hien, Wolfgang (2002): Am Ende ein neuer Anfang? Arbeit, Gesundheit und Leben der Werftarbeiter des Bremer Vulkan. Hamburg: VSA-Verl.
- Hien, Wolfgang (2006): Arbeitsbedingte Risiken der Frühberentung. Eine arbeitswissenschaftlich-medizinoziologische Interpretation des Forschungsstandes. Bremerhaven: Wirtschaftsverl. N W Verl. für neue Wiss.
- Hien, Wolfgang (2007): Ein neuer Anfang wars am Ende nicht. Zehn Jahre Vulkan-Pleite : was ist aus den Menschen geworden? ; eine Studie im Auftrag des Vereins Arbeit und Zukunft e.V. in Bremen zu Arbeit, Leben und Gesundheit der ehemaligen Vulkanesen. Hamburg: VSA-Verl.
- Hien, Wolfgang (2018a): Die Arbeit des Körpers. Eine kritische Arbeitsgeschichte von der Hochindustrialisierung in Deutschland und Österreich bis zur neoliberalen Gegenwart. Wien: mandelbaum.
- Hien, Wolfgang (2018b): Kellnern – das schafft keiner bis 67. Eine Fallstudie zu chronischen Belastungen und Erkrankungen im Gastgewerbe, Düsseldorf. https://www.boeckler.de/pdf/p_foe_WP_108_2018.pdf (Abruf am 6.12.2018).
- Hien, Wolfgang (2018c): Krank - und in der ambulanten Pflege arbeiten? Eine Fallstudie zur Arbeit mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Klein- und Mittelbetrieben, Düsseldorf. https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_055_2018.pdf (Abruf am 4.12.2018).
- Hochschild, Arlie Russell (1983/2006): Das gekaufte Herz. Die Kommerzialisierung der Gefühle. Frankfurt/Main: Campus-Verl.
- Holzer, Boris (Hrsg.) (2009): Theorie der Netzwerke oder Netzwerk-Theorie? Stuttgart: Lucius & Lucius.
- iqpr GmbH (2011): Abschlussbericht des Projekts „Gesunde Arbeit“, Köln.
- Kardorff, Ernst von (2018): Illness narratives in the workplace. In: Lucius-Hoene, Gabriele/Holmberg, Christine/Meyer, Thorsten (Hrsg.): *Illness narratives in practice. Potentials and challenges of using narratives in health-related contexts*. 1. Aufl., Oxford: Oxford University Press, S. 115–127.
- Karl, Franziska (2017): Zur Frage der Akzeptanz und des Zugangs zur Präventionsleistung der Deutschen Rentenversicherung in Berlin, Berlin.
- Katenkamp, Olaf/Krüger, Franziska/Guhlemann, Kerstin/Georg, Arno (2015): IDEA. Ideen für das Gastgewerbe - Altern, Gesundheit und Innovationsfähigkeit im demografischen Wandel, Dortmund.
- Kliner, Karin/Rennert, Dirk/Richter, Matthias/Bogai, Dieter (Hrsg.) (2017): *Gesundheit und Arbeit - Blickpunkt Gesundheitswesen. BKK Gesundheitsatlas 2017*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Knieps, Franz/Pfaff, Holger (Hrsg.) (2016): *Gesundheit und Arbeit. Zahlen, Daten, Fakten : mit Gastbeiträgen aus Wissenschaft, Politik und Praxis*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

- Knoche, Karsten/Sochert, Reinhold (2013): BEM in Deutschland. Verbreitung, Erfahrungen und Perspektiven - ein Fazit. In: AOK-BV/BKK BV/DGUV/vdek (Hrsg.): iga. Report 24. Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland - eine Bestandsaufnahme, S. 52–54.
- Kocyba, Hermann/Voswinkel, Stephan (2007): Betriebliche Gesundheitskulturen und neue Arbeitsformen, Düsseldorf.
- Kotthoff, Hermann/Reindl, Josef (1990): Die soziale Welt der Betriebe. Wirtschaften, Arbeiten und Leben im mittelständischen Betrieb. Göttingen: Schwartz.
- Kristof, Kora (2010): Models of change. Einführung und Verbreitung sozialer Innovationen und gesellschaftlicher Veränderungen in transdisziplinärer Perspektive. Zürich: vdf-Hochschulverl.
- Kühl, Stefan (2011): Organisationen. Eine sehr kurze Einführung. 1. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden.
- Kuhlmann, Ellen/Kolip, Petra (2005): Gender und Public Health. Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik. Weinheim: Juventa-Verl.
- Lenzen, Marc/Opitz, Inga/Riechel, Sabine (2009): Menschen in altersgerechter Arbeitskultur. Münsster: IFGP.
- Lohmann-Haislah, Andrea (2012): Stress aktuell – Ergebnisse der Erwerbstätigenbefragung. In: Lohmann-Haislah, Andrea (Hrsg.): Stressreport Deutschland 2012, S. 34–106.
- Luhmann, Niklas (1971): Lob der Routine. In: Luhmann, Niklas (Hrsg.): Politische Planung. Aufsätze zur Soziologie von Politik und Verwaltung. Opladen: Westdt. Verl., S. 113–142.
- Luhmann, Niklas (1984): Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie, Frankfurt am Main.
- Meggeneder, Oskar/Pelster, Klaus/Sochert, Reinhold (Hrsg.) (2005): Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen. 1. Aufl., Bern: Huber.
- Mehrhoff, Friedrich (2009): Rechts- und Sozialordnung. In: Mehrhoff, Friedrich/Schian, Hans-Martin (Hrsg.): Zurück in den Beruf. Betriebliche Eingliederung richtig managen. Berlin: de Gruyter, S. 3–22.
- Mitscherlich, Alexander (1967): Krankheit als Konflikt - Studien zur psychosomatischen Medizin. 5. Aufl., Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Müller, Rainer (2018a): Betriebliche Widereigliederung ausbauen! Die Niederlade als Vorbild? In: Sicher ist sicher 69, H. 4, S. 178–184.
- Müller, Rainer (2018b): Sicherung von Erwerbfähigkeit und betriebliche Wiedereingliederung bei chronischer Krankheit in Österreich. In: Sicher ist sicher 69, H. 9, S. 386–389.
- Müller, Rainer (2018c): Sicherung von Erwerbfähigkeit und betriebliche Wiedereingliederung bei chronischer Krankheit in Österreich. In: Sicher ist sicher 69, H. 10, S. 444–448.
- Parin, Paul/Parin-Matthény, Goldy (1978): Der Widerspruch im Subjekt. In: Drews, Sibylle/Klüwer, Rolf/Köhler-Weisker, Angela/Krüger-Zeul, Mechthild/Menne, Klaus/Vogel, Horst (Hrsg.): Provokation und Toleranz. Festschrift für Alexander Mitscherlich zum siebzigsten Geburtstag. 1. Aufl., Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 410–435.
- Peters, Erika/Pritzkuleit, Ron/Beske, Fritz/Katalinic, Alexander (2010): Demografischer Wandel und Krankheitshäufigkeiten: Eine Projektion bis 2050. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 53, H. 5, S. 417–426.
- Raiser, Thomas (1999): Das lebende Recht. Rechtssoziologie in Deutschland. 3. Aufl., Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges.
- Ramm, Diana/Mahnke, Christiane/Tauscher, Anne/Welti, Felix/Seider, Harald/Shafaei, Reza (2012): Betriebliches Eingliederungsmanagement in Klein- und Mittelbetrieben. Rechtliche Anforderungen und Voraussetzungen einer erfolgreichen Umsetzung. In: Die Rehabilitation 51, H. 1, S. 10–17.
- Rehbinder, Manfred (2000): Rechtssoziologie. 4. Aufl., München: Beck.
- Reindl, Josef/Quoika, Martina/Heyer, Andreas (Hrsg.) (2008): Fit für den demographischen Wandel. Unternehmen mit regionalen Netzwerken unterstützen. Gütersloh: Verl. Bertelsmann-Stiftung.

- Reindl, Josef/Quoika, Martina/Martolock, Bianka/Kistler, Ernst (2008): Regionale Gesundheits-Netzwerke. Nomos.
- Rieger, Armin (2017): Der Pflege-Aufstand. Ein Heimleiter entlarvt unser krankes System : würdige Altenpflege ist machbar. München: Ludwig.
- Robert Koch-Institut (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
- Saidie, Jasmin (2017): In Schwermut steckt Mut! Wie sich die berufliche Teilhabe von Menschen mit Depression gestaltet lässt, Köln.
- Salot, Marion (2018): Das Gastgewerbe in Bremen – eine dynamische Branche mit schwierigen Arbeitsbedingungen. In: Arbeitnehmerkammer Bremen (Hrsg.): Strukturwandel in Bremen Band. Bremen, S. 52–108.
- Schmidbauer, Wolfgang (2002): Helfersyndrom und Burnout-Gefahr. München: Urban und Fischer.
- Schulze, Annett/Hien, Wolfgang/Kardorff, Ernst von (2018): Der Beitrag der Neuen Sozialen Bewegungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz – eine Fallstudie zur Transformation und Versteigung von Protestkommunikation in (in-)formellen Netzwerken. In: Industrielle Beziehungen. Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management, S. 252–274.
- Schulz-Schaeffer, Ingo (2004): Rechtsdogmatik als Gegenstand der Rechtssoziologie. In: Zeitschrift für Rechtssoziologie 25, H. 2, S. 37.
- Seibel, Wolfgang (2017): Verwaltung verstehen. Eine theoriegeschichtliche Einführung. 2. Aufl., Berlin: Suhrkamp.
- Senge, Konstanze/Hellmann, Kai-Uwe (Hrsg.) (2006): Einführung in den Neo-Institutionalismus. 1. Aufl., Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- Sockoll, Ina/Kramer, Ina/Bödeker, Wolfgang (2008): Evidenzbasis für die Wirksamkeit und den Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. In: Das Gesundheitswesen 70, H. 07.
- Staab, Philipp (2014): Macht und Herrschaft in der Servicewelt. 1. Aufl., Hamburg: Hamburger Ed.
- Statistisches Bundesamt (2017): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse, Wiesbaden.
- Stegbauer, Christian/Häußling, Roger (2010): Handbuch Netzwerkforschung. 1. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Thomas, Konrad (1964): Die betriebliche Situation der Arbeiter. Stuttgart: Enke.
- Tratschin, Luca (2016): Protest und Selbstbeschreibung. Selbstbezüglichkeit und Umweltverhältnisse sozialer Bewegungen. Bielefeld: transcript Verlag.
- Vickers, Neil (2012): Narrative identity and illness. In: Journal of evaluation in clinical practice 18, H. 5, S. 1070–1071.
- Volmerg, Birgit/Senghaas-Knobloch, Eva/Leithäuser, Thomas (1986): Betriebliche Lebenswelt. Eine Sozialpsychologie industrieller Arbeitsverhältnisse. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Voswinkel, Stephan (2017a): Betriebliches Eingliederungsmanagement. In: Alsdorf, Nora/HaUBL, Rolf/Flick, Sabine/Voswinkel, Stephan/Engelbach, Ute (Hrsg.): Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt. Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung. Bielefeld: transcript Verlag, S. 257–293.
- Voswinkel, Stephan (2017b): Psychisch belastende Arbeitssituationen und die Frage der »Normalität«. In: Alsdorf, Nora/HaUBL, Rolf/Flick, Sabine/Voswinkel, Stephan/Engelbach, Ute (Hrsg.): Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt. Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung. Bielefeld: transcript Verlag, S. 59–93.
- Ward, Vicky/House, Allan/Hamer, Susan (2009): Knowledge Brokering: The missing link in the evidence to action chain? In: Evidence & policy : a journal of research, debate and practice 5, H. 3, S. 267–279.
- Wassermann, Maria/Hoppe, Annekatrin/Reis, Dorota/Uthmann, Leonie von (2014): Sinnstiftung als persönliche Ressource bei Altenpflegekräften. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O 58, H. 2, S. 51–63.

- Weber, Andreas/Peschkes, Ludger/Boer, Wout de (Hrsg.) (2015): Return to work - Arbeit für alle. Grundlagen der beruflichen Reintegration. 1. Aufl., Stuttgart: Genter Verlag.
- Weich, Scott/Lewis, Glyn (1998): Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. In: BMJ 317, H. 7151, S. 115–119.
- Widuckel, Werner (2015): Arbeitskultur 2020. Herausforderungen für die Zukunft der Arbeit. In: Widuckel, Werner (Hrsg.): Arbeitskultur 2020. Herausforderungen und Best Practices der Arbeitswelt der Zukunft. Wiesbaden Germany: Springer Gabler, S. 27–44.
- Wissenschaftliche Fachgruppe RehaFutur (2009): Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur zur Zukunft der beruflichen Rehabilitation in Deutschland, Bonn.