

Ergebnisbericht zum Forschungsvorhaben

Präventive Gesundheitsstrategien - Aus BEM lernen

Eine rekonstruktiv-qualitative Analyse berufsbiographischer und gesundheitlicher Risiken

Forschungsschwerpunkt:

Wohlfahrtsstaat

Laufzeit: 15.11.2019 – 31.05.2019

Projektnummer: 2016-982-4

Internetseite des Projekts:

<https://www.boeckler.de/11145.htm?projekt=S-2016-982-4%20B>

Projektleitung:

Prof. Dr. Heike Ohlbrecht, Lehrstuhl für
Allgemeine Soziologie / Mikrosoziologie,
Institut für Gesellschaftswissenschaften an
der Otto-von-Guericke Universität
Magdeburg

Dr. Carsten Detka, Lehrstuhl für Allgemeine
Soziologie / Mikrosoziologie, Institut für
Gesellschaftswissenschaften an der Otto-
von-Guericke Universität Magdeburg

Projektbearbeitung:

Susanne Kuczyk M.A., Lehrstuhl für
Allgemeine Soziologie / Mikrosoziologie,
Institut für Gesellschaftswissenschaften an
der Otto-von-Guericke Universität
Magdeburg

Bianca Lange M.A., Lehrstuhl für
Allgemeine Soziologie / Mikrosoziologie,
Institut für Gesellschaftswissenschaften an
der Otto-von-Guericke Universität
Magdeburg

Kooperationspartner:

Bundesverband Deutscher
Berufsförderungswerke,

Berufsförderungswerke: Bad Wildbad, Köln,
Leipzig, Sachsen-Anhalt

Deutsche Rentenversicherung

Bundesverband mittelständiger Wirtschaft
(BVMW), Magdeburg

esa e.V. – eingliedern statt ausgliedern

Verein zur Förderung der Betrieblichen
Eingliederung

Kontaktdaten:

Lehrstuhl für Allgemeine Soziologie / Mikrosoziologie
Institut für Gesellschaftswissenschaften
Bereich für Soziologie
Otto-von-Guericke Universität
Zschokkestraße 32, Lehrgebäude 40
39104 Magdeburg

<http://www.soz.ovgu.de/Lehrst%C3%BChle+und+Professuren/Mikrosoziologie.html>

Magdeburg, 01.10.2019

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|------|--|----|
| 1 | Ausgangspunkt und Fragestellung..... | 4 |
| 2 | Empirische Grundlagen | 6 |
| 3 | Ergebnis | 8 |
| 3.1. | Prävention und BEM-Optimierung | 8 |
| 3.2. | Die Arbeitnehmendenperspektive | 12 |
| 3.3. | (Alternatives-)BEM in KMU | 13 |
| 3.4. | Gewinne partizipativer Forschung..... | 14 |
| 4 | Einzelergebnisse und Publikationen..... | 16 |
| 4.1. | Publikationen | 16 |
| 4.2. | Konferenzbeiträge und Präsentationen | 17 |
| 5. | Verwendete Literatur (Auswahl)..... | 21 |

1 Ausgangspunkt und Fragestellung

Die veränderten Bedingungen in der Arbeitswelt – Stichworte: Flexibilisierung, Subjektivierung, Arbeitsverdichtung– führen zu Gesundheitsbelastungen und -risiken und fordern auch vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und der älter werdenden Belegschaft eine gesundheitsschonende sowie -förderliche Gestaltung der Arbeitswirklichkeiten. Der häufige Arbeitsplatzverlust chronisch und langzeiterkrankter Beschäftigter sowie die Zunahme von Erwerbsminderungsrenten und AU-Tagen – insbesondere aufgrund psychischer Erkrankungen – verweisen darauf, dass das BEM an der Schnittstelle zwischen Stay at work und Return to work als ein wichtiges Instrument erachtet werden kann, um die Beschäftigungsfähigkeit wiederherzustellen, zu erhalten und zu fördern sowie steigende Kosten durch Fehltage zu senken und krankheitsbedingte Kündigungen zu reduzieren. Darüber hinaus bestehen auch Hinweise darauf, dass durch ein BEM das Arbeitsklima verbessert sowie das Engagement bzw. die Motivation der Beschäftigten erhöht werden können.

Das BEM ist als einzelfallbezogene Ergänzung von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements intendiert und seit 2004 gesetzlich verankert, wird aber mit Blick auf die Unternehmensgröße gerade in KMU noch immer kaum angewandt – aufgrund eines mangelhaften Informationsstands, einer lückenhaften Überwachung der AU-Zeiten, dem Eindruck der Unternehmer_innen, keinen Bedarf zu haben und den befürchteten Kosten. Zudem wurden die Perspektive der Beschäftigten, die BEM durchlaufen (haben), bisher zu wenig berücksichtigt.

Vor diesem Hintergrund waren die forschungsleitenden Fragestellung(en):

- Wann und inwiefern können präventive Strategien ansetzen und wie und wodurch können BEM-Prozesse ggf. optimaler gestaltet werden?
- Welche Ansatzpunkte, Handlungsfelder und konkrete Strategien lassen sich aus den Erfahrungen des BEM für eine verbesserte Prävention von Beeinträchtigungen der Beschäftigungsfähigkeit identifizieren – insbesondere, um nicht nur kurzfristige Effekte, sondern auch langfristige Effekte für die Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit zu erzielen?

- Hätte der Verlauf der gesundheitlichen Beeinträchtigung durch präventive Strategien (betriebliche Prävention, überbetriebliche Allianzen und Netzwerke, institutionalisierte Unterstützungsangebote) aufgehalten werden können?
- Welche Prozesse und Risikofaktoren lassen sich bereits vor einer 6-wöchigen Fehlzeitenfrist bei Arbeitnehmenden identifizieren? Welche Effekte zeigen sich für die BEM-Berechtigten nach dem BEM-Prozess?
- Wie wird das BEM rekonstruktiv von Betroffenen eingeschätzt? Wurde es als hilfreich empfunden?
- Warum wird BEM in KMU so zögerlich umgesetzt und wie wird in KMU, die die gesetzliche Verankerung und/ oder das BEM selbst vielleicht auch gar nicht kennen, mit Phänomenen bedingter Gesundheit umgegangen? Welche Maßnahmen/ Strategien werden ergriffen?
- Welche Formen der Mitbestimmung gibt es in den KMU, wie kann eine Mitbestimmungskultur gestärkt werden?

2 Empirische Grundlagen

Dem Projekt lag mit seiner prozessorientierten Ausrichtung ein qualitatives Forschungsdesign zugrunde. Es handelte sich um einen zweiphasigen Forschungsprozess mit zirkulär aufeinander bezogenen Methoden der Datenerhebung und Datenanalyse:

In einer ersten Projektphase (18 Monate) wurden 40 retrospektiv-episodische Interviews mit Arbeitnehmenden geführt, die entlang der Heuristik der Fallrekonstruktion (Ohlbrecht 2013) und der Forschungsstrategie der Grounded Theory (Glaser/ Strauss 1967) ausgewertet wurden und in der Erhebung v.a. berufsbiografische Narrationen und im Speziellen auf den Umgang mit bedingter Gesundheit im Betrieb bzw. den Wiedereingliederungsprozess fokussierten. Dadurch konnten nicht nur die Aufschichtung gesundheitsbezogener Risikopotentiale, die die spätere Einschränkung der Beschäftigungsfähigkeit begründeten, sondern auch individuelle Orientierungsmuster sowie Selbstwirksamkeitsüberzeugungen in Bezug auf die Lebensführung, die Berufsarbeit und die eigene Erkrankung sichtbar werden. Im Ergebnis liegen uns Interviews mit 22 Frauen und 18 Männern vor. 20 Personen waren zwischen 35 und 55 Jahren alt, 7 Personen unter 35 Jahren und 13 Personen über 55 Jahren. 9 Personen haben nicht nur einmal, sondern mehrfach ein BEM durchlaufen. Zusätzlich wurden in dieser ersten Projektphase 20 leitfadengestützte Expert_inneninterviews mit betrieblichen und überbetrieblichen Akteur_innen des BEM erhoben, deren Auswertung dem Verfahren nach Meuser und Nagel (2013) folgte. Insbesondere die Interviews mit den Unternehmensleitenden fokussierten in der Erhebung ebenso auch auf berufsbiografische Erzählungen. Und schließlich war auch die Erhebung 50 anonymisierter Falldokumentationen, die nach einem strukturierten Verfahren ausgewertet wurden, als Arbeitspaket dieser ersten Projektphase vorgesehen.

In einer zweiten Projektphase (6 Monate) wurden 12 partizipative Workshops mit betrieblichen und überbetrieblichen BEM-Akteur_innen durchgeführt: 1.) partizipative Workshops mit Arbeitnehmenden, die ein BEM durchlaufen haben, 2.) partizipative Workshops mit Geschäftsführenden bzw. der Leitungsebene kleinerer und mittlerer Unternehmen (KMU) und 3.) partizipative Workshops mit inner- und außerbetrieblichen BEM-Prozessor_innen. Sie sollten nicht nur dazu beitragen auf allen Seiten Lernprozesse anzustoßen, sondern auch zur Erarbeitung und Erweiterung von Konzepten präventiver betrieblicher Gesundheitsförderung (in KMU) dienen. Auch hier erfolgte die Datenerhebung- und auswertung entlang der Forschungslogik der Grounded Theory.

Für die Datenerhebung intendiert waren alle Branchen und möglichst kleine und mittelständische Unternehmen (KMU). Im Sinne der Fallkontrastierung wurde jedoch nicht nur in KMU, sondern auch in Großunternehmen (25:15) sowie in verschiedenen Bundesländern erhoben: Nicht nur in Sachsen-Anhalt, auch in Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein u.a. Auch die Varianz der Branchen, in denen erhoben wurde, zeigt im Ergebnis eine gewisse Breite: Vertreten waren u.a. der Bereich der beruflichen Bildung, die Versicherungsbranche, der öffentliche Dienst, soziale Berufe, das Produktionsgewerbe, das Sicherheitsgewerbe, das Dienstleistungsgewerbe, die IT-Branche und auch das Handwerk.

Der Feldzugang konnte auf mehrere Weisen realisiert werden: Über den Bundesverband der Berufsförderungswerke und andere Projektpartner_innen (siehe auch oben zu den Kooperationspartner_innen) konnten speziell in den KMU viele Interviews realisiert werden. Der anfänglich zögerliche Zugang zu den Fallakten gestaltet sich erst zum Beginn der zweiten Projektphase dank neuerschlossener Zugänge einfacher. Die Rekrutierung der Teilnehmenden der partizipativen Workshops konnte über die zahlreichen Kontakte der 1. Projektphase hürdenlos gewährleistet werden.

Die kostenneutrale Verlängerung des Projektes trug zu einer dritten Projektphase (6, 5 Monate) bei, in deren Rahmen weitere Publikationen entstanden, Präsentationen vorbereitet und gehalten wurden und die im Allgemeinen zu einem verstärkten Theorie-Praxis-Transfer genutzt wurde und beitrug (zu den Publikationen und Präsentationen siehe auch 4.).

3 Ergebnis

3.1. Prävention und BEM-Optimierung

Die Prävention bildet eines der zentralen Ziele der Wiedereingliederung. Präventive Maßnahmen und Strategien zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit, welche bereits vor dem Eintritt einer chronischen Erkrankung angeboten werden, um deren Eintritt zu verhindern oder einen Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit zu unterstützen, sind insgesamt bisher wenig präsent. Arbeitnehmende sehen sich bei steigendem (gesundheitlichem) Belastungsaufkommen mit starkem Leistungsdruck konfrontiert, sodass ggf. bestehende Strukturen nicht in Anspruch genommen werden, und Arbeitgebende bzw. Führungskräfte werden oft erst nach Ablauf der 6-wöchigen AU-Frist auf besondere Probleme aufmerksam, obwohl diese bereits vorher durch kürzere AU-Zeiten, aber auch in teils informellen Gesprächen vorher von Seiten des_der erkrankten Arbeitnehmenden geäußert wurden, sodass § 167 Abs. 1 SGB IX- also eine möglichst frühzeitige Meldung von Gefährdungen oft nicht gewährleistet werden kann oder wird. Gleichzeitig können gelungene BEM-Verfahren auch spezifische präventive Wirkungen entfalten: Sie können zu einer „Initialzündung“ eines anderen Umgangs mit der eigenen Gesundheit bzw. dem eigenen Körper führen und so ein „Ausbrennen“ verhindern, zu einer Verbesserung des Arbeitsklimas insgesamt beitragen und so auch die Mitarbeitendenbindung steigern, sie können eine kohäsive Wirkung auf der Ebene des Teams oder der Abteilung bewirken und schließlich auch zu einer allgemeinen Senkung des Krankenstand beitragen. So zeigten Beispiele aus der Praxis, dass Maßnahmen, die im Rahmen eines BEM gegenüber dem_der BEM-Berechtigten entwickelt wurden sich als so wirksam erwiesen haben, dass diese als präventive Maßnahme für alle Mitarbeitenden zum Standard wurden

Die maßgeblichen Einflussfaktoren für gelingende BEM-Prozesse liegen auf verschiedenen Ebenen: Auf der strukturellen Ebene nehmen insbesondere Arbeitsmarktvariablen und der demografische Wandel, ebenso wie die Betriebsbranche und/ oder -größe auf gelingende BEM-Prozesse Einfluss. Betriebsbedingte Einflussfaktoren bestehen im Betriebsklima bzw. der spezifischen Unternehmenskultur. Insbesondere eine Unternehmenskultur des Vertrauens trägt maßgeblich zu gelingenden BEM-Prozessen bei. Im Zusammenhang zur Unternehmenskultur stehen auch das Führungsverhalten, die Mitarbeiterbindung und die Kohäsion der Belegschaft in den Unternehmen, welche immer auch von den biografisch geformten Orientierungen, Haltungen und Wertevorstellungen abhängen. Letztere bilden die dritte Ebene, die der personenbezogenen Einflussfaktoren.

Es haben sich zudem spezifische Gelingensbedingungen und dementsprechende Hemmfaktoren für die Durchführung „erfolgreicher“ BEM-Prozesse gezeigt: Neben einem grundlegenden Wissen zu BEM und auch BGM, was immer als vorteilhaft gilt, wurde deutlich, dass BEM-Helfende gleichsam ein gewisses Vorwissen zum erkrankten Arbeitnehmenden selbst sowie ein spezifisches Fallverstehen benötigen, um BEM-Verfahren sicher und im Sinne des Arbeitnehmenden begleiten zu können. Eine gewisse Struktur wird in der Durchführung zwar als hilfreich erachtet, es hat sich aber gezeigt, dass zu starre und bürokratisch ausgerichtete Verfahren eher misslingen, es also eine gewisse Flexibilität braucht, damit BEM-Verfahren Erfolg haben (können). Alternative BEM-Prozesse, d.h. v.a. in Kleinbetrieben aus der Not heraus gemeinsam erarbeitete und an der Individualität der Arbeitnehmenden ausgerichtete Strategien des Umgangs mit bedingter Gesundheit können dementsprechend als beispielhaft gelten – auch vor dem Hintergrund weiterer Gelingensbedingungen auf der Beziehungsebene: der Voraussetzung einer enthierarchisierten Kommunikation und eines grundlegenden Vertrauens, sodass offene Gespräche möglich werden können. Diese Bedingungen sind v.a. in KMU durch die langjährigen und engen Beziehungen vielfach gegeben – natürlich können diese engen Beziehungen gerade auch zu Missstimmungen im Betrieb führen –, müssen aber in größeren Betrieben vielfach erst hergestellt werden. Demgegenüber sind KMU vielfach im Nachteil, wenn die finanziellen Mittel fehlen bzw. kein Wissen oder Kontakt zu entsprechenden überbetrieblichen Ansprechpartner_innen besteht. So können finanzielle Einbußen durch BEM-Verfahren oder auch nur die Erwartung dieser als Hemmfaktor gelten, ebenso wie die Tatsache, wenn aufgrund der Spezifika der Erkrankung oder fehlende Ideen kein leidensgerechter Arbeitsplatz gefunden werden kann. Auf der betriebsbedingten Ebene kann es sich ebenso als Hemmfaktor erweisen, wenn in den Unternehmen Schicht- bzw. Montagearbeit vorherrscht und dies Schwierigkeiten mit sich bringt, am „runden Tisch“ zusammenzukommen. Ebenso können auch Zuständigkeitsunstimmigkeiten im Betrieb sowie zu große BEM-Teams, die die Arbeitnehmenden in Angst und Schrecken versetzen – ebenso kann auch das Einladungsschreiben zu Schockmomenten führen –, gelingende BEM-Prozesse verhindern. Als Hemmfaktor für das Zustandekommen von BEM-Prozessen – aber auch im Sinne der Krankheitsprävention – erweisen sich zudem die verschiedenen Formen eines gelebten Präsentismus im Betrieb – sei es um die Kolleg_innen zu schützen oder weil eine Kultur der Kontrolle und/oder Angst bzw. peer pressure und Mobbing unter den Kolleg_innen vorherrscht.

Abbildung: Zentrale Einflussfaktoren für BEM-Prozesse:



BEM-Prozesse können – wie bereits angedeutet – ebenso durch verschiedene Paradoxien und Dilemmata unterlaufen werden. Die Schockerfahrungen für Arbeitnehmende, können sich durch das Einladungsschreiben, zu große BEM-Teams oder den Beisitz der Unternehmensleitung ergeben und ein Verfahren blockieren. Insbesondere der Beisitz der Unternehmensleitung wird vor dem Hintergrund, dass dieser einerseits schnelle Verfahren garantiert, andererseits aber vertrauensvolle Gespräche bei einer entsprechenden Unternehmenskultur auch verstellt werden können, vielfach diskutiert. Gleichsam kann BEM den Arbeitnehmenden jedoch auch als „Macht-Instrument“ dienen, um Arbeitsbedingungen zu verändern. Doch auch die Arbeitgebenden können BEM missbräuchlich nutzen, wenn sie dieses einzig für den Zweck einer rechtmäßigen Kündigung des/der Mitarbeitenden und ohne Absichten auf eine Weiterbeschäftigung und den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit einsetzen. (BEM wird zu BAM). Gleichsam kann das BEM aber auch immer dann als „Lücke im System“ gelten, wenn es z.B. bei Schwangerschaft, Krankheit des Kindes oder nach Krankheitsursachen eingeleitet werden muss, die einen längeren Ausfall bedeuten, aber keine weiteren Maßnahmen erfordern. Ein Dilemma für die BEM-Prozessor_innen ergibt sich – auch entsprechend der Schockmomente – daraus, dass BEM von den Arbeitnehmenden einerseits als Fürsorge, andererseits aber auch als Kontrolle, oder anders ausgedrückt: einerseits als Hilfe, andererseits aber auch als Strafe empfunden werden kann. Während die „Wartezeit“ von 6 Wochen insbesondere für Kleinunternehmende vor dem Hintergrund, dass sie die Wirtschaftlichkeit ihres Betriebs sichern müssen, vielfach als zu lang empfunden wird, sodass sie dann auf „Krankenbesuche“ zurückgreifen und so den Kontakt zu ihren Fachkräften suchen, versuchen andere dieser Strategie, die durchaus auch als Kontrolle empfunden werden kann, zu entgegnen, indem sie auf ein „Zeichen“ des Arbeitnehmenden warten – eine Strategie, die wiederum der Eigeninitiative und Autonomie des Arbeitnehmenden gerecht wird. Ähnlich verhält es sich auch mit dem „Etikettierungs-Ressourcen-Dilemma“ (Bauer/ Chakraverty/ Niehaus 2017), durch welches insbesondere auch psychisch Erkrankte konfrontiert werden können: Während BEM-Prozesse einerseits als Stigmatisierung erfahren werden können (Voswinkel 2019; Ohlbrecht et al. 2019 a), können sie gleichsam als Ressource im Sinne des Erhalts der Beschäftigungsfähigkeit dienen. Vor diesem Hintergrund stellt sich auch die Frage der Entäußerung der Diagnose: Während einerseits rechtlich festgesetzt wurde, dass in BEM-Prozessen lediglich die Beeinträchtigungen und die entsprechenden Bedürfnisse thematisiert werden sollen, kann die Kenntnis der Diagnose jedoch andererseits helfen, passgenaue Maßnahmen zu finden, und auch dazu beitragen, ein notwendiges Vertrauensverhältnis im Sinne der für Arbeitsbündnisse notwendig werdende diffuse Sozialbeziehungen zu schaffen (vgl. Oeverman 1996). Im Hinblick auf das „Etikettierungs-Ressourcen-

Dilemma“ muss auch der Einbezug des Kollegiums bedacht werden: Denn während die anderen Mitarbeitenden Leistungseinbußen durch den erkrankten Arbeitnehmenden sowie eine berufliche Wieder-eingliederung in seinem oder ihrem Sinne durchaus mit „abfedern“ müssen, also in den Prozess einbezogen werden sollten, können BEM-Prozesse sowie die Veröffentlichung der Diagnose – insbesondere bei psychischer Erkrankung und insbesondere bei einem Betriebsklima, das nicht auf Vertrauen beruht – zu Stigmatisierung, Mobbing und peer pressure beitragen. Und schließlich ergibt sich eine letzte Paradoxie aus der ebenso bereits angedeuteten Unterscheidung zwischen „privaten“ und „beruflichen Krankheiten“, d.h. einer entsprechenden Unterscheidung der Krankheitsursachen, die insbesondere vor dem Hintergrund, dass beide Lebensbereiche – auch im Hinblick auf die Arbeitswelt 4.0 – (immer stärker) ineinanderwirken, nicht nur gelingende BEM-Prozesse verhindert, sondern auch eine Perspektive auf den rehabilitativen sowie präventiven Effekt der Berufsarbeit verstellt.

3.2. Die Arbeitnehmendenperspektive

Die Bereitschaft zur Implementierung eines BEM oder präventiver Maßnahmen sowie die Bereitschaft, diffuse Sozialbeziehungen einzugehen und sich im Sinne der „stellvertretenden Krisenbewältigung“ die Zeit zu nehmen, Arbeitnehmende intensiv und individuell zu beraten und zu begleiten, genauso wie die Bereitschaft zu vertrauen, gründen dabei auf spezifischen individuellen Voraussetzungen: den biografisch ausgeformten Werten, Orientierungen und Haltungen *aller* Beteiligten. Wenn das Thema Gesundheit durch eigene Erfahrungen auf „fruchtbaren Boden“ fällt, sind Unternehmensleitende oftmals eher bereit, viele und ideenreiche Maßnahmen anzubieten und zu entwickeln, wenn BEM-Helfende ihrer Arbeit mit einer Wertschätzung des Einzelnen und/ oder im Sinne einer quasi-sozialarbeiterischen Haltung begegnen, die aus ihrer eigenen (Berufs-)Biografie hervorgeht, kann ein vertrauensvolles Arbeitsbündnis gut möglich werden, und wenn Arbeitnehmende bisher nur Misstrauen „gelernt“ haben, ist die Ausformung einer Unternehmenskultur des Vertrauens ebenso wie die Arbeit im Arbeitsbündnis erschwert. Auch hier greift der Aspekt, dass Mitarbeitende je nach ihren biografischen Vorerfahrungen BEM als Fürsorge oder Kontrolle und somit positiv oder negativ bewerten können. Dies hat sowohl Auswirkungen auf die Annahme bzw. Ablehnung eines BEM Verfahrens, als auch auf die Bewertung angebotener Maßnahmen und deren retrospektive Bewertung.

Insbesondere psychische Erkrankungen stellen hier oft hohe Anforderungen. Sie fordern die Führungsebene, da diese oft keinen feste Maßnahmen für nicht-physische Erkrankungen vorweisen können und

führen bei Arbeitnehmenden vielfach zu starken Stigmatisierungsängsten (Voswinkel 2019). Zudem sind insbesondere Gefährdungsbeurteilungen, die sich auf psychische Risiken und Belastungen ausrichten in den Betrieben – gerade in KMU – bisher kaum implementiert. All diese Voraussetzungen wirken als Hemmnisfaktoren eines produktiven Gesundheitsmanagements im Hinblick auf psychische Erkrankungen. Da jedoch gerade psychische Erkrankungen Erkrankungen der „ganzen Person“ sind (ebd.), da sie in der Regel alle Lebensbereiche eines Individuums betreffen, kann gerade die Beziehungsgestalt des Arbeitsbündnisses als Gelingensbedingung für eine erfolgreiche Beschäftigungssicherung bei psychischer Erkrankung gelten, ebenso wie eine vertrauensvolle Unternehmenskultur. Beide förderlichen Rahmenbedingungen, genauso wie die Durchführung eines BEM selbst können also insbesondere bei psychischen, aber auch bei anderen Erkrankungen einen besonders heilsamen Effekt, d.h. eine salutogene Wirkung erzielen (aber auch die Ankündigung eines BEM kann zu einer Krise werden, wenn sie z.B. mit Schockerfahrungen verbunden ist oder BEM als Strafe und/ oder Belastung empfunden wird). Wenn insbesondere die Berufsarbeit und/ oder auch die Beziehung zu den Kolleg_innen einen besonderen Halt geben, wenn die Erwerbsarbeit vielleicht als einzig sinnstiftender Lebensbereich, der biografische Kontinuität verspricht, übrig bleibt, kann die berufliche Wiedereingliederung von besonderem Wert sein und die Unternehmenskultur nicht nur präventiven, sondern auch rehabilitativen Charakter haben. Die vielfach vorgenommene Trennung von „beruflichen“ und „privaten“ Krankheiten (und letztlich auch die „scharfe“ Trennung zwischen Arbeits- und Berufsleben, die jedoch den heutigen Arbeitsbedingungen bzw. dem heutigen work-life-Verhalten kaum noch entspricht) verhindert diesen Effekt jedoch, d.h. wenn sich Führungskräfte dagegen verwehren, ihre Arbeitnehmenden bei privater „Verursachung“ ihrer Beschwerden zu unterstützen.

3.3. (Alternatives-)BEM in KMU

Das Wissen zum BEM ist vielfach begrenzt. Doch auch, wenn KMU kein Wissen haben oder aber sich nicht in der Lage sehen, ein strukturiertes BEM zu implementieren, entwickeln und verfolgen sie bisweilen produktive Strategien der Beschäftigungssicherung, wenn sie daran interessiert sind ihre Mitarbeitenden zu halten – z.B. wenn neue Mitarbeitende langwierig eingearbeitet werden müssen oder besonders enge und freundschaftliche Beziehungen bestehen. Diese aus der Not heraus entwickelten Strategien, die sich vielfach ganz stark an der Individualität der Arbeitnehmenden ausrichten und dann als besonders inklusiv angesehen werden können, nennen wir – in Komplementarität zum standardisierten Vorgehen in Großunternehmen – „alternatives

BEM“. Ein solches „alternatives BEM“ wird vielfach dann als besonders erfolgreich empfunden, wenn auf der Grundlage von Vertrauen und einer engen Begleitung offene Gespräche möglich werden (können), die auch Themen einbeziehen, die sich mitunter nicht nur auf die Berufsarbeit beziehen, und die individuellen Bedürfnisse stark beachten.

Es zeigte sich, dass zwei Bedingungen ganz besonders dazu beitragen, dass stark an der Individualität der Arbeitnehmenden ausgerichtete BEM-Prozesse gelingen – egal ob „alternativ“ oder strukturiert –: a) wenn die Beziehungsgestalt eines Arbeitsbündnisses vorherrscht, d.h. diffuse Sozialbeziehungen zugelassen werden, die Arbeitnehmenden als „ganze Personen“ (Oevermann 1996) anerkannt werden und die BEM-Helfenden – das können Arbeitgebende in KMU, externe Fallmanager_innen oder auch Kolleg_innen sein – im Sinne Quasi-Professioneller die „stellvertretende Krisenbewältigung“ (ebd.) begleiten und b) wenn eine Unternehmenskultur des Vertrauens vorherrscht, d.h. gelebt wird, die sich gerade dadurch auszeichnet, dass offene Gespräche und die Thematisierung persönlicher Themen, also auch des Themas Krankheit und/ oder gesundheitlicher Belastungen möglich und auch geführt werden. Diesbezüglich sind gerade kleine Unternehmen oftmals im Vorteil, da hier zumeist per se langjährige und mitunter enge Beziehungen bestehen, Hierarchien flacher sind, Gesprächshürden deshalb geringer und Tür-und-Angel-Gespräche an der Tagesordnung sind.

3.4. Gewinne partizipativer Forschung

Die partizipativen Workshops, die dem übergreifenden Ziel der Generierung von Wissen folgten, nahmen unterschiedliche Funktionen an: Sie dienten zum ersten zur *Ergebnis-Validierung* und es zeigte sich, was in der Praxis als besonders relevant angesehen wird oder wo besonders große Hürden bestehen. Zum zweiten hatten sie die Funktion, *Erkenntnislücken* zu *schließen*. Durch den wechselseitigen Bezug aufeinander wurden so Phänomene sichtbar werden, die nur schwer in Einzelinterviews abgefragt werden können. Die argumentative Aufschichtung von These und Antithese brachte unterschiedliche Standpunkte, aber auch „wunde Punkte“ hervor. Eine dritte Art von Datenmaterial ergab sich durch die *gemeinsame Analyse von Fallmaterial* mit Fallmanager_innen aus der Praxis. So wurden nicht nur die spezifischen Perspektiven der Fallmanager_innen auf die BEM-Fälle deutlich, auch ihre Analysekompetenzen, ihre Vorannahmen sowie die in der Fallarbeit zur Anwendung gebrachten Kategorien-Schemata der Fallmanager_innen wurden sichtbar. Indem zusätzlich soziologische Kategorien in die Fallanalyse eingebracht wurden, konnte nicht nur ihr Nutzen veranschaulicht, sondern auch fest eingefahrene und starre

Kategorien-systeme der Praktiker_innen aufgebrochen werden. Zum vierten nahmen die partizipativen Workshops auch die Funktion von „*Lernsettings*“ an, im Rahmen derer sich die Teilnehmenden auch untereinander austauschten und gegenseitig berieten. Durch Vergleichsaktivitäten wurde nicht nur zur Perspektivenübernahme und Selbstreflexion angeregt, es wurden auch die individuellen Kompetenzen zur Situationsdefinition deutlich, und die Teilnehmenden, insbesondere die Führungskräfte von KMU bauten im Rahmen der Workshops auch neues, spezifisches Handlungswissen auf. Die Gewinne durch den Einsatz sowie die Verwendung dieser empirischen Methode selbst, sind dabei als eigenständiges Ergebnis zu werten.

Ein besonderer Gewinn der durchgeführten partizipativen Workshops der zweiten Phase zeigte sich also nicht nur inhaltlich, er besteht v.a. darin, dass sie sich als ein Translationsverfahren des Theorie-Praxis-Transfers (Bartel/ Ohlbrecht 2018) erwiesen, das sowohl im Sinne einer Anwendungsorientierung und der Anschlussfähigkeit der Forschung in der Praxis als auch im Sinne des Teilhabegedankens der Beforschten bzw. im Sinne der Partizipation der Praktiker_innen am Forschungsprozess selbst „wirkt“, durch welche sie nicht nur Empowerment und mehr Mitbestimmung erfahren, sondern auch die Möglichkeit erhalten, Vertrauen in die Wissenschaft aufzubauen.

4 Einzelergebnisse und Publikationen

4.1. Publikationen

- Detka, C.; Kuczyk, S.; Lange, B.; Ohlbrecht, H. (2019): Führungskräfte als Quasi-Professionelle und Arbeitnehmende als Klient_innen? Eine qualitative Studie zu den Aspekten professionellen Handelns in Prozessen des Betrieblichen Eingliederungs-managements. In: Ohlbrecht, H. u.a. (Hrsg.): Perspektiven qualitativer Gesundheitsforschung, Beltz Verlag [im Druck].
- Detka, C.; Kuczyk, S.; Lange, B.; Ohlbrecht, H. (2019a): Betriebliches Eingliederungsmanagement als Chance? Kreative Suchprozesse in kleinen und mittleren Unternehmen. In: Schwerpunkt der WSI-Mitteilungen, 72. JG., 5/2019: Gesundheit im Betrieb. Konzepte, Erfahrungen, Strategien.
- Lange, B.; Detka, C.; Kuczyk, S.; Ohlbrecht (2019): Unternehmens-kulturen und ihre (Aus-)Wirkung auf die Gesundheit von Mitarbeitenden und den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit. In: RP Reha 2/2019, 47-54.
- Bartel, S.; Ohlbrecht, H. (2018): Forschung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben - zum Wissenstransfer zwischen Theorie und Praxis In: Die Rehabilitation: Zeitschrift für Praxis und Forschung in der Rehabilitation: Organ der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation, Organ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Organ der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften - Stuttgart [u.a.]: Thieme, Stuttgart [u.a.]/ Thieme, Bd. 57.2018, 3, S. 193-200
- Lange, B.; Kuczyk, S.; Ohlbrecht, H.; Detka, C. (2018): Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit durch Betriebliches Eingliederungs-management (BEM)? - eine qualitative Studie zu gelingenden BEM-Prozessen. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie: PPmP: Organ des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin - Stuttgart [u.a.]: Thieme, Stuttgart [u.a.]: Thieme, Vol. 68.2018, 8, Art. e23
- Ohlbrecht, H. (2018): Arbeitswelt und Gesundheit- ein gesundheitssoziologischer Blick auf die Herausforderungen der

Arbeitswelt 4.0. In: Medizinische Soziologie trifft Medizinische Pädagogik - Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, ISBN: 978-3-658-18816-0, Wiesbaden// Springer VS, S. 117-137.

- Ohlbrecht, H.; Detka, C.; Kuczyk, S.; Lange, B. (2018): Return to work and stay at work - Die Frage nach einem gelingenden betrieblichen Eingliederungsmanagement: In: Die Rehabilitation 57(03), 157-164.
- Detka, C.; Ohlbrecht, H.; Kuczyk, S.; Lange, B. (2017): Individualisierte Lösungen im Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM). In: Reha-Info zur Zeitschrift Die Rehabilitation. Frankfurt/ M.: 56. Jg., Heft 6, 5 - 6. Online verfügbar unter: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha-info/downloads/6-17_BAR_Online-PDF.pdf.

4.2. Konferenzbeiträge und Präsentationen

- Ohlbrecht, H. (2019): Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit in jedem Alter durch betriebliches Eingliederungsmanagement (Keynote auf der Tagung der Demografieberatung „Altersvielfalt in Unternehmen“, Wien)
- Ohlbrecht, H. (2019): Zum Wandel der Arbeitswelt und den Auswirkungen auf die Gesundheit (Vortrag im Rahmen der Ringvorlesung: Arbeit-Job-Beruf- in Geschichte, Gegenwart und Zukunft, Magdeburg)
- Ohlbrecht, H. (2019): Zum Wandel und Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit (Vortrag im Rahmen der Bürger-Universität Coesfeld und Fern-Universität Hagen, Coesfeld)
- Lange, B. (2019): Unternehmenskulturen und deren (Aus-) Wirkungen auf die Gesundheit von Mitarbeitenden am Beispiel von Betrieblichem Eingliederungsmanagement (BEM) (Vortrag beim Dreiländerkongress Gesundheits- und Medizinsoziologie; Session: „(Erzwungene) Veränderungen? Betriebliche Praxen und deren Folgen für die Arbeit und Gesundheit im Lebenslauf“, Winterthur)
- Detka, C.; Ohlbrecht, H. (2019): Präventive Gesundheitsstrategien-Aus BEM lernen. Ergebnisse einer

qualitativen Studie in KMU (Workshop im Rahmen des 3. BEM Symposiums, Erkner)

- Lange, B. (2019): Berufsbiografische Beratung als Chance(n-gleichheit) in der beruflichen Rehabilitation (Vortrag beim Reha-Kolloquium 2019; Session: „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben II“, Berlin)
- Lange, B.; Ohlbrecht, H. (2019): Präventive Gesundheitsstrategien- Aus BEM lernen. Ergebnisse einer qualitativen Studie in KMU (Vortrag beim 2. RTW-Kolloquium der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin)
- Detka, C. (2019): Berufsbiographische Bedingungen für die Optimierung von Prozessen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (Vortrag beim Reha-Kolloquium 2019; Session: „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben I“, Berlin)
- Kuczyk, S.; Ohlbrecht, H. (2019): Partizipative Workshops im Rahmen der Forschung zum betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) – ausgewählte Ergebnisse einer Theorie-Praxis-Interaktion (Vortrag beim Reha-Kolloquium 2019; Session: „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben I“, Berlin)
- Kuczyk, S.; Lange, B. (2018): Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit durch Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)? – eine qualitative Studie zu gelingenden BEM-Prozessen (Vortrag beim gemeinsamen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie e.V. & der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie e.V., Symposium: „Herausforderungen qualitativer Gesundheits- und Versorgungsforschung“, Leipzig)
- Lange, B.; Ohlbrecht, H. (2018): Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit durch Betriebliches Eingliederungsmanagement? (Expert_innenworkshop bei der AOK- Sachsen-Anhalt; Magdeburg)
- Detka, C.; Kuczyk, S. (2018): Die Kinder- und Jugendhilfe als spezieller Arbeitsbereich bedrohter Beschäftigungsfähigkeit (Vortrag beim Dreiländerkongress 2018, Session: „Soziologische Analysen von Arbeit, Alter und Gesundheit“ an der Karl-Franzens-Universität Graz)

- Ohlbrecht, H.; Lange, B. (2018): Betriebliches Eingliederungsmanagement als Chance zur Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit (Vortrag beim Dreiländerkongress 2018, Session: „Soziologische Analysen von Arbeit, Alter und Gesundheit“ an der Karl-Franzens-Universität Graz)
- Lange, B. (2018): Return to work and stay at work. How does a company integration management succeed? (Vortrag beim Global Congress for Qualitative Health Research, Südafrika)
- Detka, C. (2018): Niedrigschwellige, vertrauensvolle „Arbeitsbündnisse“ als Gelingensbedingung für die betriebliche Wiedereingliederung (Impulsvortrag beim Reha-Kolloquium 2018, Diskussionsforum: „Bridging Gaps – Vernetzung von Akteuren und Strategien zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit“, München)
- Lange, B. (2018): Bedingungen und Mechanismen von (gelingenden) betrieblichen Eingliederungsprozessen (Vortrag beim Reha-Kolloquium 2018. Session: „Teilhabe und Arbeit“, München).
- Detka, C.; Kuczyk, S.; Lange, B.; Ohlbrecht, H. (2018): Zur Bedeutung der Biografie für die Fragen einer beruflichen (Neu-) Orientierung (Vortrag im Berufsförderungswerk Bad Wildbad)
- Detka, C.; Kuczyk, S.; Lange, B. (2017): Return to work und stay at work – Wie gelingt ein betriebliches Eingliederungsmanagement? (Präsentation in Vorbereitung zum Beitrag zum LTA-Themenheft beim Arbeitsgruppentreffen der AG Rehabilitation und Arbeit, Berlin)
- Detka, Carsten (2017): Präventive Gesundheitsstrategien – Aus BEM lernen (Impulsreferat auf der Kick-Off-Veranstaltung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zum Thema „Betriebliches Eingliederungsmanagement – Orientierung für die betriebliche Praxis“, Frankfurt am Main)
- Detka, Carsten (2017): Erkenntnischancen qualitativer Gesundheitsforschung (Vortrag bei der Tagung „Gesundheitsforschung – Perspektiven, Konzepte, Methoden“ an der Hochschule Osnabrück)
- Detka, Carsten (2017): Narrationsanalyse in der Rehabilitationsforschung (ein Beitrag im Rahmen der „Summer School 2017“ der

Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften in
Würzburg)

- Ohlbrecht, Heike (2016): Qualitative Forschung als Ansatz zur strategischen Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation (Vortrag am Fraunhofer Institut, Stuttgart)

5. Verwendete Literatur (Auswahl)

- Glaser, B. G./Strauss, A. L. (1967): The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. de Gruyter, Aldine.
- Meuser, M./Nagel, U. (2013): Experteninterviews: wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung, in: Friebertshäuser, B./Langer, A./Prenzel, A. [Hrsg.]: Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Beltz Juventa, Weinheim. S.457-471.
- Oevermann, U. (1997; 1. Aufl. 1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns, in: Combe, A./Helsper, W. (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 70-182
- Ohlbrecht, H. (2013): Soziale Gesetzmäßigkeiten rekonstruieren: Zur Forschungsstrategie der objektiven Hermeneutik. In: Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online. Beltz Juventa, Weinheim und Basel.
- Voswinkel, S. (2019): Stigmatisierungsangst und Individualisierungstendenz als strukturelle Herausforderungen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements. Das Beispiel der psychischen Erkrankungen. In: Schwerpunkt der WSI-Mitteilungen, 72. JG., 5/2019: Gesundheit im Betrieb. Konzepte, Erfahrungen, Strategien.