

## **Betriebliches Eingliederungsmanagement als ungelöste Herausforderung für die (klein-)betriebliche Praxis**

Literaturübersicht zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung des Projekts „BEM-intensiv“

**Dr. Knut Tullius**

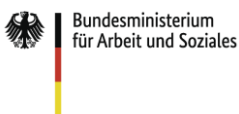
**Soziologisches Forschungsinstitut Göttingen**

**April 2020**

### **Gliederung**

- 1. Vorbemerkung**
- 2. Arbeitsunfähigkeit als wachsendes Problem – betriebliche (Wieder-) Eingliederung als ungelöste Herausforderung**
- 3. Zu den Grundlagen und der (schleppenden) Verbreitung des BEM**
- 4. Empirische Befunde zu den Bedingungsfaktoren für ein gelingendes BEM**
- 5. Fazit und Schlussfolgerungen für das Begleitforschungsprojekt im Rahmen von „BEM-intensiv“**
- 6. Bibliografie**

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages



## **Vorbemerkung**

Die folgende Übersicht<sup>1</sup> beschränkt sich auf eine Durchsicht jüngerer Literatur zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement, die einen Fokus auf die förderlichen und/oder hemmenden Bedingungen für die Etablierung von BEM legt. Gesucht wurde vor allem nach Forschungsergebnissen zu den Einflüssen konkreter Akteurskonstellationen, zu deren organisationaler, institutioneller und personeller Zusammensetzung und Einbettung sowie zur Rolle externer Beratung. Die Übersicht ist mithin ausschnitthaft. Sie zeigt gleichwohl einen verbreiteten Konsens sowohl hinsichtlich der Gründe für eine nach wie vor gegebene Vernachlässigung des Themas BEM in KMU (wie überhaupt des gesamten Themenfeldes Betrieblicher Gesundheitsförderung), als auch hinsichtlich der Bedingungen, die zum Gelingen von BEM beitragen können. Dabei bleiben freilich die spezifischen Akteurskonstellationen bzw. das Zusammenspiel der Akteurinnen und Akteure und die sozialen Bedingungen und Prozesse des BEM, etwa die Frage, ob innerhalb einer solchen komplexen „BEM-Konstellation“ möglicherweise inhärente Zielkonflikte angelegt sind, die das BEM beeinflussen, bisher unterbelichtet.

### **1. Arbeitsunfähigkeit als wachsendes Problem – betriebliche (Wieder-) Eingliederung als ungelöste Herausforderung**

Arbeitsunfähigkeit ist ein nicht nur für Unternehmen und Betriebe, sondern auch für die Renten-, Sozial- und Unfallversicherungsträger (Krankenkassen, Rentenversicherung, Gesetzliche Unfallversicherung) ein außerordentlich kostenträchtiges Problem: die hiesigen gesetzlichen Krankenkassen haben im Jahr 2017 knapp 670 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage verzeichnet, was einem krankheitsbedingten Ausfall – in zunehmendem Maße aufgrund psychischer Erkrankungen – von etwa 1,8 Mio. Erwerbsjahren entspricht (Brussig/ Mühge/ Voss 2019). Den Unternehmen entstehen dadurch in der Regel Kosten ohne entsprechende Gegenleistungen und durch das Einstellen von Vertretungskräften, oftmals sind die im Betrieb, der Abteilung oder Arbeitsgruppe einer oder eines erkrankten Beschäftigten verbleibenden Kolleginnen und Kollegen zusätzlich belastet, was zu betrieblichen Konflikten und wiederum zu Folgekosten führen kann (Seel 2017). BMAS und BAuA beziffern den durch Arbeitsunfähigkeit verursachten volkswirtschaftlichen Ausfall an Produktion und Bruttowertschöpfung für das Jahr 2017 mit ca. 136 Milliarden Euro, die Gesetzlichen Krankenkassen wurden laut Bundesgesundheitsministerium mit Krankengeldzahlungen von 13,1 Mrd.€ in 2018 belastet (nach: Meyer/Maisuradze/Schenkel 2019: 416). Darüber hinaus stellt eine längere Arbeitsunfähigkeit, ggf. eine drohende oder bestehende chronische Erkrankung, nicht zuletzt für die davon betroffenen Personen (und ihr persönliches Umfeld) ein gravierendes materielles und psychisches Problem dar. Denn Erwerbsarbeit ist in der Bundesrepublik nach wie vor zentrales Mittel gesellschaftlicher Teilhabe und Quelle von Anerkennung und individueller Selbstverwirklichung (Detka et al. 2019). Arbeitsunfähigkeit kann daher zu einem längeren oder gar dauerhaften Ausschluss aus Erwerbsarbeit und

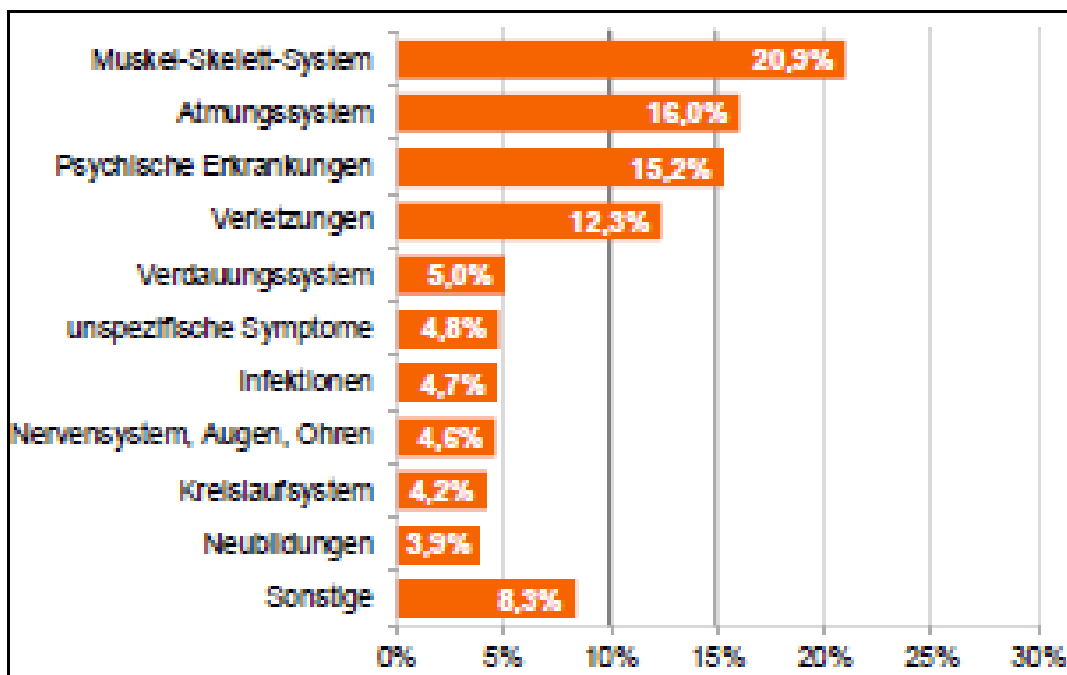
---

<sup>1</sup> Herr Nils Wesche, studentische Hilfskraft am SOFI, war dankenswerter Weise bei der Literaturrecherche behilflich.

gesellschaftlichen Leben führen. Der erwerbsdemografische Wandel, etwa ein knapper werdendes Erwerbspersonalpotential, ein steigender Altersdurchschnitt der Belegschaften und – zumindest in Teilen des Arbeitsmarkts – ein zunehmender Fachkräftemangel werden die bestehenden Problemlagen voraussichtlich verschärfen bzw. die Bedeutung der Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit erhöhen (Gödecker-Geenen et al. 2013; Ohlbrecht et al. 2018).

Betrachtet man die krankheitsbedingten Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft, dann zeigt sich, dass Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und der Atmungsorgane sowie psychische Erkrankungen und Verletzungen die – gemessen an den AU-Tagen – bedeutendsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit bei Erwerbstätigen sind (Abb. 1)<sup>2</sup>.

Abbildung 1: Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen 2018



Quelle: DAK-Gesundheit 2019: 19

Unterschiedliche Zusammensetzungen der Versichertengemeinschaften der einzelnen Gesetzlichen Krankenkassen (mit z.B. jeweils spezifischen Branchen-, Tätigkeits-, oder Geschlechterverteilungen und Belastungen) führen dazu, dass auch die Angaben zum Krankenstand insgesamt signifikant zwischen den Trägern abweichen: während die „DAK“ einen Krankenstand ihrer Versicherten von 4,25% vermeldet (DAK-Gesundheit 2019), liegt er

<sup>2</sup> Zu berücksichtigen ist, dass die verschiedenen, von einzelnen Krankenkassen herausgegebenen „Reports“ etwa zu Fehlzeiten, sich in ihren Daten jeweils auf die Versichertengemeinschaft der jeweiligen Kasse beziehen. Da sich die Zusammensetzung der Versicherten (Alter, Geschlecht, Tätigkeit) teils deutlich zwischen den Kassen unterscheidet, finden sich auch unterschiedliche Häufigkeiten von einzelnen Erkrankungen bzw. Fehlzeiten mit teilweise geringfügigen, teilweise markanten Abweichungen. In der *Tendenz* zeigen aber alle Daten einen starken bis sehr starken Anstieg psychischer Erkrankungen in den vergangenen 10-15 Jahren; stark schwankende, aber trotzdem zunehmende AU-Fälle wegen Atemwegserkrankungen und eher langfristig „stabile“ Werte für Muskel-Skelett-Erkrankungen (vgl.: TK Gesundheitsreport 2019; Meyer/Maisradze/Schenkel 2019; DAK-Gesundheit 2019).

bei der „AOK“ bei 5,5%, was bedeutet, dass Versicherte der „AOK“ im Schnitt 19,4 Tage im Jahr 2018 arbeitsunfähig waren (Meyer/Maisuradze/Schenkel 2019: 415). Langzeiterkrankungen machen dort insgesamt 41,8% aller AU-Tage (bei nur 4,2% der AU-Gesamtfälle) aus, was den hohen Stellenwert von Langzeiterkrankungen und darauf gerichteter Wiedereingliederungsmaßnahmen verdeutlicht (ebd.: 416). Sowohl Dauer, Art und Ursache einer Erkrankung beeinflussen die daraus abzuleitenden BEM-Maßnahmen. Darauf wird zurückzukommen sein.

Eine gerade auch für den „BEM-Kontext“ besonders relevante Erkrankungen stellen sicherlich *psychische Störungen* dar, die in den letzten Jahren sehr stark angestiegen sind: so berichtet die „Techniker Krankenkasse“ von einem Zuwachs von 90% seit 2006 (vgl. TK-Gesundheitsreport 2019: 26), die AOK von ‚lediglich‘ 35% seit 2009 (jeweils Indexwerte; vgl. Meyer/ Maisuradze/ Schenkel 2019: 448). Eine in der Literatur immer wieder betonte Besonderheit psychischer Erkrankungen, die gerade auch in Bezug auf BEM bedeutsam ist, ist die anhaltende Tabuisierung dieses Krankheitsbildes sowohl durch die betroffenen Beschäftigten, wie durch die Arbeitgeber, die es zu einem für das BEM letztlich schwer zu durchdringenden Bereich macht (Voswinkel 2019: 345ff; Winterstein/ Koletzko 2013: 37; Bartel 2018: 142; Frerichs 2019: 335). Auch und gerade wegen der Tabuisierung psychischer Erkrankungen ist es wichtig, dieses Problemfeld im Rahmen der Rehabilitation oder des BEM mit erhöhter Sensibilität zu bearbeiten (Frobel 2010: 121).<sup>3</sup> Eine weitere Besonderheit psychischer Erkrankungen ist, dass sie nicht unmittelbar als Krankheit wahrgenommen werden (oder äußerlich wahrnehmbar sind) und häufig schleichend und in Wellen auftauchen (Voswinkel 2019: 345). Gewissermaßen erschwerend kommt hinzu, dass – wie Voswinkel unter Bezug auf Goffman und Kardorff argumentiert – psychische Probleme eng mit der Persönlichkeit verbunden sind, was dazu führe, dass eine „Krankheitsidentität“ die soziale Identität der Betroffenen dominiere. Diese gelten dann nicht mehr als Personen, die eine „Störung haben“, sondern als Personen, die „gestört sind“ (ebd.).

Bei den psychischen Erkrankungen bilden die 55-64-Jährigen Erwerbstätigen mit knapp 33% die größte Betroffenenengruppe. Insbesondere Frauen sind von psychischen Problemen und Erkrankungen betroffen, beim Krankheitsbild „Depression“ sind es sogar doppelt so viele (Winterstein/Koletzko 2013), beim in den letzten Jahren ebenfalls viel diskutierten, Befund „Burn-Out“ dagegen hauptsächlich Männer mittleren Alters (Gross 2017). In Zusammenhang gebracht wird dieser Gendereffekt mit der Doppelbelastung von Frauen in Haushalt und Erwerbsarbeit (Winterstein/ Koletzko 2013: 36), mit der Erosion des „Normalarbeitsverhältnisses“ (Bartel 2018: 142) und damit, dass zunehmend Menschen in prekären Arbeitssituationen (vor allem häufig Frauen) psychische Krankheiten erleiden

---

<sup>3</sup> Partiiell bricht diese Tabuisierung freilich In den letzten Jahren etwas auf, da sich – so Gross (2017: 4) – „immer mehr Prominente als von „Burn-out“, aber auch von einer depressiven Störung Betroffene „geoutet“ [haben]. Dadurch, aber auch sonst, hat sich die Wahrnehmung von psychischen Belastungen und psychischen Erkrankungen in der Öffentlichkeit und Gesellschaft deutlich geändert. Es wird vermehrt über sie gesprochen und geschrieben. „Burn-out“ tritt häufig in Zusammenhang mit beruflichen Belastungssituationen auf. (...) Die Diagnose eines Burn-outs ist eher gesellschaftlich akzeptiert“.

würden (Winterstein/ Koletzko 2013: 37). Daten des „Fehlzeitenreports“ wiederum zeigen, dass Beschäftigte in unbefristeten (Vollzeit-) Beschäftigungsverhältnissen eine höhere AU-Quote und Krankenstände haben, als Beschäftigte in prekären Beschäftigungsverhältnissen; denkbar ist, dass letztere aus Angst vor Beschäftigungsverlust einen stärkeren Präsentismus zeigen (Meyer/Maisuradze/Schenkel 2019: 437ff.). Ohlbrecht macht eine Verschiebung von rein körperlichen Belastungen zu psychischen Belastungen, was sie als „sozialepidemiologischen Übergang“ bezeichnet, für die steigenden Zahlen psychischer Krankheiten mit verantwortlich (Ohlbrecht 2018: 119). Dazu passt der Befund, dass Personen, die mit provisionsbasierten Lohnsystem oder hohem Leistungs- und Zeitdruck konfrontiert sind, anfälliger für psychische Krankheiten sind (Frerichs 2019: 338). In besonderer Weise, da sind sich alle Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler wohl einig, sind steigende psychische Störungen und Belastungen mit den Veränderungen der Arbeitsbedingungen und Arbeitsanforderungen von Erwerbstätigen in den letzten Jahren verbunden: Flexibilisierung von Arbeitszeit und Arbeitsort, steigende kognitive Anforderungen von Tätigkeiten, etwa durch die „digitale Transformation“ (Badura et al. 2019).

Insgesamt zeigt der Durchgang durch die aktuelle Literatur, dass krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten zu einem wachsenden volkswirtschaftlichen, unternehmerischen, aber auch individuellen Problem geworden ist. Zugleich ist erkennbar, dass sowohl mit Bezug auf unterschiedliche Wirtschaftsbranchen, Berufe und Tätigkeitsfelder, bezüglich des Beschäftigtenstatus, des Qualifikations- und Bildungsniveaus sowie des Geschlechts und (natürlich) des Alters, sehr unterschiedliche Gefährdungen bzw. Risiken existieren. Auf diese Differenziertheit haben Regelungen und Maßnahmen des Gesundheitsschutzes, der Prävention, aber auch der Rehabilitation und Wiedereingliederung möglichst passend zu reagieren. Wie der folgende Abschnitt zeigt, ist dies den Initiativen und Grundlegungen des Gesetzgebers, der „Sozialpartner“ und auch der Sozial-, Renten- und Unfallversicherungsträger, bis heute nur unzureichend gelungen. Den hemmenden, aber auch förderlichen Faktoren für ein „Betriebliches Eingliederungsmanagement“ wird im Anschluss genauer nachgegangen.

## **2. Zu den Grundlagen und der (schleppenden) Verbreitung des BEM**

Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) wird nach verbreiteter Einschätzung als ein „Baustein“ der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention verstanden (Seel 2017: 285), d.h. es ist eingebettet bzw. kann eingebettet sein in umfassendere betriebliche Strategien und Konzepte der „Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit der Arbeitenden“ (Ohlbrecht 2018: 15). Ziel des BEM ist es, eine Arbeitsunfähigkeit von Beschäftigten zu beenden und „sie durch ein gezieltes und systematisches Vorgehen wieder dauerhaft in den Arbeitsprozess einzugliedern“ (Seel 2017: 285). kann nach allgemeiner Einschätzung zu einer Entlastung der Rentenversicherung, zu einer Verlängerung der Lebensarbeitszeit (Knoche/ Sochert 2013: 6, 27) und zu einer Verbesserung der Teilhabechancen von Erwerbstätigen beitragen. Grundlegungen für das heutige BEM finden sich in der Rentenreform 1992 des Kabinetts Kohl und der unter der Regierung Schröder vollzogenen Kurswende in der Rentenpolitik (Filipiak/ Mühge 2019: 351).

Aufgrund einer Novellierung des §84 SGB IX im Jahr 2004 (seit 2018: § 167, Abs. 2 SGB IX), sind Arbeitgeber – unabhängig von der Anzahl der Beschäftigten – zur Durchführung eines BEM verpflichtet, sofern ein Beschäftigter im Laufe von 12 Monaten insgesamt länger als sechs Wochen arbeitsunfähig ist bzw. war (Seel 2017). Knoche/Sochert (2013) merken an, dass Arbeitsunfähigkeitszeiten von mehr als 6 Wochen Dauer (die das BEM-Verfahren formal auslösen) recht selten sind (ebd.: 52).

Weitere, jüngere Rechtsänderungen haben zumindest indirekte Auswirkungen auf das BEM-Geschehen in den Betrieben. Genannt werden das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ (PrävG) von 2015 in Verbindung mit SGB VI, die Änderungen in der Arbeitsstättenverordnung im Jahr 2016, wonach psychische Belastungen bei der Gefährdungsbeurteilung zu berücksichtigen sind, sowie das „GKV-Versorgungsstärkungsgesetz“ und die damit eingefügte Regelung des §44 Abs. 4 SGB V, wodurch der Präventionsgedanke gestärkt werden sollte (DGB-Bildungswerk Bund 2017: 10f.). Darüber hinaus gibt es verpflichtende Regelungen zum BEM aus dem „Bundesteilhabegesetz“ (BTHG), das in seiner ersten Stufe im Jahr 2017 in Kraft getreten ist, und die auf die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung abzielen. Seitens der betroffenen Beschäftigten ist eine Teilnahme an BEM bzw. BEM-Maßnahmen grundsätzlich freiwillig, wenngleich im Verlauf Mitwirkungspflichten entstehen (Seel 2017: 286, 288).

Ungeachtet der hier (sehr knapp) angerissenen renten- und sozialversicherungsrechtlichen Grundlegungen und zwischenzeitlichen Anpassungen und Erweiterungen gesetzlicher Regelungen und Vorschriften, wird in der gesichteten Literatur übereinstimmend vermerkt, dass diese Vorschriften und Regulierungen – jedenfalls in der Breite – nicht wirklich „greifen“. Dass die Umsetzung von BEM-Vorschriften positive Wirkungen (auf den Krankenstand, das Betriebsklima, oder auf die Zahl krankheitsbedingter Kündigungen) haben kann, zeigen Daten aus Großunternehmen bereits für das Jahr 2006 (Niehaus/Vater 2013). Demgegenüber wird immer wieder konstatiert, dass Arbeitgeber in kleineren und mittleren Unternehmen (KMU) ihren Verpflichtungen bezüglich des BEM nicht oder nur unzureichend nachkommen bzw. dort kaum praktische Erfahrungen mit BEM bestehen (Ohlbrecht et al. 2018: 158).

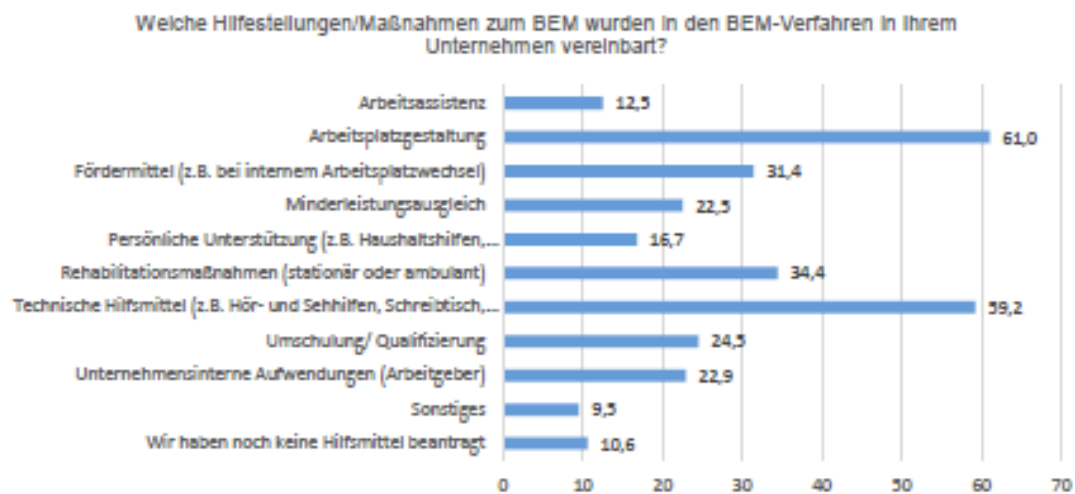
Bevor die Gründe für diese „Zurückhaltung“ genauer betrachtet werden, soll zunächst zusammengetragen werden, was die gesichtete Literatur gegenwärtig über Art und Verbreitung von Maßnahmen des BEM zu berichten weiß. BEM-Maßnahmen werden definiert als konkrete Hilfestellungen oder Maßnahmen, „um eine bestimmte Arbeits(platz)situation, die in der Folge zu Leistungseinschränkungen und/oder Fehlzeiten führte, nachhaltig zu überwinden“ (Richter 2017: 74). Einer Online-Betriebsbefragung<sup>4</sup> im Auftrag des DGB-Bildungswerk Bund aus dem Jahr 2016 zufolge, auf die sich Richter bezieht, zeigt sich folgende Verbreitung von BEM-Maßnahmen in deutschen Unternehmen<sup>5</sup> (vgl. Abb. 2).

---

<sup>4</sup> Befragt wurden insgesamt 2.151 Teilnehmer aus unterschiedlichen betrieblichen Funktionsgruppen, zu knapp 42% waren dies Betriebs- oder Personalräte, zur BEM-Praxis bzw. zu BEM-Planungen (was natürlich einen Unterschied ausmacht: Planungen können auch revidiert werden).

<sup>5</sup> Die Daten dürfen als nicht repräsentativ gelten, was nicht nur an der Befragungsmethode liegt, sondern auch daran, dass knapp 80% der Befragungsteilnehmenden aus Betrieben mit mehr als 200 Beschäftigten kamen,

Abbildung 2: Verbreitung von Maßnahmen des BEM in 2016



(Quelle: Richter 2017: 74)

Unterscheidet man zwischen Einmalleistungen bzw. einmaligen Maßnahmen und dauerhaften Leistungen bzw. Maßnahmen, dann zeigen diese Daten, dass Einmalleistungen wie etwa Maßnahmen zur Arbeitsplatzgestaltung (61,0%) und der Einsatz technischer Hilfsmittel (59,2%) mit einigem Abstand im Vordergrund stehen. Demgegenüber sind, Richter zufolge, „dauerhaft kostenträchtige und aufwendige Maßnahmen, wie z.B. Minderleistungsausgleich (22,5%) oder Umschulung/Qualifizierung (24,5%)“ deutlich weniger verbreitet (Richter 2017: 16). Bereits eine Befragung des BMAS aus dem Jahr 2008 kam in Bezug auf Qualifizierungsmaßnahmen zu einem vergleichbaren Ergebnis, nämlich, dass „externe berufliche Qualifizierung“ auf einem der hinteren Plätze rangiert (BMAS 2018: 31). Erkennbar ist an diesem Maßnahmenkatalog zudem, dass verhaltenspräventive, gesundheitsförderliche Maßnahmen oder Angebote (Drogen- oder Suchtberatung o.ä.) nicht zum BEM-Komplex gezählt werden.

Betont wird verschiedentlich, dass die anzuwendenden Maßnahmen sowohl einen schnellen bzw. zügigen Wiedereinstieg ermöglichen, als auch einen langfristig wirkenden, nachhaltigen Effekt haben sollten. Die Frage freilich, welche Art (oder auch Kombination) von Maßnahmen als nachweislich geeignet für eine erfolgreiche Wiedereingliederung gelten, lässt sich – so der Tenor – kaum pauschal beantworten. Vielmehr wird verbreitet betont, dass die Antwort auf diese Frage vom individuellen Einzelfall und der betrieblichen Konstellation – der Akteurs- und Interaktionskonstellation (siehe dazu Abschnitt 3), aber auch von den konkreten arbeitssituativen Bedingungen – abhängt. Nach Detka et al. (2019: 367) haben sich (gleichwohl) folgende BEM-Maßnahmen prinzipiell als geeignet erwiesen<sup>6</sup>:

- stufenweise Wiedereingliederung

---

davon knapp 60% aus solchen mit mehr als 500 Beschäftigten (Richter 2017: 10). Die Daten haben also einen deutlichen Betriebsgrößen-Bias.

<sup>6</sup> Wobei diese Aufzählung offenbar nicht abschließend gemeint ist, denn die Autorinnen sprechen von Maßnahmen „unter anderen“.

- Umstrukturierung des Arbeitsplatzes
- interne Arbeitsplatzwechsel
- neue/veränderte Arbeitsaufgaben
- neue/veränderte Arbeitszeiten
- regelmäßige Feedbackschleifen.

Sieht man sich insgesamt die vorliegenden Daten zur *Verbreitung von BEM-Maßnahmen* in deutschen Betrieben an, dann ergibt sich eine allenfalls gemischte Bilanz. Vater und Niehaus (2013) haben in einem Übersichtsartikel, der sich auf Erhebungen zwischen 2006 und 2011 stützt, unterschiedliche Ergebnisse zusammengetragen. Nach einer dieser betrieblichen Erhebungen (einer eigenen: Niehaus et al. 2008), hätten in den Jahren 2006/2007 87% der großen Unternehmen, 68% der mittelgroßen Unternehmen und knapp 33% der kleineren Betriebe BEM „thematisiert“. Bezüglich einer Umsetzung sind die Prozentwerte erwartungsgemäß niedriger, d.h. BEM-Maßnahmen tatsächlich umgesetzt hätten 68% der Großunternehmen, 38% der mittleren Unternehmen und lediglich 28% der Klein- und Kleinstbetriebe (Vater/Niehaus 2013: 14). Zu ähnlichen Zahlen bezüglich „Bekanntheit“ und „Umsetzung“ bei mittelgroßen Betrieben, kommen zwei weitere von ihnen gesichtete Studien (ebd.). Andere (Regional-)Studien kommen zu teilweise noch geringeren „Umsetzungsgraden“ bei Kleinbetrieben von lediglich 10% (vgl. DRV Bund 2007). Die relativ schwache Thematisierung und Umsetzung von BEM-Maßnahmen in kleineren Betrieben gilt als problematisch, da knapp 41% aller Erwerbstätigen in Deutschland in kleinen/kleineren Betrieben arbeiten und somit strukturell weitgehend von diesen Maßnahmen ausgeschlossen sind (vgl. Vater/Niehaus 2013: 14). Die Autorinnen kommen zu dem Schluss, dass „die Umsetzung von BEM nach wie vor ein heterogenes Bild ab[gibt]. Ein eindeutiger Trend lässt sich nicht erkennen. In Großbetrieben scheint das BEM größtenteils umgesetzt, dagegen liegt in Klein- und Mittelbetrieben weiterhin Handlungsbedarf vor. Überwiegend Kleinst- und Kleinbetriebe haben noch wenig Erfahrung im Umgang mit Langzeiterkrankten und BEM“ (Vater/Niehaus 2013: 14).

Zugleich zeigt BEM offenbar dort, wo es eingeführt wird, „Wirkung“: In der Hälfte der BEM-Fälle habe „eine erfolgreiche Wiedereingliederung mit leistungsgerechtem Einsatz erreicht werden“ können (Vater/Niehaus 2013: 16). In der von Vater/Niehaus herangezogenen eigenen Studie gaben fast 90% Prozent der (Groß-) Unternehmen, die BEM-Maßnahmen durchgeführt haben, an, dass sie bei ihren Kosten-Nutzen-Analysen zu einem positiven Ergebnis gekommen seien: reduziert habe sich der Krankenstand, verbessert das Arbeitsklima, erhöht das Engagement der Beschäftigten, und krankheitsbedingte Kündigungen hätten sich reduziert (vgl. ebd.). Unter Bezugnahme auf das „EIBE-Projekt“, berichten die Vater/Niehaus zudem davon, dass 90 Prozent der BEM-Fälle positiv, also mit einer Eingliederung, abgeschlossen werden konnten (ebd.). Auch das DGB-Bildungswerk stellt fest, dass Betriebliches Eingliederungsmanagement zur Abwendung von krankheitsbedingten Kündigungen führt (DGB-Bildungswerk Bund 2017: 103). Zudem verzeichnen die Integrationsämter eine Stabilisierung erfolgreicher BEM-Fälle auf hohem Niveau. Andererseits gelingt es mit dem BEM offenbar nicht, Wiederholungserkrankungen nachhaltig einzudämmen, wie Seel unter Bezug auf Winterstein/Koletzko (2012) feststellt (Seel 2013: 35).



Auch Ohlbrecht et al. (2018) finden in ihrer empirischen Studie eine Reihe positiver Wirkungen des BEM:

- Initialzündung für veränderten Umgang mit Gesundheit (Aubrennen verhindern, Gefahrenabwehr)
- Verbesserung des Arbeitsklimas
- Steigerung der Mitarbeiterbindung
- Kohäsive Wirkung von BEM auf der Ebene des Teams oder Abteilung
- Senkung des Krankenstands (ebd.: 163).

Im Großen und Ganzen kommen Betriebe den ihnen obliegenden Verpflichtungen zum BEM (trotz bzw. angesichts anhaltend hoher Gesundheitsbelastungen bzw. Krankentage) also nicht oder nicht hinreichend nach. Hinsichtlich der Gründe, zeigt die Literatur eine komplexe Gemengelage von „objektiven“ bzw. strukturellen und „subjektiven“ Merkmalen und Ursachenbündeln auf (vgl. v.a. Vater/Niehaus 2013; Ohlbrecht et al. 2018; Stegmann 2017).

Betrachtet man zunächst die *objektiv-strukturelle* Seite, dann fällt – wie erwähnt – auf, dass die Verbreitung von Eingliederungsmaßnahmen mit steigender Betriebsgröße zunimmt. Umgekehrt: In Klein- und Kleinstbetrieben findet ein BEM (geschweige denn ein systematisches BEM) in der Regel nicht statt (u.a. Ohlbrecht et al. 2018; Vater/Niehaus 2013).<sup>7</sup> Dies ist im Grunde wenig überraschend, wenn man sich die Praxis vergleichbarer gesetzlicher oder auch tarifvertraglicher Regelungen oder Vorschriften, etwa zur Gefährdungsbeurteilung, aber auch zu anderen Regelungen zur Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit ansieht, bei denen immer wieder ein solcher Betriebsgrößeneffekt konstatiert wird (Freidank et al. 2011; Kohte/Kaufmann 2019). An der Betriebsgröße „hängen“ eine Reihe von organisationalen, institutionellen, personalen und finanziellen Faktoren, die wesentliche Rahmenbedingungen für die Etablierung eines BEM darstellen, und die bei größeren Betrieben in deutlich stärkerem Maße vorhanden oder ausgebildet sind, als in kleineren Betrieben (DGB-Bildungswerk 2017, Detka et al. 2019). Eine besondere Bedeutung kommt bei den institutionellen Faktoren, wie noch zu zeigen sein wird, den betrieblichen Interessenvertretungen (oder auch Schwerbehindertenvertretungen) bzw. deren Fehlen zu, die in KMU bekanntlich deutlich weniger verbreitet sind, als in Großunternehmen (Ellguth/Kohaut 2017: 283). Zu den „objektiv-strukturellen“ Faktoren zählen auch die Branchenzugehörigkeit sowie die interne und externe Arbeitsmarktsituation, in der sich die Betriebe bewegen. Letztere wirken insofern auf die Verbreitung von BEM-Maßnahmen, als Betriebe in einem Arbeitsmarktumfeld, in dem benötigte Fachkräfte knapp sind, stärker in Gesundheitsförderung, BEM und damit in die Bindung und Gesunderhaltung knappen Personals investieren, als Betriebe in Regionen mit Arbeitskräfteüberschuss (Kardorff/Ohlbrecht 2015).

---

<sup>7</sup> Dem steht der Befund, dass durch die von den gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2019 verausgabten Aufwendungen für Betriebliche Gesundheitsförderung (inkl. BEM) von insgesamt über 172 Mio.€ (GKV-Spitzenverband 2020: 62), mehrheitlich Betriebe mit bis zu 249 Beschäftigten „erreicht“ werden (vgl. ebd.: 65), nur scheinbar entgegen. Denn die Zahl der so unterstützten Betriebe ist mit knapp 19.500 im Gesamt aller Betriebe und Unternehmen in der BRD sehr gering, der Anteil der KMU daran wiederum unterproportional zur Gesamtverteilung.

Auch seitens der erkrankten oder von längerer Krankheit bedrohten Beschäftigten – der „*subjektiven*“ Seite – finden sich eine Reihe von psycho-sozialen Faktoren, die restringierende Bedingungen für die Durchführung einer betrieblichen Wiedereingliederung schaffen können. Eine wesentliche Hürde stellen Ängste und Hemmungen der Betroffenen gegenüber einer BEM-Teilnahme dar, da sie im Rahmen eines solchen Prozesses Bedenken haben, ihre Erkrankung(en) offenzulegen (Knoche/Sochert 2013), was in Bezug auf die Art der Maßnahme(n) freilich wichtig sein kann (Ohlbrecht et al. 2018). Dies mag dazu beitragen, dass Beschäftigte „noch nicht vollends [vom BEM] überzeugt“ sind (DGB-Bildungswerk Bund 2017: 16) und deren „Bereitschaft, sich überhaupt betreuen zu lassen, gering ist“ (Knoche/Sochert 2013: 52). Insbesondere bei psychischen Erkrankungen ist die bereits angesprochene „doppelte Tabuisierung“ bedeutsam: Arbeitgeber (Vorgesetzte, aber auch Kolleginnen und Kollegen) zögern, wahrgenommene Symptome anzusprechen, die Betroffenen selbst haben erhebliche Stigmatisierungsängste (Voswinkel 2019), die oftmals verhindern, dass die gerade bei psychischen Krankheiten wichtige frühzeitige Intervention erfolgt (Frerichs 2019: 335). Die konsequente Anwendung existierender Datenschutzregelungen ist sicherlich eine Mindestvoraussetzung für die notwendige Bildung von Vertrauen, insbesondere bei Vorliegen psychischer Erkrankungen (Frobel 2010).

Damit kommen wir thematisch zu den Bedingungen für ein gelingendes BEM, denen wir uns jetzt zuwenden.

### **3. Empirische Befunde zu den Bedingungsfaktoren für ein gelingendes BEM**

Aus dem bisher Gesagten lassen sich bereits einige Rückschlüsse auf Faktoren und Bedingungen für die Strukturierung und Gestaltung von BEM-Prozessen ziehen, die zu einer erfolgreichen Eingliederung beitragen können. Die in der gesichteten Literatur aufgeführten Gelingensfaktoren lassen sich m.E. folgenden Ebenen zuordnen: a) (Organisations-) Strukturen und Prozesse, b) Akteure und Akteursrollen, c) (Unternehmens-)Kultur. Abschließend (d) wird auch ein Blick auf die hemmenden Faktoren geworfen, zu denen zahlreiche Praxiserfahrungen dokumentiert sind.

#### *a) (Organisations-)Strukturen und Prozesse*

Wie erwähnt, finden sich systematische BEM-Verfahren und Maßnahmen (und positive Wirkungen) hauptsächlich in Großbetrieben, in denen ausreichende finanzielle, personelle und organisatorische Ressourcen für systematische BEM-Verfahren und auch Erfahrungen mit BEM existieren. Hingewiesen wird häufiger darauf, dass pauschalisierende Aussagen zu den Gelingensbedingungen nicht sinnvoll seien, sondern betriebsspezifische Voraussetzungen und Bedingungen in Rechnung zu stellen sind (Vater/Niehaus 2013; Ohlbrecht et al. 2018).

Seel (2017: 287) zufolge – ähnlich auch BMAS (2018: 22f.) –, ist für ein BEM – unabhängig von der Betriebsgröße – ein strukturiertes Vorgehen in sieben Schritte zu empfehlen, wobei jeweils auf den Einzelfall abzustellen sei:

1. Feststellung der Arbeitsunfähigkeit von mehr als 6 Wochen
2. Erstkontakt mit dem betroffenen Mitarbeiter/der Mitarbeiterin

3. Erstgespräch mit dem betroffenen Mitarbeiter/der Mitarbeiterin
4. Fallbesprechung zur Erörterung des Handlungsbedarfs und der Unterstützungsmöglichkeiten
5. Vereinbarung konkreter Maßnahmen der betrieblichen Eingliederung
6. Umsetzung der Maßnahmen
7. Überprüfung der Wirkung der Maßnahmen.

In Betrieben, in denen Strukturen und Ansprechpersonen bereits vorhanden sind, wird ein BEM-Fall signifikant häufiger umgesetzt als in Unternehmen ohne solche Strukturen und Akteure (Vater/ Niehaus 2013: 15). Diese Erkenntnis belegt auch die an anderer Stelle bereits angeführte Beobachtung, dass Strukturen (die vor allem in größeren Betrieben vorhanden sind) einen positiven Effekt auf den BEM-Prozess haben. In kleineren Betrieben – ohne etabliertes Gesundheitsmanagement – gilt Ähnliches für „betriebsgrößenangepasste Strukturen“ (DGB-Bildungswerk Bund 2017: 18). Eine empirische Untersuchung von Detka et al. (2019) zeigt, dass es in kleineren Betrieben, die nicht über einen institutionalisierten Prozess des BEM verfügen, gewissermaßen „aus der Not heraus“ (ebd.: 368), vor allem darauf ankomme, auch informelle, nicht-institutionalisierte Prozesse eines „alternativen BEM“ zu etablieren. Hierbei seien vor allem „Teamkollegen“ in die Anstrengungen der Wiedereingliederung einzubeziehen (ebd.: 367). In solchen KMU-Konstellationen gleiche BEM eher „offenen Suchprozessen“ (ebd.: 368, zitiert nach Bode et al. 2016). Daher bedarf es dort bestimmter (alternativer) Rahmenbedingungen, insbesondere betrieblicher „Arbeitsbündnisse“ und einer betrieblichen Praxis, in der die BEM-berechtigten Beschäftigten „nicht zum Opfer von Maßnahmen gemacht werden (...), sondern konsequent in den Mittelpunkt des Geschehens gerückt werden müssen“ (Detka et al. 2019: 368). Weiterführend wird ein transparentes Verfahren als fördernder Faktor im BEM Prozess angeführt (Seel 2017).

Auch die Verwendung des Leitfadens zur Prävention der Gesetzlichen Krankenversicherungen von 2014 kann, so Walter (2017) ein fördernder Faktor sein: „Bei ihren Präventionsprinzipien orientieren sich die Krankenkassen prioritär an einem pathogenetischen Denkansatz, orientiert am Stresskonzept, dem Belastungs- und Beanspruchungsmodell der Arbeitswissenschaften und dem Risikofaktorenmodell der Verhaltensmedizin. Durchbrochen wird dies beim Thema „Führung“: Hier nehmen die Kassen eine salutogene Perspektive ein und stellen die Auswirkungen eines gesundheitsförderlichen Führungsverhalten in den Vordergrund (ebd.: 117). In welchem Umfang dieser Leitfaden allerdings bereits Anwendung findet, bleibt unklar.

Bei größeren Betrieben erweisen sich bestehende Strukturen, Regelungen, Verfahren und Erfahrungen des Gesundheits- oder auch Qualitätsmanagements als förderlich für ein BEM, welches daran mit seinen Maßnahmen recht leicht anschließen kann. Eine andere Möglichkeit, den BEM-Prozess an bereits bestehende innerbetriebliche Strukturen anzuknüpfen, bildet die „Personalvermittlung im internen Arbeitsmarkt“ (PVA), die sich allerdings erst bei großen Unternehmen etablieren lasse (Filipiak/ Mühge 2019: 352). Das PVA kann dann unterstützend tätig werden, wenn die beteiligten Akteure feststellen, dass es Sinn ergebe, einen neuen Arbeitsplatz, außerhalb des eigenen Arbeitsplatzes zu suchen. Zwei Modelle, zum einen das „Modell der organisationalen Integration von PVA und BEM“ zum anderen das „Modell der funktionalen Kooperation“ eignen sich für eine Verbindung von

bereits bestehenden Funktionen mit dem eines BEM-Prozesses (vgl. ebd.: 353). Beide Modelle sollten nur teilweise zusammengeführt werden, da sonst die Gefahr bestehe, dass Führungskräfte nicht mehr zwischen beiden Instrumenten unterscheiden und versuchen würden, unliebsame Mitarbeiterinnen „loszuwerden“. Auch wenn der BEM-Prozess eigentlich darauf abzielt, Personen wieder an ihren alten Arbeitsplatz heranzuführen, ist eine Verknüpfung von beiden Prozessen in größeren Unternehmen möglich und bietet weitere Optionen für den Verlauf eines BEM-Prozesses, auch wenn hier, wie überall, viel von individuellen betrieblichen Faktoren abhängt (vgl. ebd.: 356).

Ein weiteres Instrument, was sich ebenfalls zum Umfeld von BEM zählen lässt, ist „Return-to-Work“ (RTW). RTW stellt dabei allerdings kein feststehendes Konzept dar, sondern bezeichnet Prozesse und Strukturen in die Wiedereingliederung des Arbeitsmarktes. RTW und BEM-Prozesse stehen damit „Stay-At-Work“ (SAW) Maßnahmen gegenüber, auch wenn erst genanntes dazu dient, Maßnahmen anzubringen, die durch ein SAW nicht erfolgreich waren (Bartel 2018:140).

Aus Sicht externer Akteure stellen sich Struktur- und Prozessmerkmale bzw. die verfolgten teils Ziele anders dar, als aus einer betrieblichen BEM-Perspektive. So formulieren u.a. Gödecker-Geenen et al. (2013: 26) einige aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung wesentliche „Handlungsziele“, Struktur- und Prozessanforderungen für eine berufliche Rehabilitation und Teilhabe:

- (1) die Sicherung der Erwerbsfähigkeit bis zum Renteneintrittsalter
- (2) Förderung und Sicherung von Beschäftigungsfähigkeit und betrieblicher Integration
- (3) Aufbau eines individualisierten Rehabilitations- und Integrationsmanagements
- (4) Aktive Beteiligung der Leistungsberechtigten bei Entscheidungen
- (5) Direkte Arbeitgeberorientierung unter Einbindung der Leistungsträger und Betriebsärzte
- (6) Flexibilisierte passgenaue Rehabilitationsangebote
- (7) Direkte und zeitnahe Vernetzung der beteiligten Akteure.

Um den Prozess des BEM sowohl in der Öffentlichkeit als auch im Betrieb voran zu bringen, hat der Betriebsservice „Gesunde Arbeit“ der DRV Westfalen fünf Ziele bzw. Anforderungen formuliert, die zu einer Verbesserung des BEM-Prozesses beitragen können (Gödecker-Geenen et al. 2013: 26): (1) eine gezielte Information und Öffentlichkeitsarbeit zum Thema BEM, (2) eine direkte und betriebsnahe Unterstützung der Betriebe bei der Entwicklung eines BEM-Verfahrens für das jeweilige Unternehmen. Hieran lässt sich wieder sehr gut erkennen, dass das BEM hoch individualisiert gehandhabt werden muss und man kaum allgemeine Konzepte entwickeln kann. (3) Ein unbürokratischer und frühzeitiger Zugang zum Leistungsangebot der DRV, (4) die Schaffung eines Rehabilitationsmanagements sowie (5) die aktive Vernetzung der Betriebe mit Sozialleistungsträgern und deren Angeboten. Diese fünf Beratungsforderungen lassen sich als Erweiterung der sieben Handlungsziele der DRV verstehen. Durch die aktive Einbindung der Rentenversicherungen als externen Partner in diesen Prozess erwarten sich Gödecker-Geenen et al. (2013) neue Impulse und Perspektiven für das BEM (ebd.). Dies scheint insofern auch notwendig, als fehlenden Schnittstellen zwischen den Kranken- und Sozialversicherungen und der betrieblichen Ebene ein negativer Einfluss auf den BEM-Prozess zugeschrieben wird (Vater/ Niehaus 2013: 16).

Auf einen weiteren fördernden Faktor verweist Gonon (2019): laut ihren Ausführungen, basierend auf den OECD-Daten, ist eine zeitnahe Rückkehr an den Arbeitsplatz zu ermöglichen, da dieses eine rehabilitative Wirkung haben kann (so auch Frerichs 2019: 335).

Auch eine regionale Verankerung bzw. Nähe der beteiligten Akteure wird als fördernder struktureller Faktor gesehen, da so Angebote in unmittelbarer Nähe gemacht werden können (Knoche/Sochert 2013: 53).

Ein besonderes Augenmerk erhält in der Literatur der *Einführungsprozess* eines BEM. So betont etwa Seel (2013) die besondere Relevanz des Erstkontaktes im Prozess, denn bereits sehr früh sollten die größten Bedenken, die Betroffene bezüglich des BEM haben, wie die Assoziation mit einem „herkömmlichen“ Fehlzeitengespräch (bzw. Sanktionierung) oder die Problematik des Datenschutzes, aufgefangen und erklärt werden können (Seel 2013: 33; ähnlich Ohlbrecht et al. 2018).

Auch die Nutzung von Schulungen über das BEM wird in der RE-BEM--Studie als relevant angesehen (DGB-Bildungswerk Bund 2017: 94). Förderlich für eine gute Umsetzung vom BEM seien zudem ruhige, ungestörte Räume für die Beratung (ebd.: 102).

#### *b) Akteure und Akteursrollen – betriebsintern und -extern*

Prinzipiell sind an einem BEM-Prozess – je nach Betriebsgröße – mehrere Personen oder Stellen beteiligt: *Betriebsinterne* Akteure sind i.d.R. „der Arbeitgeber, der/die Beschäftigte, der Betriebs-/Personalrat, bei schwerbehinderten Beschäftigten zudem die Schwerbehindertenvertretung sowie im Bedarfsfall der Werksarzt oder die Betriebsärztin“ (Seel 2017: 287). Innerbetrieblich gelten vor allem die betrieblichen Interessenvertretungen als wesentliche Treiber von und Unterstützer der Betroffenen in BEM-Prozessen (ebd.: 16). Aus den Interessenvertretungen selbst oder ggf. aus anderen beteiligten Akteursgruppen – ggf. aus spezialisierten Abteilungen (Filipiak/Mühge 2019) – heraus, bedarf es der Aktivität betrieblicher „Kümmerer“ (DGB-Bildungswerk Bund 2017), „fester Ansprechpartner“ (Stegmann 2017: 11) oder von „Arbeitsbündnissen“ (Detka et al. 2019) im Rahmen einer insgesamt förderlichen „Interaktionskonstellation“ (Brussig/Mühge/Voss 2019), die sich des BEM gezielt, strukturiert und systematisch annehmen.

In kleineren Betrieben, die nicht über einen institutionalisierten Prozess des BEM verfügen, kommt es Detka et al. (2019) zufolge, vor allem darauf an, auch informelle, nicht-institutionalisierte Prozesse eines „alternativen BEM“ zu etablieren. Hierbei seien vor allem „Teamkollegen“ der Betroffenen gefragt und in die Anstrengungen der Wiedereingliederung einzubeziehen (ebd.: 367). Daher bedürfe es betrieblicher „Arbeitsbündnisse“ und einer betrieblichen Praxis, in der die BEM-berechtigten Beschäftigten „nicht zum Opfer von Maßnahmen gemacht werden (...), sondern konsequent in den Mittelpunkt des Geschehens gerückt werden müssen“ (ebd.: 368). Das DGB-Bildungswerk sieht auch für kleinere Betriebe die Möglichkeit, einen BEM-Prozess weiter voranzutreiben, wenn sie die Angebote der Sozialleistungsträger stärker nutzen würden (DGB-Bildungswerk 2017: 5, 18).

Als *externe* Akteure spielen die Krankenversicherungen, Gesetzliche Unfallversicherungen sowie die Rentenversicherungen eine Rolle (Vater/Niehaus 2013: 13), bei schwerbehinderten Menschen das Integrationsamt (Seel 2017: 287); letztere gelten als besonders wichtige

externe Unterstützer, weil sie v.a. in größeren Betrieben bereits langjährige Kooperationsbeziehungen zu den betrieblichen Schwerbehindertenvertretungen haben (DGB-Bildungswerk Bund 2017: 17), auch wenn hier noch nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft worden sind und externe Hilfe wichtig und erforderlich ist.

Für die *betroffenen Beschäftigten* ist eine Teilnahme an BEM bzw. BEM-Maßnahmen grundsätzlich freiwillig, wenngleich im Verlauf Mitwirkungspflichten entstehen (Seel 2017: 286ff). Eine Verweigerung bzw. Ablehnung von BEM-Maßnahmen durch die betroffenen Beschäftigten kann negative arbeitsrechtliche Folgen haben, etwa beim Kündigungsschutz; hinreichend sind solcherlei Folgen jedoch noch nicht geklärt. Einzig die Tatsache, dass man sich in einem möglichen Rechtsstreit nicht auf ein fehlendes BEM stützen kann, wird hierbei angeführt (Seel 2013: 31). In der Literatur besteht jedenfalls Konsens darüber, dass es ein erhebliches Maß an Vertrauen und Offenheit bei den Einzelnen erfordert, sich im Rahmen eines BEM gegenüber dem Betrieb (Vorgesetzte, Kolleginnen, Betriebsräte, Personalabteilung usw.) zu öffnen. Ein strenger Datenschutz ist hierbei eine notwendige, aber bei nicht hinreichende Bedingung. Als besonders erfolgreich haben sich BEM-Prozesse dann erwiesen, wenn die Verfahren auf Initiative der Beschäftigten eingeleitet werden (Ohlbrecht et al. 2018: 163).

### c) (Unternehmens-)Kultur

Immer wieder wird in der Literatur die Notwendigkeit des Bestehens einer Vertrauenskultur im Betrieb bzw. zwischen den beteiligten internen und auch externen Akteuren betont (Vater/Niehaus 2013; Seel 2017). Umgekehrt wird konstatiert, dass fehlendes Vertrauen zwischen Arbeitgeber auf der einen und BEM-Berechtigtem und deren Interessenvertretung auf der anderen Seite, das „(g)rößte Hemmnis für das Zustandekommen eines BEM-Verfahrens“ sei (Knoche/Sochert (2013: 52). Besonders relevant sind die internen Akteure und deren Beziehungen untereinander. Vater/Niehaus (2013) betonen, dass ein kooperativer Führungsstil einen wichtigen Einfluss auf die Ein-/Durchführung von BEM hat (Vater/Niehaus 2013) und es wird eine „enthierarchisierte Kommunikation“ für wesentlich erachtet (Ohlbrecht et al. 2018: 163). Als besonders relevant für das Gelingen eines BEM-Prozesses hebt Seel sogenannte „weiche Parameter“ hervor. Dies sind Zutrauen, Vertrauen und Verlässlichkeit (Seel 2013: 31). Das Problem hierbei ist sicherlich, dass sich diese „weichen Parameter“ schlecht institutionalisieren lassen.

Wie oben erwähnt, wird in mehreren jüngeren Studien die besondere Rolle fester Ansprech- und Vertrauenspersonen („Kümmerer“, „Impulsgeber“, „Schlüsselperson“: DGB-Bildungswerk 2017), die sowohl von Arbeitgeber- als auch von Beschäftigtenseite akzeptiert ist, hervorgehoben (Stegemann 2017; Vater/Niehaus 2013; Seel 2013, 2017). Das solcherlei Vertrauenspersonen insbesondere im Falle psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit zentral sind, liegt auf der Hand. Die damit verbundene Stigmatisierung und „doppelte Tabuisierung“: verhindert oftmals die bei psychischen Krankheiten besonders wichtige frühzeitige Intervention (Frerichs 2019: 335).

Resümierend kommt Stegmann (2017) mit Blick auf die von ihr gesichteten Studien und Projekte (ähnlich: Knoche/Sochert 2013; Detka et 2019) zu folgenden Schlussfolgerungen: „Sowohl in den Studien wie auch in den Praxisprojekten wird übereinstimmend eine

betriebliche Vertrauenskultur als im Grunde unabdingbare Voraussetzung für ein gelingendes BEM gesehen. Die Vertrauenskultur bezieht sich auf das Vertrauen der Mitarbeiterinnen gegenüber dem Arbeitgeber, dass durch das BEM nicht etwa eine mögliche Kündigung vorbereitet werden soll und das BEM ein Engagement für die Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses und, sofern dies möglich ist, für den Erhalt des bisherigen Arbeitsplatzes darstellt. Inwiefern nicht eine betriebsunabhängige Information von Beschäftigten über die Modalitäten der Anspruchsberechtigung und Rechte beim BEM sinnvoll sein könnte, soll hier zumindest als Frage aufgeworfen werden. Dies könnte gewisse Vorbehalte dem BEM gegenüber eventuell mit abbauen helfen und so als eine von außen in den Betrieb hineinwirkende Vertrauen bildende Maßnahme eingebunden werden.“ (Stegmann 2017: 29)

Die vom DGB Bildungswerk publizierte RE-BEM-Studie trägt auch Möglichkeiten zusammen, wie das Vertrauen in BEM gestärkt werden kann. So führen sie eine verbesserte Öffentlichkeitsarbeit, die Sicherstellung des Datenschutzes und die Bereitstellung von Ressourcen durch den Ausbau der Zusammenarbeit mit den Reha-Trägern als elementare Maßnahmen für eine verstärkte Vertrauensbildung an (DGB-Bildungswerk Bund 2017: 5; 24; 96.) Neben dem bereits mehrfach angesprochenen Datenschutz können klar definierte Leistungsziele ebenfalls fördernde Faktoren für ein BEM sein (DGB-Bildungswerk Bund 2017: 15; ähnlich: Knoche/Sochert 2013). Bartel führt zudem das „soziale Netz“ in einem BEM-Prozess als relevant an (Bartel 2018: 150), wodurch etwaige Probleme im Prozess dadurch aufgefangen werden können, dass Personen einen Rückhalt im Freundes-/Familienkreis haben.

Die Datenerhebung des DGB ergibt darüber hinaus, dass die Akzeptanz einer BEM-Maßnahme höher wird, sofern Erfahrungen mit dem BEM gemacht werden, egal ob eigene oder von Arbeitskollegen. Dies könnte auch der Grund dafür sein, warum BEM bei älteren eher akzeptiert ist als bei jüngeren (DGB-Bildungswerk Bund 2017: 15).

#### d) *Hemmende Faktoren*

Aus dem bisher zu den Gelingensbedingungen geschriebenen lassen sich – umgekehrt – einige wesentliche Hemmnisse bzw. *hemmende Faktoren* zusammentragen. Stegmann (2017) identifiziert fünf Faktorenbündel: erstens, einen „Mangel an Ressourcen und Ausweichoptionen in Bezug auf Arbeitsplätze“ insbesondere in KMU; zweitens, eine „Misstrauenskultur“, befördert durch Ängste vor Arbeitsplatzverlust, aber auch durch eine Gleichsetzung von BEM und Krankenrückkehrgesprächen; drittens, eine falsche, d.h. zu niedrige Prioritätensetzung von „Gesundheitsthemen im Alltagsgeschäft“; viertens, betriebsinterne Strukturen, die durch unklare Zuständigkeiten, Konflikte zwischen Geschäftsführungen und Interessenvertretungen, aber auch innerhalb der Interessenvertretungen, ein BEM erschweren (ebd.: 24f.); fünftens schließlich ein unzureichender Kenntnisstand auch oder gerade bei Interessenvertretungen (ebd.: 11/12), denen generell eine zentrale Rolle im BEM zugewiesen wird. Ohlbrecht et al. (2019) nennen zudem eine betriebliche „Kultur“ des Präsentismus, die Angst vor Einkommensverlusten, aber auch die Befürchtung, die Kolleginnen und Kollegen zusätzlich zu belasten als weitere Hemmfaktoren für Betroffene, ein BEM anzustoßen (ebd.: 161).

Weitere hemmende Faktoren, aber auch als Auslöser für Krankheit und Arbeitsunfähigkeit, gelten flexible Arbeitszeiten, da sie weniger Pausen und insgesamt mehr Arbeitsstunden sowie unregelmäßigeren Urlaub mit sich brächten (Ohlbrecht 2018: 125), was auch für BEM-Prozesse problematisch wäre. Darüber hinaus haben sie (aber auch mit der Ausweitung von Schichtarbeit) einen negativen Einfluss auf das für die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit so wichtige „Soziale Netz“ um Freunde und Familie (Bartel 2018). Mit Flexibilisierungstendenzen einher geht die Gefahr der Selbstüberforderung. Inwiefern das betriebliche Eingliederungsmanagement hier eingreifen kann ist unklar, da eine Neustrukturierung von Arbeitsplätzen zwar sehr wohl Aufgabe und Bereich des BEM ist, aber nicht die generelle Gestaltung von Arbeitszeit und -ort. Auch die Arbeitszeitverdichtung bei abhängig Beschäftigten hat einen negativen Einfluss auf die Gesundheit von Beschäftigten (Ohlbrecht 2018).

Nicht nur betriebsintern, sondern auch bezüglich der externen Unterstützungsmöglichkeiten und -strukturen bestehen *Wissens- und Kenntnisdefizite* auf Seiten der betrieblichen Akteure. Dies gelte für die „gemeinsamen Servicestellen“ der Sozialversicherungsträger, wie für die Angebote bzw. Projekte der Deutschen Rentenversicherung Bund, wobei wiederum vor allem die KMU Wissensdefizite und Unterstützungsbedarf hätten (Stegmann 2017: 13ff.; Knoche/Sochert 2013). Allerdings gebe es mittlerweile auch vielversprechende Ansätze, etwa durch die Etablierung „Runder Tische“, die Zusammenarbeit der verschiedenen (potentiell) involvierten Sozialversicherungsträger (Integrationsamt, Krankenkassen, Integrationsfachdienst, Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft) zu verbessern (Stegmann 2017: 14). Zugleich werden bestimmte externe Unterstützungsleistungen bzw. deren Anbieter – etwa die Berufsgenossenschaften – „mitunter eher als ‚kontrollierender Zeigefinger‘, denn als ‚helfende Hand‘ wahrgenommen“ (ebd.: 15). Auch bestehende gesetzliche Regelungen werden in Bezug auf ihre hemmenden Einflüsse auf ein BEM in den von Stegmann (2017) gesichteten Studien und Praxisbeispielen untersucht. Dabei taucht eine Vielzahl von komplexen und sich wechselseitig teilweise auch konterkarierenden Einflüssen auf: Krankenkassenwettbewerb und unterschiedliche Zuständigkeiten der Sozialversicherungsträger, (teilweise fehlender) Kündigungsschutz, Entgeltfortzahlungsregelungen, Schwerbehindertenquote bzw. deren Nichtanwendbarkeit in Kleinbetrieben, Probleme bei Boni und Prämien, aber auch die gesetzlichen Regelungen des §84 bzw. § 167, Abs. 2 SGB IX und die damit teilweise einhergehenden Regelungsdichte und „Bürokratisierung“ (vgl. ebd.: 19). Auch ein Eingliederungsmanagement, bei dem vor allem arbeitsrechtliche Maßnahmen (sprich: Sanktionen) im Zentrum stehen, gilt als problematisch (Knoche/Sochert 2013: 54). Ebenso hemmend wirkt sich die Befürchtung seitens Personalverantwortlicher aus, Fehler zu machen, was in der Konsequenz einen Abbruch oder den Nicht-Beginn des Prozesses zur Folge hat. Notwendig für die betriebliche Praxis erscheint daher eine Art „Check-Liste“ über das richtige Vorgehen im BEM-Prozess, auch wenn sich die Fachliteratur darüber einig ist, dass es keine allgemeingültigen BEM-Verfahren geben kann (Tilling 2013: 53).

Vor allem in Klein- und Kleinstbetrieben ist BEM nach den vorliegenden Daten weitgehend unbekannt (siehe schon Knoche/Sochert 2013) und wird dort jedenfalls nicht systematisch und strukturiert durchgeführt; und Maßnahmen werden trotz ihrer beschäftigungs- und realwirtschaftlichen Relevanz auch von der Angebotsseite – etwa seitens der Krankenkassen



– nicht ausreichend in den Blick genommen (Stegmann 2017: 29). Zugleich spreche aber Vieles dafür, „dass in Kleinst- und Kleinbetrieben mit der relativen Nähe von Arbeitnehmer\_innen und Geschäftsführung auch durch Gespräche und Nachfragen Lösungen für Prävention und Erhalt von Arbeitsverhältnissen gesucht und entwickelt werden. Dies sind dann zwar keine Verfahren im Sinne des gesetzlich vorgeschriebenen BEM, ihre Wirkungen können gleichwohl erfolgreich sein und der gesetzlichen Intention im Kern, wenn auch nicht in der Ausführung, entsprechen“ (ebd.: 30).

Und schließlich ist es vor allem die mangelnde Ressourcenverfügbarkeit, die v.a. in KMU ein funktionierendes BEM erschwere; zugleich hätten auch kleinere Betriebe durchaus spezifische Ressourcen, an die anzuknüpfen sei. Dazu zählten „oft enge, freundschaftliche Beziehungen sowohl innerhalb der Belegschaft als auch zu den Vorgesetzten. Diese große Transparenz, oft gepaart mit einer offenen und direkten Kommunikation, ist eine gute Voraussetzung für die Ermittlung und Bearbeitung von Potenzialen und Belastungen bei der Arbeit“ (Stegmann 2017: 29). Weitere Ressourcen seien „Einflussnahme und Mitarbeiterbeteiligung“, „Handlungsspielräume“ und „Identifikation mit dem Betrieb“, „Flexibilität und direkte Kommunikation“, „unbürokratische und pragmatische Ansätze“, um nur einige zu nennen.“ (Stegmann 2017: 31). Auch Detka et al. (2019) sehen in der besonderen Sozialordnung von KMU wiederum durchaus Potentiale und Ressourcen für ein zwar nicht stark formalisiertes, aber doch (im Sinne der Betroffenen) wirkungsvolles BEM.

Fasst man abschließend die Gelingens- und Hemmfaktoren einmal zusammen, so ergibt sich folgende Übersicht.

Abbildung 3: Gelingens- und Hemmfaktoren bei BEM-Prozessen

<b>Gelingensfaktoren</b>	<b>Hemmfaktoren</b>
Verfügbarkeit von Ressourcen	Fehlen von Ressourcen
strukturierte, aber flexible Verfahren	starre, bürokratische Verfahren
Vorwissen / Zeit zur Vorbereitung des Falles	Hoher organisatorischer Aufwand bei Schicht- und Montagearbeit
Informiertheit zu BEM, BGM	Zuständigkeitsunstimmigkeiten
Eigeninitiative durch die/den Beschäftigten	Fehlende leidensgerechte Arbeitsplätze
Vertrauen und enthierarchisierte Kommunikation	Fehlendes Vertrauen
Offenheit im Gespräch	(Kultur des) Präsentismus
Soziales Unterstützungsnetzwerk	Finanzielle Einbußen; sonst. Sanktionen
Ansprechpersonen und „Kümmerer“	Fehlendes Wissen und mangelnde Erfahrungen über BEM
(Lokale) Vernetzung mit überbetrieblichen Akteurinnen und Akteuren	Fehlende Schnittstellen möglicher Akteure (intern und extern)

Eigene Darstellung, teils unter Bezug auf Ohlbrecht et al. (2018: 163)

#### **4. Fazit und Schlussfolgerungen für das SOFI-Begleitforschungsprojekt im Rahmen von „BEM-intensiv“**

Die Durchsicht jüngerer Literatur zu den Grundlagen, Maßnahmen und förderlichen und/oder hemmenden Bedingungen für die Etablierung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements in Deutschland hat einen verbreiteten Konsens sowohl hinsichtlich der Gründe für eine nach wie vor gegebene Vernachlässigung des Themas BEM vor allem in KMU (wie überhaupt des gesamten Themenfeldes Betrieblicher Gesundheitsförderung) aufgezeigt. Auch hinsichtlich der Bedingungen, die nach vorliegenden empirischen Befunden zum Gelingen von BEM beitragen können besteht im Grunde Einigkeit. Es lassen sich organisationale und prozedurale, akteursbezogene und unternehmenskulturelle Faktoren(bündel) voneinander unterscheiden. Deutlich wurde auch, dass man es mit einem sehr komplexen sozialen Prozess der Strukturierung und Organisierung zu tun hat, der an die – jeweils differenziert zu betrachtenden – Betriebe, die beteiligten (institutionellen) Akteure wie die Betroffenen anspruchsvolle Anforderungen stellt. Über die spezifischen Akteurskonstellationen bzw. das Zusammenspiel der Akteure und die sozialen Praxen des BEM haben die gesichteten Veröffentlichungen recht wenig Auskunft gegeben. Am weitesten ist an dieser Stelle sicherlich die Magdeburger Studie der Arbeitsgruppe um Ohlbrecht, aus der jedoch gegenwärtig nur ausschnittshafte und kurze Publikationen vorliegen.

So einhellig immer wieder darauf verwiesen wird, dass für den Erfolg eines BEM-Prozesses ein gelingendes Zusammenspiel der sehr unterschiedlichen (und mit unterschiedlichen Interessenlagen ausgestatten) Akteure innerhalb und außerhalb des Betriebes von zentraler Bedeutung ist (organisational, prozedural, kulturell), so wenig lernt man aus der Literatur darüber, wie dieses Zusammenspiel genau abläuft, wo ggf. Konflikte auftreten, aber auch: worin ggf. spezifische Ressourcen liegen können, um ein BEM – gerade auch in KMU – erfolgreich zu gestalten.

Hierin liegt sicherlich ein wesentliches Forschungsdesiderat, das das Begleitforschungsprojekt des SOFI aufgreifen wird.

## 5. Bibliografie

AOK-BV; BKK BV; DGUV; vdek (Hrsg.) (2013): Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. Zusammengestellt von K. Knoche und R. Sochert. iga.Report 24, Berlin und Essen.

Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Meyer, M. (Hrsg.) (2019): Fehlzeitenreport 2019. Digitalisierung - gesundes Arbeiten ermöglichen. Berlin.

Bartel, S. (2018): Arbeit oder Gesundheit? Eine qualitative Verlaufsstudie zu gesundheitsbedingten Brüchen in der Berufsbiographie. In: Medizinische Soziologie trifft Medizinische Pädagogik 1. Auflage, Springer VS, Wiesbaden, S. 139-154.

BMAS (2018): Schritt für Schritt zurück in den Job. Betriebliche Eingliederung nach längerer Krankheit – was Sie wissen müssen. Bonn.

Brussig, M.; Mühge, G.; Voss, D. (2019): Editorial: Gesundheit im Betrieb. Konzepte, Erfahrungen, Strategien, in: WSI-Mitteilungen, 72. Jg., 5/2019, S. 326.

DAK-Gesundheit (Hrsg.) (2019): DAK-Gesundheitsreport 2019. Hamburg.

Detka, C.; Kuczyk, S.; Lange, B.; Ohlbrecht, H. (2019): Betriebliches Eingliederungsmanagement als Chance? Kreative Suchprozesse in kleinen und mittleren Unternehmen, in: WSI-Mitteilungen, 72. Jg., 5/2019, S. 365-372.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2007): Regionale Initiative – Betriebliches Eingliederungsmanagement. Abschlussbericht. Berlin.

DGB-Bildungswerk Bund (Hrsg.) (2017): Projekt RE-BEM, Dokumentation. Die wissenschaftlichen Ergebnisse. Hamburg.

Ellguth, P.; Kohaut, S. (2017): Tarifbindung und betriebliche Interessenvertretung: Ergebnisse aus dem IAB-Betriebspanel 2016. In: WSI-Mitteilungen 4/2017, S. 278-286.

Filipiak, K.; Mühge, G. (2019): Innerbetriebliche Netzwerke für ein *return to work*, in: WSI-Mitteilungen, 72. Jg., 5/2019, S. 351-357.

Freidank, J.; Grabbe, J.; Kädtler, J.; Tullius, K. (2011): Altersdifferenzierte und altersgerechte Betriebs- und Tarifpolitik. Eine Bestandsaufnahme betriebspolitischer und tarifvertraglicher Maßnahmen zur Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit. INQA-Bericht Nr. 42, herausgegeben von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) und der Geschäftsstelle der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA). Dortmund/Berlin.

Frerichs, F. (2019): Laufbahngestaltung bei begrenzter Tätigkeitsdauer, in: WSI-Mitteilungen, 72. Jg., 5/2019, S. 327-334.

Frobel, S. (2010): Betriebliches Eingliederungsmanagement in Großunternehmen im Kontext psychischer Beeinträchtigungen. Unv. Masterarbeit. Universität Dortmund, 2010.

Gödecker-Geenen, N./ Vieregge, D./ Keck, T. (2013): Betriebliches Eingliederungsmanagement: Praxis und Perspektiven aus der Sicht der Rentenversicherung, in: AOK-BV; BKK BV; DGUV; vdek (Hrsg.), S. 25-29.

- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2019): Präventionsbericht 2019. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2018. Berlin.
- Gonon, A. (2019): Frühes Eingreifen bei psychischer Arbeitsunfähigkeit als ambivalente Strategie, in: WSI-Mitteilungen, 72. Jg., 5/2019, S. 335 – 342.
- Gross, B. (2017): Aktuelle Entwicklungen im Bereich der Rehabilitation. Redemanuskript 13. aktuelles Presseseminar der Deutschen Rentenversicherung Bund, 14. und 15. November 2017 in Würzburg.
- Kardorff, E. v./ Ohlbrecht, H. (2015): Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderung. In: bag ub Impulse 2015, 72, S. 22-27.
- Knoche, K.; Sochert, R. (2013): BEM in Deutschland: Verbreitung, Erfahrungen und Perspektiven – ein Fazit, in: AOK-BV; BKK BV; DGUV; vdek (Hrsg.), S. 52-54, Berlin und Essen.
- Kohte, W.; Kaufmann, S. (2019): Niedrigschwellige Beratung – ein erfolgreiches Beispiel aus Hamburg, in: WSI-Mitteilungen, 72. Jg., 5/2019, S. 382-386.
- Ohlbrecht, H. (2018): Arbeitswelt und Gesundheit: Ein gesundheitssoziologischer Blick auf die Herausforderungen der Arbeitswelt 4.0, in: Medizinische Soziologie trifft Medizinische Pädagogik. 1. Auflage, Springer VS, Wiesbaden, S. 117 – 138.
- Ohlbrecht, H.; Detka, C.; Kuczyk, S.; Lange, B. (2018): Return to Work and Stay at Work – Die Frage nach einem gelingenden betrieblichen Eingliederungsmanagement. In: Rehabilitation 2018; 57: 157-164.
- Ohlbrecht, H.; Seltrecht, A. (2018): Einleitung, in: Medizinische Soziologie trifft Medizinische Pädagogik. 1. Auflage, Springer VS, Wiesbaden, S. 7-26.
- Richter, R. (2017): Unterstützende Ressourcen für das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM). Abschlussbericht zur begleitenden Online-Umfrage 2016. Teil 3 der Studie RE-BEM. In: DGB-Bildungswerk Bund (Hrsg.), S. 3-105.
- Seel, H. (2013): Praxis und Perspektiven des Betrieblichen Eingliederungsmanagements aus Sicht der Integrationsämter, in: AOK-BV; BKK BV; DGUV; vdek (Hrsg.), S. 30-34.
- Seel, H. (2017): Fernab von Fehlzeitengesprächen: Betriebliches Eingliederungsmanagement als Chance und Herausforderung, in: Faller, G. (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Hogrefe, Bern, S. 285-294.
- Stegmann, Chr. (2017): Ergebnisse der Sekundärstudie, in: DGB-Bildungswerk Bund (Hrsg.), Teil 2, S. 1-35.
- Vater, G.; Niehaus, M. (2013): Das Betriebliche Eingliederungsmanagement: Umsetzung und Wirksamkeit aus wissenschaftlicher Perspektive, in: AOK-BV; BKK BV; DGUV; vdek (Hrsg.), S. 13-19.

Voswinkel, S. (2019): Rückkehr in die Arbeit bei psychischen Erkrankungen. Herausforderungen für das Betriebliche Eingliederungsmanagement, in: WSI-Mitteilungen, 72. Jg., 5/2019, S. 343-350.

Walter, Uta (2017): Qualitätsstandards im BGM, in: B. Badura (Hrsg.), Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert, Springer-Verlag 2017, S. 109 -124.

Winterstein, S. / Koletzko, W. (2013): Betriebliches Eingliederungsmanagement – Erfahrungen der DAK-Gesundheit aus der BEM-Praxis. In: AOK-BV; BKK BV; DGUV; vdek (Hrsg.), S. 35-41.