

Westsächsische Hochschule Zwickau
University of Applied Sciences

Bachelorthesis

vorgelegt an der Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften
zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Science (B.Sc.)
im Studiengang Gesundheitsmanagement

Betriebliches Eingliederungsmanagement.

Eine qualitative Studie in Pflege- und Betreuungseinrichtungen.

Erstbetreuer: Dr. phil. David Rester
Zweitbetreuer: Dr. rer. nat. Marianne Hege
Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften

Vorgelegt von: Maximilian Opelt
Matrikel-Nr: 34757
Seminargr.-Nr: 142232
Anschrift: Dorfstraße 17
04626 Nöbdenitz
E-Mail: Maximilian.opelt.ecw@fh-zwickau.de

Ort, Datum: Zwickau, den 16.10.2017

Hinweis auf besondere Schreibweise

Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Bachelorthesis bei geschlechtsbezogenen Bezeichnungen die männliche Schreibweise verwendet. Alle maskulinen Personen- und Funktionsbezeichnungen in dieser Bachelorthesis gelten für Männer und Frauen in gleicher Weise. Somit sind beispielsweise bei der Nennung von Mitarbeitern oder Betroffenen männliche und weibliche Personen gemeint.

Abstract

Introduction Due to the demographic development, older people are gaining in importance for companies. To compensate the lack of skilled employees, they inevitably have to rely on the resources of constantly aging workforce. At the same time this is a challenge, because older people are often more likely to cause absenteeism and must deal with disabilities. In response to these developments and with the aim of preserving and promoting workability, the legislature approved the occupational integration management in 2004.

Methods The research question was: „What expectations do employees have about reintegration management?“ To answer this question, qualitative research and grounded theory were used to carry out nine guided interviews with employees in nursing and care facilities. The interviews were recorded and transcribed according to Kuckartz's rules. The data was analyzed using the qualitative content analysis according to Mayring, which was computer-assisted by the analysis software MAXQDA.

Results The study has shown that diseases and incapacity for work can result in a wide range of burdens on the affected person. This often is accompanied by a change in attitudes and live settings. Therefore, the reintegration management is perceived as a very important and helpful institution for return to work. Nevertheless, a considerable deficit of knowledge, which extended without exception to all respondents, was discovered. Furthermore, it became clear that not only the company is responsible for a successful return to work, but the affected person himself can also contribute to the success of the reintegration decisively through his own initiative.

Conclusion In summary, expectations for the reintegration management are based on the employer, colleagues and the individual too. In the process of reintegration, those affected primarily appreciate a step-by-step and individual approach. According to the opinions of the participants, the treatment of reintegration management should be characterized by consideration, appreciation, understanding, openness and honesty. In addition, there are further expectations that address an improvement in working conditions, working climate and workplace health promotion. To develop a reintegration management in the research field, recommendations were made based on this study and literature. Beyond the results of this investigation, reintegration management shows a need for further research, which mainly relates to a health-economic perspective.

Keywords: return to work, reintegration management, qualitative research, expectations, employees, care, support

Zusammenfassung

Einleitung Durch die demografische Entwicklung gewinnen ältere Menschen für Unternehmen zunehmend an Bedeutung. Denn um den Fachkräftemangel zu kompensieren, müssen diese zwangsläufig auf die Ressourcen einer ständig alternden Belegschaft zurückgreifen. Gleichzeitig stellt dies eine Herausforderung dar, da Ältere häufiger Fehlzeiten verursachen und sich verstärkt mit Arbeitsunfähigkeit auseinandersetzen müssen. Als Reaktion auf diese Entwicklungen und mit dem Ziel, die Arbeitsfähigkeit zu erhalten und zu fördern, legitimierte der Gesetzgeber im Jahre 2004 das betriebliche Eingliederungsmanagement.

Methodik Die forschungsleitende Frage lautete: „Welche Erwartungen haben Mitarbeiter an die betriebliche Eingliederung?“ Zur Beantwortung dieser Frage wurden in Anwendung der qualitativen Forschung und der Grounded Theory neun Leitfadeninterviews mit Mitarbeitern in Pflege- und Betreuungseinrichtungen geführt. Die Interviews wurden aufgezeichnet und nach den Regeln von Kuckartz transkribiert. Die Datenauswertung erfolgte in Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring und computergestützt durch die Analysesoftware MAXQDA.

Ergebnisse Die Untersuchung konnte belegen, dass sich Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit in vielfältigen Belastungen bei Betroffenen niederschlagen kann. Häufig geht damit auch eine Veränderung von Einstellungen und Verhaltensweisen einher. Das BEM wird deswegen als sehr wichtige und hilfreiche Institution bei der Arbeitsplatzrückkehr wahrgenommen. Trotzdem wurde hierbei auch ein erhebliches Wissensdefizit aufgedeckt, dass sich ausnahmslos auf alle Befragten erstreckte. Des Weiteren wurde deutlich, dass nicht nur das Unternehmen in der Verantwortung steht, sondern auch der Betroffene selbst durch seine Eigeninitiative maßgeblich zum Erfolg der Eingliederung beitragen kann.

Diskussion Die Erwartungen an das BEM richten sich zusammenfassend an den Arbeitgeber, den Kollegenkreis und den Betroffenen selbst. Im Eingliederungsprozess legen Betroffene besonders auf eine schrittweise und individuelle Vorgehensweise Wert. Der Umgang im BEM-Verfahren sollte dabei vor allem durch Rücksicht, Wertschätzung, Verständnis, Offenheit und Ehrlichkeit geprägt sein. Über das BEM hinaus existieren weitere Erwartungen, die eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen, des Arbeitsklimas sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung adressieren. Um auf Grundlage dieser Arbeit ein BEM im Forschungsfeld aufzubauen, wurden Handlungsempfehlungen aus den Ergebnissen und der Literatur abgeleitet. Unabhängig davon unterliegt das BEM als Institution weiterem Forschungsbedarf, der sich besonders auf die gesundheitsökonomische Perspektive bezieht.

Schlüsselwörter: Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM), qualitative Forschung, Erwartungen, Mitarbeiter, Pflege, Betreuung

Inhaltsverzeichnis

Abstract	3
Zusammenfassung	4
Abbildungsverzeichnis.....	7
Tabellenverzeichnis	8
1 Einleitung.....	9
2 Theoretischer Hintergrund.....	12
2.1 Betriebliches Gesundheitsmanagement	12
2.2 Betriebliches Eingliederungsmanagement	15
2.2.1 Rechtliche Grundlagen	15
2.2.2 Motive und Ziele	19
2.2.3 Ablauf	21
2.2.4 Beteiligte	28
2.3 Forschung zum BEM	32
3 Methodik	37
3.1 Forschungsfeld	37
3.1.1 Beschreibung der Einrichtung	37
3.1.2 Ausgangssituation	37
3.2 Qualitative Forschung und Grounded Theory	40
3.3 Sampling.....	42
3.4 Erhebungsinstrument	44
3.5 Ablauf der Datenerhebung	45
3.6 Datenauswertung – Qualitative Inhaltsanalyse	47
3.7 Forschungsethik.....	55
4 Ergebnisse	58
4.1 Kategoriensystem	58
4.2 Belastungen	59
4.3 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)	62
4.4 Veränderung von Einstellungen	64
4.5 Wissen und Wahrnehmung zum BEM	66
4.6 Persönliche Vorbereitung auf die Arbeitsplatzrückkehr	68

4.7 Maßnahmen und Beteiligte der Eingliederung	70
5 Diskussion.....	72
5.1 Beantwortung der Forschungsfrage	72
5.2 Ergebnisdiskussion.....	75
5.3 Handlungsempfehlungen zum Aufbau eines BEM.....	78
5.4 Methodenkritik	81
6 Fazit und Ausblick.....	86
Literaturverzeichnis	88
Anhangsverzeichnis	95
Eidesstattliche Erklärung	126

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Handlungsfelder des BGM (Giesert 2012, S. 337)	13
Abbildung 2: Abgrenzung BGM und BGF (Kaminski 2013, S. 26)	14
Abbildung 3: Nutzwertberechnung des BEM (Faßmann, Emmert 2010, S. 159)	34
Abbildung 4: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell (Mayring 2008b, S. 54)	48
Abbildung 5: Induktive und deduktive Kategorienbildung im Vergleich (Ramsenthaler 2013, S. 29)	54
Abbildung 6: Überblick über das Kategoriensystem	58

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ziele und Maßnahmenebenen des BEM (eigene Darstellung, in Anlehnung an Berner 2008, S. 13)	26
Tabelle 2: Mitarbeiterstruktur der SHBG zum Stichtag 01.08.2017 nach Altersgruppen...	38
Tabelle 3: Krankenstand und durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsdauer in der SHBG im Zeitraum 01.08.2016 bis 31.07.2017	39
Tabelle 4: Zusammensetzung des Samplings	43
Tabelle 5: Analyse der Entstehungssituation	49

1 Einleitung

Im Zuge der demografischen Entwicklung werden ältere Menschen für den Arbeitsmarkt und Unternehmen immer bedeutender. Denn obwohl sich die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter von 1991 bis 2010 insgesamt nur geringfügig verändert hat, kam es in den letzten 20 Jahren trotzdem zu grundlegenden Entwicklungen zwischen den Altersstrukturen. So fiel die Erwerbsbevölkerung zwischen 15 und 39 Jahren um rund 5,7 Millionen, von 53,7 auf 44,3 Prozent ab, während im gleichen Zeitraum die Altersgruppe der 40 bis 64-jährigen mit 4,5 Millionen einen Anstieg von 46,3 auf 55,7 Prozent verzeichnete. (Garloff et al. 2012, S. 2) Die Zunahme der älteren Erwerbsbevölkerung wird auch künftig ein großes Thema bleiben, was sich größtenteils auch darauf zurückführen lässt, dass die stark besetzten 1950er und 1960er Jahrgänge (*Baby-Boomer*) in das höhere erwerbsfähige Alter eingetreten sind (Statistisches Bundesamt 2016a, S. 23).

Weiterhin lässt sich in den letzten Jahren der Trend beobachten, dass sich die Erwerbsbeteiligung älterer Altersgruppen stark verändert hat. So nahm gerade die Erwerbstätigenquote der 60 bis 65-Jährigen seit dem Jahre 2000 mit 19,9 Prozent auf 53,1 Prozent im Jahre 2015 erheblich zu. Aber auch über das Erwerbstätigenalter von 65 Jahren hinaus konnte im selben Zeitraum eine Zunahme von 2,6 auf 5,9 Prozent verzeichnet werden. (Statistisches Bundesamt 2016b, S. 356) Gründe für diesen Trend lassen sich vor allem auf veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel die Erschwerung der Frühverrentung, zurückführen (Statistisches Bundesamt 2016c, S. 22). Zum anderen wird damit gerechnet, dass die seit 2012 eintretende, schrittweise Heraufsetzung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre allein bis 2030 zu circa 2,6 Millionen mehr Personen im erwerbsfähigen Alter führen wird (Statistische Ämter der Länder und des Bundes 2011, S. 23). Die Verlängerung der Lebensarbeitszeit durch vermehrt ältere Beschäftigte ist letztendlich eine Reaktion, durch die die beschriebenen Folgen der demografischen Entwicklung vermindert werden können (Stracke, Schöneberg 2015, S. 18).

Berichte des Robert-Koch-Institutes belegen aber auch, dass Ältere mit einem Anstieg an Gesundheitsproblemen zu kämpfen haben. Sie sind häufiger krank und die Komplexität von Beeinträchtigungen nimmt zu. Weiterhin wird das Erkrankungsspektrum häufig durch Multimorbidität geprägt und die Wahrscheinlichkeit einer Chronifizierung erhöht sich. (Saß et al. 2009, S. 31) Setzt eine Erkrankung im höheren Alter ein, dann zieht diese eine im Mittel beträchtlich längere Arbeitsunfähigkeitsdauer mit sich (Matthäi, Morschhäuser 2009, S. 7).

Durch die steigende Anzahl älterer Arbeitnehmer werden Unternehmen somit vor Herausforderungen gestellt. Um mögliche Engpässe durch den Fachkräftemangel zu kompensieren, müssen diese zwangsläufig noch stärker auf die Ressourcen Älterer zurückgreifen (Brenke 2013, S. 12). Dadurch rückt gleichzeitig aber auch die Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit dieser älteren Mitarbeiter in den Vordergrund. Dabei gilt es, altersbedingten Zunahmen von Fehlzeiten und Einschränkungen entgegenzuwirken, da ansonsten mit dem Altern der Belegschaften eine Zunahme von Erkrankungsfällen und Einsatzeinschränkungen droht. (Matthäi, Morschhäuser 2009, S.7) Aus ökonomisch-zentrierter Sichtweise der Arbeitgeber verursacht Arbeitsunfähigkeit aber vor allem erhebliche Kosten, die es zu verhindern gilt (Beyer et al. 2015, S. 5).

Der Gesetzgeber hat im Jahre 2004 reagiert und verpflichtet seitdem Arbeitgeber zur Durchführung eines sogenannten *betrieblichen Eingliederungsmanagements* (BEM). Mit dem Ziel, die Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten, sollen damit den Folgen der demografischen Entwicklung begegnet werden. (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2013) Gemäß § 84 SGB IX ist der Kern des BEM darauf ausgerichtet, Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und den Arbeitsplatz zu erhalten. Obwohl das BEM in den Anfängen von den Arbeitgebern noch mehr mit bürokratischen und personellen Kosten assoziiert wurde, werden die überwiegenden Vorteile einer systematischen Durchführung wie beispielsweise der Verringerung von Fehlzeiten, Personalbindung und Verbesserung des Betriebsklimas immer öfter erkannt (Beyer et al. 2015, S. 13). Trotz der gesetzlich formulierten Pflicht zur Durchführung wurde die Verantwortung für das BEM größtenteils auf die Arbeitgeber übertragen (Beyer et al. 2015, S. 5). Denn wie ein BEM in der Praxis letztendlich ausgestaltet werden soll, wurde seitens der Politik bis heute nicht genauer definiert (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2013). Dadurch werden den Unternehmen Spielräume offenbart, die selbstständig und frei gestaltet werden können (Giesert et al. 2013, S. 2).

Die vorliegende Bachelorthesis setzt sich mit den Grundlagen, Anforderungen und Konsequenzen des BEM auseinander und legt den Schwerpunkt auf die Mitarbeiterperspektive. Den Ausgangspunkt der Forschung stellt hierbei die *Schmöllner Heimbetriebsgesellschaft mbH* (SHBG) dar. Als Träger mehrerer Pflege- und Betreuungseinrichtungen muss diese sich mit den Auswirkungen der demografischen Entwicklung auseinandersetzen. Gleichzeitig gilt das Forschungsfeld als besonders relevantes Setting für das BEM. Gerade Pflegeeinrichtungen sind durch zum Teil schlechte Arbeitsbedingungen wie Leistungs- und Zeitdruck sowie fehlenden Pausenzeiten geprägt. Nicht nur körperliche, sondern auch psychische Belastungen bestimmen hier den Arbeitsalltag. (Abeler 2013, S. 154) Infolge dessen

treten nachweislich auch in kaum einer anderen Branche so hohe Fehlzeiten und Arbeitsunfähigkeitstage des Personals auf, wie es vergleichsweise in der Altenpflege der Fall ist (BKK Dachverband e.V. 2016, S. 107).

Mit diesem Hintergrund ergab sich eine Relevanz und die Möglichkeit, eine Untersuchung in der SHBG zum Thema betrieblicher Eingliederung durchzuführen. Im Schwerpunkt der Mitarbeiterperspektive soll die vorliegende Bachelorthesis einen Beitrag dazu leisten, die Wiedereingliederung besser an die individuellen Bedürfnisse der Mitarbeiter anzupassen, damit die Rückkehr an den Arbeitsplatz für Betroffene nach überstandener Arbeitsunfähigkeit erleichtert werden kann. Weiterhin sollen die Ergebnisse der Untersuchung für die Entscheidungsträger, Verantwortungspersonen und Führungskräfte der SHBG als Grundlage zur Orientierung dienen, wie ein personenzentriertes BEM gestaltet werden sollte und wie die bisherige Praxis zur Wiedereingliederung optimiert werden kann.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Badura et al. (2010) definieren betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) als Entwicklung von betrieblichen Strukturen und Prozessen, die das Ziel haben, Arbeit und Organisation gesundheitsfördernd zu gestalten und Mitarbeiter zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten zu befähigen (Badura et al. 2010, S. 33). Konkret sollen mit einem BGM die Arbeitsbedingungen vom Arbeitgeber so gestaltet werden, damit die Beschäftigten dauerhaft die Gesundheit und Leistungsfähigkeit erhalten können. Dies beinhaltet unter anderem die kritische Hinterfragung von Arbeitsaufgaben und –organisation, sozialer Beziehungen sowie des Führungsverhaltens. Gesundheitsförderliche und -schädigende Potentiale sollen im Rahmen eines BGMs identifiziert und überprüft werden. (Ahlers 2015, S. 39)

Der gesetzliche Hintergrund des BGM in Deutschland ist sehr komplex und lässt sich auf verschiedene EU-Richtlinien zurückführen, „die, in den einzelnen Staaten durch Gesetze und Verordnungen umgesetzt, national geltendes Arbeitsschutzrecht werden sollten“ (Singer 2010, S. 37). Als Vertreter dieser Gesetze kann beispielsweise der § 618 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) herangezogen werden. Dieser verpflichtet die Arbeitgeber, mit dem Leben und der Gesundheit ihrer Beschäftigten schützend umzugehen. Mit der DIN SPEC 91020 hat das Deutsche Institut für Normung (DIN) im Jahre 2012 zudem einen Leitfaden und Maßnahmenkatalog zur Konkretisierung und Umsetzung des BGM veröffentlicht (Kaminski 2013, S. 3).

Die rechtlichen Grundlagen zum BGM lassen sich nach Giesert (2012) zusammenfassend den drei Handlungsfeldern Arbeitsschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und BEM zuordnen. (Giesert 2012, S. 336) (Abbildung 1) Das BEM ist somit als ein Baustein des BGM zu verstehen (Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) 2015, S. 9). Der Arbeitsschutz verfolgt dabei präventiven Charakter und zielt darauf ab, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten zu vermeiden, während beim BEM die Überwindung von Arbeitsunfähigkeit und die Vermeidung von Fehlzeiten angestrebt wird. Die BGF setzt sich aus verhalten- und verhältnispräventiven Maßnahmen zusammen, die der Förderung der Mitarbeitergesundheit dienen (Ahlers 2015, S. 39). An dieser Stelle muss hinzugefügt werden, dass für das BGM in Deutschland keine einheitlichen, standardisierten Handlungsfelder definiert sind und diese sich in Theorie und Praxis teils stark unterscheiden (Giesert 2012, S. 337). So können dem BGM zum Beispiel auch das Personalmanagement (Huber 2010, S. 67) oder die Suchtprävention (Scheske et al. 2016, S. 46) als weitere wich-

tige Bestandteile zugeordnet werden. Aus welchen Handlungsfeldern das BGM letztlich besteht, hängt vom jeweiligen Unternehmen und dessen Zielausrichtung ab (Reiter 2011, S.140). Ein Konsens besteht in der Annahme, dass die Handlungsfelder des BGM jederzeit in die Betriebsroutinen zu integrieren sind und kontinuierlich in Form eines PDCA-Zyklus mit den Kernprozessen Analyse, Planung, Interventionssteuerung und Evaluation betrieben werden müssen (Giesert 2012, S. 336).

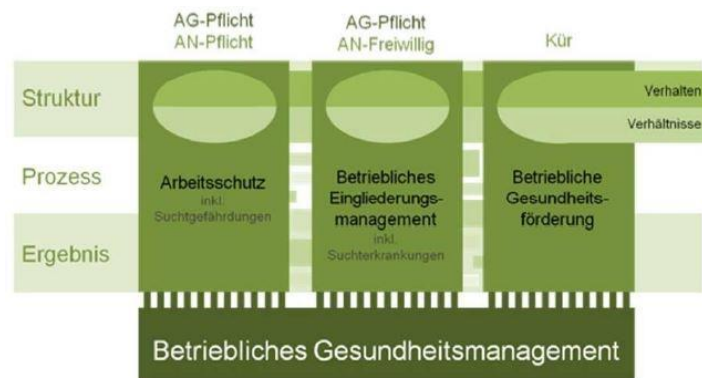


Abbildung 1: Handlungsfelder des BGM (Giesert 2012, S. 337)

Obwohl die BGF in den letzten Jahren durch BGM ergänzt, ersetzt oder auch erweitert wurde (Bamberg et al. 2011, S. 128), bestehen in der Literatur jedoch immer noch erhebliche Missverständnisse zwischen diesen Begriffen, indem Definitionen sich teilweise überschneiden oder sogar als kongruent zueinander angesehen werden. Eine Abgrenzung ist aber für ein nachhaltiges Verständnis und auch den Aufbau eines BGM wichtig und soll deshalb hier erläutert werden.

Nach Faller (2017) wird in einem BGM das Ziel Gesundheit unter der Inanspruchnahme von Managementstrategien verankert (Faller 2017, S. 28). Darin besteht bereits ein zentraler Unterschied zur BGF, da dem BGM zielgerichtete Managementprinzipien zugrunde liegen. Des Weiteren wirkt gewöhnliche BGF nach dem „Gießkannenprinzip“ mit jeweils gestreuten Einzelmaßnahmen, die ein bereits definiertes Ende besitzen, während bei BGM über das bloße Angebot diverser Gesundheitsförderungsmaßnahmen hinausgegangen wird und das Thema Gesundheit in die Wertschöpfungskette des Unternehmens integriert ist. Somit stehen kurzzeitiger Aktionismus bei BGF einem nachhaltigen Nutzen für Mitarbeiter und Unternehmen beim BGM gegenüber. (Kaminski 2013, S. 3)

Der elementare Unterschied von BGM und BGF besteht jedoch nicht nur auf struktureller Ebene, sondern wird ebenso im Nutzenaspekt deutlich. Dazu belegten Wasiak et al. (2016) in einer Studie den klaren Mehrwert des BGM zur gewöhnlichen BGF. Demnach lassen

sich beim BGM sowohl in harten Kennzahlen, als auch weichen Faktoren auf Mitarbeiter-ebene im Vergleich zur BGF klare Erfolge herausstellen. Auch ist es für Einrichtungen, die ein BGM stellen und daraus einen Nutzen generieren wollen, notwendig, im Vorfeld bestimmte Voraussetzungen für diesen Zweck bereitzustellen. (Wasiak et al. 2016, S. 585) Diese Voraussetzungen adressieren vor allem eine effiziente Ressourcenorientierung sowie eine zielgerichtete Bedarfsanalyse und werden in der Regel nur von Unternehmen mit BGM erfüllt (Kaminski 2013, S. 27). (Abbildung 2)

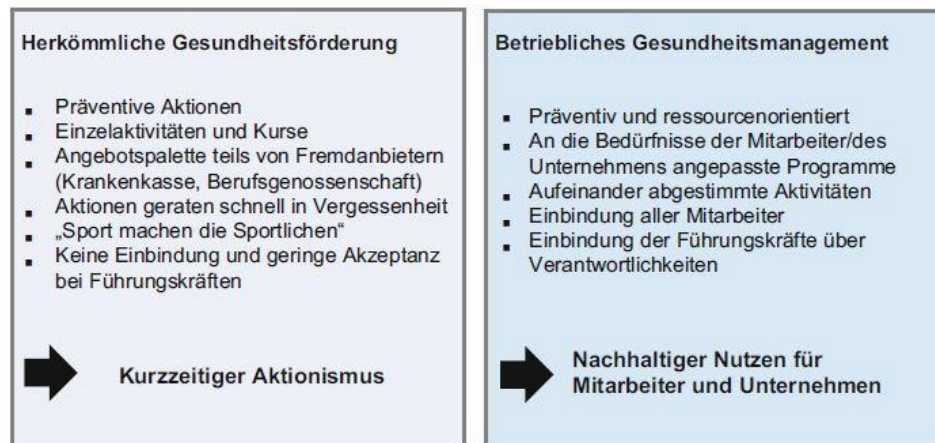


Abbildung 2: Abgrenzung BGM und BGF (Kaminski 2013, S. 26)

Trotz der Unterschiede, die zwischen BGF und BGM bestehen, müssen BGM und BGF nicht als gegensätzlich zueinander angesehen werden. In einem erweiterten Verständnis kann das BGM ebenso als Weiterentwicklung des BGF beschrieben werden, indem die BGF durch das BGM dauerhaft vorangetrieben wird. In diesem Verständnis definiert sich das BGM auch als die Gesamtheit aller Managementtätigkeiten, die das Ziel haben, eine festgelegte betriebliche Gesundheitspolitik mithilfe der Programme von BGF, Arbeitsschutz und BEM zu realisieren. (Huber 2010, S. 69) Die Unterscheidung des BGFs vom BGM ist auch analog für das BEM relevant. Denn auch dieses sollte sich als Teil des BGM dem systematischen und nachhaltigen Verständnis in genau der gleichen Art und Weise unterordnen, damit, im Gegensatz zu gestreuten Einzelmaßnahmen, ein sichtbarer Erfolg aus dem Prozess erst erfolgen kann.

Unabhängig davon steht fest, dass das BGM nach dem Prinzip der Integration ein bereichsübergreifender Prozess mit eigenen Zielen und Methoden ist (Scheske et al. 2016, S. 46). Dies beinhaltet eine übergreifende Organisation, da in allen Unternehmensabteilungen gesundheitsrelevante Entscheidungen zu treffen sind (Stork 2010, S. 134). Im Sinne eines ganzheitlichen Prozesses werden deshalb alle Unternehmensebenen, von der Führung bis

zum einzelnen Mitarbeiter, eingeschlossen. BGM zielt nicht nur auf die Führung, sondern genauso auf die Unternehmenskultur, das Betriebsklima, die Qualifikation der Arbeitnehmer, die Arbeitsgestaltung sowie das Verhalten des einzelnen Mitarbeiters ab. (Bechmann et al. 2011, S. 7) Um dazu alle Mitarbeiter im Unternehmen zu erreichen und einzubeziehen, empfiehlt es sich, BGM auch in das Leitbild einzubinden (Bamberg et al. 2011, S. 129).

Besonders in Zeiten von Unsicherheiten, drohenden Finanz- und Wirtschaftskrisen, andauernden Restrukturierungen sowie einer in Deutschland älter werdenden Belegschaft steigt der Bedarf an einem systematischen und nachhaltigen BGM, und damit auch an einem BEM (Giesert 2012, S. 340). Die Übernahme sozialer Verantwortung, die personelle und fachliche Unterstützung durch die Krankenkassen und ein schlechtes Betriebsklima stellen ebenso häufig ausschlaggebende Aspekte für die Unternehmen dar, um die Einführung des BGM anzustoßen (Bechmann et al. 2011, S. 14). Aus Sicht der Krankenkassen sollen mit dem BGM besonders den steigenden Kosten für Krankenhausbehandlungen, Krankengeld und Rehabilitation als auch Kosten für Erwerbsminderungsrenten begegnet werden (Ahlers 2015, S. 39).

2.2 Betriebliches Eingliederungsmanagement

2.2.1 Rechtliche Grundlagen

Die gesetzliche Grundlage, auf der das BEM beruht, wird durch den *§ 84 Prävention im Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen* gestellt (Anhang 1). Es wurde in der jetzigen Form am 01.05.2004 im Zuge der Novellierung des SGB IX erlassen. Als Gründe für die Initiierung des BEM wurden vor allem die zunehmende Arbeitsverdichtung und die demografische Entwicklung angeführt, da diese sich einerseits erheblich auf die Gesundheit der Beschäftigten auswirkt, andererseits eine Zunahme älterer Beschäftigter infolge des Fachkräftemangels bedingt. Außerdem verursachen gerade Langzeiterkrankte einen erheblichen Anteil der Arbeitsunfähigkeitszeiten in Unternehmen. (Berner 2008, S. 1) Mit dem Gesetz wurde der innerbetrieblichen Prävention eine zentrale Bedeutung zugewiesen, das als wichtiges Instrument zur Beschäftigungssicherung und -förderung dienen soll (Stegmann 2009, S. 5). Dem § 84 SGB IX voraus ging bereits das im Oktober 2000 in Kraft getretene Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit von schwerbehinderten Menschen, das dem Zweck diene, die Schutzinteressen Schwerbehinderter bei Schwierigkeiten im Arbeitsverhältnis stärker zu berücksichtigen (Berner 2008, S. 5).

Im Kern sagt die Vorschrift des § 84 Prävention SGB IX Abs. 2 aus, dass ein Arbeitgeber bei Beschäftigten, die „innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig“ waren, Maßnahmen in Form eines BEM finden, treffen und durchführen muss. Diese Maßnahmen sollen darauf abzielen, die Arbeitsunfähigkeit möglichst zu überwinden, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und den Arbeitsplatz zu erhalten. Das BEM beruht für die Arbeitgeber nicht auf dem Prinzip der Freiwilligkeit, sondern verpflichtet, unabhängig von der Betriebsgröße, zur Durchführung. (Seel 2017, S. 286). Gemäß § 84 Abs. 3 kann der Arbeitgeber für diesen Zweck durch Prämien und Boni durch Integrationsämter und Rehabilitationsträger gefördert werden.

Der Wortlaut des § 84 Abs. 2 SGB IX bezieht sich als entscheidende Voraussetzung für das BEM konkret auf den Begriff Arbeitsunfähigkeit, weshalb hier eine nähere Erläuterung nochmals notwendig ist und eingereiht werden muss. Aus Unternehmenssicht beginnt eine Arbeitsunfähigkeit immer in dem Moment, wenn sich ein Beschäftigter mit einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung krankmeldet. Ein Beschäftigter ist dann gesundheitlich nicht in der Lage, das an den Arbeitsplatz gebundene Aufgaben- und Anforderungsspektrum zu erfüllen. Eine genaue, rechtlich legitimierte Definition von Arbeitsunfähigkeit war bis vor einigen Jahren kompliziert, da die Formulierung zwar in vielen unterschiedlichen Gesetzen Anwendung fand, eine explizite Beschreibung jedoch bis dahin nicht existierte. (Prümper, Riechenhagen 2011, S. 137) Mit diesem Hintergrund veröffentlichte der gemeinsame Bundesausschuss im Jahre 2014 eine Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie, der *Arbeitsunfähigkeit* spezifizierte, um „ein qualitativ hochwertiges, bundesweit standardisiertes Verfahren für die Praxis zu etablieren“. (Gemeinsamer Bundesausschuss 2016, S. 3)

Ausgehend von § 2 Abs 1. dieser Richtlinie liegt eine Arbeitsunfähigkeit vor, wenn Beschäftigte aufgrund einer Krankheit ihrer zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit nicht mehr nachgehen können. Relevant ist in einer arbeitnehmerorientierten Sichtweise außerdem, dass Arbeitsunfähigkeit bereits besteht, wenn ein Krankheitszustand für sich allein zwar noch keine Arbeitsunfähigkeit nach sich zieht, jedoch bereits absehbar ist, dass aus einer weiteren Ausübung der Erwerbstätigkeit mit hoher Wahrscheinlichkeit absehbare Gesundheitsgefahren resultieren werden, die in einer künftigen Arbeitsunfähigkeit münden. (Gemeinsamer Bundesausschuss 2016, S. 3)

Des Weiteren wird Arbeitsunfähigkeit gemäß § 2 Abs. 1 dieser Richtlinie als ein relativer Zustand angesehen, der nicht nur mit bestimmten Krankheiten assoziiert ist, sondern auch im Kontext mit speziellen, arbeitsplatzbezogenen Tätigkeiten in Verbindung steht. Demnach ist gemäß § 2 Abs. 11 ebenso eine Arbeitsunfähigkeit vorhanden, wenn ein für die

Ausübung der Tätigkeit oder das Erreichen des Arbeitsplatzes erforderliches Hilfsmittel, wie beispielsweise einem Körperersatzstück, nicht zurückgegriffen werden kann. Darüber hinaus schreibt die Richtlinie dem Begriff Arbeitsunfähigkeit eine Mehrdimensionalität zu, da gemäß § 4 Abs. 1 sowohl der körperliche, geistige als auch seelische Gesundheitszustand bei einer Feststellung gleichermaßen zu berücksichtigen sind. (Gemeinsamer Bundesausschuss 2016, S. 3) Trotz dieser Definition ist Arbeitsunfähigkeit kein dynamisches oder teilbares Konstrukt, das in verschiedenen Abstufungen oder Stadien vorliegen kann, sondern ein Absolutzustand (Erlenkämper 2003, S. 21). Befinden sich arbeitsunfähige Personen in einer stufenweisen Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit und können ihre Arbeitsaufgaben zumindest teilweise wieder verrichten, dann gelten sie gemäß § 2 Abs. 2 dennoch definitorisch noch als arbeitsunfähig. (Gemeinsamer Bundesausschuss 2016, S. 3)

Da eine Arbeitsunfähigkeit immer weittragende finanzielle und wirtschaftliche Auswirkungen nach sich zieht, darf die Feststellung dieser nicht leichtfertig erfolgen (Erlenkämper 2003, S. 22). Deswegen obliegt die Beurteilung einer Arbeitsunfähigkeit gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie immer der Befragung durch einen Arzt. Mittels einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung hat dieser die Arbeitsunfähigkeit gemäß § 5 Abs. 1 zu attestieren. (Gemeinsamer Bundesausschuss 2016, S. 4)

Dauert eine Arbeitsunfähigkeit länger als sechs Wochen, dann ist die zwingende Voraussetzung für die Durchführung eines BEM erfüllt. Die Notwendigkeit für das BEM greift dabei sowohl, wenn es sich bei dem Grund der Arbeitsunfähigkeit um eine einmalige Langzeiterkrankung von 43 oder mehr Tagen handelt, als auch, wenn ein Beschäftigter im Laufe der letzten 12 Monate an mehreren Kurzeiterkrankungen litt, die summiert eine Dauer von mehr als sechs Wochen betragen. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Beschäftigte vom Arbeitgeber noch Lohnfortzahlung oder bereits Krankengeld erhält. (BIH 2015, S. 6) Ebenfalls ist es für das BEM vollkommen unerheblich, auf welche Ursache und Art der Erkrankung die Arbeitsunfähigkeit zurückzuführen ist. Dem geht auch voraus, dass Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zur Vorlage des Beschäftigten beim Arbeitgeber gemäß § 5 Abs. 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes (EFZG) keine Diagnose, sondern nur die Dauer der voraussichtlichen Arbeitsunfähigkeit enthält. (Schmitt 2014, S. 9)

Obwohl die Vorschrift zum BEM im zweiten Teil des SGB IX, im Schwerbehindertenrecht, angesiedelt ist, muss klargestellt werden, dass sich die Einleitung und Durchführung des BEM-Verfahrens nicht nur auf schwerbehinderte und gleichgestellte behinderte Menschen beschränkt, sondern ausnahmslos für alle Beschäftigten gilt (Seel 2017, S. 286). Die Ein-

ordnung der Vorschrift in das Schwerbehindertenrecht des SGB IX ist deswegen systemwidrig und irreführend (Berner 2008, S. 6). Deshalb hat das Bundesarbeitsgericht (BAG) die anspruchsberechtigten Personengruppen des BEM auf alle innerhalb des Betriebs tätigen Menschen, ohne Rücksicht auf die Rechtsgrundlage, eingegrenzt (Bundesarbeitsgericht 2001). Hierbei muss hinzugefügt werden, dass der Arbeitgeber bei schwerbehinderten Personen generell und auch unabhängig vom BEM einer besonderen Pflicht unterliegt, bei auftretenden Problemen frühzeitig zu reagieren. Denn auf der einen Seite muss er bei einer Gefährdung des Arbeitsverhältnisses bei Schwerbehinderten frühzeitig das Integrationsamt und die Schwerbehindertenvertretung einschalten. Auf der anderen Seite stehen schwerbehinderten Personen generell besondere Förderung und zusätzlicher Schutz im Arbeitsleben zu, was sich in einem Anspruch auf behinderungsgerechte Beschäftigung gemäß § 81 Abs. 1 SGB IX, Zusatzurlaub, Teilzeitanpruch und besonderem Kündigungsschutz widerspiegelt. Auch steht der Arbeitgeber in der Pflicht, einen Mindestanteil von schwerbehinderten Personen im Unternehmen zu beschäftigen oder im Gegenzug eine Ausgleichsabgabe zu leisten. (Krause 2009, S. 9)

Darüber hinaus kann dem BEM-Verfahren eine weitere rechtliche Relevanz zugeordnet werden, indem es sich in Hinblick auf den Kündigungsschutz bei allen Arbeitnehmern auswirkt. Kündigt ein Arbeitgeber einem Beschäftigten aus krankheitsbedingten Gründen, ohne ihm vorher ein BEM angeboten zu haben, dann ist diese Kündigung sozialwidrig und unverhältnismäßig (Schmitt 2008, S. 44). Das BEM ist zwar keine formale Wirksamkeitsvoraussetzung für eine krankheitsbedingte Kündigung, es gilt hier jedoch das „Ultima-Ratio-Prinzip“. Dieses sagt aus, dass der Arbeitgeber zunächst alle ihm zumutbaren Möglichkeiten ausschöpfen muss, um den Arbeitnehmer weiter zu beschäftigen und damit die Kündigung abzuwenden. (BIH 2015, S. 80) Diese Ansicht geht auch damit einher, dass die Durchführung eines BEM nach § 84 SGB IX keinen bloßen „Programmsatz oder eine reine Ordnungsvorschrift mit appellativen Charakter“ darstellt, „deren Missachtung in jedem Fall folgenlos bliebe“ (Schmitt 2008, S. 45) Das BAG hat diese Auffassung mit mehreren Entscheidungen legitimiert (Bundesarbeitsgericht 2007a; 2008). Ausgenommen davon sind jedoch Konstellationen, in denen ein BEM unterlassen wurde, weil im vornherein feststand, dass auch durch die Maßnahmen des BEM die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit nicht gewiss vorhergesagt werden konnte (Schmitt 2008, S. 46).

Auf der anderen Seite muss darauf verwiesen werden, dass die Teilnahme an einem BEM für den Beschäftigten freiwillig ist. Das bedeutet, dass ein BEM Verfahren der Zustimmung bzw. Einwilligung durch den Beschäftigten bedarf, er dieses Verfahren aber ebenso ablehnen darf (Krause 2009, S. 9). Eine Begründung muss er dafür nicht liefern. (Faber, Faller

2017, S. 69) Hat ein Beschäftigter in der Praxis das BEM abgelehnt, liegt rechtlich ein anderer Sachverhalt vor. Zwar hat eine Ablehnung unmittelbar keine Konsequenzen. Wird diesem Beschäftigten zu einem späteren Zeitpunkt jedoch aus krankheitsbedingten Gründen vom Arbeitgeber gekündigt, dann kann sich der Beschäftigte nicht mehr darauf berufen, dass die Kündigung unzulässig wäre, da der Arbeitgeber seinen Präventionspflichten nicht nachgekommen ist. (BIH 2015, S. 76) Auch dies wurde vom BAG durch ein Urteil so bestätigt (Bundesarbeitsgericht 2007b).

In der Praxis kommt es bis heute noch vor, dass Arbeitgeber ihre Pflicht bereits als erfüllt ansehen, wenn sie anstatt der Durchführung des BEM lediglich Fehlzeiten-, Krankenrückkehr- oder auch Vorgesetztengespräche mit ihren Beschäftigten durchführen (Seel 2017, S. 287). Hierbei muss aber nochmal deutlich darauf verwiesen werden, dass ein BEM klar von diesen Maßnahmen abzugrenzen ist. Denn erstens muss ein BEM frei von Zielkonflikten geführt werden können, damit es zu einer umfassenden und bedarfsgerechten Beratung und Maßnahmenentwicklung kommt. Zweitens dient das BEM nicht zur Disziplinierung von Arbeitnehmern, sondern der Hilfe und Unterstützung. (Stegmann 2009, S. 37) Genannte Gespräche kollidieren mit der gesetzlichen Grundlage und somit auch mit der langfristigen Zielrichtung des BEM, Arbeitsunfähigkeitszeiten zu vermeiden (Seel 2017, S. 287). Aus einem Eingliederungsmanagement würde demnach ein Ausgliederungsmanagement werden (Stegmann 2009, S. 37). Wie die Bezeichnung „-management“ auch nahelegt, ist das BEM ebenso kein einmaliges Gespräch, sondern ein je nach Einzelfall unterschiedlich anzupassender Prozess (Seel 2017, S. 287).

2.2.2 Motive und Ziele

Mit dem BEM lassen sich sowohl kurz- als auch langfristige Zielsetzungen verbinden (Stegmann 2009, S. 5). Ausgehend vom Wortlaut des § 84 Abs. 2 SGB IX sind es die grundlegenden Ziele des BEM, bestehende Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und den Arbeitsplatz zu erhalten. Um dies zu erreichen, sollen dazu gemäß § 84 Abs. 1 SGB IX „alle Möglichkeiten und alle zur Verfügung stehenden Hilfen [...] und mögliche Leistungen“ erörtert und ergriffen werden (Anhang 1). Darüber hinaus kann es als Ziel des BEM-Verfahrens angesehen werden, dass Unternehmen damit eine transparente Systematik im Umgang mit erkrankten Mitarbeitern entwickeln, bei der alle Beteiligten bei der Umsetzung des BEM im Einzelfall unterstützt werden. Somit trägt das BEM dazu bei, die Gesundheit der gesamten Belegschaft zu schützen, zu erhalten und wiederherzustellen. (Beyer et al. 2015, S. 5) Es kann deshalb neben dem Arbeitsschutz und der BGF als die dritte Säule der betrieblichen Gesundheitspolitik angesehen werden, indem

das BEM an deren Aktivitäten ansetzt und diese ergänzt (Gröben et al. 2011, S. 229). Beyer et al. (2015) beziehen als Zielgrößen des BEM die Faktoren Gesundheit, Leistungsfähigkeit, Belastbarkeit, Motivation und Zufriedenheit der Belegschaft ein (Beyer et al. 2015, S. 5).

Vordergründig helfen die Maßnahmen des BEM dem Betroffenen. Dieser kann möglichst schnell in den betrieblichen Prozess zurückkehren und wird mit entsprechenden Unterstützungsmaßnahmen begleitet (Seel 2017, S. 286). Erkrankungen, die zum Verlust des Arbeitsplatzes führen könnten, können entgegengewirkt werden. Der Arbeitsplatz kann dauerhaft erhalten und damit der mit Arbeitsunfähigkeit verbundene Druck und das Leid der Betroffenen gelindert werden. (Berner 2008, S. 12)

Das BEM-Verfahren bringt aber für alle Beteiligten Vorteile mit sich. So stellt das BEM nicht nur für den Betroffenen selbst, sondern auch für den Arbeitgeber einen erheblichen Nutzwert dar. Denn Arbeitsunfähigkeitszeiten der Beschäftigten verursachen zunächst Opportunitätskosten aufgrund fehlender Gegenleistung und Entgeltfortzahlungen. Zusätzlich entstehen eventuelle Mehrkosten, weil Vertretungskräfte beschäftigt werden müssen (Seel 2017, S. 285). Diese Mehrkosten spiegeln sich einerseits in Überstunden und Zuschlägen der Vertretungen wider. Andererseits gilt es, diese Vertretungen teilweise noch einzuarbeiten (Hahnzog 2014, S. 60). Bei längeren Fehlzeiten können zudem dauerhafte Mehrbelastungen der übrigen Mitarbeiter entstehen, worunter das Betriebsklima leiden kann (Seel 2017, S. 285). Für den Arbeitgeber rechnet sich ein BEM somit, indem er die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten fördert, Fehlzeiten und damit Personalkosten verringert (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2013). Allgemein sind gut versorgte und gesunde Mitarbeiter eher motiviert, sich für das Unternehmen einzubringen. Dies ist hinsichtlich Loyalität und Personalbindung relevant. (Hahnzog 2014, S. 60) Ein transparenter und sensibler Umgang mit Arbeitsunfähigkeit drückt soziale Verantwortung aus und verbessert das Betriebsklima sowie Image und Attraktivität des Arbeitgebers (Seel 2017, S. 285).

Die innerbetrieblichen Interessenvertretungen wie der Betriebsrat und die Schwerbehindertenvertretung profitieren ebenfalls vom BEM. Durch ein strukturiert gestaltetes BEM-Verfahren gewinnen diese einen systematischen Ansatz für die BGF im Interesse aller Beteiligten im ganzen Unternehmen. Durch das BEM werden betriebliche Gesundheitsgefährdungspotentiale offengelegt und negative innerbetriebliche Faktoren einschließlich des Führungsverhaltens ausgewertet, womit Ansätze zur Optimierung der Arbeitsbedingungen verdeutlicht werden. Damit kommen die Interessenvertretungen mithilfe des BEM auch ihren rechtlichen Aufgaben zur Verbesserung der Beschäftigungssituation nach. (Beyer et al. 2015, S. 14)

Da infolge längerer Arbeitsunfähigkeit, nach sechs Wochen krankheitsbedingtem Arbeitsausfalls, die Lohnfortzahlungen durch die Krankenkassen und nach 1,5 Jahren durch die Bundesagentur für Arbeit erfolgen, werden auch die Sozialversicherungssysteme entlastet (Seel 2017, S. 285). Speziell die Rentenversicherungsträger werden vor Frühverrentung und Erwerbsminderungsrenten geschützt (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2013). Durch eine aktive Beschäftigung fließen weiterhin Sozialversicherungsbeiträge und Steuern an den Staat (Berner 2008, S. 12). In einem erweiterten Kontext hilft das BEM somit, dauerhaft die Beschäftigungsfähigkeit älterer Menschen in der Gesellschaft zu sichern. Damit kann letztlich der demografischen Entwicklung und dem damit einhergehenden Fachkräftemangel entgegengewirkt und aktiv begegnet werden (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2013).

2.2.3 Ablauf

Der Gesetzgeber hat im Jahre 2004 Unternehmen lediglich dazu verpflichtet, Mitarbeitern ein betriebliches Eingliederungsmanagement anzubieten, jedoch werden mit dem § 84 SGB IX keinerlei präzisen Vorgaben zur Ausgestaltung des BEM in der Praxis vorgegeben (Bundesministerium für Gesundheit und Soziales 2013). Somit hat der Gesetzgeber einen Teil seiner Fürsorge und Verantwortung mit dem BEM an die Arbeitgeber weitergegeben (Beyer et al. 2015, S. 5). Diese Offenheit wurde bewusst so gewählt, da jeder Betrieb angemessene und individuelle Lösungen finden soll (Bundesministerium für Gesundheit und Soziales 2013). Gleichzeitig werden mit dieser Regelung Spielräume offenbart, die die Unternehmen selbstständig und frei nutzen und gestalten können. Das BEM kann somit an die Situation und die Bedarfe der im Unternehmen beschäftigten Arbeitnehmer angepasst werden. (Giesert et al. 2013, S. 2) In diesem Zusammenhang kann auch von einem „betriebsbezogenem Vorgehen“ gesprochen werden. Die Ausgestaltung kann demnach in einem Großkonzern anders strukturiert sein als in einem kleinen Handwerksbetrieb. Unabhängig davon ist es jedenfalls von erheblicher Wichtigkeit, dass die speziellen Gegebenheiten des Unternehmens berücksichtigt werden und eine abgestimmte Vorgehensweise entwickelt wird, die in jedem Fall zur Anwendung kommt und den Mitarbeitern bekannt und transparent gemacht wird. (Beyer et al. 2015, S. 5)

Fest steht, dass ein BEM in mehreren Phasen durchgeführt werden soll. Dazu finden sich in der Literatur unterschiedliche Modelle, nach denen der BEM-Prozess jeweils sechs bis neun Schritte umfasst, wobei teilweise auch Schritte zusammengefasst werden oder unterschiedlich angeordnet sind. Im Folgenden wird ein möglicher Verfahrensablauf dargestellt und die einzelnen Phasen beschrieben, die sich an diesen Vorgaben orientieren.

Der erste Schritt im BEM stellt die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit dar (Seel 2017, S. 287). Bedarf für das BEM besteht, wenn gemäß § 84 Abs. 1 SGB XI ein Mitarbeiter innerhalb der letzten Jahresfrist sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig gewesen ist (BIH 2015, S. 49). Um diese Voraussetzung zu erkennen, müssen die Arbeitsunfähigkeitszeiten des Personals systematisch ausgewertet werden. Dies könnte durch Auswertung der krankheitsbedingten Fehlzeiten durch die Personalabteilung in der ersten Woche eines jeden Quartals erfolgen (Fuhlrott, Mückl 2014, S. 241) Um genaue Fehlzeiten zu eruieren und darlegen zu können, ist eine vom Arbeitgeber geführte und durch EDV-gestützte Fehlzeitenstatistik gemäß § 87 Abs. 1 Nr.6 des Betriebsverfassungsgesetzes (BetrVG) mitbestimmungspflichtig (Berner 2008, S. 18).

Hier ist auf eine korrekte Berechnung der Arbeitsunfähigkeitsdauer hinzuweisen, da teilweise erhebliche Unterschiede zwischen Daten der Krankenkassen und Daten der Personalabteilungen der Unternehmen bestehen. Bei Letzteren kommt es nicht selten vor, dass kurzzeitige Erkrankungen mit bis zu drei Krankentagen unvollständig erfasst werden. Ein unterschiedlicher Umgang mit Vorruheständlern, Reha-Fällen sowie Schwangerschaften führen gelegentlich zu weiteren Datendifferenzen. (Kuhn 2017, S. 217) Zur korrekten Berechnung der Frist werden bei Langzeiterkrankungen ununterbrochene Erkrankungen ab sechs Wochen berücksichtigt, während Kurzzeiterkrankungen bis zur Erreichung der Frist von sechs Wochen summiert werden. Die Anzahl der Arbeitstage pro Woche ist bei der Berechnung zu beachten. Bei einer Fünftagewoche liegen die Voraussetzungen für ein BEM nach 30, bei Sechstagewochen nach 36 Arbeitstagen vor. Bei anderen Zeitmodellen wie beispielsweise der Schichtarbeit werden auch arbeitsfreie Tage einbezogen, wodurch alle Zeiten der Arbeitsunfähigkeit zusammengerechnet und durch die Zahl sieben geteilt werden. (BIH 2015, S. 49)

Das Entscheidungsrecht, wann mit dem BEM begonnen wird, obliegt dem Arbeitgeber (Berner 2008, S. 18). Jedoch kann die Krankheitsphase des Arbeitnehmers bereits dafür genutzt werden, das BEM einzuleiten, da die Teilnahme am BEM keine Arbeitstätigkeit darstellt, die der andauernden Arbeitsunfähigkeit entgegensteht (Fuhlrott, Mückl 2014, S. 244).

Der zweite Schritt im BEM ist die Kontaktaufnahme des Arbeitgebers zum Arbeitnehmer. Hier sollte schon während der Arbeitsunfähigkeit der Kontakt hergestellt werden (BIH 2015, S. 51). Dieser kann auf schriftlicher, telefonischer oder persönlicher Ebene erfolgen (Beyer et al. 2015, S. 41). Die Art des Erstkontaktes sollte sensibel behandelt werden. Ein Telefonat kann beispielsweise persönlicher wirken als eine schriftliche Kontaktaufnahme, gleichzeitig aber auch als Überwachung missinterpretiert werden (BIH 2015, S. 53). Neben dem

Ziel, eine Vertrauensbasis zum Mitarbeiter aufzubauen, ist diese Phase vorwiegend eine Informationsphase, in der der Mitarbeiter über die Ziele des BEM sowie die Prinzipien Freiwilligkeit und Datenschutz aufgeklärt werden sollen (Beyer et al. 2015, S. 41). Dabei können standardisierte Einladungsschreiben, die die grundlegenden Informationen über Ziele, Rechte und Pflichten im BEM enthalten, den Ablauf erleichtern (Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg o.J., S. 10). Ferner muss der Arbeitnehmer auf Art und Umfang der zu erhebenden und verwendeten Daten hingewiesen werden (Fuhlrott, Mückl 2014, S. 242). In diesem Stadium des Verfahrens beziehen sich diese Daten zunächst ausschließlich auf die Fehlzeiten, später können aber auch die Krankheitsbilder hinzukommen. Es ist zu beachten, dass nur die im BEM-Verfahren bekannt gewordenen Daten gemäß § 28 Abs.6 Nr.3 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) gespeichert werden dürfen. (Berner 2008, S. 19)

Da das BEM für den Betroffenen freiwillig ist, muss dessen Zustimmung eingeholt werden. In der Literatur herrscht dazu Uneinigkeit, ob dies bereits beim Erstkontakt vor dem Erstgespräch geschehen soll, oder sich aus den Gesprächen eine Zustimmung oder Ablehnung ergeben soll. Die Entscheidung dazu kann jedenfalls auf allen Wegen mitgeteilt werden und sollte vom Arbeitgeber immer akzeptiert werden (Berner 2008, S. 19). Bei einer Zustimmung sind die nächsten Schritte zu planen und terminlich festzulegen. Bei einer Ablehnung sollte hinsichtlich des Rechtsschutzes eine Dokumentation in die Personalakte erfolgen. (BIH 2015, S. 55) Ebenso wird ein Folgeanschreiben an den Mitarbeiter erforderlich, um diesen darauf hinzuweisen, dass bei Ablehnung kündigungsrelevante Schutzmechanismen künftig entfallen könnten (Fuhlrott, Mückl 2014, S. 243). Der Erstkontakt kann als erfolgreich abgeschlossen angesehen werden, wenn der Betroffene die Bereitschaft und Mitarbeit signalisiert hat und an der Durchführung Interesse geweckt wurde (BIH 2015, S. 55).

Anschließend findet das Erstgespräch statt. Im Vorfeld muss geklärt werden, welche Beteiligte diesem beiwohnen, da das Gesetz dazu außerhalb der Mindestbesetzung keine Einzelheiten vorgibt. In der Regel sind dies der Arbeitgeber, betriebliche Interessenvertretungen sowie der Betroffene selbst. (Berner 2008, S. 20) Außerdem kann eine Vertrauensperson des Betroffenen einbezogen werden (BIH 2015, S. 56). Der Arbeitgeber bleibt verantwortlich, auch wenn er durchaus die Aufgabe einem BEM-Beauftragten übertragen darf (Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg o.J., S. 12). Ziel des Erstgesprächs ist es zunächst, erneut über die Möglichkeiten und Grenzen des BEM zu informieren, sobald dies nicht bereits beim Erstkontakt geschehen ist (Beyer et al. 2015, S. 42). Weiterhin sollen betriebsbezogene Ursachen der Arbeitsunfähigkeit diskutiert sowie auf Gefährdungen und

Belastungen im Arbeitsumfeld eingegangen werden (Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg o.J., S. 12). Muss die Expertise weiterer Akteure eingebracht werden, so ist dies zu klären (Fuhlrott, Mückl 2014, S. 246). Im Erstgespräch wird eruiert, ob überhaupt ein Handlungsbedarf besteht (Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg o.J., S. 12). Das BEM-Verfahren kann deswegen bereits mit dem Erstgespräch beendet werden, wenn ein betrieblicher Zusammenhang mit den Fehlzeiten, beispielsweise bei einem grip-palen Infekt, ausgeschlossen werden kann (BIH 2015, S. 58). Spätestens im Erstgespräch sollte der Arbeitgeber eine datenschutzrechtliche Einwilligung gemäß § 4a BDSG schriftlich vom Arbeitnehmer erhalten haben, die ihm gestattet, im Rahmen des BEM personenbezo-gene Daten und Gesundheitsdaten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen (Fuhlrott, Mückl 2014, S. 246). Auch sollten alle Beteiligten Kopien von im Erstgespräch angefertigten Gesprächsprotokollen erhalten (BIH 2015, S. 58). Weiterhin kann es notwendig sein, Schweigepflichtserklärungen aller Beteiligten zu regeln sowie die Ärzte von der Schweige-pflicht zu entbinden (Berner 2008, S. 20).

Nach dem Erstgespräch erfolgt die Fallbesprechung oder Situationsanalyse. Diese findet dann unter Beteiligung der auf im Erstgespräch geeinigten weiteren Beteiligten statt. Falls im Erstgespräch von einer Notwendigkeit weitere Beteiligter abgesehen wurde, kann die Fallbesprechung unmittelbar im Anschluss an das Erstgespräch stattfinden. (Fuhlrott, Mückl 2014, S. 246)

Ziel der Fallbesprechung ist es, alle notwendigen Informationen zum Fall zusammenzutragen, um eine ausreichend fundierte Grundlage zur Planung zu erhalten. Dies umfasst auf Mitarbeiterseite Qualifikationen, Stärken sowie Gutachten gesundheitsbedingter Leistungs-einschränkungen. Auf Seite des Arbeitgebers werden alle Angebote offengelegt, die aus Unternehmensseite möglich sind. (Beyer et al. 2015, S. 43) Abseits davon könnten eine Gefährdungsanalyse und eine Analyse der gesundheitlichen Anforderungen des Arbeitsplatzes durchgeführt werden, damit diese gestellten Anforderungen mit den Leistungsein-schränkungen des Betroffenen vergleichen werden können. Ergänzt werden kann die Arbeitsplatzbeschreibung durch eine gemeinsame Begehung, um erforderliche technische Ausstattung und weiteren Hilfsbedarf zu klären. (Schmitt 2014, S. 107) Weitere Analyse-verfahren, die in diesem Zusammenhang von Nutzen sein könnten, wären zum Beispiel der Arbeitsbewältigungsindex (ABI), das Screening-Instrument zur Bewertung und Gestaltung von menschengerechten Arbeitsfähigkeiten (SIGMA) oder die Bewertung von Arbeitsbedin-gungen – Screening für Arbeitsplatzinhaber (BASA) (BIH 2015, S. 61). Die Fallbesprechung sollte immer ergebnisoffen geführt werden, damit keine in Betracht zu ziehenden Maßnah-men und Möglichkeiten ausgeschlossen werden (Fuhlrott, Mückl 2014, S. 247).

Werden geeignete Maßnahmen gefunden, um Arbeitsunfähigkeit zu überwinden und künftige krankheitsbedingte Fehlzeiten zu verringern, wenn nicht sogar zu vermeiden, dann findet hierbei ein fließender Übergang zur Maßnahmenplanung und -vereinbarung statt. Die Vereinbarung zum geplanten Vorgehen sollte von allen Beteiligten getragen werden (Beyer et al. 2015, S. 44). Da gemäß § 84 SGB IX keine Vorgaben diesbezüglich vorliegen, kommen grundsätzlich alle Modifikationen, Hilfestellungen und Interventionen auf betrieblicher Ebene in Betracht, mit denen arbeitsplatzbedingten Krankheitsursachen begegnet werden können. (Fuhlrott, Mückl 2014, S. 249)

Die Ziele des BEM, die gemäß § 84 Abs. 2 SGB IX lauten, Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen, zu überwinden und den Arbeitsplatz zu erhalten, lassen sich drei Maßnahmenebenen zuordnen. Diese sind die *Prävention*, *Rehabilitation* und *Integration* (Gröben et al. 2011, S. 229).

Prävention bezeichnet vorbeugende Maßnahmen, mit denen Erkrankungen und Verschlechterungen des Gesundheitszustandes entgegengewirkt werden sollen. Prävention zielt darauf ab, Krankheiten zu verhindern und nicht, diese zu behandeln. Dabei unterscheidet sich Prävention einerseits nach der Art in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, andererseits nach den Ebenen Verhaltens- und Verhältnisprävention. (Berner 2008, S. 13) Die Prävention als Baustein des BEM kann demnach fest mit betrieblicher Prävention gleichgesetzt werden (Fuhlrott, Mückl 2014, S. 12).

Rehabilitation verankert das primäre Ziel des BEM, indem versucht wird, Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden und erneute Krankheitsphasen sowie Chronifizierungen von Beschwerden zu verhindern (Gröben et al. 2011, S. 229). Geregelt sind Leistungen medizinischer Rehabilitation in § 26 SGB IX. Schwerpunkt bildet hierbei die *stufenweise Wiedereingliederung*, auch *Hamburger Modell* genannt gemäß § 28 SGB IV sowie § 74 SGB V. (Berner 2008, S. 14)

Integration als dritter Baustein ist notwendig, um die Erhaltung des Arbeitsplatzes zu gewährleisten. Diese erfolgt, wenn die Arbeitsunfähigkeit überwunden wurde und der Beschäftigte wieder im Betrieb eingesetzt werden kann. (Berner 2008, S. 15) (Tabelle 1)

Tabelle 1: Ziele und Maßnahmenebenen des BEM (eigene Darstellung, in Anlehnung an Berner 2008, S. 13)

Zielsetzung	Arbeitsunfähigkeit vorbeugen	Arbeitsunfähigkeit überwinden	Arbeitsplatz erhalten
Maßnahmen	Prävention	Rehabilitation	Integration
Beispiele	<ul style="list-style-type: none"> - Vermeidung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren - Gesundheitsförderungsmaßnahmen - Filterung von Fehlbeanspruchungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Ambulante oder stationäre Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation - Stufenweise Wiedereingliederung - Arbeits- und Belastungserprobung 	<ul style="list-style-type: none"> - Veränderung des Arbeitsplatzes und/oder Arbeitszeit - Versetzung - Innerbetriebliche Qualifizierung

Ob und welche Maßnahmen ergriffen werden, obliegt allein dem Arbeitgeber, auch wenn dieser die Vorschläge aller Beteiligten, nicht zuletzt hinsichtlich des Kündigungsschutzes, zumindest in seine Überlegungen einbeziehen sollte. Ein Anspruch auf bestimmte Maßnahmen besteht nicht. Unabhängig davon gilt bei schwerbehinderten Menschen gemäß § 81 Abs. 4 Nr. 4 und 5 SGB IX, dass diese Ansprüche auf behindertengerechte Gestaltung des Arbeitsplatzes, des Arbeitsumfeldes und der Arbeitsorganisation haben. Ob eine arbeitsvertragliche Änderung notwendig ist, hängt vom Direktionsrecht des Arbeitgebers und damit auch vom Umfang und Einfluss der Maßnahmen ab. (Fuhlrott, Mückl 2014, S. 250) Bevor die Umsetzung der Maßnahmen erfolgt, müssen natürlich auch die dafür notwendigen organisatorischen, technischen und finanziellen Mittel dazu geklärt und bereitgestellt werden (Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg o.J., S. 20).

Die vereinbarten Maßnahmen werden nun fair und konstruktiv durch die Beteiligten umgesetzt (Beyer et al. 2015, S. 45). Eine aktive Begleitung und Unterstützung des Betroffenen ist dabei unerlässlich (BIH 2015, S. 66). Grundsätzlich ist das BEM weiterhin von der fortbestehenden Zustimmung des betroffenen Arbeitnehmers abhängig. Auch kann der Betriebsrat gemäß § 99 BetrVG eine Zustimmung zu einer Maßnahme verweigern. (Fuhlrott, Mückl 2014, S. 252)

Bereits während der Maßnahmenumsetzung sollte ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch erfolgen, damit bei Schwierigkeiten und Problemen frühzeitig reagiert werden kann und geplante und abgestimmte Maßnahmen angepasst werden können (BIH 2015, S. 66). In solchen Zwischenbesprechungen kann auch der vorläufige Stand der Umsetzung mithilfe einer geführten Verlaufsdocumentation überprüft werden (Schmitt 2014, S. 114).

Der letzte Schritt im BEM ist die Erfolgsüberprüfung oder auch die Qualitätssicherung in Form einer Bewertungsrunde, an der alle am Verfahren Beteiligten teilnehmen (BIH 2015, S. 59). Voraussetzung dafür ist die systematische Dokumentation des ganzen BEM-Prozesses (Beyer et al. 2015, S. 46). Es findet ein finales Abschlussgespräch statt. In diesem werden alle durchgeführten Maßnahmen dokumentiert und abschließend geklärt, ob die Wiedereingliederung erfolgreich war, ob weitere Maßnahmen zu einer erfolgreichen Wiedereingliederung notwendig sind oder ob eine Wiedereingliederung nicht möglich ist. War die Wiedereingliederung erfolgreich, so kann das BEM beendet werden. (Schmitt 2014, S. 114) Bei Nichtgenesung oder einem Rückfall muss das Verfahren neu beginnen, bis eine bestimmte „Grenze“ der Maßnahmenerschöpfung erreicht wurde (Berner 2008, S. 21). Scheitert das BEM an dieser Grenze endgültig, dann kommt entweder ein Ruhen des Arbeitsverhältnisses mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in Betracht, oder das Arbeitsverhältnis muss aufgelöst werden (Schmitt 2014, S. 114). Ein endgültiger erfolgreicher Abschluss des BEM besteht, wenn der Beschäftigte dauerhaft gesundet und die Arbeitsunfähigkeitszeiten unter die Sechswochengrenze fällt (Berner 2008, S. 21). Dazu müssen die Krankheitszeiten weiterhin nach der Durchführung des BEM im Auge behalten werden (Beyer et al. 2015, S. 46).

Über das Einzelverfahren hinaus dient die Auswertung sowohl einzelner als auch abgeschlossener BEM-Verfahren zur Sammlung von Erfahrungswerten im Unternehmen, indem Erfolge, Fehler, Stolpersteine und Verfahrensfragen kritisch diskutiert werden. Damit kann das BEM im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses stetig weiterentwickelt und optimiert werden. (BIH 2015, S. 58) Als Ausgangspunkt einer übergreifenden, quantitativen Betrachtung zur Wirksamkeit des BEM können die Zahlen der wiederingegliederten Mitarbeiter sowie die Quote der Mitarbeiter mit Leistungs- und Einsatzeinschränkungen herangezogen werden. Auch liefern die Zahlen neu geschaffener und gestalteter Arbeitsplätze einen Einblick über altersgerechte Arbeitsplätze. Unter dem Erfolgsindikator Arbeitsfähigkeit könnte mithilfe der Messung des Work Ability Indexes (WAI) eine Aussage zu Veränderungen der Einschätzung subjektiver Arbeitsfähigkeit der Belegschaft abgeleitet werden. (Matthäi, Morschhäuser 2009, S. 56)

Im gesamten BEM-Verfahren ist zu bedenken, dass dieses immer so viele Prozessschritte umfassen sollte, wie für die Zielerreichung notwendig ist. Während in dem einen Fall wenige Schritte mit wenigen Beteiligten ausreichen, sind im nächsten Fall zahlreiche Beteiligte und sogar Spezialisten notwendig, da der Fall sich so aufwendig gestaltet. (Berner 2008, S. 16) Das BEM ist folglich ein dynamisches System, das stetig weiterentwickelt werden kann (Beyer et al. 2015, S. 6). Unabhängig von Art und Weise der Ausgestaltung ist immer das

Ergebnis im BEM entscheidend. (Berner 2008, S. 16). Der Betroffene steht dabei immer im Mittelpunkt, weshalb es auch individuell auf diesen zugeschnitten werden muss (Beyer et al. 2015, S. 6).

2.2.4 Beteiligte

Ausgehend von der gesetzlichen Grundlage gemäß § 84 SGB IX, werden für das BEM der Arbeitgeber, die Schwerbehindertenvertretung, das Integrationsamt und nach § 93 SGB IX genannten Interessenvertretungen in Form des Betriebs- und Personalrates verpflichtend beschrieben. Auch der Werks- und Betriebsarzt finden eine Erwähnung (Anhang 1).

Im Zentrum des BEM steht der betroffene Beschäftigte. Dieser kann sowohl in Vollzeit als auch Teilzeit beschäftigt sein oder sich noch in der Ausbildung befinden. Auch Beamte sind in die anspruchsberechtigten Gruppen eingeschlossen, lediglich Saison- und Aushilfskräfte sind davon ausgenommen. (BIH 2015, S. 21) Der Betroffene hat in Form der Selbstbestimmung das Recht, darüber zu entscheiden, ob, wann und wie das BEM durchgeführt werden soll (Seel 2013, S. 31). Das Verfahren ist von seinem Willen abhängig und ohne seine Zustimmung wirkungslos. Dieses Recht bezieht sich auf jede einzelne Phase im ganzen BEM-Prozess. Weiterhin übt er das Initiativrecht aus, indem er die Durchführung des BEM vom Arbeitgeber einfordern und falls erforderlich, auch einklagen kann. (Berner 2008, S. 27) Stimmt er einem BEM zu, dann hat er jedoch eine Mitwirkungspflicht, indem er Auskünfte zu erteilen hat, die für ein erfolgreiches BEM notwendig sind. Dies betrifft vor allem Angaben zur Art der die Arbeitsunfähigkeit auslösenden Ursachen, zu Belastungen am Arbeitsplatz sowie Namen und Anschriften von behandelnden Ärzten. Darüber hinaus erstreckt sich die Mitwirkungspflicht auf ärztliche Untersuchungen im Rahmen des BEM. (Seel 2017, S. 288)

Der Arbeitgeber ist im BEM der „Herr des Verfahrens“ (Beyer et al. 2015, S. 38). Ihm obliegt es, die Voraussetzungen hinsichtlich der Fehlzeiten im Betrieb zu prüfen, die für das BEM gelten. Weiterhin muss er den Erstkontakt zum Betroffenen aufbauen und ihm dabei die Ziele des BEM sowie Art und Umfang der erhobenen Daten erläutern. (Seel 2017, S. 287) Dabei muss er sich die Entscheidung des Mitarbeiters zur Einleitung oder Nicht-Einleitung des Verfahrens einholen (BIH 2015, S. 17). Die Initiativlast und organisatorische Umsetzung obliegt ihm damit, auch wenn er über kein alleiniges Initiativmonopol verfügt (Schmitt 2014, S. 10). Weiterhin muss der Arbeitgeber die betrieblichen Interessenvertretungen wie den Betriebsrat und die Schwerbehindertenvertretung darüber informieren, welche Mitarbeiter die Voraussetzungen für das BEM erfüllen (BIH 2015, S. 18) Gemäß § 98 SGB IX darf der Arbeitgeber seine Aufgaben im Zusammenhang mit dem BEM an einen Vertreter

delegieren. Der Vertreter erhält dabei alle Befugnisse, während der Arbeitgeber vollständig in der Verantwortung überbleibt. (Seel 2017, S. 288)

Im Rahmen der verantwortungsbewussten Arbeitgeberrolle im BEM sollte auch hierbei die Stellung von Führungspersonen im Unternehmen erläutert und verdeutlicht werden. Führung wird dabei als direkte Interaktion von Führenden mit Mitarbeitern verstanden, in der der Führende eine bewusste Einflussnahme auf Wahrnehmungen, Einstellungen und das Verhalten der Mitarbeiter mit dem Ziel der Steuerung, Strukturierung und Förderung dieses Verhaltens in Organisationen nimmt (Hüttermann 2015, S. 14).

Führungspersonen nehmen generell eine bewusste oder unbewusste, aber essentielle Rolle im betrieblichen Gesundheitsgeschehen ein. Durch Entscheidungen über die Ausgestaltung der Arbeitsorganisation und -abläufe sowie den Einsatz von Arbeitsmittel wirken sie aktiv auf die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten ein. Sie schaffen damit die strukturellen Voraussetzungen für ein gesundes Arbeiten. Weiterhin üben sie eine Vorbildfunktion aus und können damit aktiv Mitarbeiter zu gesunden Verhaltensweisen motivieren. (Matthäi, Morschhäuser 2009, S. 78) Besonders im belastenden Setting Pflege können Führungskräften deshalb Schlüsselpositionen zugeschrieben werden (Vosseler 2016, S. 298). Die Führungskräfte werden wiederum gleichzeitig von ihren Vorgesetzten geführt und sollten von diesen hinsichtlich der eigenen Gesundheit bereits positiv beeinflusst werden. Dies schafft von vornherein eine Grundlage, auf der eine gesunde Führung der Führungspersonen gegenüber der Belegschaft aufgebaut werden kann. (Hüttermann 2015, S. 24)

Hinsichtlich des BEM kommen den Führungskräften wichtige Aufgaben bei der Einführung und Umsetzung, wie zum Beispiel der Herstellung des Erstkontakts mit den betroffenen Mitarbeitern, zu. Außerdem wirkt es sich grundsätzlich positiv auf den Prozess der Wiedereingliederung aus, wenn BEM als Führungsaufgabe wahrgenommen wird und zudem ein kooperativer Führungsstil vorherrscht. Letzteres gilt zugleich als erforderlich, um ein für das BEM benötigtes, vertrauensvolles Betriebsklima aufzubauen. (Vater, Niehaus 2013, S. 15) Darüber hinaus gehört das betriebliche Eingliederungsmanagement zur Organisationsentwicklung, da es Anknüpfungspunkte für verschiedene betriebliche Maßnahmenentwicklungen bietet (Stegmann 2009, S. 26). Für eine erfolgreiche Organisationsentwicklung und alle weiteren gezielten Veränderungsprozesse im Unternehmen tragen Führungskräfte eine hohe Verantwortung (Schiersmann, Thiel 2014, S. 401). Eine Studie von Alaszewski et al. (2007) belegten den erheblichen Einfluss von Führungspersonen auf eine erfolgreiche Ein-

gliederung. Die Unterstützung der Arbeitgeber und der Umgang mit Betroffenen ist demnach ein entscheidender Faktor, damit die Arbeitsunfähigkeit überwunden werden und die Erhaltung des Arbeitsplatzes gelingen kann. (Alaszewski et al. 2007, S. 1867)

Als weitere innerbetriebliche Beteiligte gelten die Interessenvertretungen in Form des Betriebsrats und der Schwerbehindertenvertretung. Der Betriebsrat besitzt eine hervorgehobene Rolle im BEM-Prozess. Gemäß § 84 Abs. 2 SGB IX obliegt es ihm, den Arbeitgeber dahingehend zu überwachen, ob er den gemäß § 84 obliegenden Verpflichtungen und weiteren Vereinbarungen nachkommt. Dies korreliert mit dem generellen Schutzauftrag des Betriebsrates gegenüber den Arbeitnehmern gemäß § 80 Abs.1 Nr.1 und Nr.4 BetrVG. Weiterhin hat der Betriebsrat gemäß § 84 Abs. 1 Satz 6 SGB IX und § 87 Abs. 1 Nr. 1 und Nr.7 BetrVG ein Initiativrecht inne, nach dem die Durchführung des BEM vom Arbeitgeber eingefordert werden kann. Weiterhin kann der Betriebsrat ein Unterlassungsrecht gemäß § 23 Abs.3 BetrVG geltend machen, wenn der Arbeitgeber die Mitbestimmungsrechte des Betriebsrates im BEM-Prozess missachtet. (Berner 2008, S. 30)

Der Schwerbehindertenvertretung besteht in der Regel aus einer Vertrauensperson sowie einem stellvertretenden Mitglied (Berner 2008, S. 33). Ihr wird eine ähnliche Rolle wie dem Betriebsrat zudedacht, jedoch nur wenn Schwerbehinderte von einem BEM betroffen sind (Stegmann 2009, S. 21). Analog zum Betriebsrat erfüllt die Schwerbehindertenvertretung gemäß § 95 Abs. 1 Nr.1 SGB IX einen Schutzauftrag zugunsten der schwerbehinderten Mitarbeiter, indem die Durchführung und -setzung der geltenden Gesetze, Verordnungen und weiteren Vereinbarungen überwacht werden. Die Literatur widerspricht sich darin, ob die Schwerbehindertenvertretung das gleiche Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrecht am BEM wie der Betriebsrat genießt. Analog zum Betriebsrat darf die Schwerbehindertenvertretung dennoch ein Initiativrecht auf den Arbeitgeber ausüben (Berner 2008, S. 34). Neben der rechtlichen Perspektive ist es bei der Schwerbehindertenvertretung generell sinnvoll, diese in den Klärungsprozess des BEM-Verfahrens einzubeziehen, auch wenn es sich um nicht beeinträchtigte Personen handelt. Denn diese besitzt aufgrund ihrer täglichen Arbeit ohnehin eine erhebliche Kompetenz im Umgang mit gesundheitlichen Problemen am Arbeitsplatz. (Stegmann 2009, S. 21)

In der Zusammenfassung unterstützen Betriebsrat und Schwerbehindertenvertretung betroffene Mitarbeiter, bringen eigene Vorschläge ein und können in Absprache mit dem Arbeitgeber auch Teilaufgaben im BEM übernehmen. Um diese Aufgaben wahrnehmen zu können, erhalten die Interessenvertretungen vom Arbeitgeber jegliche Informationen über

die betroffenen Mitarbeiter, die für das BEM relevant sind. (BIH 2015, S. 22) Die Interessenvertretungen dürfen vom Betroffenen aus dem BEM-Prozess ausgeschlossen werden (Beyer et al. 2015, S. 38)

Gemäß § 3 Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (ASiG) hat der Arbeitgeber Betriebsärzte zu bestellen. Diese sind auf der einen Seite für den Arbeitnehmer relevant, um diesen nicht nur arbeitsmedizinisch zu untersuchen, sondern auch zu beraten (Schmitt 2014, S. 39). Außerdem kann er als Vertrauensperson des Arbeitnehmers handeln (Berner 2008, S. 37). Auf der anderen Seite soll er den Arbeitgeber dahingehend unterstützen, dass der Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie die Unfallverhütung angewandt und an die Betriebsverhältnisse angepasst werden (Berner 2008, S. 35). Er hat meist gute Kontakte zu Servicestellen und Rehabilitationskliniken und kann damit als eine Art Verknüpfung zu externen Einrichtungen fungieren (Berner 2008, S. 37). Auch der Hausarzt kann in einzelnen Fällen ein wichtiger Partner sein, wenn er infolge einer Schweigepflichtentbindung dem Betriebsarzt weitere Informationen zukommen lässt (Stegmann 2009, S. 21). Ein zusätzlicher Akteur mit kongruentem Aufgabenbereich kann durch eine Fachkraft für Arbeitssicherheit gestellt werden. Diese wirkt durch regelmäßige Begehung von Arbeitsstätten im Bereich der Prävention. Weiterhin kann es sich empfehlen, betriebliche Sozialarbeiter bei familiären, finanziellen oder persönlichen Problemen für psychosoziale Beratungs- und Unterstützungsangebote unter Einbezug der Angehörigen einzuschalten. (BIH 2015, S. 26)

Beim BEM handelt es sich um ein komplexes Verfahren mit einer Reihe von unterschiedlichen Akteuren (Beyer et al. 2015, S. 47). Allen Beteiligten wird dabei ein erhebliches Engagement abverlangt (Ulich, Wülser 2015, S. 300). Gerade in größeren Unternehmen bietet es sich deshalb an, ein festes innerbetriebliches Integrations- oder BEM-Team zu bilden (Schmitt 2014, S. 40). Dies entspringt einem einzelfallübergreifenden, systematischen Ansatz und umfasst die klare Festlegung der Verantwortlichen, geregelter Vereinbarungen zum Verfahrensablauf und Datenschutz, der Dokumentationsformen und zur Ergebniskontrolle. Dazu empfiehlt sich eine Betriebs- oder Dienstvereinbarung. In einem solchen Ansatz benennt der Arbeitgeber die am Integrationsteam beteiligten Personen. In der Regel sind dies ein Vertreter des Arbeitgebers, des Betriebs- und Personalrats, der Schwerbehindertenvertretung und gegebenenfalls der Betriebsarzt. (Beyer et al. 2015, S. 47) Externe Partner sind nicht Mitglied eines solchen Teams und nehmen aus Zeitgründen in der Regel auch nicht an dessen Sitzungen teil, sondern beraten lediglich zu konkreten Leistungen. Im Team selbst sollte ein Mitglied im Sinne eines Fallmanagers oder BEM-Koordinators als

Ansprechpartner der anderen Mitglieder fungieren (Schmitt 2014, S.41). Nachdem der Arbeitgeber den Erstkontakt zum Betroffenen hergestellt und sich die Zustimmung zum Verfahren eingeholt hat, übergibt dieser die weitere Durchführung an das BEM-Team (Seel 2017, S. 289). Er sollte dabei dem Team genügen Raum und Zeit zur Verfügung stellen (Beyer et al. 2015, S. 47). Das BEM-Team bildet nun die zentrale Anlaufstelle für das BEM. Es organisiert und koordiniert die Zusammenarbeit mit den inner- und außerbetrieblichen Akteuren. (BIH 2015, S. 19) Wichtig ist, dass getroffene Absprachen auch gemeinsam getragen und umgesetzt werden (Seel 2017, S. 289).

Außerhalb der innerbetrieblichen Stellen kommen auch externe Partner für die Unterstützung des BEM in Frage, indem diese Leistungen zur Teilhabe mittels Fördermitteln, Assistenzleistungen und Beratung am Arbeitsplatz erbringen oder zur Rehabilitation und Qualifizierung beitragen (Beyer et al. 2015, S. 38). Diese Partner können die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter mit ihren technischen Beratungsdiensten und Integrationsfachdiensten sein. Die Rehabilitationsträger werden durch die Krankenkassen, Rentenversicherung, der Bundesagentur für Arbeit und die Unfallversicherung ausgebildet. Ihre Aufgabe ist es, umfassend über die Rehabilitationsmaßnahmen wie medizinische Rehabilitation, stufenweise Wiedereingliederung und weiterer Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu informieren. Integrationsämter unterstützen speziell schwerbehinderte und gleichgestellte beeinträchtigte Menschen in persönlichen und finanziellen Fragen. Auch sind sie wichtige Ansprechpartner für die Einführung eines BEM. Die Integrationsfachdienste bieten dazu ein breit gefächertes Dienstleistungsangebot an. (BIH 2015, S. 32) Die Beteiligung externer Partner empfiehlt sich immer dann, wenn die innerbetriebliche Sachverhaltsermittlung und die BEM-Gespräche nahelegen, dass Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Betracht gezogen werden sollten. Weiterhin sollen externe Partner die Arbeitgeber und -nehmer über Leistungsvoraussetzungen, Bedarfsermittlung und Zuständigkeitsklärung im Einzelfall informieren. (Seel 2017, S.289)

2.3 Forschung zum BEM

Obwohl die gesetzliche Pflicht zur Durchführung des BEM in Deutschland bereits seit über einem Jahrzehnt existiert, attestieren Studien, dass das BEM bisher nur unzureichend in den Unternehmen Einzug erhalten hat. So ermittelten Gebauer et al. (2007), dass eine praktische Umsetzung des BEM lediglich in einem Viertel der Betriebe erfolgt ist (Gebauer et al. 2007, S. 9). Niehaus et al. (2008) ermittelten bereits ein Jahr darauf eine 50 prozentige Umsetzungsquote, verdeutlichten aber ungeachtet dessen, dass das BEM noch ganz am Anfang steht (Niehaus et al. 2008, S. 112). Nach Knoche, Sochert (2013a) besitzt das BEM

aber nach wie vor einen relativ niedrigen Bekanntheits- und einen noch geringeren Verbreitungsgrad (Knoche, Sochert 2013a, S. 52).

Die teils unterschiedlich ermittelten Kennzahlen in der Literatur liefern zwar kein homogenes Bild vom tatsächlichen Umsetzungsstand, lassen aber gemeinsam einen Trend erkennen, nach dem der Grad der Umsetzung von der jeweiligen Unternehmensgröße abhängt. Während die Mehrheit der Großunternehmen und zumindest etwa die Hälfte der mittelgroßen Betriebe bereits das BEM thematisiert haben, liegt der Bekanntheitsgrad bei Kleinunternehmen mit rund 30 Prozent weitaus niedriger. Die Zahlen der in der Praxis tatsächlich implementierten BEM zeigen noch eine weitaus deutlichere Kluft. Je nach Untersuchung reichen die Umsetzungsquoten dabei von 70 Prozent bei Großunternehmen bis hin zu weniger als 10 Prozent bei Kleinunternehmen. (Knoche, Sochert 2013a, S. 52) Ferner bestimmt die Unternehmensgröße auch die Art der Ausgestaltung des BEM in der Praxis. Während Großunternehmen das BEM aufgrund von Ressourcenvorteilen in vielfältige Richtungen strukturieren und lenken können, konzentrieren sich Kleinbetriebe eher auf individuelle Optimierung von Arbeitsabläufen und -aufgaben. Der Kontakt und das Vertrauensverhältnis zwischen Arbeitgeber und -nehmer ist dabei in den Kleinbetrieben meist höher. Es besteht eine Tendenz, sich persönlich zu kümmern. (Wessling 2012, S. 90) Trotzdem haben kleine Unternehmen im Vergleich einen großen Handlungs- und Informationsbedarf (Knoche, Sochert 2013a, S. 52). Sie verfügen über vergleichsweise geringe personelle Kapazitäten, was für die Implementierung von BEM-Strukturen hinderlich ist. Im Gegensatz zu Großunternehmen sind sie deshalb auch stärker auf externe Unterstützungsmöglichkeiten und Netzwerke angewiesen. Sie benötigen Hilfe beim Aufbau und der Umsetzung des BEM. (Wessling 2012, S. 90) Unabhängig von der Betriebsgröße sind der gegenwärtig niedrige Umsetzungsstand des BEM und dessen Gründe aber zu hinterfragen. Denn 90 Prozent der Unternehmen nehmen das BEM generell für sinnvoll wahr. 60 Prozent meinen sogar, dass ein BEM im Unternehmen gut umsetzbar wäre. (Gebauer et al. 2007, S. 9)

Ein zentraler Einflussfaktor der betrieblichen Perspektiven auf das BEM stellt besonders die ökonomische Analyse des Nutzwertes dar (Niehaus 2008, S. 118). Ein BEM wird zwar vorrangig aus moralischen Gründen durchgeführt, jedoch sind die Unternehmen auch finanziellen Zwängen unterworfen, weshalb betriebswirtschaftliche Auswirkungen von großer Bedeutung sind (Jastrow et al. 2010a, S. 143). Denn gerade bei den Maßnahmen des BEM, die das Ziel haben, Langzeiterkrankungen entgegenzuwirken, ist die Hebelwirkung zur Kostenreduktion am höchsten (Prümper et al. 2015, S. 301). Trotz der vermeintlichen Vorteile sehen viele Betriebe das BEM auf den ersten Blick zunächst mit mehr Bürokratie, personellen Aufwand und damit Zusatzkosten verbunden. (Niehaus 2008, S. 118) Leider

mangelt es bislang an aktuellen, anerkannten, evidenzbasierten Evaluationen, die das BEM auf betriebswirtschaftlichem Schwerpunkt näher beleuchten. Es gilt die Frage zu beantworten, welche Kriterien erfüllt werden müssen, damit sich ein BEM für Arbeitsgeber auch finanziell lohnt. (Jastrow et al. 2010b, S. 174)

Bereits in den neunziger Jahren ergaben Analysen zur Wirksamkeit von Eingliederungsmaßnahmen, dass beispielsweise klassische Krankenrückkehr- oder Fehlzeitengespräche eine wichtige Rolle für die Fehlzeitenreduktion einnehmen können (Ulich, Wülser 2014, S. 159). Speziell zum Nutzwert des BEM wurde eine Studie von Faßmann, Emmert (2010) durchgeführt. In einer Modellberechnung wurde aus vielfältigen Variablen der BEM-Nutzen kalkuliert, indem die aus den BEM resultierenden Kosten dem BEM-Nutzen entgegengestellt wurden. Auf der Kostenseite wurden unter anderem Faktoren wie eine verminderte Produktivität der Mitarbeiter, die Kosten für die Betreuung des BEM-Koordinators oder auch Dauer der Prozessdurchführung einbezogen. Die Nutzenseite enthielt Aspekte wie Verringerung künftiger Fehlzeiten und geringere Kosten für die Einstellung neuer Mitarbeiter, aber auch Kosteneinsparungen durch verhinderte Rechtsstreite infolge einer korrekten Durchführung des BEM. Im Ergebnis kam die Studie zu dem Schluss, dass ein Kosteneinsparverhältnis von 4,81 besteht, Dies bedeutet, dass jeder in das BEM investierte Euro zu einer künftigen Einsparung zu 4,81 Euro führen wird. Die Autoren betonen jedoch auch die Limitation, dass nicht alle wichtigen Kennzahlen quantifiziert werden können. (Faßmann, Emmert 2010, S. 159) (Abbildung 3)

BEM-Kosten		BEM-Nutzen	
1) Kosten BEM-Einmaldurchführung	1.220,60	1) Verringerung der AU-Zeiten (Produktivitätsgewinn)	41.091,85
2) Laufende Kosten für BEM (Monat)	622,43	2) Verminderung - Kosten für die Ausgleichsausgabe	0,00
3) Extra Stelle	0,00	3) "Produktivitätsgewinne" der BEM-Kandidaten	136.181,61
4) Geringere "Produktivitätsstufe" nach BEM	36.769,03	4) Geringe Kosten für die Einstellung von AN	3.256,32
		5) BEM-Prämien	0,00
		6) Kosten für Rechtsstreitigkeiten	4.732,43
		7) Humankapital	560,39
Gesamtkosten	38.612,06	Gesamtnutzen	185.822,60

Das Ergebnis der Evaluation	
Es ergibt sich insgesamt ein Saldo in Höhe von	147.210,54
Jeder investierte Euro führt zu einer künftigen Einsparung in Höhe von	4,81

Abbildung 3: Nutzwertberechnung des BEM (Faßmann, Emmert 2010, S. 159)

Analog zum bereits populäreren „return on investment“ (ROI) hat sich in der Literatur zudem der Begriff „return on workplace integration“ (ROWI) festgesetzt, der dieses Kosten-Nutzen-Verhältnis speziell auf die Wiedereingliederung erkrankter Mitarbeiter zu abstrahieren versucht (Prümper et al. 2015, S. 301). Darüber hinaus existieren weitere Studien, die zwar

nicht direkt das BEM adressieren, sondern sich eher an verschiedenen internationalen Konzepten der Wiedereingliederung wie *return to work* oder *disability management* orientieren. Auch diese stimmen dem Ergebnisbild übereinstimmend zu, dass Wiedereingliederungsmaßnahmen eine positive Rentabilität zugeschrieben werden kann. (Faßmann, Emmert 2010, S. 85)

Es gibt eine Vielzahl an weiteren Aspekten und Einflussfaktoren, die den Erfolg des BEM in der Praxis entscheidend beeinflussen können. Zu diesem Zweck wurde von Zumbeck et al. (2017) die bislang aktuellste und bedeutendste Studie in Deutschland zum Thema BEM mit dem Titel „Unterstützende Ressourcen für das Betriebliche Eingliederungsmanagement“ (RE-BEM) durchgeführt. Grundlegendes Ziel dieser Studie war es, die Entwicklung des BEM in den Betrieben voranzutreiben und die Handlungsoptionen zur Optimierung zu konkretisieren. Neben einer Onlinebefragung diente dazu eine Bestandsaufnahme der seit Beginn des BEM durchgeführten, wichtigsten Forschungsarbeiten. Diese umfassten Studien, Praxisprojekte oder auch Experteninterviews. (Zumbeck et al. 2017, S. 6) In Form eines Reviews konnten damit fördernde und hemmende Faktoren des BEM zusammenfassend analysiert und erörtert werden. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse werden im Folgenden zusammenfassend vorgestellt.

Allgemein fördernde Faktoren für das BEM wurden übereinstimmend jeweils im Vorhandensein einer gelebten Vertrauenskultur im Unternehmen sowie Schlüsselpersonen auf innerbetrieblichen Ebenen, die für das BEM Impulse setzen, verdeutlicht. Auch ein bereits im Unternehmen funktionierendes BGM wirkt förderlich, da sich BEM, BGF und Arbeitsschutz wechselseitig unterstützen können. Allgemein hemmende Faktoren konnten einer fehlenden Ressourcenbereitstellung, unklaren betriebsinternen Zuständig- und Verantwortlichkeiten, aber einem ebenso geringen Wissens- und Kenntnisstand zum BEM zugeschrieben werden. (Zumbeck et al. 2017, S. 11)

Als ein zentraler, innerbetrieblicher Faktor des BEM kann die Rolle des Datenschutzes genannt werden. Eine umfassende Information und die Aufklärung der Belegschaft sind dem BEM grundlegend förderlich, um Misstrauen abzubauen und im Gegenzug Vertrauen zu schaffen. Dazu gehört beispielsweise auch, neben den Personalakten gesonderte BEM-Akten zu führen sowie diese verschlossen aufzubewahren. Weiterhin sollten Betriebsvereinbarungen geschaffen werden, die einen klaren und eindeutigen Rahmen vorgeben. Dies umfasst unter anderem die Konkretisierung von Rollen und festen Ansprechpartnern. Dies ist umso relevanter, da es im laufenden Verfahren häufig zu Konflikten zwischen den Interessenvertretungen oder auch in Einbezug mit der Geschäftsführung kommen kann. Doch

nicht nur auf Struktur, sondern auch auf Prozessebene muss eine feste Ordnung zum Ablauf des BEM festgelegt sein, da sich besonders bei Großunternehmen teils sehr unstrukturierte Vorgehensweisen vorfinden lassen. Beispielsweise werden in der Praxis nach wie vor kaum Erfolgsüberprüfungen durchgeführt. Hierbei schließt sich dann erneut der Kreis zur ökonomischen Betrachtung. (Zumbeck et al. 2017, S. 20)

Bei den außerbetrieblichen Faktoren zeigte sich, dass die im § 84 Abs. 2 SGB IX vorgesehen gemeinsamen Servicestellen die ihnen bisher zugedachten Aufgaben bisher nicht hinreichend erfüllen konnten. Die Öffentlichkeitsarbeit ist unzulänglich und die Vernetzung mit den Reha-Trägern ungenügend. Im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) übernehmen zudem nun die Rehabilitationsträger die Aufgaben der gemeinsamen Servicestellen. Es hat sich nachweislich positiv bewährt, wenn Unternehmen und die Sozialversicherungsträger nicht nur Netze aufbauen, sondern auch konkrete Treffen vereinbart werden, in denen am „runden Tisch“ das Vorgehen und die Zuständigkeiten für das BEM gemeinsam erörtert werden. (Zumbeck et al. 2017, S. 13)

Die externe Unterstützung wird von den Betrieben aber auch nur vermindert wahrgenommen und nachgefragt. Gerade Kleinunternehmen, die es deutlich schwerer haben und gleichzeitig Unterstützung beim BEM benötigen, agieren deutlich zurückhaltender. Verbunden mit einem sowieso vorherrschenden, geringen Kenntnisstand kann dies als Teufelskreis angesehen werden. Ferner bremsen auch gesetzliche Einflüsse das BEM in Kleinunternehmen. So sorgen Ausnahmen beim Kündigungsschutz und der Schwerbehindertenquote, die Erstattung von Entgeltfortzahlungen bei Krankheitsfällen oder auch zu hohe Kriterien bei der Inanspruchnahme von Boni und Förderungen auf der einen Seite dafür, dass das Handeln der Kleinunternehmen rechtlich folgenlos bleibt, auf der anderen Seite dazu, dass keine Anreize zur Durchführung des BEM überhaupt erst aufgebaut werden können. (Zumbeck et al. 2017, S. 16)

3 Methodik

3.1 Forschungsfeld

3.1.1 Beschreibung der Einrichtung

Das Forschungsfeld wird durch die Schmöllner Heimbetriebsgesellschaft mbH (SHBG) gestellt. Der Kontakt zum Unternehmen bestand bereits länger durch ein analytisches gesundheitswissenschaftliches Praxisprojekt im Rahmen des Hochschulstudiums im dritten Semester (Westfälische Hochschule Zwickau 2017, S. 6). Die SHBG entstand im Jahre 1995 durch den Zusammenschluss mehrerer kommunaler Pflegeeinrichtungen und ist seit 2008 eine Tochtergesellschaft des Klinikums Altenburger Land. Als frei gemeinnützige Einrichtung fungiert die SHBG im Jahre 2017 als Träger von zusammen sechs Pflege- und Betreuungseinrichtungen. (Schmöllner Heimbetriebsgesellschaft mbH 2017a) Darunter ordnen sich gegenwärtig die drei Seniorenheime für stationäre Altenpflege „Am Brückenplatz“, „Am Brauereiteich“ und „Schloss Löbichau“ mit jeweils 80, 89 und 79 Bewohnerplätzen ein. Neben den drei Seniorenheimen werden ambulante Pflegedienstleistungen durch die Tagespflege „Lohsenpark“ und durch den seit 2014 bestehenden Pflegedienst „Lohsenpark“ realisiert (Schmöllner Heimbetriebsgesellschaft mbH 2017a). Über die Altenpflege hinaus ermöglicht die SHBG ambulant betreutes Wohnen für psychisch erkrankte oder seelisch beeinträchtigte Menschen im Wohnheim „Gartenstraße“. (Schmöllner Heimbetriebsgesellschaft mbH 2017b) (Anhang 2)

3.1.2 Ausgangssituation

Im Vorfeld der Untersuchung wurde im Qualitätsmanagement und der Verwaltung des Forschungsfeldes hospitiert, um sich einen Überblick über die Mitarbeiterstrukturen, Arbeitsunfähigkeitszeiten und den Krankenstand des Personals zu verschaffen.

Mithilfe der im Forschungsfeld verwendeten Dokumentationssoftware ProfSys (IC-SYS Informationssysteme GmbH 2017) konnte festgestellt werden, dass zum Stichtag 01.08.2017 insgesamt 243 Personen in den Einrichtungen der SHBG beschäftigt waren. Der Schwerbehinderten- und Auszubildendenanteil bildete mit je 12 Personen jeweils 4,9 Prozent ab. Bei einer Spanne von 17 bis 68 Jahren betrug das Durchschnittsalter des Personals 45 Jahre. Der Median lag bei 49 Jahren. Hinsichtlich der verschiedenen Altersgruppen wurden größere Unterschiede deutlich. So war der Anteil der jüngsten Altersgruppe unter 30 mit 12,3 Prozent am niedrigsten repräsentiert, während die Altersgruppe von 50 bis 59 Jahren mit 30,9 Prozent überwog. (Tabelle 2)

Tabelle 2: Mitarbeiterstruktur der SHBG zum Stichtag 01.08.2017 nach Altersgruppen

Altersgruppe	Anzahl der Mitarbeiter	Prozentualer Anteil
<=29	30	12,3
30 bis 39	52	21,4
40 bis 49	43	17,7
50 bis 59	75	30,9
>=60	43	17,7
gesamt	243	100

Mit dem Hintergrund vermehrt älterer Beschäftigter war ebenso das Krankheitsgeschehen im Interesse. Dieses wurde deshalb für einen Einjahreszeitraum, vom 01.08.2016 bis zum 31.07.2017, betrachtet. Als Datengrundlage fungierten hierbei 300 Mitarbeiter, die in diesem Zeitraum im Forschungsfeld in jeglichen Funktionen tätig waren. Es konnte dabei eine Arbeitsunfähigkeitsdauer von einrichtungsübergreifend 30,6 Tagen berechnet werden. Im Vergleich aller Branchen mit durchschnittlich zehn Arbeitsunfähigkeitstagen ist dieser Wert überdurchschnittlich hoch (Statistisches Bundesamt 2015). Dies trifft ebenso auf den Branchendurchschnitt der Altenpflege mit 24,1 Arbeitsunfähigkeitstagen zu (BKK Dachverband e.V. 2016, S. 107). Des Weiteren zeigte sich, dass zwischen den Organisationsbereichen die Fehlzeiten des Personals erheblich schwankten. So lagen die niedrigsten Arbeitsunfähigkeitstage im Wohnheim „Gartenstraße“ mit 16 Tagen, während Mitarbeiter in der Tagespflege „Lohsenpark“ mit durchschnittlich 51,7 Tagen die längste Arbeitsunfähigkeitsdauer im untersuchten Zeitraum aufwiesen. (Tabelle 3)

Zusätzlich konnte aus den Arbeitsunfähigkeitstagen der durchschnittliche Krankenstand abgeleitet werden. Für die Berechnung dessen wurden die vom Finanzamt für Fünftagewochen anerkannten 230 Soll-Arbeitstage pro Jahr zugrunde gelegt. Der Krankenstand betrug im Schnitt einrichtungsübergreifend 13,3 Prozent und lag analog zu den Arbeitsunfähigkeitstagen dementsprechend über dem Bundesdurchschnitt (Statistisches Bundesamt 2015). Analog zu den Arbeitsunfähigkeitstagen zeigte sich der niedrigste Krankenstand mit sieben Prozent im Wohnheim „Gartenstraße“. In der Tagespflege „Lohsenpark“ war mit dem höchsten Krankenstand aller Einrichtungen von im Schnitt 22,5 Prozent fast ein Viertel des Personals im analysierten Zeitraum jederzeit krank. (Tabelle 3)

Tabelle 3: Krankenstand und durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsdauer in der SHBG im Zeitraum 01.08.2016 bis 31.07.2017

Organisationsbereich	durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsdauer pro Mitarbeiter in Tagen	Krankenstand in Prozent
Verwaltung	20,9	9,1
Seniorenheim „Schloss Löbichau“	26,5	11,5
Seniorenheim „Am Brückenplatz“	32,8	14,3
Seniorenheim „Am Brauereiteich“	36,5	15,9
Pflegedienst „Lohsenpark“	25,8	11,2
Tagespflege „Lohsenpark“	51,7	22,5
Wohnheim „Gartenstraße“	16	7
Technischer Dienst	28,3	12,3
Betriebsküche	32,9	14,3
Wäscherei	23,8	10,3
gesamt	30,6	13,3

Da für den gesetzlichen Anspruch eines BEM die Länge der Arbeitsunfähigkeit ein determinierender Faktor ist, wurden zusätzlich auch die Krankheitszeiträume observiert. Hierbei zeigte sich, dass zwar 58,3 Prozent des Personals maximal 15 Tage, dennoch mit 26,3 Prozent über ein Viertel der Mitarbeiter über 30 Tage im analysierten Einjahreszeitraum arbeitsunfähig gewesen sind.

In der Zusammenfassung verdeutlichen die ermittelten Kennzahlen zur Mitarbeiterstruktur, zum Krankheitsgeschehen und zu den Fehlzeiten eine hohe Relevanz, die ein Eingreifen und Gegenwirken in Form des BEM im Forschungsfeld erforderlich machen. Denn neben der bereits älteren Mitarbeiterstruktur sind die Fehlzeiten überdurchschnittlich hoch. Ein erheblicher Anteil des Personals ist im Mittel länger als 30 Tage im Jahr arbeitsunfähig. Aus den ermittelten Kennzahlen konnte bereits abgeleitet werden, dass ein größerer Anteil der Belegschaft im Forschungsfeld für ein BEM infrage kommen würde. Innerbetrieblich schwanken die ermittelten Werte zudem enorm. Die gewonnenen Erkenntnisse decken sich mit den Aussagen der Führungspersonen im Unternehmen. Um den Ansatzpunkt für die eigene Untersuchung aufzuzeigen, soll hierbei noch die bisherige Praxis zur Wiedereingliederung im Forschungsfeld dargelegt werden.

Bereits seit 2015 wurde die Implementierung eines BEM im Forschungsfeld angestrebt. Dazu wurden mehrere Konzepte in Zusammenarbeit der Geschäftsführung mit dem Betriebsrat ausgearbeitet. Diese Entwicklung wurde aber nie vollzogen, sondern teilweise wieder verworfen und bis jetzt noch nicht wieder fortgesetzt. Mit diesem Hintergrund fehlen im Forschungsfeld bisher Leitlinien und Betriebsvereinbarungen, die die Wiedereingliederung adressieren. Die bisherige Praxis zur Wiedereingliederung entspricht dabei dem Charakter

von klassischen Krankenrückkehrgesprächen. Hierbei wird meist ein Dialog zwischen Heimleitung und Betroffenen geschaltet mit dem Ziel, kurzfristige Einzelmaßnahmen zu erörtern, um den Wiedereinstieg des Mitarbeiters zu vereinfachen und zu gewährleisten. Insgesamt ist der Prozess aber kaum nachvollziehbar und weniger von einer klaren Systematik geprägt. So ist nicht definiert und dokumentiert, aber welcher Zeitspanne der Arbeitsunfähigkeit ein solches Gespräch stattfindet und ob dieses überhaupt bei allen Mitarbeitern durchgeführt wird. Des Weiteren sind auch die Rollen weiterer Beteiligter, wie des Betriebsrates, nicht geklärt. Eine Schwerbehinderten- oder Auszubildendenvertretung existiert im Forschungsfeld bis dahin ebenso nicht.

Aus den genannten Problemen wird die betriebliche Wiedereingliederung im Forschungsfeld als Bereich mit einem hohen Entwicklungs- und Verbesserungspotential wahrgenommen. Grundsätzlich sehen alle Verantwortlichen das BEM als notwendigen Schritt an. Dazu herrscht aber noch ein erhebliches Informations- und Wissensdefizit vor. Besonders die Sichtweise des Personals ist dabei ein ausschlaggebender Schwerpunkt, der von Interesse ist. Die vorliegende Bachelorthesis setzt hierbei an. Mittels einer Untersuchung, die den Mitarbeiter in das Zentrum des Erkenntnisinteresses stellt, wurde folgende Forschungsfrage aufgestellt:

„Welche Erwartungen haben Mitarbeiter an die betriebliche Eingliederung?“

Die Forschungsfrage folgte einem explorativen Ansatz, weshalb für deren Beantwortung ein qualitatives Studiendesign mittels Interviews in Betracht gezogen und schließlich umgesetzt wurde. Die konkreten Methoden der Datenerhebung und -auswertung werden im Folgenden dargestellt.

3.2 Qualitative Forschung und Grounded Theory

Obwohl sich die Ursprünge des qualitativen Denkens schon bis auf Aristoteles im vierten Jahrhundert vor Christus zurückführen ließen, konnte erst in den letzten 10 bis 20 Jahren ein Trend in Richtung qualitativer Forschung beobachtet werden (Mayring 2016, S. 12). In der Bundesrepublik Deutschland setzte sich qualitatives Denken erst in den 1970er Jahren gegen die bis dahin rein quantitativ geprägten Strukturen durch (Mayring 2016, S. 9). Qualitative Forschung zeichnet sich durch Offenheit gegenüber dem zu erforschenden Phänomen auf, wodurch eine unmittelbare Nähe zum untersuchten Forschungsgegenstand aufgebaut wird (Flick et al. 2015, S. 17). Dieser Forschungsgegenstand wird im Unterschied zur quantitativen Forschung nicht durch das Messen, sondern durch das Verstehen erfasst

(Helfferrich 2005, S. 19). Flick et al. (2015) heben die Bedeutung qualitativer Forschung in der heutigen Zeit hervor, in derer oftmals komplexe, unübersichtliche und pluralistische Strukturen vorherrschen. Denn durch sie ist es möglich, ein wesentlich konkreteres Abbild und genaue, dichte Beschreibungen von Sichtweisen sowie von subjektiven, sozialen Konstruktionen zu erhalten. Im Gegensatz zu quantitativen Methoden, in denen bereits vorab eine Vorstellung zum interessierenden Forschungsgegenstand benötigt wird, kann qualitative Forschung dem „Neuen im Untersuchten, Unbekannten im scheinbar Bekannten“ offen begegnen. Die Qualitative Forschung hält ein breites Methodenspektrum vor, wobei jedoch immer eine enge Verbundenheit zwischen dem eingesetztem Verfahren und dem Forschungsgegenstand herrscht (Flick et al. 2015, S. 17).

Für die vorliegende Untersuchung kam die Grounded Theory Methode (GTM) als Vertreter der qualitativen Forschung zur Anwendung. Begründet wurde die GTM in den 1960er Jahren von Anselm Strauss und Barney Glaser. Heute stellt sie weltweit den populärsten und am häufigsten verwendeten qualitativen Forschungsansatz dar. (Equit, Hohage 2016, S. 9) Übersetzt bedeutet Grounded Theory so viel wie „gegenstands begründete oder -verankerte Theorie“. Grounded Theory steht dabei sowohl für die verwendete Methode der Theoriegewinnung als auch für das Ergebnis dieser. (Böhm 2015, S. 475) Seit der Begründung der GTM entwickelte sich diese im Laufe der Zeit in verschiedene Richtungen weiter, wodurch sich bis heute unterschiedliche Varianten in Abgrenzung voneinander herausbilden konnten (Przybowski, Wohlrab-Sahr 2014, S. 191). Reichertz, Wilz (2016) charakterisieren zum Beispiel bis zu fünf Generationen der GTM, die sich aber auch nicht trennscharf voneinander unterscheiden lassen (Reichertz, Wilz 2016, S. 49).

Im Zentrum einer jenen GTM steht das Prinzip der Offenheit. Forschung wird hierbei als kreativer Prozess angesehen und ist keiner Systematisierung unterzuordnen. (Equit, Hohage 2016, S. 9) Dies bedeutet, dass der Anwender an keinerlei spezifische Form des Arbeitens gebunden ist (Reichertz, Wilz 2016, S. 48). In Verbindung mit dieser Offenheit steht das Motto „All is data“, indem keine spezifische Erhebungsform in der GTM präferiert, sondern vor Allem die vielfältige Auswahl verschiedener Instrumente zur Datengewinnung betont wird. Diese können durch Interviews, Gruppengespräche, Feldbeobachtungen oder auch Dokumente wie Briefe und Statistiken abgebildet werden. (Przybowski, Wohlrab-Sahr 2014, S. 195)

Das grundlegende Merkmal im Forschungsprozess der GTM besteht darin, dass die Datenerhebung, Datenanalyse und Ziehung der Stichprobe gleichzeitig ablaufen (Polit et al. 2004, S. 219). Nach Erhebung der ersten Daten beginnt bereits die erste Analyse, die die

Richtung für das weitere Vorgehen und weitere Erhebungen vorgibt (Przybowski, Wohlrab-Sahr 2014, S. 200). Das als „permanenter Vergleich“ bezeichnete Prinzip sorgt dafür, dass theoretische relevante Kategorien entwickelt und verfeinert werden und somit das Grundproblem zunehmend identifiziert wird. Diese Kategorien werden im Sinne des permanenten Vergleichs kontinuierlich mit früheren verglichen, wodurch sich die Datenerhebung im weiteren Verlauf der Untersuchung auf weitere Theorien und Kernprozesse konzentrieren kann. (Polit et al. 2004, S. 219) Dieses Vorgehen wird solange fortgeführt, bis sich eine theoretische Sättigung der durch Daten entwickelten Theorien ergibt. Die Datensättigung setzt an der Stelle ein, an der sich bei der fortwährenden Suche im Material keine neuen Erkenntnisse mehr ergeben, die zu einer Veränderung der Theorie beitragen. (Przybowski, Wohlrab-Sahr 2014, S. 195)

3.3 Sampling

Das Ziel der Untersuchung war es, die betriebliche Eingliederung in Pflege- und Betreuungseinrichtungen der SHBG aus Mitarbeiterperspektive zu eruieren. Die Wahl der Interviewpartner war dabei nicht an bestimmte Einrichtungen der SHBG gebunden, sondern erfolgte einrichtungsübergreifend. Hinsichtlich des BEM, das vordergründig auf langzeiterkrankte Personen abzielt, wurden für die Interviews vor allem Personen im Forschungsfeld in Betracht gezogen, die bereits mindestens einmal für eine längere Dauer arbeitsunfähig gewesen sind. Unabhängig davon sollte eine möglichst hohe Heterogenität dieser Datenbasis erreicht werden. In Bezug auf die beruflichen Positionen kamen deshalb nicht nur Pflege- und Betreuungskräfte, sondern auch Mitarbeiter des technischen Dienstes, der Betriebsküche sowie Verwaltungskräfte für die Interviews in Frage. Auch Mitglieder des Betriebsrats und Führungskräfte sollten berücksichtigt werden. Weiterhin wurde darauf geachtet, dass in Bezug auf das Alter eine möglichst breite Streuung erreicht wird. Nachdem diese Kriterien mit den Betreuern des Unternehmens erörtert wurden, konnten nach und nach potentielle Interviewpartner ausgewählt werden.

Im Sinne der Grounded Theory wurden die Untersuchungsteilnehmer für die Interviews jedoch nicht im vornherein bereits festgelegt, sondern das Sampling wurde im wechselseitigen Prozess von Datenerhebung und -auswertung fortlaufend durchgeführt. Diese Vorgehensweise wurde so lange fortgesetzt, bis eine Datensättigung erfolgt war und die Ergebnisse für die Untersuchung ausreichten. (Przybowski, Wohlrab-Sahr 2014, S. 195)

Die Rekrutierung der ausgewählten Mitarbeiter erfolgte zunächst im Erstkontakt durch das Qualitätsmanagement der SHBG. Dabei wurden die potentiellen Teilnehmer telefonisch

kontaktiert und eine grundsätzliche Teilnahmebereitschaft für ein Interview im Rahmen der Bachelorarbeit abgeklärt. Immer, wenn es den Umständen entsprechend möglich war, wurde anschließend vom Autor versucht, einen persönlichen Kontakt in den Einrichtungen zu den Interviewpartnern herzustellen. Dabei wurde die eigene Person und das Forschungsvorhaben erneut kurz vorgestellt und dazu auch das für die Untersuchung erstellte Informationsschreiben (Anhang 3) ausgegeben. Auch ein Termin für das Interview wurde in diesem Rahmen vereinbart. War dies nicht möglich, wurde zumindest ein telefonischer Kontakt hergestellt und das Informationsschreiben entweder postalisch oder per E-Mail an die Interviewpartner übermittelt.

Das zusammengestellte Sampling war vielfältig verteilt. Unter den insgesamt neun Interviewpartnern waren drei Männer und sechs Frauen. Die jüngste Person war hierbei 18, die älteste 60 Jahre alt gewesen. Der Mittelwert lag bei 44 Jahren. In sieben der neun Fälle handelte es sich bei den Befragten um Vertreter der Pflege und/oder Betreuung, während die zwei weiteren Personen jeweils der Betriebsküche und dem technischen Dienst angehörten. Unter allen Interviewpartnern befand sich auch eine Pflegedienstleitung und ein Mitglied des Betriebsrates. Allgemein bestand ein großes Teilnahmeinteresse an den Interviews. Jede angefragte Person gab schließlich auch eine Zusage. (Tabelle 5)

Tabelle 4: Zusammensetzung des Samplings

Interview-Nr.	Code	Alter	Einrichtung	Berufliche Position
1	IP 1	42	Tagespflege „Lohsenpark“	Pflegefachkraft/Betreuung
2	IP 2	60	Seniorenheim „Am Brauerreiteich“	Betriebsküche/Küchendienst
3	IP 3	36	Wohnheim „Gartenstraße“	Betreuungskraft
4	IP 4	57	Seniorenheim „Am Brückenplatz“	Pflegefachkraft
5	IP 5	58	Seniorenheim „Am Brauerreiteich“	Technischer Dienst
6	IP 6	33	Pflegedienst „Lohsenpark“	Pflegefachkraft
7	IP 7	51	Wohnheim „Gartenstraße“	Betreuungskraft/Betriebsrat
8	IP 8	18	Seniorenheim „Am Brückenplatz“	Pflegehilfskraft
9	IP 9	41	Seniorenheim „Schloss Löbichau“	Pflegedienstleitung

3.4 Erhebungsinstrument

Für die vorliegende Untersuchung wurde sich für eine Datenerhebung mittels Interviews entschieden. In der qualitativen Forschung existiert dazu eine breite, ausdifferenzierte Vielzahl an unterschiedlichen Interviewformen (Helfferich 2005, S. 24). Es wurde sich speziell für Leitfadeninterviews als Form der semi-strukturierten Interviewformen entschieden, da diese der Strukturierung des Themenfeldes und als konkretes Hilfsmittel zur Orientierung in der Erhebungssituation dienen (Bogner et al. 2014, S. 27).

Leitfäden verkörpern nach Misoch (2015) besonders drei Grundprinzipien der qualitativen Forschung. Diese sind die *Offenheit*, die *Prozesshaftigkeit* und die *Kommunikation*. *Offenheit* zielt dabei sowohl auf die Gestaltung des Leitfadens als auf eine flexible Handhabung während der Durchführung ab. *Prozesshaftigkeit* drückt aus, dass Ergebnisse und deren Bedeutung immer im Kontext der sozialen Umwelt und der Vergangenheit entstehen und auch in diesen Zusammenhängen verstanden werden müssen. *Kommunikation* bezieht sich auf das verwendete Sprachniveau, die Verständlichkeit von Fragen, die Nähe zu alltäglichen Sprachregeln sowie über die Anpassung von Inhalten im Gesprächsverlauf. (Misoch 2015, S. 66)

Mit den Leitfadeninterviews konnte gleichzeitig den Prinzipien der GTM entgegengekommen werden, da sich an keine bestimmte Art der Arbeit gebunden werden musste (Reichertz, Wilz 2016, S. 48). Bei Bedarf wurde der Leitfaden nach jedem Interviewdurchlauf optimiert und an neue Erkenntnisse angepasst, indem einzelne Fragen hinzugefügt oder bestehende Fragen ersetzt wurden. Einige Aspekte konnten damit vermehrt in den Fokus gestellt werden, während andere Gesichtspunkte im Verlauf mehr vernachlässigt werden konnten. Die ideale Interviewform verdeutlicht sich bei Anwendung der GTM deshalb erst im Verlauf der Arbeit (Przyborski, Wohlrab-Sahar 2010, S. 195). Ferner wurden die Inhalte der Interviews auch in Zusammenarbeit und der Unterstützung durch die Betreuer der SHBG abgesprochen, um die Inhalte zu präzisieren und möglichen Barrieren entgegenzuwirken. Nach den ersten Interviews wurde mit den Interviewpartnern zusätzlich in der Art eines Feedbackgespräches nach der Beurteilung und Verbesserungsmöglichkeiten im Interviewablauf befragt, um den Interviewablauf besser auf die Zielgruppe abzustimmen.

In der Entwicklung des Leitfadens wurden Studien und Projekte zur betrieblichen Eingliederung vergangener Jahre berücksichtigt, die den Fokus auf die Betroffenenperspektive legten (Alaszewski et al. 2007; Gilworth et al. 2009; Sommer 2016). Alle Fragen wurden jedoch eigens verfasst und häufig angepasst. Dazu wurden jederzeit ausschließlich offene

Fragen im Leitfaden formuliert, da dies den Vorteil hat, dass die Antworten des Befragten in kein vorgegebenes Antwortschema eingeordnet werden, sondern von diesem eigens formuliert werden können (Lamnek 2016, S. 327).

Im Mittel bestand der Leitfaden zu Beginn der Interviews aus circa 30 bis 40 Fragen, die in insgesamt 3 Themenkomplexe unterteilt wurden. Der erste Fragenkomplex setzte sich mit Krankheit und Arbeitsunfähigkeit auseinander. Hierbei waren vor allem die allgemeine Krankengeschichte, Beschwerden und Einschränkungen von Interesse. Daraufhin wurde auf den zweiten Komplex hingeleitet, in dem die Einstellungen und das Verständnis der Interviewpartner bezogen auf Gesundheit, Arbeit, BGF und Belastungen thematisiert wurden. Der dritte Fragenkomplex war der umfangreichste und befasste sich mit dem Kernthema betriebliche Eingliederung und BEM. Dabei wurden die Interviewpartner zuerst zu ihrer Wahrnehmung und zu konkretem Wissen zum BEM befragt. Außerdem wurden Informationen zu vergangenen Eingliederungen sowie deren Ablauf, Maßnahmen und Beteiligten in Erfahrung gebracht. Zudem erhielt auch die Evaluation des Eingliederungsprozesses einen hohen Stellenwert. Mit der letzten Frage wurde den Interviewpartner immer explizit die Möglichkeit eingeräumt, noch weitere Themen in das Interview einbringen zu dürfen, die eventuell noch nicht genannt wurden. Ein exemplarischer Leitfaden ist in Anhang 4 dargestellt.

3.5 Ablauf der Datenerhebung

Die Interviews fanden im Zeitraum vom 04.09.2017 bis zum 21.09.2017 in den jeweiligen Einrichtungen der SHBG statt. Vor Ort konnte dann für die Durchführung jeweils auf Dienstzimmer oder Ruheräume des Personals zurückgegriffen werden, um potentiellen Störeinflüssen so wenig wie möglich zu begegnen. Die Interviews fanden zwar während der Arbeitszeit statt, die Zeiten richteten sich aber nach den Wünschen und Freiräumen der Interviewpartner. Mit den Heim- und Pflegedienstleitern der jeweiligen Einrichtungen wurden die Interviewzeiten außerdem im Vorfeld abgeklärt, damit es zu keinen Missverständnissen vor Ort kommen konnte. In einem Ausnahmefall fand das Interview im privaten Heim eines Interviewpartners statt, da dieser erst kurz vor seiner Arbeitsplatzrückkehr stand.

Die Struktur und der Ablauf von Leitfadeninterviews kann nach Misoch (2015) in vier verschiedene Phasen unterschieden werden. Diese sind nacheinander folgend die *Informationsphase*, die *Aufwärm- und Einstiegsphase (Warm-Up)*, die *Hauptphase* und die *Ausklang- und Abschlussphase*. (Misoch 2015, S. 68) Selbstverständlich stellt jedes einzelne

Interview eine Sondersituation dar. Trotzdem wurde versucht, sich in den Interviews so gut wie möglich an diesen Phasen zu orientieren.

In der *Informationsphase* wurde die eigene Person, falls es im Vorfeld noch zu keinem persönlichen Kontakt kommen konnte, vorgestellt und nachgefragt, ob die Informationen aus dem Informationsschreiben und der Einladung inhaltlich soweit verstanden wurden, oder ob dazu weiteren auszuräumende Nachfragen zur Klärung aufgekommen sind. Anschließend wurde die Einverständniserklärung (Anhang 5) ausgegeben und die darin enthaltenen Aspekte zum Datenschutz erläutert. Es soll darauf hingewiesen werden, dass pro Interview zwei unterschriebene Einverständniserklärungen ausgegeben wurden, damit sowohl der Interviewer als auch der Interviewpartner unmittelbar je eine gegengezeichnete Version erhalten konnten.

Daraufhin folgte die *Aufwärm- oder Einstiegsphase*, die zum Ziel hat, dem Befragten den Einstieg in die Interviewsituation und in das Thema zu erleichtern (Misoch 2015, S. 68). Zu Beginn dieser Phase wurde auch das Tonbandaufnahmegerät eingeschaltet. Es wurde nochmals verdeutlicht, dass es im Interview keine falschen Antworten geben kann und dass allein der Zweck des Erkenntnisinteresses im Rahmen der Forschungsarbeit im Vordergrund steht.

In der *Hauptphase* begann die Abfrage der unterschiedlichen Themenkomplexe. In der Regel gingen Phase zwei und drei fließend ineinander über, indem zunächst der erste Themenkomplex kurz erläutert und eine einleitende Einstiegsfrage des Leitfadens vorangestellt wurde, aus dem sich dann die weiteren Fragen ableiteten. Erst später im Leitfaden eingeordnete Fragen waren manchmal bereits vorher zur Sprache gekommen. Die betreffenden Fragen wurden dann später übersprungen, wenn diese bereits ausreichend beantwortet wurden. Ergaben sich über den Leitfaden hinaus interessierende Themen, wurde auch hier eingehakt. Damit konnten auch von Seite der Befragten neue Themen in das Interview Einzug erhalten.

In der letzten Phase, der *Ausklang- und Abschlussphase* wird das gesamte Interview reflektiert und der Interviewpartner aus der Befragungssituation hinausgeführt (Misoch 2015, S. 69). Es wurde sich danach erkundigt, ob es noch weitere Inhalte gibt, zu dem sich der Interviewpartner im Rahmen des Themas äußern möchte, oder ob es Anmerkungen zum Interview an sich gibt. Abschließend wurde sich bei dem Interviewpartner für die entgegengebrachte Zeit und den Aufwand bedankt. Ein erneuter Hinweis auf Datenschutz und Anonymität schloss das Interview ab.

3.6 Datenauswertung – Qualitative Inhaltsanalyse

Die Datenauswertung der vorliegenden Bachelorarbeit erfolgte in Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Die Anfänge der Inhaltsanalyse lassen sich bis auf Max Weber im Jahre 1910 zurückführen. Zunehmende Bedeutung erlangte diese aber erst in den 1940er Jahren durch die Erfindung des Radios sowie die verstärkten Rollen von Kriegsberichterstattung und Propaganda, die immer häufiger als Gegenstand wissenschaftlicher Analysen eingebunden wurden. (Kuckartz 2014, S. 26) Die aus diesen Massenmedien resultierenden großen Textdatenmengen machten eine systematische Auswertung mittels der bis dahin quantitativen Formen der Inhaltsanalyse notwendig (Mayring 2015, S. 469).

Durch die anwachsende Kritik an rein quantitativ orientierten Inhaltsanalysen wurde in den folgenden Jahrzehnten der Übergang in Richtung einer Alternative, der bis dahin als unwissenschaftlich angesehenen qualitativen Inhaltsanalyse, eingeleitet (Kuckartz 2014, S. 28; Mayring 2015, S. 469). Als Ansatzpunkt der quantitativen Inhaltsanalyse will diese die Systematik von kontrollierter Textauswertung beibehalten, ohne jedoch in unmittelbare Quantifizierungen zu verfallen (Mayring 2008a, S. 10). Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse stellt dar, vorher in einer beliebigen Form festgehaltenes Kommunikationsmaterial systematisch zu bearbeiten (Mayring 2015, S. 468).

Vorab muss erklärt werden, dass nicht die eine, allgemeingültige qualitative Inhaltsanalyse, sondern eine Vielzahl von sich unterscheidenden Methoden und Techniken existieren (Kuckartz 2014, S. 72). Mayring (2008b) charakterisiert dabei drei Grundformen der qualitativen Inhaltsanalyse, die *Zusammenfassung*, die *Explikation* und die *Strukturierung*. Bei der *Zusammenfassung* wird das Material so reduziert, damit zwar nur noch das Wesentliche erhalten bleibt und eine Übersicht entsteht, jedoch auch noch das grundlegende Abbild des Materials identifizierbar ist. Die *Explikation* dient als Gegenstück der Zusammenfassung, bei der aus den Einzelteilen des Materials zusätzliches Material erschlossen werden soll, dass das Einzelelement erläutert, erklärt und das Verständnis dessen erweitert. Bei der *Strukturierung* wird das Material nach festgelegten Ordnungskriterien sortiert, um bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern und hervorzuheben. (Mayring 2008b, S. 58)

Die Datenauswertung mittels der qualitativen Inhaltsanalyse kann nach verschiedenen Modellen erfolgen. Im konkreten Fall muss das Analysemodell zwar an das Material und die Fragestellung angepasst werden, es lässt sich jedoch ein allgemeines Modell aufstellen (Mayring 2008b, S. 53), an dem sich zunächst für die vorliegende Arbeit orientiert wurde.

Das allgemeine, inhaltsanalytische Ablaufmodell umfasst in der Anwendung insgesamt neun Schritte (Mayring 2008b, S. 54). Im Folgenden wird die Vorgehensweise dazu exemplarisch für die Arbeit beschrieben. (Abbildung 4)

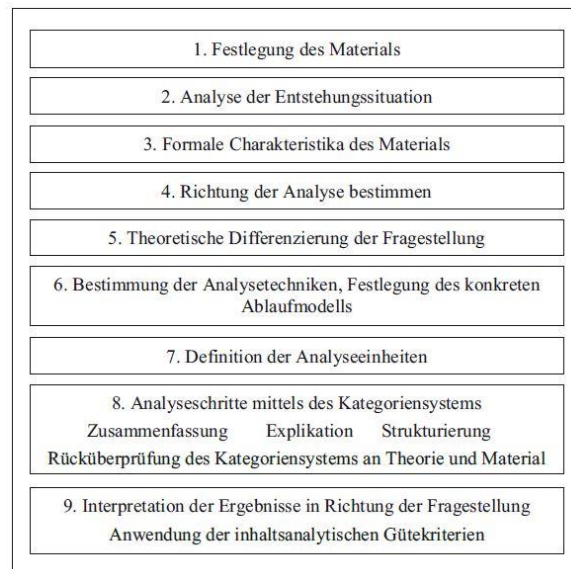


Abbildung 4: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell (Mayring 2008b, S. 54)

1. Festlegung des Material

Das Material wurde durch neun durchgeführte Interviews erhoben. Dabei handelte es sich um qualitative Leitfadeninterviews mit literaturgestützten, aber eigens formulierten Fragen. In den Interviews kam ein digitales Tonbandgerät zum Einsatz, mit dem der gesprochene Inhalt als Audiodatei festgehalten werden konnte. Nach der Datensicherung auf dem PC wurden diese Audiodateien in die Analysesoftware MAXQDA (Version 12) (VERBI Software GmbH 2017) überführt.

2. Analyse der Entstehungssituation

Es müssen präzise Beschreibungen darüber erfolgen, wer das Material produziert hat, und unter welchen Bedingungen dies erfolgt ist (Mayring 2008b, S. 47). Die Datenerhebung mittels qualitativer Interviews wurde zwischen dem 04.09.2017 und 21.09.2017 durch den Autor dieser Arbeit im Rahmen einer Bachelorthesis durchgeführt. Die Teilnehmer der Untersuchung, der Interviews waren insgesamt 9 Mitarbeiter in den Pflege- und Betreuungseinrichtungen der SHBG. Die Einzelinterviews fanden immer direkt im Face2Face-Kontakt und in den jeweiligen Einrichtungen, in einem Fall im privaten Heim, statt. Die Auswahl der Zielgruppe erfolgte im Rahmen der Grounded Theory. Die Dauer der Interviews variierte dabei insgesamt zwischen 19 und 38 Minuten. (Tabelle 6)

Tabelle 5: Analyse der Entstehungssituation

Code	Geschlecht	Interviewdauer	Entstehungssituation
IP 1	w	38 Minuten	IP 1 war sehr offen und gesprächsbereit, wodurch sich ein tiefes und ausführliches Interview ergab. IP 1 konnte sehr klar und detailliert ihre Ansichten sowie die retrospektiven Krankheitsgeschichten darlegen. Das Interview wurde einmal für zwei Minuten unterbrochen, was dem Ablauf aber nicht schadete.
IP 2	w	22 Minuten	IP 2 wirkte zu Beginn zögerlich oder auch misstrauisch, was sich aber im Verlauf des Interviews legte. Das Interview wurde von einer unruhigen Atmosphäre begleitet, da Gespräche im Nebenzimmer hörbar waren. IP 2 vertrat eher klare und kurze Aussagen.
IP 3	w	24 Minuten	Das Interview fand in einer ruhigen, ungestörten Atmosphäre statt. IP 3 wirkte aufgeregt und durchgehend unsicher, wodurch der Aufbau eines flüssigen Gespräches nur bedingt ermöglicht wurde.
IP 4	w	23 Minuten	IP 4 empfing den Autor freundlich und war recht entspannt. Im privaten Wohnzimmer ergab sich ein angenehmes Interview. IP 4 stand kurz vor einer Arbeitsplatzrückkehr und war deshalb zur Wiedereingliederung nur bedingt auskunftsfähig.
IP 5	w	19 Minuten	Für das Interview musste auf einen Saal zurückgegriffen werden, was für die Gesprächsqualität nicht optimal war. IP 5 wirkte auskunftsfähig, war aber eher verschlossen, wodurch sich die Inhalte trotz häufiger Nachfragen auf kurze, sachliche Aussagen beschränkten.
IP 6	m	26 Minuten	IP 6 war gut gelaunt, entspannt und gesprächsbereit. Es ergab sich ein ungestörtes, offenes und ehrliches Gespräch.
IP 7	m	37 Minuten	IP 7 wirkte gut auf das Interview vorbereitet und darüber hinaus sehr engagiert. Er besaß bereits diverses Expertenwissen und war am allgemein

			am Gegenstand der Untersuchung und der Bachelorthesis sehr interessiert. Das Gespräch wurde durch einen Telefonanruf gestört. IP 7 schilderte seine Eindrücke aus einer neutralen, übergreifenden Perspektive und war an einer praxisnahen und lösungsorientierten Diskussion interessiert, wodurch sich auch nach dem Interview ein kurzes Gespräch anschloss.
IP 8	m	22 Minuten	IP 8 war mit den Interviewinhalten sichtlich überfordert. Das Interview verlief daher, trotz teilstarker Anpassung des Leitfadens und häufigen Einhakens, sehr stockend.
IP 9	w	26 Minuten	Das Interview verlief vertraulich und ruhig, wurde jedoch durch zwei Anrufe unterbrochen. IP 9 war nett und zuvorkommend.

3. Formale Charakteristika des Materials

Zur Auswertung von Interviews ist im Vorfeld eine Transkription der mit dem Tonbandgerät aufgezeichneten Audiodateien notwendig. Das Transkript stellt damit die zentrale Ausgangsbasis der wissenschaftlichen Analyse dar. (Fuß, Karbach 2014, S. 15) Transkription bedeutet dabei die Verschriftlichung von sowohl verbalen als auch nonverbalen Daten (Misoeh 2015, S. 249). Eine Definition von Kowal, O'Connel (2015) geht noch darüber hinaus, indem es Transkription sogar ermöglicht, Verhaltensaspekte von Personen in Gesprächen grafisch darzustellen (Kowal, O'Donnel 2015, S. 438).

Für die Transkription des Materials müssen im Vorfeld verbindliche Regeln festgelegt werden. Diese Transkriptionsregeln legen fest, in welcher Art und Weise das Sprachmaterial in die schriftliche Form überführt wird. Dazu existieren unterschiedliche Regelsysteme, die sich vordergründig darin unterscheiden, inwiefern Merkmale und Entstehungssituation des zu transkribierenden Materials berücksichtigt werden. (Kuckartz 2014, S. 135) Die Auswahl des geeigneten Transkriptionssystems kann bereits als erster Schritt der Dateninterpretation angesehen werden, da dadurch die Datentiefe und -qualität beeinflusst werden (Misoeh 2015, S. 250). Determiniert wird diese Wahl hauptsächlich durch finanzielle Aspekte, denn die Transkription eines Textes nimmt hohen Zeitaufwand in Anspruch und verursacht Kosten (Kuckartz 2014, S. 135).

Deshalb wurde sich für das Transkriptionssystem von Kuckartz (2014) entschieden. Dieses ist einerseits einfach und schnell erlernbar, andererseits berücksichtigt es dabei speziell die Datenerhebung mittels Leitfadeninterviews und die computergestützte Analyse (Kuckartz 2014, S. 136). Dazu wird das Gesprochene in eine Standardsprache und ins Hochdeutsche übertragen, während sich die Zeichensetzung an der deutschen Rechtschreibung orientiert. Der Fokus dieses Transkriptionsverfahrens liegt vordergründig auf der inhaltlichen Ebene. Deswegen werden dialektale Betonungen oder Dehnungen von Wortsilben ausgespart. Des Weiteren werden nur wenige Notationszeichen angewendet, was zu einer guten Lesbarkeit des Transkriptes beiträgt. Der Anonymität wird hinsichtlich des Datenschutzes natürlich ebenfalls nachgekommen. (Fuß, Karbach 2014, S. 29) Insgesamt enthält das Regelsystem 14 Punkte (Anhang 6). Da in der Arbeit vordergründig der Inhalt und nicht die Form der Sprache interessierte, mussten manche dieser Punkte jedoch noch leicht modifiziert werden. So wurden falsche Satzstellungen, obwohl sie laut des Transkriptionssystems beibehalten werden sollten, teilweise ausgebessert, da sonst bei erneuter, späterer Betrachtung des Transkriptes wohl das Verständnis zum Inhalt nach und nach verloren gegangen wäre. Darüber hinaus werden vom Regelsystem keine Angaben zur Transkription von retrospektiv beschriebenen Zitaten im Interview getroffen. Dies wurde deshalb insofern geregelt, indem solche Zitate regulär im Text weiter ausgeschrieben wurden. Da die Software MAXQDA eine Einbindung von Audiodateien und eine direkte Zuordnung zu Textdateien ermöglicht, wurde die Transkription direkt im Programm selbst durchgeführt. Sofern möglich, wurde immer am selben Tag des Interviews noch transkribiert, da die Gedanken zur Interviewsituation im Gedächtnis noch relativ klar waren. Wurde ein Interview vollständig transkribiert, dann schloss sich eine Überprüfung von Rechtschreibung und Grammatik an. Ein Beispiel für eine Transkription wurde unter Anhang 7 bereitgestellt.

4. Richtung der Analyse

Die Richtung der Analyse orientierte sich vordergründig an der, im Rahmen der Bachelorarbeit, eingangs gestellten, forschungsleitenden Frage: „Welche Erwartungen haben Mitarbeiter an die betriebliche Eingliederung?“. Daraus leiteten sich weitere Unterpunkte ab, die auch auf die Belastungen, Ängste, Wahrnehmungen oder auch Gefühle der Mitarbeiter bei der Arbeitsplatzrückkehr abzielten. Auf praktischer Ebene sollten die Ergebnisse der Untersuchung der SHBG als Forschungsfeld dienen, indem darauf aufbauend die Implementierung eines an den Betrieb angepassten BEM vorgebracht wird.

5. Theoretische Differenzierung der Fragestellung

Die Inhaltsanalyse zeichnet sich durch Regel- und Theoriegeleitetheit aus. Dies bedeutet, dass an den „geronnenen Erfahrungen [...] anderer über diesen Gegenstand“ angeknüpft

wird, um einen Erkenntnisfortschritt zu erreichen (Mayring 2008b, S. 52). Dem wurde in der vorliegenden Arbeit nachgekommen. Im Kapitel *theoretischer Hintergrund* wurde dazu der Gegenstand in Form des BEM, rechtliche Perspektiven sowie der aktuelle Stand der Forschung, mithilfe von im Vorfeld intensiv durchgeführten Literaturrecherchen darlegt. An dieser Stelle muss jedoch unbedingt angefügt werden, dass sich das Ziel der Untersuchung auch am praktischen Nutzen, dem Aufbau eines BEM in der SHBG, orientierte. Die Fragestellung der Untersuchung ließ sich deshalb nicht allein von der Theorie leiten.

6. Bestimmung der Analysetechniken und Festlegung des konkreten Ablaufmodells

Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, werden mit der *Zusammenfassung*, der *Strukturierung* und der *Explikation* drei Grundformen qualitativer Inhaltsanalysen unterschieden (Mayring 2008b, S. 58). Für die Datenauswertung wurde sich vorwiegend für eine Form der inhaltsanalytischen Zusammenfassung entschieden, um bestmöglich dem Auftrag der Bachelorarbeit und der Forschungsfrage gerecht zu werden.

7. Definition der Analyseeinheiten

Um die Präzision der Inhaltsanalyse zu erhöhen, unterscheidet Mayring (2008b) drei Analyseeinheiten. Diese sind die *Kodiereinheit*, die *Kontexteinheit* und die *Auswertungseinheit*. Die *Kodiereinheit* ist der kleinste Bestandteil des Materials, der ausgewertet werden darf und der minimale Textteil, der damit unter eine Kategorie fällt. Im Gegensatz dazu stellt die *Kontexteinheit* den größten Textbestandteil dar, der unter eine Kategorie fallen kann. Die *Auswertungseinheit* legt fest, welche Teile des Textes nacheinander ausgewertet werden. (Mayring 2008b, S. 53)

Im Rahmen der vorliegenden Bachelorarbeit wurden die Analyseeinheiten folgend festgelegt: Die *Kodiereinheit* bestand aus mindestens einem Wort, das in Bezug zum Forschungsgegenstand einer thematisch passenden Kategorie zugeordnet werden konnte. Die *Kontexteinheit* umfasste mehrere aufeinanderfolgende Sätze bis hin zu einem Absatz, der in Bezug zum Forschungsgegenstand kategorisiert werden konnte. Die *Auswertungseinheiten* lagen in Form der neun transkribierten Interviews, nebeneinander geordnet in der Analysesoftware MAXQDA vor.

8. Analyseschritte mittels des Kategoriensystems, Rücküberprüfung des Kategoriensystems an Theorie und Material

Die wesentliche Stärke der qualitativen Inhaltsanalyse liegt darin, dass die Analyse in einzelne, vorher festgelegte Interpretationsschritte zerlegt wird. Im Zentrum steht dabei immer die Entwicklung eines Kategoriensystems, das in einem Wechselverhältnis von Theorie und

konkretem Material entwickelt, durch Zuordnungs- und Konstruktionsregeln definiert und während der Analyse überarbeitet und rücküberprüft wird. (Mayring 2008b, S. 53) Für den Vorgang der Kategorienbildung existieren grundsätzlich zwei unterschiedliche Verfahrens- oder Herangehensweisen, die induktive und deduktive Kategorienbildung.

Die deduktive Kategorienbildung erfolgt nicht am Material, das erhoben wurde, sondern die aufzustellenden und zu nutzenden Kategorien werden aus einer bereits vorhandenen Systematisierung, wie einem Interviewleitfaden, hergeleitet (Kuckartz 2014, S. 59). Somit stehen bei der deduktiven Kategorienbildung bereits vor der Analyse des Materials Kategorien fest. In der vorliegenden Bachelorthesis erfolgte dies in Form des theoretischen Hintergrundes, der interessierenden Forschungsfrage sowie dem Interviewleitfaden als Erhebungsinstrument. (Anhang 4)

Die induktive Kategorienbildung folgt, im Gegensatz zur deduktiven Kategorienbildung, der systematischen Ableitung von Auswertungsgesichtspunkten aus dem Material heraus und damit dem Grundgedanken der zusammenfassenden Inhaltsanalyse. Sie ähnelt dem *offenen Codieren*, wie es in der GTM auch der Fall ist. (Mayring 2015, S. 472) Dazu müssen zunächst Kategorisierungsdimension und Abstraktionsniveau definiert sowie das Selektionskriterium für die Kategorienbildung festgelegt werden. Dies entspricht auch dem deduktiven Element, da theoretische Erwägungen zu Gegenstand und Ziel der Analyse immer begründet werden müssen. Das Material wird zeilenweise durchgearbeitet, bis eine passende Textstelle zur Kategoriendefinition gefunden wird. Dafür wird dann eine Kategorie induktiv konstruiert und diese mit einem Begriff oder Satz, der möglichst nahe am Material angesiedelt ist, bezeichnet. Werden im weiteren Verlauf erneut passende Textstellen gefunden, werden diese einer bereits formulierten Kategorie zugeordnet (Subsumption), oder es erfolgt die induktive Bildung einer neuen Kategorie aus dem Material heraus. Nach zehn bis 50 Prozent des Materialdurchgangs wird das gesamte Kategoriensystem überarbeitet, indem geprüft wird, ob Überlappungen bestehen und der Abstraktionsgrad kongruent zur Fragestellung ist. Bei Veränderungen wird das Material dann erneut von Anfang an bearbeitet. (Mayring 2016, S. 115) (Abbildung 5)

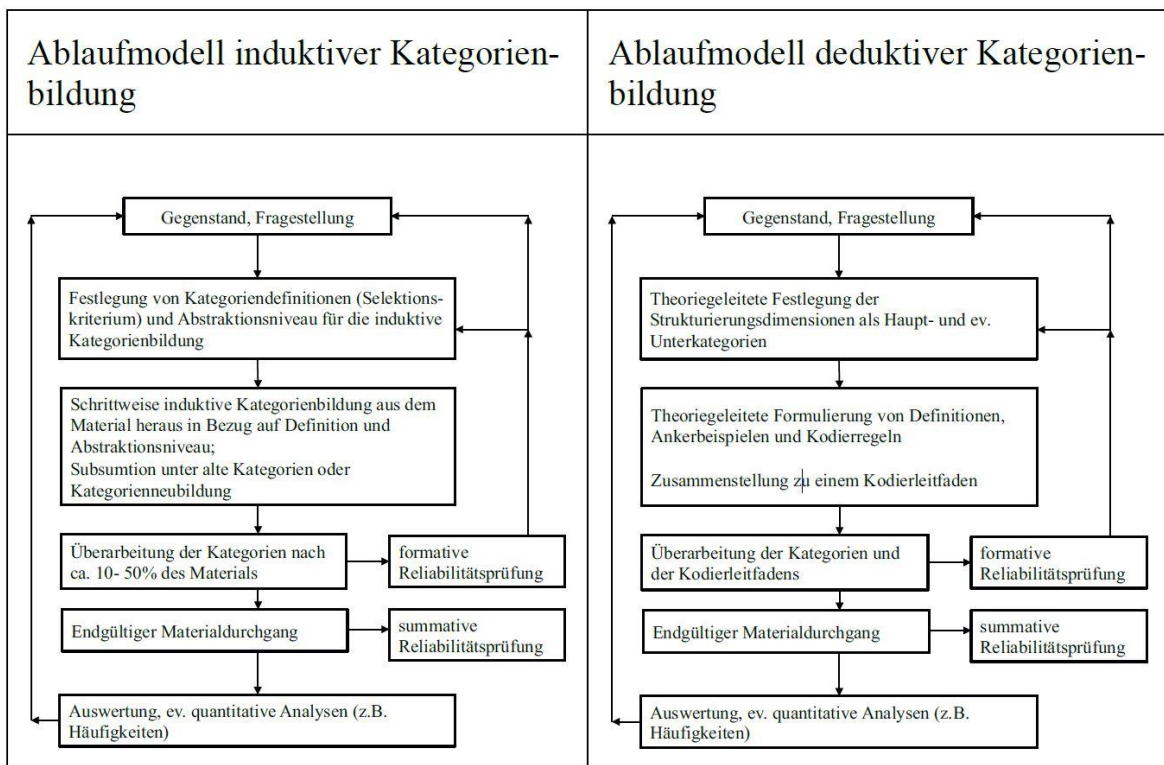


Abbildung 5: Induktive und deduktive Kategorienbildung im Vergleich (Ramsenthaler 2013, S. 29)

Die Art der gewählten Kategorienbildung hängt jedoch in starkem Maße von der Forschungsfrage und dem Vorwissen ab. Je stärker das Vorwissen und die Theorieorientierung, je gezielter die Forschungsfrage, desto eher werden bereits vor der Bearbeitung des Materials Kategorien gebildet werden können. Beide Formen sind jedoch letztlich nicht gegensätzlich voneinander anzusehen, da es bei der Anwendung des Kategoriensystems unerheblich ist, ob dieses nun induktiv oder deduktiv generiert wurde. (Kuckartz 2014, S. 59)

Im Sinne der inhaltsanalytischen Zusammenfassung kamen teilweise noch die Makrooperatoren der Reduktion (Auslassen, Generalisation, Konstruktion, Integration, Selektion und Bündelung) zum Einsatz. Durch die Z1-Regel wurden zunächst nicht inhaltstragende Textbestandteile entfernt und diese auf eine einheitliche Sprachebene übertragen. Im Anschluss fand mit der Z2-Regel eine Generalisierung der Textteile auf ein einheitliches Abstraktionsniveau statt, wobei Paraphrasen über dem angestrebten Abstraktionsniveau beibehalten wurden. Durch die Z3-Regel wurden in einer ersten Reduktion bedeutungsgleiche Paraphrasen gestrichen, bevor mit der Z4-Regel folgend ähnliche Paraphrasen zusammengefasst wurden. Am Ende der Reduktionsphasen wurden die Paraphrasen und die Kategorien dahingehend rücküberprüft, dass diese nach wie vor das Ausgangsmaterial verkörpern. (Mayring 2008b, S. 60)

Aufgrund ihrer Systematik eignet sich die qualitative Inhaltsanalyse in besonderer Weise für eine Computerunterstützung (Mayring 2015, S. 474). Deshalb erfolgte die Datenanalyse und damit auch die Kategorienbildung ebenfalls in der Analysesoftware MAXQDA (Version 12). Da bereits die Transkription in dieser Software erfolgte, mussten die Transkripte nicht erst umgewandelt und importiert werden. Der Vorteil in der Arbeit mit MAXQDA lag darin, dass alle Transkripte der Interviews gleichzeitig bearbeitet werden konnten und ein problemloser Wechsel zwischen diesen jederzeit möglich war. Damit konnte auch eine gute Vergleichbarkeit gewährleistet werden. Weiterhin konnten den jeweiligen Kategorien Farben zugeordnet werden, damit eine bessere optische Abgrenzung ermöglicht wurde. Eine Funktion zum Einfügen von Memos half außerdem dabei, Bedeutungen von Textstellen oder auch gebildeter Kategorien festzuhalten und zu erklären.

9. Interpretation der Ergebnisse in Richtung der Fragestellung, Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien

Die erhaltenen Ergebnisse müssen nun in Richtung der Hauptfragestellung interpretiert und die Aussagekraft der Analyse anhand inhaltsanalytischer Gütekriterien eingeschätzt werden (Mayring 2008b, S. 53). Dazu erfolgt zunächst im Ergebniskapitel eine kategorienbasierte Darstellung der Ergebnisse, woran sich folgend eine interpretative Auseinandersetzung sowohl mit den Ergebnissen als auch den verwendeten Methoden im Diskussionsteil anschließt.

3.7 Forschungsethik

In jeder seriösen sozialwissenschaftlichen Untersuchung müssen forschungsethische Aspekte bedacht werden, damit sichergestellt wird, dass sich den teilnehmenden Personen durch ihre Bereitschaft an der Forschung in keinerlei Form Schaden zueignet (Misoch 2015, S. 15). Hopf (2015) definiert Forschungsethik als die Gesamtheit ethischer Prinzipien und Regeln, durch die bestimmt wird, in welcher Art und Weise die Beziehung zwischen Forschenden und den in die Untersuchung eingeschlossenen Personen ausgestaltet wird (Hopf 2015, S. 590). Besonders in der qualitativen Forschung müssen Fragen zu Forschungsethik berücksichtigt und behandelt werden, da durch diese tiefe Einblicke in sonst verschlossene gesellschaftliche Bereiche ermöglicht wird. Dies umfasst auch den Zugang zu sensiblen Materialien, die jederzeit zu Zwecken sozialer Kontrolle missbraucht werden können sowie die Berührung von Würde, informeller Selbstbestimmung und Interessen einer Person. Forschungsethische Fragen sind somit in qualitativer Forschung generell schwerer zu lösen. (Hopf 2015, S. 588)

Um Forschungsethik und die davon ausgehenden Prinzipien zu definieren, existiert eine Vielzahl von Ethikkodizes. Dabei haben die meisten Wissenschaftsdisziplinen ihre eigenen Regelungen erstellt, bei denen im Kern größtenteils Überschneidungen bestehen, sich jedoch auch mit spezifischen Problemen in der jeweiligen Disziplin auseinandergesetzt wird (Polit et al. 2004, S. 97). So formuliert zum Beispiel die Deutsche Gesellschaft für Soziologie und des Berufsverbandes Deutscher Soziologinnen und Soziologen (2017) in ihrem Ethikkodex, dass Untersuchungspersonen keinen Nachteilen oder Gefahren ausgesetzt werden dürfen, über alle Risiken aufgeklärt werden müssen und dass die Anonymität dieser Personen zu wahren ist (Deutsche Gesellschaft für Soziologie 2017).

Forschungsethik wird aber nicht auf normativer Ebene reguliert, sondern basiert in erster Linie auf der Grundlage rechtlicher Anforderungen, die es einzuhalten gilt (Hopf 2015, S. 590). So wird die Rechtsgrundlage des Datenschutzes durch das BDSG von 1990 sowie entsprechender Ländergesetze gestellt. Im Kern regelt das BDSG, welchen Bestimmungen die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten unterliegt und welche Maßnahmen zum Schutz dieser Daten getroffen werden müssen. (Helfferich 2005, S. 169)

Für Hopf (2004) stellen die beiden Prinzipien der *informierten Einwilligung* und der *Nicht-Schädigung* eine übergeordnete, größere Bedeutung im Forschungsprozess dar. Das *Prinzip der informierten Einwilligung* sagt aus, dass Untersuchungspersonen über die Teilnahme an Untersuchungen frei entscheiden dürfen und dass dieser Teilnahmeentscheidung eine ausführliche Information vorausgeht, um diese Entscheidung zu fundieren. (Hopf 2015, S. 592) Gemäß den berufsethischen Richtlinien des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e. V. (2016) sollte eine informierte Einwilligung über spezifische Sachverhalte Auskunft erteilen. So soll unter anderem über Zweck und Dauer sowie Erkenntnisgewinn der Untersuchung, aber auch Freiwilligkeit der Teilnahme, Gewährleistung der Vertraulichkeit oder auch Kontaktmöglichkeiten zu den Forschenden aufgeklärt und informiert werden (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. 2016, S. 23). Eng in Verbindung mit diesem Prinzip steht auch, dass Untersuchungsteilnehmer keiner Täuschung ausgesetzt werden dürfen (Hopf 2015, S. 592). Das *Prinzip der Nicht-Schädigung* zielt weniger auf die tatsächliche Gefährdung der Gesundheit der Untersuchungsteilnehmer ab, sondern auf die Folgen der Beteiligung an der Untersuchung im Zusammenhang mit Verletzungen von Vertraulichkeitszusagen. Dazu gehört es auch, die Originaldaten abzusichern, zu anonymisieren und gegebenenfalls zu verschlüsseln. Hierbei steht auch die Verbindung zur *informierten Einwilligung*, wenn die erhobenen Daten archiviert, weitergegeben oder veröffentlicht werden sollen (Hopf 2015, S. 594).

Um die forschungsethischen Aspekte in diese Untersuchung zu beachten und einzuhalten, wurden für die Untersuchung ein Informationsschreiben und eine Einwilligungserklärung erstellt. Im Informationsschreiben wurden dazu zunächst die eigene Person und die Betreuer der Untersuchung vorgestellt. Der Hintergrund wurde erläutert und daran das Ziel der Arbeit mit der Forschungsfrage abgeleitet. Anschließend wurden die Vorgehensweise und die Methodik in Form des Interviews dargelegt und bereits auf eine gesonderte Einwilligungserklärung bei Zusage hingewiesen. Zum Schluss wurden Kontaktmöglichkeiten bei aufkommenden Fragen offeriert. (Anhang 3) Die Einwilligungserklärung enthielt im Sinne der Ganzheitlichkeit ebenfalls Informationen zur Untersuchung wie im Informationsschreiben, wies diesmal jedoch gesondert für das Interview auf die Schwerpunkte der forschungsethischen Aspekte hin. Dazu wurden die Prinzipien Freiwilligkeit, Abbruchmöglichkeit, Löschung der Primärdaten, Anonymisierung und Datenschutz erläutert. Mit Unterschriften des Forschers und des Teilnehmers wurde die Einwilligung abgesichert. (Anhang 5)

4 Ergebnisse

4.1 Kategoriensystem

Durch die qualitative Inhaltsanalyse und mithilfe des Datenauswertungsprogrammes MAXQDA konnten die Inhalte der Interviews insgesamt sechs Kategorien zugeordnet werden (Abbildung 6). Dabei wurde auf eine möglichst ausgeglichene, übersichtliche und trennscharfe Strukturierung bei der Anzahl und dem Umfang der Kategorien Wert gelegt.

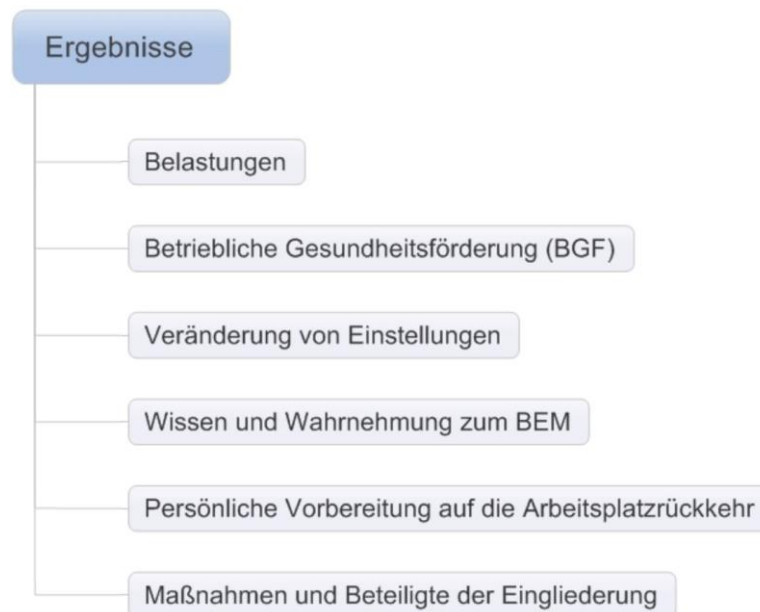


Abbildung 6: Überblick über das Kategoriensystem

Im Folgenden beginnt die Ergebnisdarstellung mit der Kategorie *Belastungen* und endet in der vorgegebenen Struktur mit *Maßnahmen und Beteiligte der Eingliederung*. Um die Nachvollziehbarkeit zu erhöhen, wird der Inhalt, der durch jede Kategorie beschrieben wird, zur Einführung prägnant durch ein Code-Memo beschrieben. Weiterhin sollte besonders in der Ergebnisdarstellung qualitativer Studien der Bezug zum Ausgangsmaterial sichtbar gemacht werden (Jaeggi et al. 1998, S. 19). Daher werden die Ergebnisse durch viele Ankerbeispiele aus den Interviews unterstützt, auch um die Anschauungen der Interviewpartner zu verdeutlichen und zu untermauern. Die dabei ausgewählten Zitate werden wertungsfrei wiedergegeben, auch wenn die wissenschaftliche Korrektheit der Inhalte nicht zwingend gegeben ist. Die Belege orientieren sich an dem bis hierhin in der Thesis verwendeten Zitationsstil.

4.2 Belastungen

Die Kategorie *Belastungen* beschreibt die Belastungen, die bei Betroffenen infolge einer Erkrankung und der daraus resultierenden Arbeitsunfähigkeit entstehen können und im Berufs- als auch Privatleben einschränken.

Eine Erkrankung ist zunächst ein Schicksalsschlag, der vor allem emotionale und psychische Belastungen hervorruft: „Ja, das war schon so ein Einbruch im Leben. Ich war vorher nie wirklich krank. [...] und dann plötzlich so eine Autoimmunerkrankung.“ (IP 1, Absatz 14) Im Vordergrund steht die permanente Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren oder den Beruf und die Funktion nicht mehr ausüben zu können (IP 8, Absatz 65). Dem geht voraus, dass der Arbeitgeber jede Arbeitsposition wieder neu besetzen kann, wenn die Arbeitsunfähigkeit länger als sechs Wochen andauert. Besonders Ältere haben dann Bedenken, den Arbeitsplatz an jüngere Kollegen abtreten zu müssen, versetzt oder auch in den Stunden herabgesetzt zu werden. (IP 6, Absatz 54) In solchen Fällen rücken Existenzängste in den Vordergrund: „Das ist schon für mich ein Druck, dass ich das jetzt auch bis zu meinem Rentenalter hinbekomme.“ (IP 6, Absatz 29)

Eng in Verbindung mit dem Arbeitsplatzverlust stehen finanzielle Sorgen. Einerseits zahlt der Arbeitgeber in den ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit weiterhin das Gehalt und anschließend sichert das Krankengeld der Krankenkasse ab (IP 2, Absatz 32). Andererseits reicht dieses aber meist nicht aus, um die Kosten zu decken (IP 3, Absatz 59; IP 4, Absatz 40). Als Beispiel werden die hohen Fahrtkosten durch das Auto angeführt, die dann kaum noch zu stemmen sind. Die Situation verschlimmert sich später zusätzlich, wenn auch das Krankengeld noch wegfällt. Ein Betroffener schilderte, so lange arbeitsunfähig gewesen zu sein, dass er mittlerweile schon ausgesteuert gewesen ist. Durch den Bezug von Arbeitslosengeld ergab sich schließlich auch ein Abhängigkeitsverhältnis von der Bundesagentur für Arbeit und dem Arbeitsamt: „Ich bin vom Arbeitsamt, von dem Aussteuerungsgeld in die Wiedereingliederung. Also das hat mich Haare gekostet.“ Die finanzielle Situation ist teilweise so schwerwiegend und verzweifelnd, dass die Personen die Wiedereingliederung abrechnen und schon früher wieder anfangen zu arbeiten, auch wenn sie körperlich noch nicht wieder bereit dafür sind. (IP 3, Absatz 59) Sie scheuen sich vor einer Anpassung der Arbeitszeiten und akzeptieren nicht, dass der behutsame und schrittweise Einstieg nur zu ihrem Wohl dient: „Das ist aber [...] meistens ein Bumerang.“ (IP 7, Absatz 47) Zur selben Zeit besteht aber ebenso die Angst, die Wiedereingliederung aufgrund einer zu frühen Belastung wieder abrechnen zu müssen (IP 6, Absatz 56).

Ebenfalls ist es ernüchternd, wenn der Heilungsverlauf nur langsam voranschreitet und kaum erkennbarer Fortschritt vorhanden ist: „[...] weil ich mir mehr erhofft habe. Ich habe gedacht, ich arbeite schon lange wieder.“ Dies kann ebenso mit zu großen Versprechungen von ärztlicher Seite zusammenhängen. (IP 6, Absatz 76) Irgendwann stellt sich ein Gefühl von Unproduktivität ein: „[...] also man fühlt sich schon ganz schön ausgebremst. Also man weiß, man ist krank, man könnte zwar gewisse Dinge tun, aber man kann es halt nicht aufgrund dieser Erkrankung.“ (IP 7, Absatz 27) Zusätzlich wird von außerhalb weiterer Druck hineingetragen und aufgebaut: „Die Kasse [...] ruft mich ständig an, wieso, weshalb das noch nicht geht. Ich bin jetzt schon zum zweiten Mal zur Ärztekommision vorgeladen worden. [...] Ich kann es aber nicht ändern.“ (IP 6, Absatz 26)

Trotz reichlich aufgebrauchter Geduld kommen dennoch Sorgen auf, dass die Schmerzen nicht verschwinden und sich chronifizieren. Gleichzeitig wächst die Angst vor Rückschlägen im Heilungsprozess sowie einer erneuten Operation und der damit verbundenen erneuten Arbeitsunfähigkeit. (IP 2, Absatz 58) Rückblickend folgen auch Eingeständnisse, den Gang zum Arzt zu lange herausgezögert und die Schmerzen zu lange ertragen zu haben (IP 6, Absatz 10).

Je nach Art der Erkrankung macht sich im Hinterkopf auch die Angst vor erneuten Schüben breit. Bei einer Herzinsuffizienz kommt es beispielsweise immer zu Akutphasen. Die Wahrscheinlichkeit von Folgeerkrankungen ist dann höher: „Und das dauert halt nicht wie bei jedem eine Woche, eine Grippe, sondern bei mir zieht sich das dann halt. Wie jetzt, da hatte ich das auch wieder.“ (IP 3, Absatz 35) Bei psychischen Erkrankungen sind die Schübe meist noch weniger kontrollierbar. Ein Betroffener mit Depressionen versucht, diese negativen Gefühle zu unterdrücken. Trotzdem lässt es sich nicht ganz vermeiden, es kommt immerwährend zu „[...] auf und abs.“ (IP 5, Absatz 12)

Wird später die Arbeit erneut aufgenommen, fällt es zu Beginn schwer, sich an die Arbeitsanforderungen zu gewöhnen und die Leistungsfähigkeit wieder zu steigern: „Als ich angefangen habe, konnte ich teilweise die Treppen nicht steigen, weil die Knie dann sofort schmerzten.“ (IP 1, Absatz 14) „[...] war das extrem anstrengend, die ersten vierzehn Tage, vier Wochen. Da habe ich echt zu tun gehabt, da war ich nach zwei oder drei Stunden zuhause und musste mich echt hinlegen, weil ich das so gar nicht kenne.“ (IP 3, Absatz 61)

Hilfe von anderen Mitarbeitern in Anspruch zu nehmen, um die Belastungen zu senken, ist dabei nicht immer möglich. Ein Mitarbeiter des technischen Dienstes ist beispielsweise größtenteils auf sich allein gestellt: „[...] ich hatte nur zwei Arbeitskollegen [...]. Die haben

selber mit sich zu tun. Es ist jetzt schwer, da auf jemanden anderes zurückzugreifen.“ (IP 6, Absatz 8) Generell wird dem Umgang des Kollegenkreises mit den Betroffenen ein hoher Einfluss auf die Belastungen bescheinigt. Es kommt dabei jedoch immer auf das Team an, in dem gearbeitet wird (IP 5, Absatz 30). In vielen Fällen wird zwar von Rücksicht und Unterstützung berichtet, vereinzelt wird aber auch Unverständnis entgegengebracht: „Ich habe selbst am eigenen Leib erfahren, wie man gesagt hat: Der ist zu alt, der schafft das nicht mehr.“ (IP 6, Absatz 38) Nicht selten fühlen sich Betroffene im Alltag aufgrund ihrer Erkrankung von anderen beobachtet und stigmatisiert: „Die Alteingesessenen wissen das halt alle und verbinden das immer mit mir.“ (IP 5, Absatz 30) „[...] es wird eben oftmals darüber geredet. Also jetzt auch unter Kollegen.“ (IP 8, Absatz 49) Zusätzlich kommt es zu Vorurteilen oder sogar zu Mobbing (IP 9, Absatz 73). „Also im Buschfunk wird immer ganz was anderes erzählt, was in der Realität ist. Und das ist hier bei uns speziell, sehr schlimm.“ (IP 7, Absatz 65)

Die Reaktionen der Kollegen auf eine Arbeitsunfähigkeit sind nach IP 9 teilweise verständlich und lassen sich folgendermaßen zusammenfassen und erklären: „Die sind gefrustet. Absolut gefrustet, weil das bedeutet, dass sie einspringen müssen. Das bedeutet wiederum: Wegfall von freien Tagen. Das bedeutet wiederum für diejenigen: Einen Wegfall von Regeneration. Und das bedeutet wiederum: Die nächste Erkrankung ist vorprogrammiert.“ (IP 9, Absatz 12) Aus der Fehlzeit resultieren nicht selten Schuldgefühle gegenüber den Kollegen, da diesen zur Last gefallen wird (IP 5, Absatz 8). IP 7 sieht auch ein Problem in der Geschäftsführung, da auch dort nicht immer genügend Verständnis gegenüber den Langzeiterkrankten aufgebracht wird (IP 7, Absatz 39). Der Betriebsrat sollte deswegen öfter eingreifen (IP 1, Absatz 8).

Selbst im privaten Bereich schränkt die Krankheit ein, besonders da vielen Freizeitaktivitäten nicht mehr nachgegangen werden kann. Trieb der Betroffene damals beispielsweise oft und viel Sport, musste dies mit der Zeit vernachlässigt oder abgebrochen werden, da es aufgrund von Leistungseinschränkungen immer mehr zu einer Belastung statt einer Resource wurde (IP 1, Absatz 16). In familiären Situationen muss ebenfalls öfter zurückgesteckt werden. Dies verursacht Kummer: „Das tut mir immer sehr weh, wenn ich da jetzt irgendwo fortgehe und meine Frau will Sonntag mal einen Spaziergang machen. Und ich kann nicht. Das ist schon belastend.“ (IP 6, Absatz 20) Generell ist die Aktivität gesunken und die Hobbys sind nicht mehr frei wählbar: „Wir sind halt nicht mehr so aktiv [...] das ist halt auch was mit meinem Kind. Schwimmbad ist eben was sehr, sehr Schlechtes. Da wa-

ren wir vor der Erkrankung gern schwimmen.“ (IP 3, Absatz 43) Neben den Freizeitaktivitäten fällt auch die Bewältigung des Alltags schwerer: „[...] Einkaufen und Einkaufstaschen tragen sind ebenso Dinge, das geht halt an meine Grenzen.“ (IP 3, Absatz 35)

Liegt eine chronische Erkrankung vor, muss die generelle Lebensweise umgestellt werden. So muss sich beispielsweise ein Betroffener mit einer Autoimmunerkrankung permanent vor UV-Licht schützen, da sonst die Krankheit jederzeit wieder ausbrechen kann (IP 1, Absatz 28). Existieren infolge der Krankheit Allergien, muss auf eine Vielzahl von Produkten verzichtet werden. Dies ist ebenso für die Arbeit relevant, da dort täglich mit verschiedensten Arbeitsmitteln in Kontakt getreten wird. (IP 1, Absatz 14). Je nach Art der Erkrankung sind die Betroffenen auch medikamentös eingestellt und abhängig. Deswegen gilt es, die Ernährung und das Essverhalten umzustellen, um teils starken Gewichtveränderungen entgegenzuwirken. (IP 1, Absatz 30)

4.3 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Die Kategorie *Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)* legt dar, wie Mitarbeiter die BGF im Forschungsfeld wahrnehmen und welcher Wert dieser zukommt.

BGF ist für die Mitarbeiter sehr wichtig und besitzt eine große Bedeutung (IP 9, Absatz 30). Die Befragten geben an, sich durch die Teilnahme an BGF-Angeboten glücklicher und entspannter zu fühlen (IP 3, Absatz 12). „Da macht das Arbeiten auch noch mehr Spaß.“ (IP 1, Absatz 10) IP 2 argumentierte, dass Angebote zur Gesundheitsförderung gerade dort wichtig sind, wo eine schwere körperliche Arbeit verrichtet wird (IP 2, Absatz 10). Nach Meinung von IP 7 kann BGF besonders für die Eingliederung entscheidend werden, da bereits während der Arbeitsunfähigkeit die ersten Schritte zur Rehabilitation eingeleitet und die Mitarbeiter bereits im Vorfeld der geplanten Arbeitsplatzrückkehr unterstützt werden können (IP 7, Absatz 51).

Die Angebote des Betriebes sind dabei größtenteils bekannt und werden von den Mitarbeitern auch wahrgenommen. Aufgezählt wurden unterschiedliche Kurse wie Gymnastik (IP 2, Absatz 8) oder Rückenschule (IP 5, Absatz 24), an denen teilgenommen wurde. Durch die Zusammenarbeit der SHBG mit der allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) werden darüber hinaus auch Fitnesskurse und Yoga für die Mitarbeiter angeboten (IP 9, Absatz 34). Obwohl ein hohes Interesse an Maßnahmen der BGF vorhanden ist, existieren Barrieren, die eine

Teilnahme an den Kursen erschweren. Auf der einen Seite hindern ungünstige Arbeitszeiten und der Schichtdienst (IP 2, Absatz 8). Auf der anderen Seite lassen sich BGF und Familie nicht immer zeitlich miteinander vereinen (IP 9, Absatz 34).

Nach Meinung der Befragten ist die BGF im Forschungsfeld aber generell stark ausbaufähig: „Sie bieten an, was die Gesundheit betrifft [...] aber man könnte vielleicht auch noch mehr machen.“ (IP 4, Absatz 28) „Das geht mal einen Monat und dann läuft das aus und dann ist das ganze Jahr über nix.“ (IP 4, Absatz 34) Mit dem Hintergrund, dass verstärkt ältere Kollegen im Betrieb beschäftigt sind, wünschen sich die Mitarbeiter ein größeres Angebot seitens des Betriebs (IP 6, Absatz 32). Im Vergleich zu anderen Unternehmen verstärkt sich zudem die Ansicht, dass im Bereich Gesundheitsförderung noch mehr geleistet werden kann: „Ich habe eine Freundin, die ist in einer Firma. Die können einmal am Tag zur Gymnastik gehen. [...] Das gibt es bei uns in der Firma nicht.“ (IP 2, Absatz 8) Wird zusätzlich noch auf die Fehlzeiten im Unternehmen hingewiesen, erscheint Gesundheitsförderung sehr wichtig. In der Konsequenz „[...] hätte schon viel früher etwas gemacht werden müssen in diese Richtung.“ (IP 9, Absatz 30) IP 9 nannte weitere Möglichkeiten, wie gesundes Frühstück oder auch Freizeitaktivitäten, die im Sinne der Gesundheitsförderung angestrebt und der Belegschaft vorgeschlagen werden können. Dazu sollten auch außerbetriebliche Aktionen wie Wander- und Projekttag ermöglicht und gefördert werden, da hierdurch der Zusammenhalt im Team gestärkt werden kann. (IP 9, Absatz 32)

Darüber hinaus definiert sich Gesundheitsförderung nicht nur durch die reinen Maßnahmen, die der Arbeitgeber den Mitarbeitern offerieren kann. In diesem Zusammenhang wird auch von einem gesunden Arbeitsklima gesprochen. Dazu gehört auch, Lob und Anerkennung zu erhalten. Dies „[...] kommt noch nicht ganz so über [...] und wird auch öfter mal beklagt.“ Grundsätzlich wirkt es sich fördernd auf die Gesundheit aus, wenn die erbrachte Leistung besser gewürdigt wird, besonders wenn aufgrund des allgegenwärtigen Personalmangels und Krankheiten für andere Mitarbeiter eingesprungen werden muss. (IP 1, Absatz 8) In diesem Zusammenhang relativiert sich die Gesundheitsförderung für die Mitarbeiter nachträglich, wenn die grundlegenden Arbeitsbedingungen auf der anderen Seite wiederum erneute Erkrankungen verursachen: „Ja so kümmern sie sich schon, aber personaltechnisch, also Personalmangel ist halt sehr stark zurzeit und das ist halt sehr, was krank macht.“ (IP 5, Absatz 24) Dass die Personallage „absolut am Limit“ ist, wurde in den Interviews immer wieder aufgegriffen. Viele Mitarbeiter drohen durch die angespannte Lage zu kippen (IP 9, Absatz 83). In diesem Sinne „[...] hätte schon viel eher etwas gemacht werden müssen.“ (IP 9, Absatz 30)

Während Mitarbeiter im Pflegebereich das Wohlergehen der Bewohner fördern, das Befinden der Belegschaft aber zur selben Zeit meist auf der Strecke bleibt, ist deswegen auch gleichzeitig der größte Ansatzpunkt für Kritik: „Da sollte erneut darüber nachgedacht werden, wie zum Wohle der Bewohner und der Mitarbeiter da nachreguliert werden kann.“ (IP 9, Absatz 32) In der Zusammenfassung wird sich gewünscht, dass von der Führung mehr Engagement und Initiative ausgeht: „Das ist auch ein bisschen schwierig mit unserer Geschäftsführung. Die sind da eher schlecht drauf, gewisse Dinge abzusprechen was das angeht. Wie gesagt, das Verständnis für kranke Mitarbeiter.“ (IP 7, Absatz 55)

Da die Mitarbeiter das bisherige Angebot für ihre eigene Gesundheit als unzureichend empfinden, versuchen sie dies dann auch einerseits durch verstärkte Aktivität in ihrer Freizeit mit verschiedenen Kursen auszugleichen (IP 2, Absatz 8). Andererseits ist es auch die eigene, individuelle Pflicht außerhalb des Betriebes, sich gesundheitsfördernd zu verhalten: „[...] dass man sagt: Ich gehe jetzt mit dem Hund eineinhalb Stunden spazieren oder ich gehe doch mal schwimmen, oder ich fahre Fahrrad.“ (IP 7, Absatz 25) Zweifelsohne ist es wichtig, dass sich der Betrieb einsetzt, es muss aber auch ein gewisser Grad an Eigenverantwortung vorherrschen (IP 3, Absatz 12). „Was dann der einzelne Mitarbeiter macht, ist dann in der Beziehung wieder eine ganz andere Geschichte.“ (IP 7, Absatz 35) So sind zwar teilweise das Wissen und das Potential da, mehr für die eigene Gesundheit zu tun, es wird sich aber selbst im Weg gestanden oder der Wille und die richtige Einstellung fehlen (IP 5, Absatz 20). Am Ende kann der Betrieb die Maßnahmen auch nur anbieten. Die Verantwortung daran teilzunehmen, liegt jedoch beim Mitarbeiter selbst. (IP 7, Absatz 51)

4.4 Veränderung von Einstellungen

Durch die Kategorie *Veränderung von Einstellungen* wird beschrieben, wie sich Einstellungen von Betroffenen zu Themen wie Gesundheit, Krankheit und Arbeit infolge der Erkrankung und Arbeitsunfähigkeit verändert haben.

So gehören nach Ansicht der Befragten kleinere Krankheiten und Gebrechen zwar zum Leben dazu, aber „Ich habe mir ja das nicht einmal träumen lassen, dass ich einmal ein Jahr krank sein werde.“ (IP 4, Absatz 6) Als besonders prägend für die Einstellungen wurde dabei das Abhängigkeitsverhältnis während der Krankheitsphase beschrieben: „Man merkt erstmal, was das bedeutet, wenn man nicht mehr kann. Wenn man auf Hilfe angewiesen ist, sogar bei [...] Kleinigkeiten.“ (IP 4, Absatz 6)

Die Betroffenen geben an, durch die Erkrankung für ihre Gesundheit besser sensibilisiert zu sein. Es wird nun öfter darüber nachgedacht, als das früher der Fall gewesen ist (IP 3, Absatz 55). Auch die eigene Lebensweise wird hinsichtlich der Auswirkungen auf die Gesundheit stärker hinterfragt. Die Arbeit in der Pflege mit alten und kranken Menschen unterstützt dies ohnehin: „[...] dann sehe ich, was da für Einschränkungen sind, welche Medikamente genommen werden müssen. [...] wenn jemand mit seiner Gesundheit Raubbau betrieben hat. Die Krankheitsbilder haben wir alle hier.“ (IP 9, Absatz 22) Da die Krankheit sowie deren Folgen am eigenen Körper schon erlebt wurden, kann zudem auch mehr Verständnis für andere Kollegen und deren Erkrankungen aufgebracht werden (IP 8, Absatz 28). „Dass da einfach mehr dahinterstecken kann [...].“ (IP 3, Absatz 53)

Dadurch, dass die Krankheitsphase gut überstanden wurde, drückt sich vordergründig ein Gefühl von Freude und Stolz aus: „Wenn man mal schwerkrank war und das gemeistert hat, da hat man so ein Glücksgefühl [...].“ (IP 1, Absatz 28) Auch zeigt sich Dankbarkeit und der Beitrag Anderer wird schätzend anerkannt: „[...] Ich muss schon sagen, ich bin erstaunt, was heutzutage die Medizin so leisten kann. Denn wenn das alles nicht möglich gewesen wäre [...], dann hätte ich im Rollstuhl sitzen müssen.“ (IP 2, Absatz 38) Die Genesung darf nicht als Selbstverständlichkeit wahrgenommen werden: „[...] bis vielleicht auf 20 Jahre wäre so etwas auch noch tödlich ausgegangen [...].“ (IP 1, Absatz 30)

Nicht immer ist die vollständige Heilung möglich. Chronische Erkrankungen können immer wieder ausbrechen und begleiten stetig. Die Betroffenen sind sich im Klaren, dass sie die Krankheit dann kontrollieren müssen. Durch die Abhängigkeit von Medikamenten muss zudem auch mehr auf die Lebensweise wie die Ernährung geachtet werden. Betroffene lernen jedoch durch eine positive Grundeinstellung mit der Erkrankung zu leben und mit dieser umzugehen: „Ich lebe mit dem Lupus, aber nicht der Lupus mit mir.“ (IP 1, Absatz 28) Durch die positive Lebenseinstellung wird das Leben mehr genossen und bewusster wahrgenommen: „Viele Wege zu laufen, weniger in das Auto setzen [...].“ Ebenso wird versucht, Stress zu vermeiden und weniger zu „hetzen“. Gerade in Hinblick auf den Berufsalltag ist es aber schwierig, diese Ruhe jederzeit beizubehalten. (IP 1, Absatz 30)

Ein Ausscheiden aus dem Berufs- und Erwerbsleben stellt für die Betroffenen aus vielfältigen Gründen dennoch keine Lösung dar. Schließlich dient die Arbeit in erster Linie der Existenzsicherung und dem Erhalt des Lebensstandards, der bis jetzt aufgebaut wurde (IP 6, Absatz 28). Ein Bezug von Sozialhilfe kommt nicht in Frage (IP 2, Absatz 6). In diesem Sinne steckt auch ein gewisser Druck dahinter, dass die Eingliederung positiv verläuft und der Arbeitsplatz bis zur Rente erhalten werden kann (IP 6, Absatz 28). Zudem ist es bei

älteren Arbeitnehmern fraglich, ob woanders noch eine Arbeitsstelle zu bekommen ist (IP 6, Absatz 52).

Darüber hinaus ist die Arbeitsplatzrückkehr nicht nur eine Frage des Geldes. Arbeit ist für die Psyche wichtig, da sie den Menschen eine Struktur vorgibt: „Ich könnte jetzt nicht nur sinnlos in den Tag hineinleben. Also ich selbst muss beschäftigt sein.“ Des Weiteren vermittelt Arbeit ein Zugehörigkeitsgefühl, indem sie Menschen in eine Gesellschaft integriert. (IP 7, Absatz 29) Teilweise waren die Betroffenen schon mehrere Jahre oder sogar Jahrzehnte im Unternehmen beschäftigt. „Deswegen bin ich ganz bestrebt, in diesem Beruf, beziehungsweise diese Funktion jetzt weiter auszuüben.“ (IP 6, Absatz 52)

In erster Linie macht die Arbeit aber Spaß (IP 4, Absatz 26). In dieser Hinsicht motiviert die Arbeit auch selbst, um nach überstandener Arbeitsunfähigkeit schnell zurückzukehren: „[...] der Umgang mit den Menschen. Die abwechslungsreiche Arbeit. Also ich kann sagen, wir haben auch einen hohen Stellenwert bei unseren Patienten.“ (IP 5, Absatz 36) „[...] und dass macht mir sehr großen Spaß. Weil ich auch schon immer sehr gerne mit Menschen zusammenarbeite.“ (IP 1, Absatz 6) Ein weiterer Motivator, der oft genannt wurde und sich zusätzlich positiv auf die Rückkehr auswirkt, stellt die Teamarbeit dar: „Und da muss ich sagen, dass ich in ein gutes Kollektiv reingekommen bin. Habe eine sehr schöne Arbeit.“ (IP 2, Absatz 34)

4.5 Wissen und Wahrnehmung zum BEM

Die Kategorie *Wissen und Wahrnehmung zum BEM* stellt das Wissen der Betroffenen zum BEM vor und setzt sich mit der Wahrnehmung dessen auseinander.

Obwohl die Mehrheit der Befragten das BEM zumindest als Unternehmensinstrument einordnen konnten, waren dazu niemanden konkrete Informationen bekannt. Ein Wissensdefizit wurde dabei durchweg, sowohl bei den bereits erkrankten Interviewpartnern als auch den befragten Führungskräften deutlich: „Davon habe ich noch gar nichts gehört.“ (IP 2, Absatz 44) „Ich kenne das nur vom Hören-Sagen.“ (IP 1, Absatz 22) Teilweise zeigte sich eine gänzliche Überforderung und Unsicherheit: „Eingliederung ist ja quasi, wenn jemand neues irgendwo anfängt zu arbeiten und die soll ja erst einmal eingearbeitet und eingegliedert werden, wie auch immer.“ (IP 8, Absatz 51) Das Informationsdefizit bezog sich dabei durchweg auf das Vorgehen, die Maßnahmen, die Beteiligten und den Nutzen. Bestehende Informationen wurden dabei weniger durch das Unternehmen in Erfahrung gebracht, sondern durch eigene Recherchen erhalten (IP 4, Absatz 38). Lediglich ein Befragter besaß

erweitertes Teilwissen zum Thema, wies aber gleichzeitig darauf hin, dass niemand etwas über das BEM wissen kann, da es gesetzlich keine genauen Vorgaben dazu gibt: „Wir haben zwar eine gesetzliche Vorgabe im SGB IX. Aber das ist ja eher bisschen diffus.“ (IP 7, Absatz 45) Nach Meinung eines Befragten hängt das Wissen zudem auch stark vom Alter ab. „Ja das ist eben gerade so ein Thema, da denkt man einfach nicht darüber nach, gerade ich als junger Mensch quasi.“ (IP 8, Absatz 76). Personen, die selbst noch nie von einer Eingliederung betroffen waren oder glauben, auch künftig nicht davon betroffen zu sein, setzen sich nach Meinung von IP 5 weniger damit auseinander und sind dementsprechend auch nicht umfassend darüber informiert (IP 5, Absatz 44).

Unabhängig des Wissensstandes waren sich die Interviewpartner größtenteils darüber einig, dass das BEM wichtig ist und diesem eine hohe Bedeutung zukommt.: „Ich finde es jedenfalls gut.“ (IP 4, Absatz 66) „Ja, auf alle Fälle.“ (IP 2, Absatz 46) „Die Wiedereingliederung ist schon toll.“ (IP 1, Absatz 20) Auch Personen, die bisher selbst nicht von einer Arbeitsunfähigkeit betroffen waren, sehen das BEM grundsätzlich als gute und wichtige Sache an und sind diesem positiv eingestellt. Ein Interviewpartner betonte, dass das BEM nicht nur wichtig für den Einzelnen ist, sondern ebenso auf gesellschaftlicher Ebene eine Relevanz besitzt, um das Problem, das infolge der demografischen Entwicklung auf die Branche zukommen wird, zu entgegnen. So werden in den nächsten Jahren noch mehr Pflegeheime entstehen und das Pflegepersonal wird massiv gebraucht. Die Anforderungen an das Personal nehmen dadurch nicht ab, sondern steigen weiterhin. Dies betrifft besonders die SHBG aufgrund der ländlichen Region. (IP 7, Absatz 49) IP 7 beschrieb außerdem, dass die Mitarbeiter die Wertschöpfung des Unternehmens und gleichzeitig das Werkzeug darstellen, das mit der Zeit abgenutzt wird. Mit dem BEM sollten Unternehmen deswegen eine Institution schaffen, die „[...] dafür sorgt, dass die Leute, die ich habe [...] entlastet werden.“ (IP 7, Absatz 63) Relativierende und zurückhaltende Aussagen zum BEM kamen in den Interviews dennoch hervor. Nach Meinung von IP 9 sollte sich der genaue Nutzen des BEM in der Praxis erst einmal herausstellen: „Ich sehe in allen neuen Dingen eine Ressource, ich möchte es aber nicht überbewerten [...].“ (IP 9, Absatz 87)

Weiterhin wurde danach gefragt, ob das BEM nach Meinung der Interviewpartner eine besondere Bedeutung für deren Branche sowie Berufsbilder besitzt. Hier waren die Meinungen sehr gemischt. Auf der Pro-Seite wurde dazu angeführt, dass Gesundheitseinrichtungen aufgrund des Settings und der spezifischen Belastungen dafür prädestiniert sind (IP 5, Absatz 49). IP 7 führte dazu aus, dass es aufgrund der vielen Belastungen auch sehr viele Ausfälle und dementsprechend vermehrt Vertretungen gibt, die es zu kompensieren gilt:

„Eine Kollegin hat sich eben den Fuß verknackt, weil: Schnell, schnell, schnell, ausgerutscht, hingefallen.“ (IP 7, Absatz 49) Zusätzlich zu den Belastungen besteht gerade in der Pflege ein Personalmangel, der in irgendeiner Art und Weise aufgefangen werden muss: „[...] weil es stehen nicht 100 vorn an der Tür und klingeln, weil die hier anfangen wollen.“ (IP 7, Absatz 63) Als Gegenbeispiel existiert im Bereich der Technik durchaus genug Personal auf dem Arbeitsmarkt, das als Reaktion einer Arbeitsunfähigkeit neu eingestellt werden kann. Da dies aufgrund des Fachkräftemangels in der Pflege jedoch nicht so ist, sollten Unternehmen gerade hierbei bestrebt sein, dass die Eingliederung positiv verläuft. (IP 6, Absatz 74) In diesem Zusammenhang schrieb IP 9 dem BEM neben der innerbetrieblichen Aufgabe auch eine zusätzliche Rekrutierungs- und Integrationsfunktion für außenstehende Fachkräfte zu. So existieren auf dem Arbeitsmarkt noch viele Pflegefachkräfte, die in einem gewissen Umfang arbeitsfähig sind und auch den Unternehmen wie der SHBG zugeführt werden können, um die personelle Situation zu verstärken. „Und das Potential müsste man suchen und finden.“ (IP 9, Absatz 53)

Auf der Gegenseite wurde hingegen die Meinung vertreten, dass ein BEM nicht nur in Einrichtungen des Gesundheitswesens, sondern in jeder Branche und jedem Berufsbild sinnvoll ist (IP 2, Absatz 54). Denn auch in anderen Branchen müssen schließlich vergleichsweise schwere Arbeiten verrichtet werden (IP 3, Absatz 63). IP 6 argumentierte, dass er als Mitarbeiter des technischen Dienstes sowieso ein so heterogenes Aufgabenspektrum hat, das „Von Schneeschieben über Malern über die Technikbetreuung über Fahrdienst [...]“ reicht, dass ihm gar kein klares Berufsbild zugeordnet werden kann. Zudem hat das BEM vordergründig auch eine hohe Bedeutung für den Arbeitgeber hat, denn „[...] wenn das Zimmer jetzt mehrere Tage leer steht, dann haben wir eine Geldeinbuße, so ist das einfach.“ (IP 6, Absatz 50)

4.6 Persönliche Vorbereitung auf die Arbeitsplatzrückkehr

Die Kategorie *Persönliche Vorbereitung auf die Arbeitsplatzrückkehr* verdeutlicht, wie sich Betroffene persönlich auf die Arbeitsplatzrückkehr nach Arbeitsunfähigkeit vorbereiten.

Im Eingliederungsprozess stehen nicht nur die betrieblichen Akteure, sondern ebenso die betroffenen Mitarbeiter im Fokus. Denn diese können durch Engagement und Eigenverantwortung ihre Arbeitsplatzrückkehr entscheidend beeinflussen (IP 7, Absatz 59). Hierbei wurde seitens der Befragten zunächst beschrieben, dass sich vor allem gedanklich auf die Rückkehr eingestellt wird. Auch wenn es sich um scheinbar kleine Erkrankungen handelt,

dann ist es zunächst trotzdem eine Veränderung, wenn vom Krankheitsalltag in den normalen beruflichen Alltag wieder übergegangen wird (IP 8, Absatz 73). Ferner wird sich mit neuen Arbeitsbedingungen auseinandergesetzt, die sich im Krankheitszeitraum verändert haben könnten. Speziell in der Pflege beschäftigen Themen wie beispielsweise neue Bewohner, die noch unbekannt sind und auf die sich eingestellt werden muss, oder ein neues Computerprogramm, mit dem umgegangen werden muss (IP 4, Absatz 50). Um immer auf dem neuesten Stand zu bleiben, wird der enge Kontakt sowohl zum Arbeitgeber und den Vorgesetzten als auch zu den Kollegen während der Krankheitsphase gehalten (IP 2, Absatz 36; IP 6, Absatz 68). Gleichzeitig können bereits konkrete Vorstellungen und Möglichkeiten zur späteren Eingliederung miteinander ausgetauscht werden (IP 7, Absatz 59). IP 3 gab an, sich gedanklich weniger vorbereitet haben zu müssen, da sie gern auf Arbeit geht und sich auf die Rückkehr gefreut hat (IP 3, Absatz 80).

Ein zweiter, ebenso wichtiger Punkt der Vorbereitung stellt sportliche Aktivität dar. „Ich habe jetzt angefangen, Fahrrad zu fahren wieder, draußen. [...] Ich versuche schon, meinen Körper auf diese Eingliederung, die passieren muss, vorzubereiten. Also auch mit Sport.“ (IP 6, Absatz 44) Die Sportkurse, die damals infolge der Erkrankung abgebrochen werden mussten, können mit der Zeit wieder aufgenommen werden, bis sich eine vollständige Integration wiederhergestellt hat. Um das Ziel der Arbeitsplatzrückkehr schneller zu erreichen, werden Angebote der Physiotherapie und Rehasport verstärkt wahrgenommen. (IP 1, Absatz 16) Zwei Befragte gaben an, zusätzlich am Sport- und Fitnessprogramm der intensivierten Rehabilitationsnachsorge (IRENA) der Deutschen Rentenversicherung teilzunehmen (IP 4, Absatz 4; IP 6, Absatz 26).

Sportliche Aktivität ist für die Betroffenen ein guter Indikator, um die subjektive Leistungsfähigkeit zu ermitteln und das Selbstbewusstsein zu steigern: „Also ich fordere mich schon und sage: So, ich laufe jetzt mal einen Kilometer und sehe, was mit meinem Körper da passiert.“ Treten Komplikationen oder Rückschläge auf, wird dies als Zeichen verstanden, dass die Genesung noch nicht genügend fortgeschritten und der Körper noch nicht bereit für eine Eingliederung ist: „Ich merke aber auch, dass ich dann zuhause an meine Grenzen stoße. Ich sag: ich traue mich noch nicht, die Eingliederung zu machen, weil ich denke, diese dann abrechnen zu müssen.“ (IP 6, Absatz 44) Gleichzeitig dient Sport dazu, bestehende Schmerzen zu lindern und das Wohlergehen zu steigern. So müssten zum Beispiel gerade bei Wirbelsäulenerkrankungen regelmäßig Dehnungsübungen durchgeführt werden (IP 1, Absatz 28). Bei psychischen Störungen wird zusätzlich therapeutische Hilfe aufgesucht, um aufkommende Probleme anzusprechen und zu lösen: „Man muss sich halt einen Ausgleich suchen.“ (IP 5, Absatz 56)

4.7 Maßnahmen und Beteiligte der Eingliederung

Die Kategorie *Maßnahmen und Beteiligte der Eingliederung* veranschaulicht, welche Maßnahmen im Rahmen der Eingliederung bei Betroffenen ergriffen wurden und welche inner- und außerbetrieblichen Akteure an der Durchführung beteiligt gewesen sind.

Die häufigste Maßnahme, die als Unterstützungsangebot bei der Arbeitsplatzrückkehr ergriffen wurde, war die stufenweise Wiedereingliederung (Hamburger Modell). Dabei wurden und werden verschiedene Modelle mit je zwei, vier oder auch sechs Stunden ermöglicht (IP 5, Absatz 42). Die meisten Befragten präferierten dabei für einen moderaten Einstieg mit vier Stunden (IP 2, Absatz 42; IP 4, Absatz 16; IP 5, Absatz 42). Dies ist aber eine individuelle Entscheidung und hängt eher von der Länge der Arbeitsunfähigkeit und Schwere der Erkrankung ab. Bei einem Befragten lag die letzte Berufstätigkeit über zwei Jahre zurück, weswegen auch nur ein Einstieg mit lediglich zwei Stunden vom Arzt genehmigt wurde (IP 3, Absatz 57).

Die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung wird dabei fast durchweg als positive und zufriedenstellende Maßnahme angesehen, da sich nach und nach wieder an die Arbeitsbelastungen gewöhnt werden kann (IP 2, Absatz 42). Außerdem gehen, je nach individueller Situation, langfristige körperliche Schwächungen durch die Krankheitsgeschichte einher. „[...] und da macht es eigentlich für jeden Sinn, das auch anzunehmen.“ (IP 1, Absatz 20) Um die Einarbeitung zu erleichtern, werden auch die Dienste zunächst parallel in das Zeitfenster der Kollegen untergebracht (IP 1, Absatz 32). Meist kann das Stundenpensum dann schnell und ohne lange Eingewöhnungszeit wieder gesteigert werden (IP 2, Absatz 60). In Einzelfällen gehen mit der Erkrankung jedoch dauerhafte Arbeitszeitenreduktionen einher: „Aber das war Voraussetzung von meinem Herzarzt, dass ich überhaupt wieder arbeiten gehen darf. Das ich meine Stunden runterstelle, um einfach Ruhephasen zu haben.“ (IP 3, Absatz 69) Es können nicht immer passende Maßnahmen gefunden werden. Bei Betroffenen mit Kindern und Alleinerziehenden ist es aufgrund des Schichtsystems grundsätzlich schwer, eine Möglichkeit der Eingliederung zu finden, die auch zusagt (IP 5, Absatz 62).

Ferner wurden auch negative Erfahrungen zu den Maßnahmen dargelegt. Ein Betroffener berichtete davon, in seiner stufenweisen Wiedereingliederung durch den Arbeitgeber ausgenutzt worden zu sein: „Aber ich bin trotzdem voll gegangen mit 6 oder 7 Stunden. Also es wurde halt nicht berücksichtigt.“ (IP 5, Absatz 42) „Und deswegen habe ich mich gesundschreiben lassen [...], um den normalen Lohn zu bekommen.“ (IP 5, Absatz 72) In

diesem Fall musste die Eingliederung schließlich abgebrochen werden. In der Folge half ein späterer Abteilungswechsel. (IP 5, Absatz 16)

Dies stellt jedoch eine Ausnahme dar. In der Regel werden die Vorgesetzten während der Eingliederungsphase als verständnisvoll beschrieben (IP 9, Absatz 10). Weiterhin wird ihnen Rücksicht und Hilfsbereitschaft zugesprochen: „Die sind da echt sehr entgegenkommend, das muss ich echt sagen.“ (IP 3, Absatz 69) Schon vor der Arbeitsplatzrückkehr wird ein wohlwollender Kontakt zum Betroffenen eingeleitet und regelmäßige Treffen vereinbart, in denen der Stand der Dinge fortlaufend erörtert wird (IP 4, Absatz 48; IP 6, Absatz 68). Ebenso wurde von Besuchen am Krankenbett berichtet, die einen nachhaltig positiven Eindruck in der Erinnerung hinterlassen haben (IP 1, Absatz 18).

Als Beteiligte bei der Eingliederung wurden auf Arbeitgeberseite häufig die zuständige Heimleitung und die Personalleitung genannt. Je nach Berufsbild kamen dann zum Beispiel noch die Pflegedienstleitung oder der Küchenchef hinzu. Insgesamt ist der Kreis der Akteure dennoch sehr klein gehalten. Das gleiche Bild zeigt sich bei den betrieblichen Interessenvertretungen. Hierbei beschränkt sich die Verantwortung lediglich auf den Betriebsrat, obwohl dieser selbst nur in den seltensten Fällen am Eingliederungsprozess beteiligt gewesen ist. Zudem existiert bis dahin auch keine Schwerbehindertenvertretung im Forschungsfeld.

Hingegen positiv wurde sich übereinstimmend bei den ärztlichen Akteuren geäußert. Hierbei steht jedoch weniger der betriebsärztliche Dienst, sondern eher der Hausarzt im Fokus. Dieser stellt einen der ersten Ansprechpartner bei einer Erkrankung dar (IP 6, Absatz 10). Weiterhin informiert dieser Betroffene über die Eingliederung, schlägt sinnvolle Maßnahmen vor und steht durch seine Expertise beratend zur Seite (IP 2, Absatz 58; IP 7, Absatz 59). Durch regelmäßige Kontrollen des Gesundheitszustandes und des Genesungsfortschrittes kann der Arzt zudem einschätzen, wie belastbar die Mitarbeiter sind und ob eine Arbeitsplatzrückkehr bereits wieder infrage kommt (IP 1, Absatz 4; IP 3, Absatz 31; IP 4, Absatz 4). In dieser Hinsicht kann er auch übereilten Rückkehrversuchen präventiv entgegenwirken und die Betroffenen etwas bremsen. Zusätzlich kommuniziert der Arzt mit innerbetrieblichen und weiteren externen Akteuren wie der Krankenkasse und stellt somit gleichzeitig eine Vermittlerrolle dar (IP 1, Absatz 14; IP 3, Absatz 59; IP 6, Absatz 62). Tatsächlich wurden außer der Krankenkasse bisher aber keine außerbetrieblichen Institutionen in die Eingliederung der Mitarbeiter hinzugezogen.

5 Diskussion

5.1 Beantwortung der Forschungsfrage

Die eingangs aufgestellte, forschungsleitende Frage der Bachelorthesis lautete: „Welche Erwartungen haben Mitarbeiter an die betriebliche Eingliederung?“

Anhand der Ergebnisse wurde deutlich, dass im Vordergrund vor allem die positive Erwartung an das Unternehmen steht, den Betroffenen durch das BEM im Krankheitsfall zu unterstützen. Oberste Priorität hat dabei die Erhaltung des Arbeitsplatzes. Zwar verändern sich durch die Erkrankung grundlegende Einstellungen. Die Untersuchung konnte aber ebenso zeigen, dass Arbeit nach wie vor einen hohen Stellenwert für die Befragten einnimmt und aus vielfältigen Gründen ein Ausscheiden aus dem Erwerbsleben keine denkbare Option darstellt. Vielen wird durch die Arbeitsunfähigkeit der Wert der Arbeit erst bewusst (Gilworth et al. 2009, S. 101). Mitarbeiter erwarten daher vom Arbeitgeber, dass das BEM nicht als Unternehmensinstrument zur rechtssicheren und beschleunigten Kündigung verwendet, sondern aus dem Prinzip der Fürsorgeverpflichtung heraus als Chance zur Schaffung geeigneter Maßnahmen für eine langfristige Integration wahrgenommen wird. (Niehaus et al. 2008, S. 77) Als wesentlich wird dabei angesehen, dass zur Überwindung der Arbeitsunfähigkeit alle zur Verfügung stehenden Möglichkeiten ausgeschöpft und auch alternative Wege in Betracht gezogen werden. Dazu sollte der Betroffene vollständig in das Verfahren involviert sein, damit dessen Arbeitspotentiale identifiziert und in die Überlegungen eingebunden werden können. (Gilworth et al. 2009, S. 101)

In diesem Zusammenhang muss ebenso die individuelle Ausrichtung des BEM auf den Einzelfall betont werden (IP 9, Absatz 69). Besondere Beachtung sollte dabei finden, dass auf die spezifischen und zum Teil auch niederschweligen Bedürfnisse des betroffenen Mitarbeiters eingegangen und nicht in Pauschalisierungen verfallen wird (Greive 2012, S. 169). Ableitend ergibt sich zudem die Frage, ob und welche Akteure dem Verfahren hinzugezogen werden sollten (IP 9, Absatz 79). Die Interviews zeigten, dass in manchem Einzelfall bereits ein klärendes und zwangloses „Vier-Augen-Gespräch“ ausreichen kann und dabei noch deutlich positiver wahrgenommen wird, als ein großes Verfahren mit zahlreichen Beteiligten (IP 7, Absatz 41). Ebenso sind Maßnahmenplanungen an den individuellen Anliegen und Bedarfen der Person zu orientieren. Entstehen durch die Arbeitsunfähigkeit beispielsweise finanzielle Probleme, soll erwartet werden können, dass sich das Unternehmen damit auseinandersetzt und zumindest Mittel und Wege erörtert, um dahingehend eine Unterstützung anzubieten (IP 7, Absatz 47).

Unabhängig vom Ergebnis des BEM wird erwartet, dass der Prozess zur Zielerreichung von einem offenen und ehrlichen Umgang mit den Mitarbeitern geprägt ist (IP 9, Absatz 51). Darüber hinaus kann ebenfalls den Faktoren Vertrauen, Transparenz und Kommunikation im Verfahren ein hoher Stellenwert zugeschrieben werden (Greiwe 2012, S. 172). Das Unternehmen sollte dem Betroffenen mit besonderer Wertschätzung begegnen und sichtbar machen, dass ein Interesse an der Person besteht (IP 7, Absatz 41). Ferner sollte sich Wertschätzung darin niederschlagen, dass Betroffene trotz eventuell bleibender Gesundheitseinschränkungen eine reelle Chance besitzen, sich in ihre Tätigkeit zurückzufinden. Dafür sind mögliche Leistungseinschränkungen seitens der Unternehmensleitung in angemessener Weise zu berücksichtigen und zu akzeptieren. (Liebig 2017)

Kehren Betroffene an den Arbeitsplatz zurück, wird zunächst Rücksicht erwartet, dass nicht sofort so viel geleistet werden kann wie von anderen Mitarbeitern (IP 2, Absatz 46). Denn besonders der direkte Vergleich mit anderen Kollegen belastet Beschäftigte sehr. (Greiwe 2012, S. 172) Vielmehr sollte die Arbeitsplatzrückkehr zu Beginn als ein notwendiger Zwischenschritt des Rehabilitationsprozesses verstanden werden (Gilworth et al. 2009, S. 102). Betroffene legen dabei vor allem Wert auf eine schrittweise Heranführung an die vollständige Belastungs- und Leistungsfähigkeit. Dementsprechend wurde sich in den Interviews eindeutig positiv zur stufenweisen Wiedereingliederung geäußert: „Da kann man sich immer steigern und fordern, bis es wieder richtig funktioniert.“ (IP 4, Absatz 16) Speziell an diesem Beispiel wurde in einem Fall aber auch von Ausnutzung durch den Arbeitgeber berichtet (IP 5, Absatz 54). Schließlich muss an dieser Stelle eingefordert werden, dass der Arbeitgeber die Arbeitsbedingungen während der Eingliederung für den Einzelnen so gestaltet, dass die Maßnahmen, die vereinbart und von ärztlicher Seite eventuell sogar veranschlagt wurden, auch eingehalten werden können.

Weiterhin wurden in den Interviews Erwartungen an den Arbeitgeber geäußert, die nicht ausschließlich auf das BEM, sondern darüber hinaus auf eine Verbesserung grundsätzlicher Arbeitsbedingungen abzielten. Denn diese werden zum Teil als Auslöser wahrgenommen, der für die hohen Fehlzeiten zu verantworten ist. Fortwährend wurde hierbei auf die sehr angespannte Personalsituation, diskontinuierliche Arbeitszeiten sowie fehlenden Freizeitausgleich verwiesen (IP 5, Absatz 76). Nach Meinung der Befragten müsste deshalb bereits gegenwärtig im Forschungsfeld Personal zugeführt werden, um nicht weitere Langzeitbefunde zu riskieren. Ferner wurde auch ein Verbesserungsbedarf des Arbeitsklimas angeführt. Hier wird sich generell mehr Anerkennung von Vorgesetzten und Führungskräften im Arbeitsalltag gewünscht und die Würdigung der erbrachten Leistungen gefordert. Aufgrund der harten Arbeit, die von den Mitarbeitern tagtäglich erbracht wird, sollte mehr

Verständnis gegenüber Kranken, besonders von der Geschäftsführung, aufgebracht werden (IP 7, Absatz 39). Im Hinblick auf die teils sehr hohen Belastungen erwarten die Mitarbeiter auch einen noch verantwortungsbewussteren Umgang des Unternehmens im Aktionsfeld der BGF. Hierzu wurden in den Interviews bereits verschiedene Maßnahmen und Projekte angeführt, die selbst im Rahmen des Arbeitsalltages bereits implementiert werden und zur Optimierung der Gesundheitspolitik beitragen könnten.

Weitere Erwartungen an die Eingliederung richteten sich aus Sichtweise der Betroffenen an den Kollegenkreis. Teilweise herrschte sogar die Überzeugung, dass der maßgebende Erfolg der Arbeitsplatzrückkehr nicht vom Arbeitgeber selbst, sondern von den Arbeitskollegen abhängt (IP 1, Absatz 36; IP 4, Absatz 12). Denn nach Meinung der Befragten fällt es in deren Verantwortungsbereich, dass der Betroffene in seiner Eingliederung eingearbeitet, vorbereitet und langsam herangeführt wird (IP 6, Absatz 40). Mitarbeiter wünschen sich, dass die getroffenen Maßnahmen zur Wiedereingliederung vom Kollegenkreis akzeptiert und auch gut in den Tagesablauf und den Dienstplan integriert werden. (IP 1, Absatz 24) Vor allem aber erwarten Betroffene, dass die Mitarbeiter nachsichtig mit dem Rückkehrer umgehen (IP 4, Absatz 64). Müssen gewisse Dinge aufgefrischt oder neu erlernt werden, wird sich erhofft, dass auch die benötigte Zeit dafür zugestanden wird (IP 8, Absatz 81). Dass dies nicht immer selbstverständlich ist, wird an den Problemen und Konflikten deutlich, von denen in den Interviews berichtet wurde. So fühlen sich Betroffene nicht selten vom Umfeld analysiert (IP 5, Absatz 30). Auch „Buschfunk“ und Mobbing sind relevante Themen, die in diesem Zusammenhang genannt wurden (IP 9, Absatz 73). Generell sollte künftig der Trend zu mehr Sensibilität im gegenseitigen Umgang erfolgen. Ein Befragter betonte hierbei „das Kollektiv“ (IP 7, Absatz 61). Es sollte sich stets vor Augen geführt werden, dass Krankheit und Gebrechen einen persönlich betreffen können (IP 8, Absatz 28).

Nach Liebig (2017) sollte das BEM für den Betroffenen jedoch nicht den Charakter einer „Hängematte“ besitzen. Sondern im Gegenteil, müssen sowohl Unternehmen als auch Mitarbeiter auf dem Prinzip der Gegenseitigkeit ihren Teil im Verfahren beitragen. (Liebig 2017) Die Erwartungen, die es durch die Untersuchung herauszustellen galt, müssen deshalb letztlich auch an den Betroffenen selbst gestellt werden, da dieser im Zentrum des BEM steht und mit seinem Engagement den Weg zu einer erfolgreichen Arbeitsplatzrückkehr entscheidend beeinflussen kann. Eine Eingliederung kann nur dann gewinnbringend verlaufen, wenn der Betroffene selbst den Willen zeigt, dass er auch wieder arbeiten möchte. Zu diesem Zweck sollte sein Auftreten gegenüber dem Betrieb durch Offenheit und Entgegenkommen geprägt sein. (IP 7, Absatz 59) Dass dieses Engagement allerdings nicht immer vorhanden ist, konnte die Untersuchung ebenfalls offenlegen. Zum einen besaßen die

Befragten durchweg, unabhängig von der Berufsgruppe, kaum Informationen zum BEM. Es bestand, über alle Gesichtspunkte des BEM hinweg, ein erhebliches Informationsdefizit. Zum anderen herrschten in mancher Hinsicht auch die Auffassung und die Mentalität, sich bei der Eingliederung voll und ganz auf den Arbeitgeber zu verlassen (IP 5, Absatz 63). Zuletzt muss bei den Betroffenen auch die Einsicht vorhanden sein, dass die Eingliederung gewisse Zeit braucht und die Leistungsfähigkeit sowie die Anforderungen erst mit der Zeit gesteigert werden können. Der Betroffene sollte hierbei bestrebt sein, seine eigene Situation realistisch einzuschätzen. Für das BEM ist es daher grundsätzlich hilfreich, wenn der Betroffene selbst ein gewisses Maß an Kompetenz mitbringt, indem er konkrete Vorstellungen entwickelt und diese dem Betrieb aufzeigt (IP 7, Absatz 59).

5.2 Ergebnisdiskussion

Durch die Ergebnisse der Untersuchung konnte festgestellt werden, dass noch ein erhebliches Wissensdefizit zum BEM im Forschungsfeld besteht. Es waren kaum Informationen zum rechtlichen Hintergrund, den Beteiligten, zum Ablauf, den Maßnahmen sowie dem Nutzenaspekt bekannt. Davon waren ebenso die Führungskräfte nicht ausgenommen. Außer einem Befragten war auch kein Interviewpartner über die Rechte und Pflichten, wie der Freiwilligkeit oder dem Kündigungsschutz, aufgeklärt. Das Forschungsfeld stellt damit jedoch keine Ausnahme dar. Als mittelständisches Unternehmen befindet sich dieses beim Thema Umsetzungsstand im Mittelpunkt zwischen Großunternehmen, bei denen das BEM bereits weiter vorangeschritten ist und Kleinunternehmen, bei denen das BEM nach wie vor kein bedeutendes Thema ist (Knoche, Sochert 2013a, S. 52). Die gewonnenen Ergebnisse der Untersuchung gehen daher mit dem gegenwärtigen Forschungsstand einher. Die Aussage: „Von einer betrieblichen Präventionskultur kann noch keine Rede sein.“ (Niehaus et al. 2008, S. 116), trifft in diesem Fall zu. Es besteht damit weiterhin ein hoher Informationsbedarf zum Thema BEM.

Trotz des Wissensdefizits nehmen die Mitarbeiter das BEM größtenteils als sehr hilfreiche Maßnahme der Arbeitsplatzrückkehr wahr. Es wird als gewinnbringende Institution zur Mitarbeiterentlastung angesehen (IP 7, Absatz 63). In der Wissenschaft wird davon ausgegangen, dass die Arbeitsplatzrückkehr nach einer Erkrankung nicht nur zu einer verbesserten Selbstwahrnehmung und ökonomischen Wohlbefinden beiträgt, sondern darüber hinaus einen essenziellen Schritt zur vollständigen Genesung und einen wichtigen Teilprozess zum Neuaufbau des individuellen Lebens darstellt (Alaszewski et al. 2007, S. 1868; Gilworth et al. 2009, S. 101). Auch aus quantitativer Sichtweise lassen Studien darauf schließen, dass durch das BEM positive, volkswirtschaftliche Effekte erzielt werden können. Niehaus et al.

(2008) konnten dahingehend bereits belegen, dass durch das BEM der Krankenstand, die Fluktuation und krankheitsbedingte Kündigungen verringert werden können (Niehaus et al. 2008, S. 104). Bei den weichen Faktoren kann hinzugefügt werden, dass das Arbeitsklima durch das BEM verbessert wird und das Engagement der Beschäftigten steigt (Knoche, Sochert 2013b, S. 9) Des Weiteren kann ergänzt werden, dass ebenso die Loyalität der Mitarbeiter gegenüber dem Unternehmen zunimmt (Sommer 2016, S. 73). Auch wenn noch weiterer Forschungsbedarf besteht, ist davon auszugehen, dass sich ein BEM vor allem für den betroffenen Mitarbeiter, aber auch für Unternehmen lohnen kann.

Im Schwerpunkt der Belastungen und Einschränkungen konnte die Untersuchung offenlegen, dass sich Betroffene infolge einer Arbeitsunfähigkeit vielfältigen Herausforderungen stellen müssen. In der Wissenschaft zeigt sich zudem, dass das Belastungsspektrum bei Betroffenen vergleichsweise noch viel breiter angelegt ist (Sommer 2016, S. 63), als dass es die Ergebnisse der hier durchgeführten Untersuchung in dieser Vielfältigkeit darlegen konnten. Studien zeigen dabei, dass die Belastungen bei Betroffenen vor allem auf dem finanziellen Schwerpunkt liegen. In den Interviews wurde hier unter anderem das nach sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit einsetzende Krankengeld genannt. Dieses sichert zwar zunächst ab, reicht aber noch lange nicht aus, um die Kosten zu decken (IP 3, Absatz 59). Sommer (2016) bestätigt dies. Das Krankengeld stellt demnach einen „zu großen Abschlag“ dar, mit dem viele Betroffene nicht umgehen können. Über die Ergebnisse der eigenen Untersuchung hinaus zeigt sich zudem, dass besonders Alleinerziehende dann belastet werden, da diese sich zusätzlich Sorgen um die Finanzierung der Kinder machen müssen. Außerdem stellt Arbeitsunfähigkeit nicht selten einen Grund dar, warum viele Betroffene auch Schulden aufnehmen müssen. In besonders schweren Fällen besteht sogar die Gefahr, dass das Eigentum verpfändet werden muss. (Sommer 2016, S. 63) Alaszewski et al. (2007) bestätigen ebenfalls, dass der potentielle Einkommensverlust Betroffene besonders motiviert, infolge einer Arbeitsunfähigkeit schnell an den Arbeitsplatz zurückzukehren (Alaszewski et al. 2007, S. 1863). Ein Teilnehmer dieser Untersuchung schilderte die Situation, dass er aufgrund der Länge seiner Arbeitsunfähigkeit bereits ausgesteuert gewesen war und in der Folge dann sogar das Krankengeld als finanzielle Stütze wegfiel. Daraus resultierte gleichzeitig ein Abhängigkeitsverhältnis vom Arbeitsamt (IP 3, Absatz 59). Mit dieser Folgebelastung konnte die Untersuchung auch neue Erkenntnisse liefern. Trotzdem kann diskutiert werden, warum finanzielle Belastungen von den Befragten dieser Untersuchung eher weniger thematisiert wurden. Es ist davon auszugehen, dass es vom Individuum abhängt, inwieweit Erkrankung finanziell belastet (Sommer 2016, S. 74). Aus den Interviews ging ebenso nicht hervor, ob die Betroffenen finanzielle Polster aufgebaut oder

Versicherungen abgeschlossen haben. Möglicherweise lag hier auch eine Limitation des Erhebungsinstrumentes vor.

Eine weitere wichtige Erkenntnis waren emotionale Belastungen. Hier wurde deutlich, dass vor allem der Kollegenkreis einen erheblichen Einfluss auf die Arbeitsplatzrückkehr auswirken kann. Dieser Einfluss fiel jedoch sehr unterschiedlich aus. Wurde zum einen von fördernden Faktoren wie Rücksicht und Unterstützung berichtet, kamen auf der anderen Seite aber auch viele negative und hemmende Eindrücke zum Vorschein. Dies begann bei Unverständnis, steigerte sich zu Vorurteilen und erreichte in einem bestimmten Ausmaß auch Mobbing.

Die Literatur bestätigt, dass die Wahrnehmung des Arbeitsumfeldes, besonders das Verständnis der Betroffenen Situation, das vom Kollegenkreis und dem Arbeitgeber entgegengebracht wird, ein wichtiger Faktor ist, der nicht außer Acht gelassen werden sollte. Mitarbeiter, die nicht verspüren, dass dieses Umfeld sich bemüht und unterstützend einwirkt, haben es schwerer, an den Arbeitsplatz zurückzukehren. Werden die Bedürfnisse und Probleme jedoch verstanden und sich mit diesen auseinandergesetzt, dann hilft dies den Betroffenen, Selbstbewusstsein aufzubauen und erfolgreich die Wiedereingliederung zu gestalten. Dieses Selbstbewusstsein wird demnach auch als ein „Key-Factor“ für eine Rückkehr anzusehen. (Alaszewski et al. 2007, S. 1867) Weitere Studien bescheinigen zudem, dass nicht nur das Arbeitsumfeld, sondern auch das soziale Umfeld im Privatleben in dieser Hinsicht eine positive Auswirkung auf die Wiedereingliederung erbringen kann (Wang et al. 2014, S. 557) Die durchgeführte Untersuchung bestätigte dies. Das private Umfeld, sei es hierbei die gesamte Familie, besonders die eigenen Kinder oder auch Haustiere, stellen für die Gesundheit und Gesunderhaltung wertvolle Ressourcen dar (IP 5, Absatz 20). In vielen Fällen wurden Arbeitsumfeld und Kollegenkreis gleichzeitig in das soziale Umfeld miteinbezogen. Dies bekräftigt erneut den positiven Einfluss, den Arbeitskollegen auf das Wohlergehen von Betroffenen haben können.

Die Wissenschaft ist sich ebenso darüber einig, dass für ein funktionierendes BEM nicht nur der Umgang unter Kollegen, sondern auch die Beziehung zwischen Arbeitgeber und Mitarbeiter durch eine Vertrauenskultur geprägt sein muss. Zumbeck et al. (2017) beschreiben diese Vertrauenskultur hierbei als einen grundlegenden Förderfaktor. Auf der anderen Seite ist Misstrauen im BEM ein hemmender Faktor, der vor allem durch Angst vor Arbeitsplatzverlust, ein angespannte betriebliche Lage und Gleichsetzung von Krankrückkehrgesprächen mit dem BEM entsteht und verstärkt wird. (Zumbeck et al. 2017, S. 11) Fehlt

dieses Vertrauen, äußert sich dies vordergründig in der fehlenden Bereitschaft der Anspruchsberechtigten zur Betreuung. Die Schaffung von Vertrauen muss demnach an erster Stelle beim BEM stehen. (Knoche, Sochert 2013a, S. 52)

Zwei Interviewpartner brachten in Hinblick auf das Vertrauen das „Vier-Augen-Prinzip“ als vertrauensbildende Maßnahme ein: „Einfach da, um die Spannung rauszunehmen. Denn viele haben wohl aufgrund von Unkenntnis da eher Angst. Und da [...] denke ich, tut so ein Gespräch ganz gut.“ (IP 7, Absatz 41) Zudem zeigt sich, dass zu viele Beteiligte, besonders wenn diese für den Betroffenen größtenteils noch unbekannt sind, schnell einschüchternd wirken können und als Bedrohung wahrgenommen werden (Sommer 2016, S. 69). Zum Aufbau des Vertrauens wird auch Führungskräften eine wesentliche Verantwortung zugesprochen (Prümper et al. 2015, S. 306). Diese sollten bereits im Vorfeld immer ein offenes Ohr für die Sorgen der Mitarbeiter haben (IP 7, Absatz 61). IP 9 konnte dies als Pflegedienstleitung bestätigen: „Wenn man eine gute Leitung ist, dann kennt man sein Personal auch ein wenig. Da weiß man genau, mit wem kann man wie sprechen.“ (IP 9, Absatz 79)

5.3 Handlungsempfehlungen zum Aufbau eines BEM

Ausgehend vom Ziel des Forschungsfeldes, auf Grundlage der vorliegenden Bachelorthesis künftig ein BEM in die Unternehmensstrukturen zu implementieren, sollen an dieser Stelle aus den Ergebnissen der Untersuchung und der Literatur grundlegende Handlungsempfehlungen abgeleitet und ausgesprochen werden, die dem Aufbau des BEM nützen.

Um die Akzeptanz des BEM zu erhöhen und das Wissensdefizit zu verbessern, sollte die Informationsvermittlung eine erste, zentrale Methode sein. Als effektive Lösungen bieten sich nach Niehaus et al. (2008) hierbei Betriebsversammlungen, persönliche Anschreiben und Aushänge an. (Niehaus et al. 2008, S. 116) Ergänzt werden kann hier, dass auch die Einbindung in das Unternehmensleitbild dahingehend förderlich sein kann.

Als weitere Grundvoraussetzung im BEM-Verfahren gilt die Feststellung der Arbeitsunfähigkeitszeiten des Personals (Seel 2017, S. 287). Dazu müssen die Vorgesetzten und die Verantwortungsträger aber auch über die Fehlzeiten im Betrieb hinreichend informiert sein. Teilweise entstand der Eindruck, dass der aktuelle Stand selbst bei den Führungspersonen nicht hinreichend bekannt gewesen ist. Dazu kam, dass mit der bis hierhin verwendeten Dokumentationssoftware nur erschwert eine vollständige und reibungslose Fehlzeiterfassung und -analyse möglich erschien. Mit dem Zweck, dies zu verbessern, wurde im Forschungsfeld bereits zum Ende des Jahres eine Softwareumstellung geplant.

Weiterhin muss im Vorfeld eine prägnante und grundlegende Betriebsvereinbarung geschaffen werden, die das BEM konkretisiert. Neben formalen Kriterien wie Geltungsbereich und -dauer sowie des Datenschutzes gehört dazu ebenfalls, die Ziele und die Maßnahmen zur Umsetzung genau zu definieren (Beyer et al. 2015, S. 71). Es muss klar festgelegt werden, welche Schritte im BEM-Prozess nacheinander erfolgen und welche Beteiligten inwiefern daran beteiligt werden.

Da es sich bei der SHBG bereits jetzt um einen mittelständischen Betrieb handelt, bei dem jedoch angenommen werden kann, dass dieser sich in den nächsten Jahren, sowohl durch die demografische Entwicklung als auch das formulierte Eigenziel, vielseitigster Anbieter für Pflege in Ostthüringen zu werden (Schmöllner Heimbetriebsgesellschaft mbH 2014, S. 1), stetig weiterentwickelt, empfiehlt sich statt einer Einzelfallbehandlung die Bildung eines festen BEM-Teams. Dieses sollte sich aus einem Mitglied des Betriebs- oder Personalrates, dem Betriebsarzt, einem Vertreter oder Beauftragten des Arbeitgebers sowie der Schwerbehindertenvertretung zusammensetzen (Schmitt 2014, S. 41). Es zeigt sich, dass gerade die betrieblichen Interessenvertretungen im BEM-Verfahren bei den Betroffenen großes Vertrauen genießen und einen wichtigen Förderfaktor darstellen, da diese Ängste abbauen und als Vermittler zwischen Arbeitgeber und Mitarbeiter dienen (Sommer 2016, S. 70). In den Interviews wurde jedoch deutlich, dass die betrieblichen Interessenvertretungen kaum oder gar nicht erst an der Wiedereingliederung teilnahmen. Diese müssen deswegen künftig und generell noch viel intensiver einbezogen werden. Darin ist auch der Betriebsarzt eingeschlossen. Die Funktion einer Schwerbehindertenvertretung, die die Rechte der Schwerbehinderten und weiterer beeinträchtigter Mitarbeiter vertritt, ist im Forschungsfeld bisher nicht vorhanden und sollte deswegen geschaffen werden. Seitens des Betriebsrates wurde hierbei bereits darauf hingewiesen, dass dies in den kurzfristigen Planungen bereits beabsichtigt wurde und demnächst angestrebt wird. Darüber hinaus wurde sich ebenso mit der Besetzung einer Jugend- und Auszubildendenvertretung auseinandergesetzt. Ob dazu in beiden Fällen geeignetes Personal neu eingestellt, oder bestehendes Personal durch *Job Enrichment* neu ausgestattet werden soll, muss erörtert werden. Darüber hinaus ist zu klären, ob eventuell weitere Personalien in das BEM-Team hinzugezogen werden müssen oder können. Möglich wären eine Fachkraft für Arbeitssicherheit oder ein betrieblicher Sozialarbeiter (BIH 2015, S. 26). Für jeden Einzelfall ist natürlich ein individuelles Vorgehen mit dem betroffenen Mitarbeiter abzustimmen (Beyer et al. 2015, S. 6).

Externe Partner sind in der Regel nicht Bestandteil des Teams. Es sollten trotzdem und besonders in den Anfängen Netzwerke aufgebaut werden. Denkbar wären Kontakte zum Integrationsamt, Berufsgenossenschaften und Krankenkassen (Schmitt 2014, S. 41).

Hauptaufgabe des BEM-Teams ist es, die inner- und außerbetrieblichen Akteure in ihrer Zusammenarbeit zu fördern (BIH 2015, S. 19).

Eine Frage stellt sich bei der Finanzierung des BEM. Gemäß § 84 Abs. 3 SGB IX kann das Forschungsfeld durch Rehabilitationsträger und die Integrationsämter finanziell beim Aufbau des BEM gefördert werden. Verbunden mit diesen Förderungen sind jedoch bestimmte Anforderungen, die je nach zuständigen Träger variieren und für die sich ein Unternehmen bewerben muss. (Berner 2008, S. 57) Diese Anforderungen beziehen sich auf vielfältige grundlegende strukturelle, personelle und sachlogische Ressourcen, die gleichzeitig auch unabhängig einer Förderung bereits als Grundlage für das BEM geschaffen werden müssen. Dies betrifft unter anderem die bereits genannten Bedingungen zur Schaffung einer Betriebsvereinbarung oder der Besetzung einer Schwerbehindertenvertretung.

Nach der Auffassung des Autors muss auch über das BEM hinaus die Gesundheitspolitik einen noch höheren Stellenwert erhalten. Dem geht voraus, dass sich das BEM vordergründig auf Langzeiterkrankte fokussiert. In diesem Sinne setzt das BEM nur an den Symptomen an, ohne sich mit den Ursachen zu beschäftigen. Es sollte jedoch auch mehr dafür getan werden, dass zur Verfügung stehendes, gesundes Personal auch weiterhin gesund bleibt und arbeitsfähig gehalten wird. Von einer reinen pathogenetischen Sichtweise sollte demnach auch die salutogenetische Sichtweise betrachtet werden. Die Frage für die SHBG sollte nicht nur lauten: „Wie können wir Erkrankte wieder in das Unternehmen eingliedern?“, sondern auch: Wie können wir diese Erkrankungen überhaupt erst verhindern, bevor sie entstehen?“.

Die Interviews verdeutlichten, dass nach Meinung der Interviewpartner bei der BGF Verbesserungspotential besteht. Ziel sollte es deshalb sein, den Katalog bestehender Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu erweitern und auszubauen. Mittelfristig sollte auch der Übergang vom reinen Gesundheitsaktivismus erfolgen, indem die Maßnahmen in einem systematischen und nachhaltigen BGM gebündelt werden. Es zeigt sich, dass durch ein BGM auch die Mitarbeiterbindung verbessert und die Fluktuation vermindert werden können (Gansser, Linke 2013). Gleichzeitig ist die Existenz eines BGM eine positive Grundvoraussetzung für das BEM (Zumbeck et al. 2017, S. 25) Angesichts der demografischen Entwicklung und des daraus resultierenden Fachkräftemangels werden sich qualifizierte Fachkräfte langfristig auch nicht allein durch mehr Geld rekrutieren lassen, sondern es muss vielmehr auch das Gesamtpaket stimmen. Und hierbei spielt nicht nur der Umgang

mit älteren und erkrankten Beschäftigten, sondern ebenso das Verständnis von Gesundheitsförderung und BGM eine Rolle, die für oder gegen ein Unternehmen sprechen können. (Knoche, Sochert 2013a, S. 54)

5.4 Methodenkritik

Eine kritische Auseinandersetzung mit der verwendeten Methodik verfolgt den Zweck, das eigene Vorgehen in der Untersuchung, bezogen auf die Art der Datenerhebung und -auswertung sowie den Umgang mit den Daten selbst, kritisch zu hinterfragen. Damit sollen Optimierungspotentiale verdeutlicht werden, deren Erkenntnisse in späteren Untersuchungen einfließen können und beachtet werden sollen.

Im Vorfeld der Bachelorthesis wurde in den Planungen zur Untersuchung zunächst ein quantitatives Studiendesign präferiert. Dies zielte darauf ab, möglichst viele Mitarbeiter zu erreichen und allen Beschäftigten die Chance zu gewähren, in die Untersuchung miteinbezogen zu werden. Gleichzeitig hätte durch diese Methodik ein stärkerer Informationseffekt zum BEM bewirkt werden können. Nach mehreren Abwägungen wurde sich schließlich auf ein qualitatives Design mit Interviews festgelegt. Dies entsprach auch den Meinungen der Betreuer des Unternehmens, da frühere quantitative Untersuchungen mit Fragebögen im Forschungsfeld nur auf wenig Resonanz trafen und nicht die gewünschten Wirkungen erreichten.

Bei der durchgeführten qualitativen Methodik müssen die Auswahl, die Rekrutierung und der Zugang zu der Zielgruppe angesprochen werden. Denn gerade bei einer bewussten Auswahl von Fällen und dem Arbeiten mit geringen Fallzahlen wird eine intensive Reflektion des Samplingprozesses impliziert (Misoeh 2015, S. 186). Im Exposé der Bachelorarbeit war dabei zunächst angedacht, einen qualitativen Stichprobenplan aufzustellen, damit alle wichtigen Merkmalskombinationen in der Stichprobe enthalten sind und einer heterogenen Stichprobenstruktur Rechnung getragen werden kann (Anhang 8). Das Sampling orientierte sich aber schließlich an der GTM. Der Vorteil dieser Methode lag darin, dass das Sample nicht gleich zu Beginn der Untersuchung festgelegt wurde, sondern im Verlauf der empirischen Analyse erst nach und nach eine zielgerichtete Zusammenstellung erfolgte (Przybowski, Wohlrab-Sahr 214, S. 181). So konnten bei Bedarf noch weitere Personen herangezogen werden, die im Vorfeld noch nicht bedacht wurden. Zu diskutieren ist hierbei, dass die Rekrutierung der Fälle mithilfe der Betreuer des Unternehmens erfolgte. Es könnte dabei zu einer Verzerrung bei der Auswahl oder auch einer Manipulation gekommen sein, indem für die Datenbasis im Sinne eines Wunschergebnisses besonders unkritische und

zufriedene Personen ausgewählt wurden. Weiterhin ist trotz aller Maßnahmen, die für den Datenschutz ergriffen wurden, eine solche Rekrutierungsmethode für die Wahrung der Anonymität der Befragten kritisch anzusehen. Nach Werner (2016) stellen sowohl die Gewinnung möglichst vollständiger Informationen auf der einen Seite, als auch die Wahrung der Rechte und Interessen der Informanten auf der anderen Seite, zwei Idealziele dar, die im Gegensatz zueinander stehen. Demnach müssen grundsätzlich Kompromisse hinsichtlich Forschungsethik und -praxis eingegangen werden, wenn beide Idealziele in einer Untersuchung verfolgt werden. (Werner 2016, S. 381) Letztlich war das Vertrauensverhältnis zu den Betreuern jedoch in ausreichendem Maße gegeben, da der Kontakt zum Forschungsfeld schon seit längerer Zeit bestand. Ferner ermöglichte die Steuerung durch die Betreuer überhaupt erst den Zugang zu den potentiell interessierenden Personen. Besonders bei qualitativen Interviews muss dieser Zugang zur Zielgruppe gut organisiert sein (Misoch 2015, S. 187). Denn nicht nur an den Forschenden selbst, sondern auch an den Befragten, werden unterschiedliche Anforderungen oder auch „Zumutungen“ im qualitativen Forschungsprozess gestellt (Flick 2008, S. 97). Die Betreuer stellten somit auch Schlüsselpersonen (*Gatekeeper*) für die Untersuchung dar, die den Ablauf erheblich erleichterten.

Auf die Datenbasis, die am Ende der Untersuchung so zusammengestellt wurde, hatte die Art der Rekrutierung jedoch keinen negativen Einfluss. Im Gegenteil, konnte die Datenbasis aufgrund dieser Schlüsselpersonen wahrscheinlich erst so in ihrer Vielfalt bestehen. So konnte, wie im Exposé geplant, eine hohe Heterogenität der Interviewpartner erreicht werden, indem aus jeder Berufsgruppe und jeder Einrichtung mindestens ein Vertreter eingezogen werden konnte. Auch das Altersspektrum war gut verteilt und die Geschlechterverteilung mit sechs Frauen und drei Männern noch angemessen. Ansatzpunkt für Kritik wäre jedoch, dass sich verstärkt auf Personen fokussiert wurde, die bereits für eine längere Zeit krank und arbeitsunfähig gewesen sind. Dies wurde jedoch bewusst so gewählt, da erwartet wurde, dass die ausgewählten Personen aufgrund ihrer Nähe zum untersuchten Gegenstand aussagekräftiger wären als Unbetroffene. Um die Merkmalsvariation zu erweitern, hätten jedoch auch Schwerbehinderte in die Zielgruppe miteinbezogen werden sollen.

Im Zusammenhang mit der Auswahl der Zielgruppe muss auch die Repräsentativität diskutiert werden. Denn besonders qualitative Sozialforschung wird grundlegend mit der Kritik mangelnder Aussagekraft konfrontiert, die in fehlender Repräsentativität begründet liegen soll (Misoch 2015, S. 188). Jedoch muss laut Misoch (2015) Repräsentativität differenziert betrachtet werden, da in qualitativer Forschung nicht statistische, sondern inhaltliche Repräsentativität im Zentrum steht. Dies bedeutet die „inhaltliche Entsprechung und Adäquanz der untersuchten Elemente“, indem alle relevanten Merkmalskombinationen ausreichend

vertreten sein müssen. (Misoch 2015, S. 188) Wie bereits an anderer Stelle beschrieben, wurde dem in der vorliegenden Arbeit versucht nachzukommen, da die Zielgruppe in verschiedenen Merkmalen heterogen verteilt wurde. Aus diesem Standpunkt heraus kann demnach in die Richtung argumentiert werden, dass die durchgeführte Studie den Anforderungen einer inhaltlichen Repräsentativität genügt.

Im Sinne der GTM war die Gesamtzahl der durchzuführenden Interviews an dem Einsetzen der Datensättigung auszurichten. Demnach sollte die Datenerhebung nur solange erfolgen, bis sich keine weiteren, neuen Erkenntnisse im Material mehr finden lassen. (Przybowski, Wohlrab-Sahr 2014, S. 200) Für die vorliegende Arbeit war es jedoch problematisch, eine richtige Einschätzung zu treffen, wann die Datensättigung erfolgt war. Mit zunehmender Interviewanzahl wiederholten sich auch die besprochenen Themen. Es kamen aber auch immer wieder neue, unerwartete Impulse hinzu, die in den vorhergegangenen Interviews noch nicht so auftraten. Auch wurde der Interviewleitfaden mit der GTM nach dem Prinzip der Offenheit behandelt (Przybowski, Wohlrab-Sahr 2014, S. 200). Dadurch wurden die Inhalte nach jedem Durchgang reflektiert und die Inhalte flexibel angepasst, sodass in den Leitfaden immer wieder neue Erkenntnisse einfließen konnten. Zusätzlich wurde jeder Interviewpartner nach den Interviews nach Verbesserungspotentialen sowohl in den besprochenen Themen als auch im Interviewablauf befragt, wobei jedoch in den meisten Fällen eine positive, beanstandungslose Bewertung erfolgte. Mit den genannten Gründen war es schwierig, einen geeigneten Schlusspunkt hinter die Datenerhebung zu setzen. Nach Meinung des Autors hätten auch noch weitere Interviews folgen können. Das Ende der Datenerhebung wurde nicht nur durch die Datensättigung der GTM, sondern auch durch die zur Verfügung stehenden Zeitressourcen des Projektes determiniert. Generell ist die Beendigung eines Forschungsprozesses bei der GTM in jedem Fall eine riskante Entscheidung, die letztlich begründungsbedürftig ist (Equit, Hohage 2016, S. 13).

Im Hinblick auf die späteren Ergebnisse kann es in den Interviews zu Verzerrungseffekten hinsichtlich der sozialen Erwünschtheit gekommen sein. Besonders bei qualitativen Interviews, in denen teilweise über sehr sensible Themen gesprochen und situativ eine enge und intensive Beziehung zwischen Forschenden und Befragten hergestellt wird, äußert sich dies darin, dass der Befragte Antworten gibt, von denen angenommen wird, dass diese in der konkreten Situation sozial erwünscht wären (Misoch 2015, S. 19). In der vorliegenden Arbeit, in der sensible Themen wie Krankheit oder Arbeitsunfähigkeit thematisiert wurden, ist demnach verstärkt mit sozialer Erwünschtheit zu rechnen gewesen. Dies betrifft zum Beispiel Fragen, die die Eingliederung oder Arbeitsunfähigkeit in Bezug zum Arbeitgeber

stellten und darauf abzielten, negative Erfahrungen zum Vorschein zu bringen oder auch Verbesserungsbedarf darzulegen. So kann dementsprechend angenommen werden, dass die Befragten sich hierbei einerseits positiver über ihre Arbeits- oder Eingliederungssituation geäußert haben, andererseits Probleme und Konflikte mit dem eigenen Arbeitgeber eher verschwiegen haben. Dem liegt auch die Abhängigkeitssituation der Befragten gegenüber dem Arbeitgeber zugrunde. Ein Beispiel für eine solch zutreffende Frage wäre: „*Wie reagierten der Arbeitgeber und Vorgesetzte auf Ihre Erkrankung?*“ Einer Beeinflussung des Interviewverhaltens kann laut Misoch (2015) begegnet werden, indem das Ziel und die Methode im Vorfeld transparent gemacht werden, ohne zu weit in das Detail zu gehen (Misoch 2015, S. 19). Dies wurde in der Untersuchung durch das Informationsschreiben (Anhang 3) und den persönlichen Kontakt im Vorfeld der Untersuchung umgesetzt.

In der späteren Datenauswertung wurde von der Methodologie der GTM abgewichen, indem hierbei die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2008a) zur Anwendung kam. Diese wurde aufgrund ihrer Popularität bevorzugt. Denn zum einen stellt die qualitative Inhaltsanalyse eine der populärsten, sozialwissenschaftlichen Verfahren dar, die sich in den unterschiedlichsten Disziplinen erfolgreich durchgesetzt und etabliert hat (Mayring 2008a, S. 9). Zum anderen erweisen sich die Auswertungsschritte der GTM meist als zu umfangreich, sodass diese im Rahmen eines kleineren Forschungsprojektes kaum durchführbar sind (Jaeggi et al. 1998, S. 5). Schließlich kann diese Kombination der verwendeten Methoden auch als eine Form der Triangulation, in der ein Forschungsgegenstand aus Sicht von mindestens zwei unterschiedlichen Punkten betrachtet wird (Flick 2008, S. 11), verstanden werden. Zusätzlich wurde der Analyseprozess durch die computergestützte Datenauswertung mit MAXQDA nochmal erheblich erleichtert und verbessert. Denn dadurch konnte einerseits eine höhere Effizienz bei der Datenorganisation und -verarbeitung erreicht werden. Andererseits wurde zu einer transparenten, systematischen und regelgeleiteten Vorgehensweise im Umgang mit den Daten hingeleitet. (Kelle 2015, S. 499) Ein zusätzlicher Vorteil in der Arbeit mit MAXQDA lag darin, dass sich relativ schnell und ohne große Einarbeitungszeit mit den grundlegenden Funktionen der Software vertraut gemacht werden konnte.

Als schwierig erwies sich in der Datenauswertung jedoch die Kategorienbildung. Die Hürde lag hierbei darin, eine geeignete und angemessene Anzahl von Kategorien zu bilden, die trennscharf voneinander abgegrenzt werden können. Einerseits sollte ein Überblick über die besprochenen Themeninhalte entstehen, andererseits aber auch genügend in das Detail gegangen werden. Durch die induktive Vorgehensweise wurde zunächst dazu geneigt,

zu viele Kategorien zu bilden, wodurch die Struktur und damit auch die Auswertung teilweise zu komplex wurde und die Interviewinhalte in ihrer Bedeutung verloren gingen. Bei der deduktiven Durchführung hingegen bestand die Gefahr, dass zu schnell eine Struktur vorgegeben wird, die manche Inhalte vernachlässigte und in die falsche Richtung lenkte. Aufgrund der Fülle des Materials mussten die Kategorien deswegen mehrmals umgeordnet werden, bis eine finale Struktur feststand. Dadurch war dieser Schritt der Datenbearbeitung ein besonders intensiver Prozess. Es wurde nach und nach deutlich, dass ein gesunder Mix zwischen induktiver und deduktiver Kategorienbildung bestehen sollte, damit eine systematische und möglichst unverzerrte Ergebnisdarstellung möglich ist.

6 Fazit und Ausblick

Nicht nur die Interviews, sondern auch die Kennzahlen zur Mitarbeiterstruktur und dem Krankheitsgeschehen verdeutlichen, dass im Forschungsfeld nicht nur künftig, sondern bereits jetzt ein funktionierendes BEM dringend benötigt wird. Aktuelle Kennzahlen zeigen an, dass ein erheblicher Anteil der Belegschaft im Forschungsfeld für ein BEM infrage kommt.

Um ein BEM auf Grundlage dieser Bachelorthesis zu konkretisieren, wurden generelle und einleitende Handlungsempfehlungen aufgezeigt und formuliert. Dazu gehört zunächst, einen kontinuierlichen und systematischen Überblick über die Fehlzeiten des Personals zu erlangen und diese zu überwachen. Es müssen klare Verantwortlichkeiten festgelegt und schriftlich in einer Betriebsvereinbarung festgehalten werden. Führungskräfte haben eine unmittelbare Nähe zu ihren Mitarbeitern und müssen generell ein Bewusstsein dafür entwickeln, Überbelastungen des Personals frühzeitig zu erkennen und dann gegebenenfalls zu reagieren, damit einer drohenden Arbeitsunfähigkeit gegengesteuert werden kann. Mitarbeiter, die drohen „abzukippen“, haben jedoch auch die Eigenverantwortung, bei Problemen auf die Führung zuzugehen (IP 9, Absatz 83). Bei eingetretener Arbeitsunfähigkeit sollte zudem frühzeitig der Kontakt zu den Mitarbeitern aufgebaut werden.

Die Wissenschaft zeigt, dass Arbeitsunfähigkeit die Betroffenen vor allem finanziell belastet. Die SHBG sollte demnach erörtern, inwiefern die Mitarbeiter hierbei unterstützt werden können. Denkbar wäre auch eine Schuldnerberatung, um Lösungen bei finanziellen Problemen aufzuzeigen. Weiterhin wurde deutlich, dass vor allem der Kollegenkreis und Vorgesetzte einen bedeutenden Einfluss auf die Arbeitsplatzrückkehr von Beschäftigten darstellen. Hier ist zu diskutieren, ob Teambuildingmaßnahmen erforderlich sind, um den Zusammenhalt zu fördern und das Betriebsklima zu verbessern (IP 9, Absatz 32).

Ebenso lässt sich darlegen, dass den innerbetrieblichen Interessenvertretungen eine bedeutende Rolle im BEM-Verfahren zukommt. Diese fehlen aber bisher im Forschungsfeld oder werden nicht ausreichend in die Planungen einbezogen. Besonders die Schaffung einer Schwerbehindertenvertretung hat hier Priorität. Wegen der Unternehmensgröße und -struktur empfiehlt sich später ein einzelfallübergreifender Ansatz mit einem festen BEM-Team. Auch die Finanzierung muss hierbei überdacht werden. Wurden die notwendigen Voraussetzungen geschaffen, können gemäß § 84 Abs.3 SGB IX Prämien zur Unterstützung beantragt werden.

Darüber hinaus muss an dieser Stelle ebenfalls die Notwendigkeit hervorgehoben werden, dass ein Trend zur Verbesserung der BGF und mittelfristig der Aufbau eines BGM erfolgen sollte, wenn das Forschungsfeld künftig den Herausforderungen der demografischen Entwicklung gewachsen sein möchte. Denn auch künftig muss sich mit einer alternden Belegschaft und steigenden Fehlzeiten auseinandergesetzt werden.

Damit sich das BEM als Institution weiterentwickeln kann, müssten weiterhin viele offene rechtliche Fragen beantwortet werden (Jastrow 2010b, S. 174). Gerade im Hinblick auf den generellen Umsetzungsstand muss auf Handlungsbedarf seitens der Politik hingewiesen werden, der vor allem das generelle Fehlen gesetzlicher Kontroll- und Sanktionierungsmechanismen adressiert. Nach Reusch (2012) sind diese hauptsächlich dafür verantwortlich, dass eine Initiative der Arbeitgeber bisher erheblich vermindert wurde (Reusch 2012, S. 41). Zwar bestehen für Arbeitgeber in Form indirekter Sanktionen bereit verfahrensrechtliche Nachteile in einem möglichen Kündigungsschutzverfahren (Schmitt 2008, S. 44). Doch es wird einerseits nach wie vor nicht kontrolliert, ob die Durchführungspflicht des BEM und somit die Umsetzung des § 84 Abs. 2 SGB IX in der Praxis erfolgt. Andererseits bekommen Unternehmen auch keinerlei direkte Konsequenzen für die Nichtbeachtung der Regelung zu spüren, wodurch zu der Einstellung tendiert wird, dass diese Pflicht weiterhin straffrei ignoriert werden kann. (Reusch 2012, S. 41) Mit diesem Hintergrund müssen künftig besonders hier Lösungen gesucht und gefunden werden, die dem entgegenwirken können.

Da ein Trend zu immer weniger staatlicher Kontrolle zu beobachten ist, ist eine Vollzug dahingehend eher weniger zu erwarten. Zudem ist es grundsätzlich fragwürdig, ob Bußgelder und Sanktionen einen nachhaltigen Erfolg verbuchen können. (Reusch 2012, S. 41) Aktuelle politische Entwicklungen in Deutschland lassen nicht darauf schließen, dass sich nach über einem Jahrzehnt nach Einführung des BEM großräumige Veränderungen dahingehend realisieren lassen.

Des Weiteren wird bei der betriebswirtschaftlichen Seite des BEM noch erheblicher Forschungsbedarf deutlich. Es stellt sich hierbei die Frage, welche Kriterien letztendlich erfüllt werden müssen, damit sich die Implementierung eines BEM statt einer Einzelfallbehandlung auch wirtschaftlich für Arbeitgeber lohnt. (Jastrow 2010b, S. 174) Die bislang in der Wissenschaft bestehenden Untersuchungen reichen in dieser Hinsicht nicht aus, um zu einem fundierten, anerkannten Ergebnis zu kommen, obgleich Modellversuche ein positives Ergebnis vermuten lassen. Auch das Humankapital sollte dazu künftig stärker in die Überlegungen mit einbezogen werden. (Faßmann, Emmert 2010, S. 165)

Literaturverzeichnis

- Abeler J. (2013): Sucht unter Pflegekräften In: Badura B; Ducki A.; Schröder H.; Klose J.; Meyer M.: Fehlzeiten-Report 2013. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Alaszewski A.; Alaszewski H.; Potter J.; Penhale, B. (2007): Working after a stroke. In: Disability and Rehabilitation. 24. 1858–1869.
- Berner F. (2008): Grundlagen des betrieblichen Eingliederungsmanagements. Hamburg: IGEL Verlag GmbH.
- Berufsgenossenschaft Handel und Warenlogistik (2014): Betriebliches Eingliederungsmanagement für Mitgliedsunternehmen der BGHW. Handlungsleitfaden. Bonn.
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. (2016): Berufsethische Richtlinien. Berufsordnung. Berlin.
- Beyer C.; Wallmann P.; Wieland C. (2015): Handlungsempfehlungen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement. Münster: Landwirtschaftsverlag GmbH.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) (2015): Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM). Wiesbaden: Universum Verlag GmbH.
- Böhm A: (2015): Theoretisches Codieren. In: Flick U.; von Kardorff E.; Steinke I.: Qualitative Forschung. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Brenke K. (2013): Erwerbstätige im Rentenalter. In: DIW Wochenbericht. 6. 3–11.
- Bundesarbeitsgericht (2001): Urteil vom 27.01.2001, 7 ABR 50/99.
- Bundesarbeitergericht (2007a): Urteil vom 12.07.2007a, 2 AZR 716/06, br 2008, 77.
- Bundesarbeitsgericht (2007b): Urteil vom 12.02.2007, 2 AZR 716/06.
- Bundesarbeitergericht (2008): Urteil vom 23.04.2008, 2 AZR 1012/06.

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013): Betriebliches Eingliederungsmanagement. <http://www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsschutz/Gesundheit-am-Arbeitsplatz/betriebliches-eingliederungsmanagement.html>. Zuletzt aufgerufen am 15.10.2017.
- Deutsche Gesellschaft für Soziologie (2017): Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) und des Berufsverbandes Deutscher Soziologinnen und Soziologen (BDS). http://www.soziologie.de/de/nc/die-dgs/ethik/ethik-kodex.html?sword_list%5B%5D=kodex (zuletzt aufgerufen am 15.10.2017)
- Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg (o.J.): Betriebliches Eingliederungsmanagement BEM. Praxisleitfaden. Stuttgart.
- Equit C.; Hohage C. (2016): Ausgewählte Entwicklungen und Konfliktlinien der Grounded Theory Methodology. In: Equit C.; Hohage C.: Handbuch Grounded Theory. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Erlenkämper A. (2003): Arzt und Sozialecht. Heidelberg: Steinkopff; Imprint.
- Faber U.; Galler G. (2017): Hat BGF eine rechtliche Grundlage?. In: Faller G.: Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe Verlag.
- Faßmann H.; Emmert M. (2010): Betriebliches Eingliederungsmanagement. Studie. Nürnberg.
- Flick U.; von Kardorff E.; Steinke I. (2015): Was ist qualitative Forschung?. In: Flick U.; von Kardorff E.; Steinke I.: Qualitative Forschung. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flick U. (2008): Triangulation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Fuhlrott M.; Mückl P. (2014): Praxishandbuch Low-Performance, Krankheit, Schwerbehinderung. Berlin/Boston: Walter de Gruyter GmbH.
- Fuß S.; Karch U. (2014): Grundlagen der Transkription. Leverkusen: Verlag Barbara Budrich, Opladen & Toronto.

- Gansser O.A.; Linke M. (2013): Betriebliches Gesundheitsmanagement in Deutschland 2013. Power-Point-Präsentation. München.
- Garloff A.; Pohl C.; Schanne N. (2012): Demographischer Wandel der letzten 20 Jahre. In: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit: IAB-Kurzbericht. Nürnberg: Bertelsmann Verlag GmbH. 10. 1–7.
- Gebauer E.; Hesse B.; Heuer J. (2007): Kooperation Rehabilitation und Betrieb (KoRB). Projektbericht. Münster.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2016): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 SGB V. Richtlinie. Berlin.
- Giesert M.; Reuter T.; Reiter D. (2013): Neue Wege im Betrieblichen Eingliederungsmanagement. Düsseldorf: DGB Bildungswerk e.V..
- Gilworth, G.; S.; Kate; Kent R. (2009): Personal experiences of returning to work following stroke. In: IOS Press (34). 95–103.
- Greiwe A. (2012): Betriebliches Eingliederungsmanagement. Dissertation. Osnabrück.
- Gröben F.; Freigang-Bauer I.; Barthen L. (2011): Betriebliches Eingliederungsmanagement von Mitarbeitern mit psychischen Störungen. In: Prävention und Gesundheitsförderung. 4. 229–237.
- Hahnzog S. (2014): Betriebliche Gesundheitsförderung. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Helfferrich, Cornelia (2005): Die Qualität qualitativer Daten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlage GmbH.
- Hopf C. (2015): Forschungsethik und qualitative Forschung. In: Flick U.; von Kardorff E.; Steinke I.: Qualitative Forschung. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Hüttermann H. (2015): Der Einfluss von Führung auf psychische Gesundheit. In: Becker P.: Executive Health. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

- Jaeggi E.; Faas A.; Mruck K. (1998): Denkverbote gibt es nicht!. Forschungsbericht. Berlin.
- Jastrow B.; Kaiser H.; Emmert M. (2010a): Betriebliches Eingliederungsmanagement. In: Esslinger A.S.; Emmert M.; Schöffski O.: Betriebliches Gesundheitsmanagement. Wiesbaden: Gabler.
- Jastrow B.; Hagen F.; Kaiser H. (2010b): Betriebliche Eingliederung im Ländervergleich. In: Esslinger A.S.; Emmert M.; Schöffski O.: Betriebliches Gesundheitsmanagement. Wiesbaden: Gabler.
- Kelle U. (2015): Computergestützte Analyse qualitativer Daten. In: Flick U.; von Kardorff E.; Steinke I.: Qualitative Forschung. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Knoche K.; Sochert R. (2013a): BEM in Deutschland. In: Knoche K.; Sochert R.: Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland. Berlin: AOK-Verlag GmbH.
- Knoche K.; Sochert R. (2013b): Einleitung. In: Knoche K.; Sochert R.: Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland. Berlin: AOK-Verlag GmbH.
- Kowal S.; O'Connel D.C. (2015): Zur Transkription von Gesprächen. In: Flick U.; von Kardorff E.; Steinke I.: Qualitative Forschung. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Krause M. (2009): Schwerbehinderte im Beruf. Köln: Landwirtschaftsverlag GmbH.
- Kuckartz U. (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Kuhn J. (2017): Daten und ihre Vermittlung. In: Faller G.: Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe Verlag.
- Liebig R. (2017): betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) als unverzichtbares Führungselement der Unternehmensführung. Power-Point-Präsentation. Krefeld.
- Matthäi I.; Morschhäuser M. (2009): Länger arbeiten in gesunden Organisationen. Saarbrücken: ISO-Verlag.

- Mayring P. (2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Mayring P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick U.; von Kardorff E.; Steinke I.: Qualitative Forschung. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Mayring P. (2008a): Neuere Entwicklungen in der qualitativen Forschung und der Qualitativen Inhaltsanalyse. In: Mayring P.; Gläser-Zikuda M.: Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Mayring P. (2008b): Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Misoch S. (2015): Qualitative Interviews. Berlin: De Gruyter Oldenbourg.
- Niehaus M.; Magin J.; Marfels B.; Vater G.; Werkstetter E. (2008): Betriebliches Eingliederungsmanagement. Studie. Köln.
- Polit D.F.; Beck C.T.; Hungler B.P. (2004): Lehrbuch Pflegeforschung. Bern: Verlag Hans Huber.
- Prümper J.; Reuter T.; Jungkunz C. (2015): Betriebliche Wiedereingliederung von Langzeiterkrankten in Deutschland und Österreich. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 10 (4). 300–307.
- Prümper J.; Richenhagen G. (2011): Von der Arbeitsunfähigkeit zum Haus der Arbeitsfähigkeit: In: Brigitte S.: Ältere Beschäftigte. Bielefeld: Bertelsmann W. Verlag.
- Przyborski A.; Wohlrab-Sahr M. (2014): Qualitative Sozialforschung. Berlin, Boston: De Gruyter Oldenbourg.
- Ramsenthaler C. (2013): Was ist „Qualitative Inhaltsanalyse?“. In: Schnell M.; Schulz C.; Kolbe H.; Dunger C.: Der Patient am Lebensende. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Reichertz J.; Wilz S. (2016): Welche Erkenntnistheorie liegt der GT zugrunde?. In: Equit C.; Hohage C.: Handbuch Grounded Theory. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

- Reusch H. (2012): Wiederherstellung, Erhalt und Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit langzeiterkrankter Beschäftigter. Masterthesis. Krems.
- Schiersmann C.; Thiel H.-U. (2014): Organisationsentwicklung. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Schmitt B. (2014): Gestaltung und Durchführung des BEM. München: Verlag C.H. Beck oHG.
- Saß A.-C.; Wurm S.; Ziese T. (2009): Alter = Krankheit?. In: Böhm K.; Tesch-Römer C.; Ziese T.: Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert Koch Institut
- Schmöllner Heimbetriebsgesellschaft mbH (2017a): Willkommen. <http://www.shbg.de/>. Zuletzt aufgerufen am 15.10.2017.
- Schmöllner Heimbetriebsgesellschaft mbH (2017b): Wohnheim „Gartenstraße“. <http://www.shbg.de/wohnheim-gartenstrase-schmoln>. Zuletzt aufgerufen am 15.10.2017.
- Seel H. (2013): Praxis und Perspektiven des Betrieblichen Eingliederungsmanagements aus Sicht der Integrationsämter. In: Knoche K.; Sochert R.: Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland. Berlin: AOK-Verlag GmbH.
- Seel H. (2017): Betriebliches Eingliederungsmanagement. In: Faller G.: Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe Verlag.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2011): Demografischer Wandel in Deutschland. Wiesbaden: Statistische Ämter des Bundes und der Länder.
- Statistisches Bundesamt (2016a): Datenreport 2016. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2016b): Statistisches Jahrbuch 2016. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2016c): Ältere Menschen in Deutschland und der EU. Wiesbaden.

- Stegmann R. (2009): Prävention und Eingliederungsmanagement. Berlin, Düsseldorf: Ver.di-Bundesverwaltung.
- Stracke S.; Schöneberg K. (2015): Die demografische Entwicklung. In: Nerdinger F.W.; Wilke P.; Stracke S.; Drews U.: Innovation und Personalarbeit im demografischen Wandel. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Ulich E.; Wülser M. (2015): Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Vater G.; Niehaus M. (2013): Das Betriebliche Eingliederungsmanagement. In: Knoche K.; Sochert R.: Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland. Berlin: AOK-Verlag GmbH.
- VERBI Software GmbH (2017): Professionelle Software für Qualitative & Mixed Methods Forschung. <http://www.maxqda.de>. Zuletzt aufgerufen am 15.10.2017.
- Vosseler B. (2016): Pflegebedürftigkeit und Beruf mit der Gesundheit vereinbaren. In: Buchenau P.: Chefsache Gesundheit 2. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Wang Y.C.; Kapellusch J.; Garg A. (2014): Important factors influencing the return to work after stroke. In: IOS Press 47. 553-559.
- Werner S. (2016): Forschungsethische Konfliktlinien der Arbeit mit der Grounded Theory. In: Equit C.; Hohage C.: Handbuch Grounded Theory. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Wessling A. (2012): Betriebliches Eingliederungsmanagement. In: Personalführung. 5. 90–91.
- Zumbeck C.; Stegmann C.; Becker A. (2017): Unterstützende Ressourcen für das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM). Hamburg: DGB-Bildungswerk e.V..

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: § 84 SGB IX Prävention (aus <a href="http://www.sozialgesetzbuch-
sgb.de/sgbix/84.html">http://www.sozialgesetzbuch- sgb.de/sgbix/84.html , zuletzt aufgerufen am 15.10.2017)	96
Anhang 2: Organigramm SHBG.....	97
Anhang 3: Informationsschreiben.....	98
Anhang 4: Interviewleitfaden	99
Anhang 5: Einwilligungserklärung	102
Anhang 6: Transkriptionssystem nach Kuckartz (Kuckartz 2014, S. 136)	103
Anhang 7: Transkript mit Interviewpartner 1 (IP 1)	104
Anhang 8: Exposé zur Bachelorthesis	112

Anhang 1: § 84 SGB IX Prävention (aus <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbix/84.html>,
zuletzt aufgerufen am 15.10.2017)

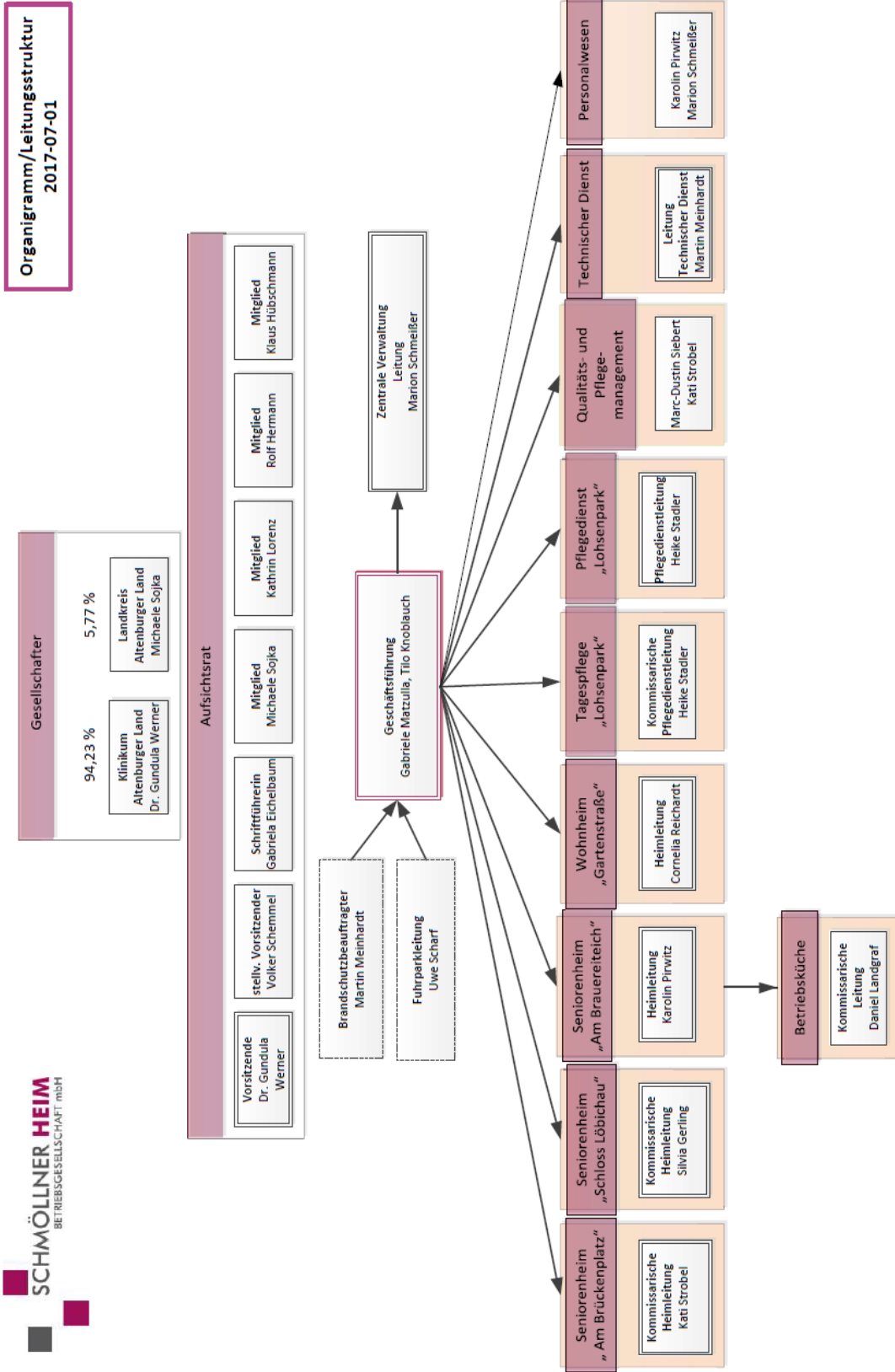
§ 84 SGB IX Prävention

(1) Der Arbeitgeber schaltet bei Eintreten von personen-, verhaltens- oder betriebsbedingten Schwierigkeiten im Arbeits- oder sonstigen Beschäftigungsverhältnis, die zur Gefährdung dieses Verhältnisses führen können, möglichst frühzeitig die Schwerbehindertenvertretung und die in § 93 genannten Vertretungen sowie das Integrationsamt ein, um mit ihnen alle Möglichkeiten und alle zur Verfügung stehenden Hilfen zur Beratung und mögliche finanzielle Leistungen zu erörtern, mit denen die Schwierigkeiten beseitigt werden können und das Arbeits- oder sonstige Beschäftigungsverhältnis möglichst dauerhaft fortgesetzt werden kann.

(2) Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (betriebliches Eingliederungsmanagement). Soweit erforderlich wird der Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen. Die betroffene Person oder ihr gesetzlicher Vertreter ist zuvor auf die Ziele des betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie auf Art und Umfang der hierfür erhobenen und verwendeten Daten hinzuweisen. Kommen Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht, werden vom Arbeitgeber die örtlichen gemeinsamen Servicestellen oder bei schwerbehinderten Beschäftigten das Integrationsamt hinzugezogen. Diese wirken darauf hin, dass die erforderlichen Leistungen oder Hilfen unverzüglich beantragt und innerhalb der Frist des § 14 Abs. 2 Satz 2 erbracht werden. Die zuständige Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem die Schwerbehindertenvertretung, können die Klärung verlangen. Sie wachen darüber, dass der Arbeitgeber die ihm nach dieser Vorschrift obliegenden Verpflichtungen erfüllt.

(3) Die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter können Arbeitgeber, die ein betriebliches Eingliederungsmanagement einführen, durch Prämien oder einen Bonus fördern.

Anhang 2: Organigramm SHBG





Informationsschreiben zum Studienprojekt

04.09.2017

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Name ist Maximilian Opelt und gegenwärtig studiere ich Gesundheitsmanagement an der Westsächsischen Hochschule in Zwickau. Im Rahmen meiner Abschlussarbeit führe ich in Zusammenarbeit mit der Schmöllner Heimbetriebsgesellschaft mbH (SHBG) ein Projekt zum betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) durch.

Ziel eines BEM ist es, Mitarbeiter nach überstandener Krankheit bei einer Eingliederung in den Berufsalltag und in das Arbeitsumfeld zu unterstützen. Durch die demografische Entwicklung und der damit verbundenen Zunahme älterer Erwerbstätiger auf dem Arbeitsmarkt steigt die Notwendigkeit, die Arbeitsfähigkeit und Gesundheit der Mitarbeiter zu schützen und zu erhalten. Zudem werden Gesundheitseinrichtungen von hohen Belastungen und Fehlzeiten beherrscht, die ein Eingreifen der Arbeitgeber erfordern. Der Gesetzgeber gibt hierbei aber lediglich grobe Richtlinien vor, wie ein BEM in der Praxis ausgestaltet werden muss und lässt damit Betrieben Spielraum. Mit diesem Hintergrund sollen die Ergebnisse der Untersuchung später in einer Grundlage zum Aufbau eines solchen BEM münden, um damit einen wertvollen Beitrag zur Unterstützung erkrankter Mitarbeiter und der Unternehmenskultur beizutragen. Im Fokus des Interesses steht dazu die forschungsleitende Frage:

„Welche Erwartungen haben Mitarbeiter an die betriebliche Eingliederung?“

Um diese Frage zu beantworten, würde ich gerne mit Ihnen ein kurzes Interview führen wollen. Dieses würde während der Arbeitszeit stattfinden und etwa 20 Minuten in Anspruch nehmen. Ihre Teilnahme am Interview ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden. Forschungsethische Aspekte wie der Datenschutz und die Anonymität sind mir wichtig und werden deshalb jederzeit gewährleistet. Bei einer Zusage werden Sie dazu eine Einverständniserklärung erhalten, die Sie gesondert darüber aufklären wird. Die wissenschaftliche Durchführung und Auswertung der Interviews obliegt mir. Ferner wird das Projekt von Dr. rer. nat. Marianne Hege und Dr. phil. David Rester an der Fakultät für Gesundheits- und Pflegewissenschaften an der Hochschule betreut. Seitens der SHBG dient Ihnen Frau Pirwitz als Ansprechpartner. Diese wird Sie in einigen Tagen kontaktieren, um Ihnen einen Termin für das Gespräch mit mir anzubieten. Bei Rückfragen und Problemen stehe ich Ihnen auch persönlich unter der Nummer 004915165156662 sowie unter der E-Mail-Adresse maximilian.opelt.ecw@fh-zwickau.de zur Verfügung. Ich möchte mich bei Ihnen im Voraus für ihre Teilnahme und Unterstützung bei der Untersuchung bedanken.

Mit freundlichen Grüßen

Maximilian Opelt

Interviewleitfaden

Datum:

Interviewnummer:

Einrichtung:

Berufsgruppe

Dauer des Interviews:

Geschlecht:

Alter:

Leitfrage: *Welche Erwartungen haben Mitarbeiter an die betriebliche Eingliederung?*

Krankheit und Arbeitsunfähigkeit

Waren Sie bereits einmal in Ihrem Leben für einen längeren Zeitraum arbeitsunfähig und wie lange war dies?

Woran waren Sie damals erkrankt und welche Ursachen hatte dies?

Welche Themen waren Ihnen infolge der Arbeitsunfähigkeit wichtig?

Wie reagierte der Arbeitgeber und Vorgesetzte auf Ihre Erkrankung?

Wie reagierten Kollegen auf Ihre Erkrankung?

Wie reagierte ihr näheres Umfeld auf die Erkrankung?

Welche Beschwerden gibt es seit ihrer Erkrankung und wie schränken diese Sie bei der Arbeit ein?

Wie gingen Sie mit den Einschränkungen um?

Wie genau wirkte sich Ihre Erkrankung damals auf die Berufstätigkeit aus und wie hat sich ihr Arbeitsleben infolge der Arbeitsunfähigkeit verändert?

Wie hat sich ihr soziales Leben außerhalb der Arbeit infolge der Erkrankung verändert?

Einstellungen und Verständnis

Was bedeutet für Sie Gesundheit und was hält Sie Ihrer Meinung nach gesund und arbeitsfähig?

Wie würden Sie Ihre Gefühlslage und Gedanken zu Krankheit beschreiben?

Wie ist Ihre Einstellung gegenüber Arbeit und welchen Wert, welche Bedeutung hat Arbeit für Sie?

Inwiefern beeinflusst Ihre Arbeit Ihr Verständnis von Gesundheit und Krankheit?

Welche gesundheitlichen Belastungen begegnen Ihnen während ihrer Arbeit und wie wirken sich diese auf Ihre Gesundheit aus?

Wie schätzen Sie die Rolle eines Unternehmens ein, für die Gesunderhaltung der Belegschaft zu agieren und Gesundheitsförderung zu betreiben?

Hat sich ihr Verständnis von Gesundheit, Arbeit und Krankheit nach der Arbeitsunfähigkeit verändert?

Wie wird ihrer Meinung nach allgemein mit erkrankten Personen und deren Erkrankungen in der SHBG umgegangen?

Betriebliche Eingliederung

Wissen, Verständnis, Einordnung

Was verstehen Sie unter betrieblichen Eingliederungsmanagement und wie würden Sie es in wenigen Worten beschreiben?

Was ist ihnen über den Begriff hinaus über das BEM bekannt und woher?

Was erwarteten Sie persönlich von einer betrieblichen Eingliederung?

Denken Sie, dass die betriebliche Eingliederung besondere Bedeutung für ihr Berufsbild hat und warum?

Welche Gründe und Motivatoren sprechen für eine Arbeitsplatzrückkehr nach einer überstandenen Arbeitsunfähigkeit?

Ablauf

Waren Sie in ihrem Leben bereits schon einmal Teil eines Eingliederungsprozesses und wie lief dieser ab?

Wie haben Sie sich persönlich auf die Arbeitsplatzrückkehr vorbereitet?

Maßnahmen

Welche konkreten Maßnahmen wurden damals ergriffen und worauf zielten diese ab?

Haben Ihnen die Maßnahmen geholfen und falls ja, inwiefern?

War die Eingliederung letztlich erfolgreich und wie zufrieden waren Sie mit den angestrebten und gefundenen Lösungen?

Welche Themen interessierten Sie nach der überstandenen Arbeitsunfähigkeit und was war ihnen wichtig?

Gab es nach überstandener Krankheit von Ihrer Seite aus Wünsche und Vorschläge nach speziellen Maßnahmen und wurden diese berücksichtigt?

Beteiligte

Welche innerbetrieblichen Personengruppen waren inwiefern an ihrer Eingliederung beteiligt?

Wie erhielten Sie Unterstützung von ärztlicher Seite?

Welche externen Institutionen und Akteure waren an Ihrer Eingliederung beteiligt?

Welche zusätzlichen Beratungsangebote nahmen Sie in Anspruch?

Wem konnten sie besonders, wem weniger Vertrauen und wer war Ihnen Ihrer Meinung nach besonders hilfreich bei der Eingliederung?

Evaluation

Hatten Sie im Vorfeld Ängste oder Bedenken, die die betriebliche Eingliederung betreffen?

Wo gab es Probleme und Konflikte und wer half dabei, diese zu lösen?

Wo wurde in ihrem Eingliederungsprozess Verbesserungsbedarf deutlich?

Was sind ihrer Meinung nach generell entscheidende Faktoren, damit eine Eingliederung nach überstandener Erkrankung erfolgreich verläuft?

Wie denken Sie, könnte drohender Arbeitsunfähigkeit in der SHBG besser begegnet werden?

Inwieweit stellt das BEM eine Ressource zur Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit des Personals dar?

Nachbereitung/Verbesserungsvorschläge/Feedback

Haben Sie noch weitere Ergänzungen zum Thema BEM oder darüber hinaus, was Ihnen wichtig erscheint?



Einwilligungserklärung zur Durchführung eines Interviews

Das Interview erfolgt im Rahmen einer Bachelorarbeit mit dem Thema: „Betriebliches Eingliederungsmanagement – Eine qualitative Studie in Pflege- und Betreuungseinrichtungen“. Alle erhobenen Daten werden ausschließlich zum Zweck dieses Projektes verwendet.

Für die wissenschaftliche Durchführung und Auswertung der Interviews ist verantwortlich:

Adresse: Maximilian Opelt
Dorfstraße 17
04626 Nöbdenitz
Telefon: 0049/15165156662
E-Mail: Maximilian.Opelt.ecw@fh-zwickau.de

Seitens der Westsächsischen Hochschule wird das Projekt von Dr. rer. nat. Marianne Hege und Dr. phil. David Rester betreut. Alle erhobenen Daten werden geschützt aufbewahrt und sind ausschließlich dem oben angegebenen Interviewer und dessen Betreuern zugänglich. Eine Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen.

Die Teilnahme am Interview ist freiwillig. Es steht Ihnen zu, Antworten auf Fragen zu verweigern. Sie können auf ihren Wunsch jederzeit das Interview abbrechen.

Die Interviews werden zu Auswertungszwecken mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet. Auf Wunsch können beliebige Stellen des Interviews oder die gesamte Tonbandaufnahme nach der Transkription und Anonymisierung gelöscht werden.

Alle erhobenen personenbezogenen Informationen werden im Zuge der Auswertung anonymisiert. Dies umfasst auch die Standardisierung und Glättung der Sprache, wodurch Ursprünge direkt wiedergegebener Zitate unerkannt bleiben. Es sind demnach keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen möglich. Die Anonymität der befragten Person wird jederzeit gewährleistet und geschützt.

Der Interviewer erklärt hiermit, die Sicherstellung der genannten forschungsethischen Vereinbarungen jederzeit zu gewährleisten und zu respektieren.

(Ort, Datum)

Unterschrift des Interviewers

Ich wurde über das geplante Vorgehen mit einem Informationsblatt und mit dieser Einverständniserklärung ausreichend informiert und habe alle Punkte verstanden. Ich bin mit den erläuterten Bedingungen einverstanden. Ich kann diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen, ohne dass in irgendeiner Art und Weise Nachteile für mich entstehen. Ich habe eine Ausfertigung dieser Erklärung erhalten.

(Ort, Datum)

Unterschrift der interviewten Person

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden nicht mit transkribiert, sondern möglichst genau in Hochdeutsch übersetzt.
2. Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, d. h. an das Schriftdeutsch angenähert. Zum Beispiel wird aus „Er hatte noch so'n Buch genannt“ → „Er hatte noch so ein Buch genannt“. Die Satzform, bestimmte und unbestimmte Artikel etc. werden auch dann beibehalten, wenn sie Fehler enthalten.
3. Deutliche, längere Pausen werden durch in Klammern gesetzte Auslassungspunkte (...) markiert. Entsprechend der Länge der Pause in Sekunden werden ein, zwei oder drei Punkte gesetzt, bei längeren Pausen wird eine Zahl entsprechend der Dauer in Sekunden angegeben.
4. Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
5. Sehr lautes Sprechen wird durch Schreiben in Großschrift kenntlich gemacht.
6. Zustimmungende bzw. bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (mhm, aha etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.
7. Einwürfe der jeweils anderen Person werden in Klammern gesetzt.
8. Lautäußerungen der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa Lachen oder Seufzen), werden in Klammern notiert.
9. Absätze der interviewenden Person werden durch ein „I:“, die der befragten Person(en) durch ein eindeutiges Kürzel, z. B. „B4:“, gekennzeichnet.
10. Jeder Sprechbeitrag wird als eigener Absatz transkribiert. Sprecherwechsel wird durch zweimaliges Drücken der Enter-Taste, also einer Leerzeile zwischen den Sprechern deutlich gemacht, um so die Lesbarkeit zu erhöhen.
11. Störungen werden unter Angabe der Ursache in Klammern notiert, z. B. (Handy klingelt).
12. Nonverbale Aktivitäten und Äußerungen der befragten wie auch der interviewenden Person werden in Doppelklammern notiert, z. B. ((lacht)), ((stöhnt)) und Ähnliches.
13. Unverständliche Wörter werden durch (unv.) kenntlich gemacht
14. Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.

Anhang 7: Transkript mit Interviewpartner 1 (IP 1)

- 1 I: Unser erster Fragenkomplex dreht sich um Gesundheit und Arbeitsfähigkeit. Was bedeutet für Sie Gesundheit und was hält Sie Ihrer Meinung nach gesund und arbeitsfähig?
- 2 IP 1: Das ist ja eine Frage (...) (I: Sie dürfen sich auch ausreichend Zeit nehmen, das ist nicht schlimm. Wir können auch später zu der Frage zurückkommen.) Ja, Gesundheit, wenn man sich körperlich wohlfühlt, auch seelisch Belastungen standhält, und wenn man auch keine Schmerzen hat. Das ist schon ganz wichtig, was schon zu einem ganz gesunden Gefühl führt. Und eben auch frei von Krankheiten. Oder wenn man auch Krankheiten hat, dass man diese so gut im Griff hat, dass man (...) trotzdem damit leben kann. Dass man vielleicht medikamentös eingestellt ist, dass das ganze verträglich wird für die Person. Dass man sich trotz Krankheit trotzdem gesund fühlen kann.
- 3 I: Das ist für Sie sowohl ein körperlicher als auch psychischer Aspekt?
- 4 IP 1: Ja, ich spreche auch gerade die Psyche an. Das ist ja bekannt, dass in den letzten Jahren auch viele Kollegen psychischer Art Beschwerden haben oder Depressionen bekommen und ja, dass gehört da auch sehr mit dazu. Nicht nur die körperliche Erkrankung, sondern auch so seelischer Art.
- 5 I: Wie ist Ihre allgemeine Einstellung zur Arbeit. Welchen Wert, welche Bedeutung hat Arbeit für Sie?
- 6 IP 1: Ja, hier in der Tagespflege bin ich seit 2011, und das macht mir sehr großen Spaß. Weil ich auch schon immer sehr gerne mit Menschen zusammenarbeite. (...) Ich bin gelernte Krankenschwester seit 1991 in Schmölln gelernt. Die Fachschule war in Gera. Bin dann nach der Ausbildung auf der Intensivstation in Bad Berga gewesen. Habe dann zwei Kinder bekommen. War dann im Anschluss dadurch auch wieder nach Schmölln gezogen in meine Heimat, und habe dann drei Jahre in einem Pflegedienst, einem ambulanten Pflegedienst in Crimmitschau gearbeitet. Ich wurde dann durch eine Ehescheidung alleinerziehend und deswegen leider auch arbeitslos wegen des Arbeitgebers, weil ich dann nicht mehr flexibel war, und bin dann vom Arbeitsamt in die Innova geschickt worden zur Wiedereingliederung und berufssuche sozusagen. Und die war dann damals noch in Schmölln, in der Altenburger Straße, die Innova, hat mich dann betreut. Und dann durfte ich (...) in dieser Tagespflege im April 2011 ein Praktikum machen von vier Wochen und, damals war noch der letzte Ziwi (...) die sind ja danach noch, wie sage ich jetzt, abgeschafft worden, der Zivildienst, und da ging es dann bei ihm so auch zum Ende zu, und da hieß es, dass der Bedarf an Tagespflege Gästen steigt, und dass dann halt noch eine Verstärkung gebraucht wird. Und dann hat die hiesige Chefin hier von der Tagespflege und Wohnbereichsleiter, die Frau S., ist dann an die Personalleiterin die Frau S. herangetreten, ob sie mich denn nicht gleich dafür übernehmen würden. Und das hat auch geklappt, und da bin ich seit Juli 2011 hier, habe ich Fuß gefasst, und mache 30 Stunden in der Woche
- 7 I: Wie schätzen Sie die Rolle des Unternehmens ein, für die Gesunderhaltung oder Gesundheit der Mitarbeiter etwas zu tun und zu agieren?
- 8 IP 1: (...) Was praktisch der Arbeitgeber tut, damit (I: Die Rolle des Arbeitgebers. Wie sollte der sich der Arbeitgeber gegenüber Gesundheit der Mitarbeiter verhalten?) (...) (I: Sollte dieser beispielsweise sehr darauf eingehen, oder sollte es weniger seine Sache, sondern vermehrt der Mitarbeiter selbst sein) Was das Gesundheitliche angeht? Damit wir ein gesundes Arbeitsklima haben. Dass wir von oben

Lob und Anerkennung erhalten. Das kommt noch nicht ganz so rüber. Das wird auch öfters mal beklagt, dass viele viel arbeiten, und immer da sind und immer zur Stelle sind, wenn andere krank werden. (...) Also ich persönlich musste vor einigen Jahren mal mehrere Wochen im Pflegeheim Löbichau mit aushelfen. Weil dort eine Fachkräftemangel herrschte und (...) und in dem Jahr war sowieso ein sehr schweres Jahr, und da hat die GmbH dann mal viele auserwählte Schwestern und Kollegen zusammengerufen, und da haben wir da tatsächlich mal eine Auszeichnung erhalten. Das war schon (...) ich sag mal ein Gutschein, 40 Euro Wert, ich sag jetzt mal Drogerie Müller, und da war ich mit dabei und das war auch ein gemütliches Kaffeetrinken mit einem Glas Sekt und ich glaube, einem Blumenstrauß und diesen Gutschein. Und das fand ich dann mal toll, denn da hat es man mal gemacht. Wahrscheinlich auch durch den Betriebsrat, ihr müsst auch schon was tun, damit das Personal nicht wieder geht. Man will das dann auch mal gesagt bekommen, das Dankeschön (...) mal hören. Und ja. Wenn man doch mal in einem Jahr vielleicht mal mehr gearbeitet hat, als es sonst so üblich ist, und sich da reingekniet hat und unterstützt hat, wo man nur kann. (...) ja, also das macht sehr viel Sinn. Denn es ist wirklich so, wenn man es nicht gedankt bekommt, dann wird schnell eine Unruhe unter den Mitarbeitern. Das kann dann auch nach hinten losgehen. Wenn es dann vielleicht der Geschäftsführer glaubt, dass es so gang und gebe wäre, das hat so zu sein, und dass immer alle so mitziehen. Es ist aber nicht selbst verständlich. Und dann macht das Sinn, wenn man die Anerkennung dann auch mal erkennt, ja. (...) ja, das ist immer so ein Geben und Nehmen, hier und da wo. Hier unsere Tagespflege Chefin macht das sehr gut, die Frau S. Auch so in unserem kleinen Team, dass wir da auch mal Lob erfahren, ja also das war heute mal besonders gut. Oder ich habe heute auch mal gesehen als Chef, dass die tagespflege Gäste glücklich waren, dass die strahlend eingestiegen und nach Hause gefahren waren in den Bus. Und da haben wir heute wieder schön den Tag gestaltet, dass die alle glücklich sind und dann danken die das auch mal an alle unsere Mitarbeiter.

- 9 I: Also die Rolle von Führungspersonen strahlt auch auf (...) die Mitarbeiter aus?
- 10 IP 1: Ja, und (...) ja da macht das Arbeiten auch noch mehr Spaß. Weil man geht dann auch gern, also ich persönlich, sowieso arbeite hier sehr gerne. (...). ja und das macht Sinn, man muss dafür ein feines Händchen auch haben, dann (...) nicht immer nur praktisch, naja, wenn mal was nicht läuft die Kritik erhalten, eben, sondern auch im Gegenzug mal eben für die positiven Ereignisse, und was man so gemeistert hat, dann das Lob. Also, naja, (...) immer den guten Mittelweg finden, dass auch sich damit der Mitarbeiter wieder wohl fühlt, auch wieder gewillt ist, gut weiter zu arbeiten, denn es lohnt sich ja dann, denn hinterher bekomme ich das Lob. So, würde ich das einschätzen ((lacht)).
- 11 I: Ok. Ich würde jetzt von Gesundheit mal eher auf Krankheit übergehen. Welche gesundheitlichen Belastungen begegnen Ihnen bei ihrer Arbeit?
- 12 IP 1: Ja, (...) also es ist natürlich (...) erstmal davon abhängig, die schwere auf so einer Einrichtung, also die schwere der Arbeit. Ich sage mal, wer im Krankenhaus oder Pflegeheim arbeitet, der hat körperlich sehr schwer zu tun, und (...) wissen wir ja alle, dass dann viele auch mit der Wirbelsäule Erkrankungen bekommen, Bandscheibenvorfälle, dann den Fall sind, denn hatte ich dann auch 2004 bei mir diagnostiziert, und (...) ja, dass es davon erstmal abhängig. Bei uns in der Tagespflege ist es eben so, dadurch dass die Leute früh mit den kleinen Bussen abgeholt werden, müssen die ja noch laufen, und , die Schwelle in den Bus hinein überwinden könne. also quasi, wie ein Treppen steigen beherrschen, oder auch aus der Wohnung noch rauskönnen. Das heißt die sind ja noch alle gut zu fuß. Ein Mann sitzt

derzeit im Rollstuhl, den kriegt man aber auch noch hingestellt und gut in den Rollstuhl rein vom Bustransfer und so, also dann heißt das, dass ich hier nicht so schwere Tätigkeiten verrichten muss, wie es in dem Pflegeheim der Fall ist (I: Und wie ist es hier an ihrem Bildschirmarbeitsplatz, denn das ist ja auch nicht gut für den Rücken oder die Augen). Ja, die Dokumentation findet natürlich parallel noch statt und ja, (...) das stimmt, irgendwann, Computer kann auch mal auf die Augen gehen, und, also ich habe hier jetzt keine Probleme hier, sitzen geht auch immer noch. Das Problem wäre dann wirklich, schwere Menschen zu heben, oder Bettlegerische ständig zu betten und Lagerungswechsel durchzuführen. Ja, das sind immer so schwere Tätigkeiten. Aber hier würde ich sagen, ja, mein Berufsfeld ist noch sehr gut.

- 13 I: Wir hatten ja schon ein wenig über ihre Arbeitsunfähigkeit gesprochen, weswegen ich jetzt auf die nächste Frage übergehen würde. Wie reagierte denn der Arbeitgeber damals auf ihre Erkrankung? Können sie sich daran noch erinnern?
- 14 IP 1: Ja, (...) ich bin halt seit 2015, das fing so plötzlich an, krank geworden. Erst mit leichten Beschwerden, (...) das ging los mit Gelenkschmerzen in den Fingern. Ich spreche das jetzt direkt mal an. Dann hatte ich auch Hautauschlag, denn da habe ich mich immer gekratzt. Dann bin ich zu sämtlichen Ärzten. Erst zur Hausärztin, dann zur Hautärztin. Dann haben die bei mir so ein Kontaktekzem diagnostiziert, und Duftstoffallergien, Nickel und Chrom (...) kam dann noch raus. Das hieß, der Arbeitgeber hat sich dann erstmal über den Hautarzt, der hat sich an die Berufsgenossenschaft gewandt, hier in Thüringen, die BG. Dass ich (...) neue Pflegeprodukte für mich gezielt ohne Duftstoffe für mich zur Verfügung bekam, das war dann erstmal sehr gut. Weil ich habe dann auch zuhause alles mit Duftstoffen aussortiert, und mich darauf eingestellt. (...) Die haben so einen Hauttest gemacht auf dem Rücken, mit mitgebrachten Produkten von mir, von der Tagespflege, und dann hatte ich eben die Waschseife und das Desinfektionsmittel nicht vertragen, und auch diese Latexhandschuhe haben leicht reagiert. Und ja, ich habe dann jetzt auch einen großen Vorrat erhalten in dem letzten Zeitraum, dass ich lange hinkomme, man sieht das auch, an den Waschbecken steht dann auch an meinem Ständer mein Name mit meinen persönlichen Waschseifen. Ja, das hat dann eben die Berufsgenossenschaft übernommen. Und hier die (...) Qualitätsmanagerin, Frau S., hat (...) dass auch mit organisiert und hat das dann auch überprüft. Das muss ich haben im Spint unter meinem Vorrat, und dass ich das, wenn jemand danach fragt, nachweisen kann. Und ja, da haben wir das alles abgehakt, dass ich auch alles besitze und auch mal erstmal eine Weile hinkomme, mit der Anzahl ((lacht)). Ja, das war das eine, und dann kam praktisch noch hinzu zu Haut und Gelenkschmerzen in Fehmar, dass ich Luftprobleme hatte wie beispielsweise Kurzatmigkeit und daraufhin bin ich dann das erste Mal ins Krankenhaus. (...) Und ja, da stimmte etwas nicht mit der Lunge, da war Wasser drin. Und ja, die Lungenbläschen waren entzündet. Und da hatte man dann so einen Verdacht auf eine Autoimmunerkrankung namens Kollagenose. das war aber alles noch sehr unsicher, weil so die ganzen Sonderblutwerte, waren manche noch zu niedrig, um dann so richtig zu sagen, das ist es! Das war so eher so eine unspezifische Kollagenose. Dann hat man mich mit so Prednison-Tabletten eingestellt, danach ging es mir eigentlich sofort besser, weil ich wieder gut Luft bekam. Und ich sollte dann sechs Wochen später zur Ct-Lunge. Und (...). da fand man dann heraus, dass es wieder schlechter geworden ist. Also das Prednison hätte ich dann wieder runter setzen sollen von 60, 40, 20 Milligramm und dann wurde die Lunge wieder schlechter. Und Gera wusste dann nicht mehr weiter, die haben mich dann weiter nach Bad Berga, auf so eine Lungenstation verlegt. Und da lag ich dann, weiß ich gar nicht (...), von September bis November, also es waren glaube ich neun Wochen (...). Die haben dann herausgefunden, dass meine Erkrankung ein

Lupus erythematodes ist, der sogenannte SME. Und (...), hat mich dann Medikamentös so eingestellt, dass man auch bei mir hochgesetzt hat mit einer kleinen Dosis Chemotherapie in Tablettenform. Und das hat mich dann ein halbes Jahr genommen und das hat dann auch viel bewirkt, dass Ich entlassen werden konnte mit einem Sauerstoffgerät zuhause. Das hatte ich dann ein halbes Jahr, von November bis April 2016. Und (...), das wurde dann allmählich besser über diese Chemo-Tablette ((lacht)), und die konnte ich dann absetzen (...) Sauerstoff konnte wieder abgeholt werden, also das mobile für zuhause ((lacht)) und auch für unterwegs hatte ich, also zwei verschiedene Geräte, ja und das ging dann wieder bergauf. Hab dann eine Einstellung bekommen in der Uni Leipzig, neue Tabletten bei einem Rheumatologen in Behandlung und, das eine Medikament bekommen, (...) Menschen, die Organ-spende hatten. Dass das Immunsystem das nicht abstößt, und auch noch zusätzlich jetzt eine zweite Tablette (unv.) (...). Das ist ein Anti-Malariamittel, weil die Krankheit zur Rheumatischen Form kreist, unterliegt und eben Ich diese Gelenkschmerzen auch hatte. Als ich angefangen habe konnte ich teilweise die Treppen nicht steigen, weil die Knie dann sofort schmerzten. Das ist bis heute alles nach dieser Einstellung. Ein Jahr später jetzt, fühl ich mich soweit wieder ganz gut. Zu Beginn hieß es dann erstmal, Anschluss, Reha, Kur, da war ich auch, in der Kieler Ecke oben in Schönberg. Schönbergholm. Und (...) drei Wochen Reha, Kur sollte noch verlängert werden, aber ich hatte schon eine Urlaubsreise gebucht im Anschluss und, hab dann noch meinen Urlaub angetreten, zwei Wochen, und hab dann hier wieder in der tagespflege begonnen, und die Ärzte in den Kliniken und auch in der Kurklinik hatten mich auch bezüglich der Wiedereingliederung gefragt, und da habe ich denen so mein Berufsbild beschrieben. Und da ich ja in der Klinik mit den sportlichen Beteiligungen schon wieder auch die Kondition mehr dann, ja (...) ich war dann wirklich mit Rollator angefangen, wieder zu laufen und so. Das war schon ganz schön unter alles bei mir, de Zustand. Bin dann, hab dann mich so fit gefühlt, dass ich gesagt habe, ich bin ja hier, mit den Berufs Feld ohne schwere Menschen heben zu müssen. Ich würde mir die sechs Stunden zutrauen. Und da habe ich das dann auch persönlich dann so gemacht, und die Wiedereingliederung nicht so wahrgenommen, die man da gedacht hatte, aber ich hätte dann sofort, denke ich, also der Arbeitgeber hätte hier sicher problemlos mitgespielt, also das ist mir bekannt. Und eine Kollegin, die hat gerade Urlaub, die hatte im Januar die Wiedereingliederung mit drei und fünf Stunden. Also so war das bei mir, ich hätte die Wiedereingliederung bekommen können. Aber ich hatte mich eben halt sehr schnell gut erholt und dass ich ((lacht)) der Gesundheitszustand so gebessert hat mit guten Medikamenten mit richtig tollen Ärzten, dass muss ich hier so sagen, die ich so hatte, die mich behandelt haben. Und ich bin auch jetzt regelmäßig noch in Kontrollen ((lacht)). Ja, das war mal schon so ein Einbruch im Leben. Ich war vorher nie wirklich krank. Und wir sind immer noch ((lacht)) halb gewandert, mit Geocaching und so mit dem Kind und ja (...) und dann plötzlich, so eine Autoimmunerkrankung, die halt jeder Mensch jeden Tag, den, den betreffen kann, was eben auch noch nicht erforscht ist, woher das eben kommen kann. Also so stressbedingt wird ja vermutet und (...)

- 15 I: Sie haben mir gerade etwas von Freizeitaktivitäten wie Geocaching erzählt. Hat sie die Arbeitsunfähigkeit auch in ihrem sozialen Leben eingeschränkt?
- 16 IP 1: Ja, damals auf alle Fälle schon, die erste Zeit bin ich dann halt viel zuhause gewesen und hab auch viel gelegen. Diese Krankheit speziell, verursachte auch eine extreme Müdigkeit, also ich war ständig müdem, also das liest man auch, wenn man sich viel darüber beliest. Und das hat mich schon zurückgeworfen. Ich muss noch dazu sagen, privat hatte ich vorher Rehasport mitgemacht, das war immer gut für meinen Rücken. Und da lief schon mein zweiter Kurs, das ist ja immer 50-mal. Und da hatte ich die ersten 12-mal weg, den musste ich abbrechen. dann habe ich

auch mal mit Zumba angefangen noch. Das habe ich natürlich dann auch abgebrochen. Und privat mit einer Freundin (...) selten mal so Nordic-Walking hat ich auch schon gemacht, so zu der damaligen Zeit. Also die 3 Seiten sportliche Betätigung habe ich auch damals abgebrochen. Und (...) hab das dann wieder aufgenommen, letztes Jahr, so im September, mache ich wieder alles mit (!: Ok). Das ist immer so ein Ziel gewesen für mich, wenn man so im Krankenbett liegt, muss man sich Ziele setzen. Man kämpft, man sagt sich dann, das willst du mal schaffen, das Sauerstoffgerät muss eines Tages verschwinden und dann willst du wieder dein Zumba mitmachen, weil ich das so liebe und weil die Musik auch der Seele gut tut und als Ausgleich, ja. So war das bei mir ((lacht))

- 17 I: Vom Arbeitgeber möchte ich nochmal auf so Kollegen eingehen. Welche Rolle haben die so bei ihrer Arbeitsunfähigkeit gespielt.
- 18 IP 1: Ja, also es ist so, dass hier immer jeder einmal krank wird. (...) ich (...) wir sind ja drei Pflegefachkräfte und teilen uns so rein in Urlaubszeit und die drei kleinere Schichte halt. Und, da war jeder mal krank. Und gerade in dem Jahr 2015, die eine wurde an der Schulter operiert, die andere, an der Wirbelsäule. Also, das war ich lange Zeit danach und musste auch hier Überstunden teilweise machen, weil die beiden Kollegen dann öfters mal, längere Zeit nach OP und so krankgeschrieben waren. dann hat es mich erwischt und dann waren die eben zur Stelle. Also ich denke, (...) wenn da jeder mal krank wird, dann ist das eben so, für mich persönlich. Ich akzeptiere das dann einfach und würde dann nicht meckern wie, das derjenige mir auf die Nerven geht, oder der ist wieder mal krank. Wir haben eben schwer gearbeitet (...) die haben ja schon lange vor meiner Zeit den Beruf der Krankenschwester ausgeübt und (...) zu DDR-Zeiten, wo auch die Hilfsmittel noch nicht so gut waren und, sind halt kaputt, meine Kollegen. Obs jetzt dir Wirbelsäule ist oder die Kniegelenke und halt, da haben die ihre Bauchstellen, von oben bis unten zum Teil (...), also und ich sehe das für mich auch so, wenn ich krank war, dann ja (...) also mit mir hat jetzt keiner geschimpft oder so. Ich bin auch, von der Frau S., mal besucht worden in der Klink. Und die konnten ja dann sehen, dass ich in einem Sauerstoffgerät und in einem Rollator draußen herumlaufe. Also, das war ja jetzt auch. (Interviewpartner zieht Rollo wegen Sonne zu, gleichzeitig kommt Kollegin ins Zimmer zu kurzem Smalltalk).
- 19 I: Meine nächste wäre vorhin eigentlich dann gewesen: Denken Sie, dass betriebliche Eingliederung eine besondere Bedeutung für ihr Berufsbild hat. Oder ich gehe noch einen Schritt voraus: Was verstehen Sie unter betrieblichem Eingliederungsmanagement und wie würden sie dieses in eigenen Worten beschreiben?
- 20 IP 1: (...) Ich finde es erst einmal eine gute Sache. Denn man baut ja auch körperlich ab, nach langem Krankenhausaufenthalt. Ich war da zwischendurch mal persönlich auch immer mal mit Komplikationen auf einer Intensivstation gelandet zur Überwachung, weil man wirklich Angst hatte, dass irgendwas mein Herz nochmal abdrücken könnte und so. Und man ist dann körperlich sehr geschwächt, und da macht es eigentlich für jeden Sinn, das auch anzunehmen. (...) um erstmal eingegliedert zu werden mit niedriger Stundenzahl. (...) ja, ist das jetzt beantwortet oder noch nicht so richtig. (!: Doch doch) Das ist eben meine persönliche Meinung. Ich habe da auch drüber nachgedacht und hab dann erstmal zu mir gesagt: ich warte jetzt mit der Kur ab. Wie schnell komme ich wieder? Wissen sie, die erste Zeit fährt man in den ersten, zweiten Stock noch in den Fahrstuhl, und dann will man die Treppen nehmen, und das klappt dann immer besser. Und, ja. Ich bin ja auch so, ich mach dann auch alles mit, was mit angeraten wird, und ich bin halt der Typ, der dann auch gewillt ist. Und das muss sich ja alles bessern. Und in der Klinik geht die Physiotherapie, die

angeboten wurde, habe ich dann auch mit absolviert, und ja. Und so eine Wiedereingliederung ist schon toll. (Kollegin kommt ins Zimmer und holt sich eine Akte).

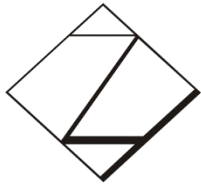
- 21 I: Nochmal zum BEM-Begriff: ist Ihnen da etwas konkret dazu bekannt? Was das genau bedeutet? oder was das aus rechtlicher Sicht genau ist?
- 22 IP 1: Das ist mir wirklich nicht so bekannt, weil ja, da habe ich auch nichts zu lese jetzt so. Ich kenne das nur vom Hören-Sagen, dass es die Möglichkeit für mich gegeben hätte, die Wiedereingliederung. Aber was da nun so rechtlich, gesetzlich dahintersteht, das hätte man mir dann später vielleicht noch mal näher, oder so (...) gelesen haben ich da noch nicht, also weiß ich da jetzt nichts darüber.
- 23 I: Ok. Und was erwarten Sie persönlich so von einer betrieblichen Eingliederung?
- 24 IP 1: (...) Ja, das ist, (...) dass der Arbeitgeber das anbietet. Und dass dann auch von seitens der Kollegen hier das auch gut integriert werden kann in den Dienstplan und in den Tagesablauf so und ja, dass man dann eben eine Zeit findet für die Person von dann bis dann macht es Sinn, da brauchen wir dich, und dann bist du ja schon wieder weg, wenn was anderes (...) an Arbeitsaufwand zusammenkommt. Wir haben ja hier immer so die Stichzeiten. Früh kommen ja erst immer die der ganze Schwung Leute mit den ganzen Bussen, dann gehen die alle frühstücken, da hat man immer erst viel zu tun. Das Ganze ist dann nochmal in der Mittagszeit, wenn die alle in den Toiletten gehen, dann noch hinsetzen, die Spritzen, Medikamente verabreichen und Mittag austeilen. Danach gehen viele nochmal zur Toilette und dann gehen Teil in Ruheraum. Die müssen hingelegt werden. Die sind dann ja immer in Bekleidung mit, dann muss in der Küche alles wieder gereinigt werden. Abwasch, Geschirrspüler, die Töpfe ((lacht)) und so weiter. Ja, das sind dann so die Hauptzeiten, wo viel los ist. Jetzt haben wir ja gerade mal Bürozeit ab um 10, ja.
- 25 I: Wenn ich das noch mal zusammenfasse: Nach Ihrer Meinung sollte es beim BEM an oberster Stelle stehen, dass die Maßnahmen gut in die Arbeitsaufgaben integriert werden.
- 26 IP 1: Genau, dass man dann guckt, dass dann die geringere Arbeitszeit, die es dann wäre, dass man da gut eingebaut werden kann und dass es dann nicht heißt, dass die schon wieder geht, weil die ja heute nur drei Stunden da ist, oder so, ja.
- 27 I: Hat sich nach Ihrer Krankheit das Verständnis von Gesundheit, Krankheit oder Arbeit in irgendeiner Weise verändert?
- 28 IP 1: Ja, auf alle Fälle, man lebt ganz anders. Einerseits privat (...) man stellt sich so drauf ein. Man beliest sich, was darf ich noch mir zutrauen, zumuten, oder worauf sollte ich verzichten. Bei mir ist es so, dass zum Beispiel, wenn es möglich ist, dass ich immer mal einen Schub bekomme, und dann kann es wieder ausbrechen, was gerade mal unterdrückt wird. Und das weiß man ja nie, wie lange es dauert, bis ich mal wieder einen Schub bekomme (...). Und ich sollte speziell das grelle Sonnenlicht meiden. Also immer schattig, und was bedecktes, denn das UV-Licht wohl auch da. Da die Schübe auslösen könnte bei diesem Lupus speziell. Da stellt man sich drauf ein. Da nimmt man beispielsweise einen hohen Lichtschutzfaktor bei der Sonnencreme. Und jetzt habe ich mir einen Sonnenhut gekauft ((lacht)). Und wenn ich doch mal übers Wochenende an den See fahre, dass ich den aufsetzen kann. (...) Und dann mach ich das weiter für den Rücken, diesen Rehasport, denn das tut sehr gut, weil bei mir ist es eben einfach zu schwaches Bindegewebe da im Rücken, das dann nicht so stützt die Wirbelsäule meine schwachen Muskeln im Rücken sozusagen. Und da tut mir das immer ganz gut, gerade so Dehnungsübungen mit dem Rücken

da hinterher fühlt man sich schon gut und schmerzfrei, denn so ein leichtes Ziehen habe ich auch täglich in der Wirbelsäule. Und von der ganzen Lebensweise her (...) wenn man mal schwerkrank war, und das gemeistert hat, da hat man so ein Glücksgefühl, und dass will man dann aufrechterhalten. Also man ist stolz, ich bin da raus aus meiner gesundheitlichen Krise und, ich sage dann medikamentös bin ich stabil (...) und ja (...), ich sag mal, ich jetzt auch ziemlich schmerzfrei bis auf so kleine Wehwehchen. Manchmal tut eben das Schultergelenk mal weh oder (...) am Anfang waren auch die Fußsohlen beim Abrollen da taten die Füße weh, und das lies jetzt alles zum Glück nach, und (...) man denkt halt jeden Tag irgendwann mal dran, dass man eigentlich chronisch krank ist (...) aber trotzdem sage ich mir so, bin ich gesund. Ich rede mir ein, ich bin gesund in meinem gesamten Körper, und lasse das auch gar nicht so durchkommen. Ich glaube, da gibt es so sinngemäß einen Satz (...). ich lebe mit dem Lupus, aber nicht der Lupus oder die Krankheit mit mir. Die beherrscht mich nicht. Ich muss die beherrschen so und im Griff haben, um damit zu leben und umgehen zu können. ja, das ist für mich wichtig.

- 29 I: Ja, würden sie sagen, dass sie generell mehr auf ihre Gesundheit nach der Erkrankung achten, oder nur speziell auf das Krankheitsbild bezogen, achtsam sein müssen?
- 30 IP 1: (...) generell eigentlich. Ich gucke jetzt auch immer auf die Ernährung. Ich hatte durch das Prednison etwas zugenommen und hatte jetzt auch wieder (...) deshalb war mein Ziel, Gewicht zu reduzieren, das ist mir gelungen, also auf die Ernährung zu achten. (...) Viele Wege zu Laufen, weniger ins Auto setzen beispielsweise. Spaziergänge, die Natur genießen so und auch wieder so bisschen fürs Empfinden: Hier fühl ich mich wohl, hier geht es mir gut. Dann gehe ich doch auch öfter mal weg oder unternehme was, zum Beispiel Ausflüge mit Freunden. Und (...), das ist noch neu. Und auch die Lebenseinstellung. Man genießt das Leben mehr, denn ja, bis vielleicht auf 20 Jahre wäre so was auch noch täglich ausgegangen und ja, da ist man einfach froh, von Ärzten gerettet worden zu sein einfach und lebt jetzt ganz anders so und bewusster. Ich genieße das Leben und ich versuche auch gezielt, Stress zu vermeiden. viele sagen zu mir so, ich habe so ein bisschen die ruhe weg. (...) es sind ja manchmal auch aufregende Situationen, wenn wir auch mal einen Notfall haben und jemanden retten müssen, dass man da (...) ja die Ruhe bewahrt und (...) dass ich mir den Tag auch nicht so stressig mache, mir selber. Da kann ich das auch steuern denke ich, dass ich, weil wenn ich weiß, Lupus wird immer Stress vermeiden, wie ist das heutzutage noch möglich, fragt man sich da. Aber ich kriege das trotzdem gut hin, denke ich mal. Alles der Reihe nach und nicht überhitzt irgendwo hinrennen, Termin nach Termin und so denke ich, habe ich mich da eingestellt, dass ich vieles in Ruhe angehe. Und nicht so hetzen und mich auch nicht hetzen lasse.
- 31 I: Ok. (...) Sie hatten ja beschrieben, dass ihre Eingliederung in den Beruf relativ erfolgreich gewesen ist (IP 1: Ja). Ich möchte das noch einmal reflektieren. Was hat ihnen am gesamten Eingliederungsprozess gut gefallen, eher schlecht gefallen und wo wurde Verbesserungsbedarf oder auch Optimierungspotential deutlich?
- 32 IP 1: Also, als ich von der Reha wiederkam, waren noch einmal zwei Wochen Urlaub, dann habe ich direkt wieder begonnen. Ich bin eigentlich ziemlich wieder in meinen Arbeitsalltag reingerutscht, die Kollegen mussten mir dann nochmal einiges erklären, was in dem Jahr meiner Krankheit sich verändert hatte. Neue Tagespflege-Gäste, die wir bekommen haben, da haben sie mich sehr gut wieder eingearbeitet, kann man sagen, dass ich auch schnell wieder in der Lage war, selbstständig zu arbeiten. Und dann ist es ja auch so, wir drei Fachkräfte hier haben ja so 3 kleine Schichten. Einer fängt um sieben an. dann um neun die Zwischenschicht und der Spätschicht, weil wir ja alle nur Teilzeit haben, kommt halb elf bis siebzehn Uhr zum

Dienst. und da hat man mir eben auch so einen Dienst gegeben, wo auch eine andere Fachkraft da ist, damit ich eben nicht allein wieder losgeschickt werde oder so, weil ja auch wieder vieles neues auch war, ja. (...) Und da bin ich unterstützt worden. Jetzt ist das so, und das machen wir jetzt so. Und nicht mehr wie früher. Das hat gut funktioniert hier innerhalb des Teams. So wenn ich jetzt so vom Arbeitgeber her, wüsste ich jetzt nicht, was da (...)

- 33 I: Also ihnen fällt jetzt nichts Konkretes dazu ein. Zum Beispiel, was ihnen besser gefallen würde, falls sie mal wieder von Arbeitsunfähigkeit betroffen wären, oder wie man Arbeitsunfähigkeit besser begegnen könnte?
- 34 IP 1: Nein, das (...) war so wie es bei mir vorhin lief, ok. Ja, habe ich keine Verbesserungsvorschläge. Wie gesagt, das betrifft einfach auch uns als internes Team, die mich da unterstützt haben. Denn wissen sie ja, wie der Ablauf ist und was man mir neues wieder mitteilen kann. denn das weiß ja jetzt eigentlich keiner von oben in der Geschäftsleitung.
- 35 I: Also würden sie meinen, dass der Kollegenkreis bei der Eingliederung einen höheren Stellenwert als der Arbeitgeber?
- 36 IP 1: Ja, so würde ich das schildern, denn die kriegen das dann auch nicht so mit. Wir haben hier unten unserer Aufgaben, die nur wir wissen. Und ja, wir müssen dafür sorgen, dass alles läuft, wie das Management und der Standard so sein soll.
- 37 I: Ja, eigentlich wären wir jetzt am Schluss, ich hätte nur noch eine Frage: Haben sie noch weitere Anmerkungen so zur betrieblichen Eingliederung, was ihnen wichtig erscheint, oder was sie hier äußern möchten, was eventuell noch nicht zur Sprache gekommen ist?
- 38 IP 1: Ich glaube, ich habe schon alles gesagt, was ich getan und gemacht habe. Zusätzlich fällt mir jetzt auch nichts weiter ein. Mir fällt auch nichts weiter ein, wenn mich jetzt jemand Fragen würde, war das so gut und lief das gut so und speziell da könnte man antworten. Aber so spontan, fällt mir da jetzt keine Verbesserungsvorschläge so ein oder (...) Kann ich jetzt nichts nur von mir aus was sagen.
- 39 I: Ok. Dann danke ich ihnen vielmals für ihre Zeit für das Interview und wünsche ihnen alles Gute.
- 40 IP 1: Danke, und ihnen viel Glück mit ihrer Arbeit.



Westsächsische Hochschule Zwickau
University of Applied Sciences

Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften

Studiengang Gesundheitsmanagement

Sommersemester 2017

Expose zur Bachelorthesis

Betriebliches Eingliederungsmanagement in der Schmöllner Heimbetriebsgesellschaft mbH

Erstbetreuer:	Dr. phil. David Rester
Zweitbetreuer:	Dr. rer. nat. Marianne Hege
	Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften
Vorgelegt von:	Maximilian Opelt
Matrikel-Nr:	34757
Seminargr.-Nr:	142232
Anschrift:	Dorfstraße 17
	04626 Nöbdenitz
E-Mail:	Maximilian.opelt.ecw@fh-zwickau.de
Tag der Einreichung:	26.07.2017

Inhaltsverzeichnis

1 Problemstellung	114
2 Ziele und Forschungsfrage	117
3 Forschungsfeld und Zielgruppe	118
4 Methodik.....	119
5 Zu erwartende Probleme	121
6 Zu erwartende Ergebnisse	122
Zeit- und Kostenplan	123
Literaturverzeichnis.....	95

1 Problemstellung

Durch die demografische Entwicklung werden künftig, besonders in Deutschland, ältere Menschen in der Gesellschaft zunehmende Bedeutung gewinnen (Statistisches Bundesamt(a) 2016, S. 6). Stellte im Jahre 2013 der Anteil der Bevölkerungsschichten ab einem Alter von 65 Jahren bereits ein Fünftel der Gesamtbevölkerung dar, erwartet das Statistische Bundesamt mit der Bevölkerungsvorausberechnung, dass im Jahre 2060 bereits jeder dritte Deutsche mindestens 65 Jahre alt sein wird. (Statistisches Bundesamt 2015(a), S. 19)

Für den Arbeitsmarkt hat diese Entwicklung bereits jetzt schon eine bedeutende Auswirkung. Zum einen sind die stark besetzten 1950er und 1960er Jahrgänge in das höhere erwerbsfähige Alter angekommen (Statistisches Bundesamt(b) 2016, S. 23). Zum anderen kann seit Jahren der Trend beobachtet werden, dass die Erwerbstätigenquote älterer Bevölkerungsschichten kontinuierlich ansteigt. Waren im Jahre 2000 noch 19,9 Prozent der 60 bis 65-Jährigen erwerbstätig, ging im Jahre 2015 mit 53,1 Prozent mehr als jeder Zweite in dieser Altersklasse einer Erwerbstätigkeit nach. Auch bei den Erwerbstätigen über 65 Jahren konnte im gleichen Zeitraum eine Zunahme von 2,6 Prozent auf 5,9 Prozent beobachtet werden. (Statistisches Bundesamt(c) 2016, S. 356) Die Gründe dafür liegen einerseits in einer der guten Wirtschaftslage geschuldeten großen Arbeitsnachfrage und höheren Bildungsabschlüssen Älterer zugrunde. Andererseits wurden gesetzliche Rahmenbedingungen verändert, die eine Erschwerung der Frühverrentung verursachen. (Statistisches Bundesamt(a) 2016, S. 22). Auch sorgt die schrittweise Heraufsetzung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre für einen weiteren Zuwachs älterer, erwerbstätiger Personen (Statistisches Bundesamt(b) 2016, S. 27)

Ältere Beschäftigte sind häufiger krank und haben generell mit einem Anstieg an Gesundheitsproblemen zu kämpfen. (Saß et al. 2009, S. 31) Auch zieht eine Erkrankung im Alter eine im Mittel erheblich längere Arbeitsunfähigkeitsdauer mit sich (Matthäi/Morschhäuser 2009, S.7). Das Erkrankungsspektrum wird dabei häufig durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Einschränkungen des Bewegungsapparates geprägt (Saß et al. 2009, S. 33). Außerdem sind Ältere oft multimorbide (Saß et al. 2009, S. 56). Für Unternehmen stellt dies eine Herausforderung dar. Einerseits sind diese bestrebt, die Produktivität und Leistungsfähigkeit älterer Mitarbeiter zu erhalten. Andererseits wollen diese aber auch der altersbedingten Zunahme von Fehlzeiten und Einschränkungen durch Maßnahmen wie arbeitsorganisatorischen Umstrukturierungen und Förderung von Leistungspotentialen entgegenwirken. (Matthäi/Morschhäuser 2009, S.7)

Auf Unternehmen im Gesundheitswesen wird die Zunahme Älterer besonders starke Auswirkungen haben. Denn mit 12 Prozent arbeitete im Jahre 2011 ein erheblicher Anteil der Bevölkerung in dieser Branche, was deren Stellung als einer der wichtigsten Beschäftigungszweige hervorhebt (Bundeszentrale für politische Bildung 2013). Obwohl der zentrale Auftrag von Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen in der Genesung und Gesunderhaltung von kranken und alten Menschen liegt, stellen diese Einrichtungen für das eigene Personal nach wie vor ungesunde Settings dar. Denn Beschäftigte in Gesundheitsberufen sind hohen psychischen und physischen Belastungen ausgesetzt. Gerade Pflegeeinrichtungen sind geprägt durch schlechte Arbeitsbedingungen wie Leistungs- und Zeitdruck sowie fehlenden Pausenzeiten. (Abeler 2013, S. 154) Da die Zahl zu versorgender Pflegebedürftiger infolge der demografischen Entwicklung allein von 2013 auf 2015 um neun Prozent stieg (Statistisches Bundesamt(b) 2015, S. 7), ist auch künftig eine hohe Belastung für diese Settings zu erwarten.

Diese dauerhaft hohen Belastungen des Personals verursachen aus Unternehmenssicht hohe Fehlzeiten. So gehört die Altenpflege im Vergleich aller Branchen zu den Berufsgruppen mit den meisten Arbeitsunfähigkeitstagen. Im Jahr 2015 lagen diese bei 24,1 Arbeitsunfähigkeitstagen pro Beschäftigtem. Auch treten Fehltage aufgrund psychischer Störungen am häufigsten in diesem Setting auf. (BKK Dachverband e.V. 2016, S. 107) Arbeitsunfähigkeit verursacht aus ökonomischer Sichtweise für den Arbeitgeber Kosten (Beyer et al. S. 5). Außerdem kommt diesem in Bezug auf die Gesundheit seiner Angestellten gemäß § 618 BGB auch eine Fürsorgepflicht zu. Durch dieses Ursachenbündel sollten besonders Gesundheitseinrichtungen bestrebt sein, die Gesundheit der Angestellten zu schützen und Krankheit sowie Arbeitsunfähigkeit aktiv zu begegnen.

Mit diesem Hintergrund wurden im Jahre 2004 Arbeitgeber dazu verpflichtet, langzeiterkrankten Beschäftigten ein sogenanntes *betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)* anzubieten. Mit dem Ziel, die Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten, sollen den Folgen der demografischen Entwicklung begegnet werden. (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2013) Die Grundlage des BEM wird durch den § 84 *Prävention im neunten Sozialgesetzbuch, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen* gestellt und regelt, dass Arbeitgeber ihren Arbeitnehmern, die sechs Wochen ununterbrochen und innerhalb eines Jahres krank/arbeitsunfähig waren, eine systematische Eingliederung anbieten müssen. (Giesert et al. 2013, S. 2) Assoziierten Arbeitgeber zur damaligen Einführung dieser Pflicht das BEM noch mehr mit bürokratischen und personellen Kosten, wurden die überwiegenden Vorteile

einer systematischen Durchführung hinsichtlich Verringerung von Fehlzeiten, Personalbindung und Verbesserung des Betriebsklimas längst erkannt (Beyer et al. 2015, S. 13).

Die Schmöllner Heimbetriebsgesellschaft mbH (SHBG) steht für die beschriebene Problemstellung und dient als Ausgangslage für die Untersuchung. Infolge gesteigener Belastungen für das Personal, einem hohen Krankenstand und langen Fehlzeiten wurde auch hier seitens der Verantwortlichen die Notwendigkeit von betrieblichen Eingliederungsmaßnahmen erkannt, um die Mitarbeiter nach überstandener Krankheit bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz zu unterstützen. In der Ist-Situation der SHBG existieren gegenwärtig lediglich einzelne Konzepte zum BEM, deren Weg zu einer strukturierten Umsetzung in der Praxis bisher nicht erfolgten.

Zwar verpflichtet die gesetzliche Grundlage, der § 84 SGB IX, die Unternehmen zum Angebot von systematischen Eingliederungsmaßnahmen, aber es werden keine präzisen Vorgaben zur Ausgestaltung in der Praxis vorgegeben (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2013). Dadurch werden Spielräume offenbart, die die Unternehmen selbstständig und frei gestalten können (Giesert et al. 2013, S. 2). Beyer et al. (2015) sprechen in diesem Zusammenhang von einem „betriebsbezogenem Vorgehen“. Ein BEM kann demnach je nach Unternehmensgröße unterschiedlich agieren und strukturiert sein. (Beyer et al. 2015, S. 5)

2 Ziele und Forschungsfrage

Aus den in der Problemstellung dargelegten Gründen wird mittels einer Untersuchung in der SHBG angestrebt, eine Grundlage zum Aufbau eines BEM zu schaffen. Mit der Bachelorarbeit wird die Chance gesehen, die Einführung und Entwicklung eines für den Betrieb angepassten BEM anzustoßen und voranzubringen. Dabei sollen einerseits die Entscheidungsträger bezüglich Aufbau und Nutzen sowie zum Forschungsstand des BEM informiert und sensibilisiert werden. Andererseits soll das BEM aus der Perspektive der Mitarbeiter beleuchtet werden. Die aus der Arbeit gewonnenen Erkenntnisse zum BEM sollen zu einem späteren Zeitpunkt in unternehmensintern angepasste Leitlinien einfließen. Ziel der SHBG ist es, künftig ein wissenschaftlich fundiertes Vorgehen/Konzept in Form des BEM zu etablieren.

Die folgende Leitfrage ist für die Bachelorarbeit und die Untersuchung relevant:

Welche Erwartungen haben Mitarbeiter der Schmöllner Heimbetriebsgesellschaft mbH an die betriebliche Eingliederung?

Weiterhin stehen folgende Fragen im Fokus des Interesses:

Wie fühlen sich Mitarbeiter nach überstandener Krankheit in ihrem Arbeitsumfeld und wie finden Sie sich in diesem zurecht?

Welche Belastungen nehmen die Mitarbeiter nach Rückkehr an den Arbeitsplatz wahr?

Welche Bedenken und Ängste haben die Mitarbeiter hinsichtlich betrieblicher Eingliederung(smaßnahmen)?

3 Forschungsfeld und Zielgruppe

Das Forschungsfeld der Bachelorthesis wird durch die Schmöllner Heimbetriebsgesellschaft mbH (SHBG) dargestellt. Diese stellt die drei stationären Seniorenheime „Am Brauereiteich“, „Am Brückenplatz“ sowie „Schloss Löbichau“. Dazu kommt eine Tagespflege mit dem gleichnamigen ambulanten Pflegedienst „Lohsenpark“ sowie das Wohnheim „Gartenstraße“, das seelisch und psychisch beeinträchtigten Personen ein dem Normalisierungsprinzip und nach Empowerment orientiertes Lebensumfeld anbietet. (Schmöllner Heimbetriebsgesellschaft mbH 2017) Der Kontakt zur SHBG bestand schon länger durch das analytische Praxisprojekt im dritten Semester des Studiums, das im Rahmen des Qualitätsmanagements der Einrichtung absolviert wurde. Hierbei erfolgte der Zugang zum Feld durch einen ehemaligen studierten Pflegemanager der WHZ.

Die Zielgruppe der Untersuchung, aus der die Stichprobe (vgl. Methodik) gezogen werden muss, besteht größtenteils aus dem Pflegepersonal, den Pflegefach- und -hilfskräften sowie Pflegedienstleitungen, aber auch aus Betreuungskräften, dem Küchendienst, dem technischen Dienst, der Hauswirtschaft und der Verwaltung. Letztere Gruppe setzt sich wiederum aus Qualitätsmanagern, Heimleitern und auch der Geschäftsführung zusammen. Auch der Betriebsrat soll einbezogen werden.

4 Methodik

Für die vorliegende Bachelorarbeit soll die qualitative Forschung im Mittelpunkt stehen. Als Erhebungsinstrument würden sich halbstrukturierte Interviews mit Leitfaden anbieten, da diese einerseits eine grobe Struktur vorgeben, aber dennoch genügend Freiraum lassen. Diese können flexibel an die jeweilige Interviewsituation angepasst werden und bieten trotzdem eine Grundlage für Datenerhebung und -analyse, aus derer eine Vergleichbarkeit der Interviews ermöglicht wird. (Döring/Bortz 2016, S. 372) Als Sonderform der halbstrukturierten Interviews wären auch problemzentrierte Interviews denkbar (Döring/Bortz 2016, S. 377).

Da es sich bei der gewählten Methode um qualitative Interviews handelt, muss hinsichtlich des Arbeitsaufwandes eine Stichprobe gezogen werden (Döring/Bortz 2016, S. 302). Eine blinde Zufallsauswahl dieser schließt sich aufgrund der Zielstellung zunächst aus, da die betriebliche Eingliederung aus Sicht aller verschiedenen Mitarbeitergruppen beleuchtet werden soll. Eher würde sich ein qualitativer Stichprobenplan anbieten. Dieser ähnelt der Quotenstichprobe und wird bewusst so zusammengestellt, dass alle wichtigen Merkmalskombinationen in der Stichprobe enthalten sind. Dies trägt damit der Heterogenität der Stichprobenstruktur Rechnung, die mit den Berufsgruppen angestrebt werden soll (Döring/Bortz 2016, S. 303). Weitere Merkmale neben *Berufsgruppe* wären denkbar. Gerade Personen, die schon einmal eine langwierige Erkrankung durchzustehen hatten, sollten auch in die Stichprobe eingeschlossen werden. Die schlussendliche Anzahl der durchzuführenden Interviews richtet sich nach der Anzahl der im Vorfeld festgelegten Berufsgruppen.

Den Interviews voraus gehen würde zunächst die Rekrutierung der ausgewählten Mitarbeiter mittels eines Anschreibens. Auch Einverständniserklärungen sollten für die Interviews erstellt werden, in denen gesondert Informationen zur Untersuchung sowie auf Wahrung der Anonymität und des Datenschutzes hingewiesen wird. In diesem Zusammenhang sollte auch eine Schweigepflichterklärung angefertigt werden. Für die Datenauswertung müssten zunächst die festgehaltenen Inhalte der Interviews verschriftlicht, transkribiert werden. Die Transkription könnte nach den Regeln von *Kuckartz* in die Software *Microsoft Word* erfolgen. Zur weiteren Auswertung würde sich dann die *qualitative Inhaltsanalyse* von *Mayring* anschließen. Dazu könnten die Programme *f4analyse* oder *Maxqda* verwendet werden.

Während der gesamten Untersuchung müssen auch forschungsethische Prinzipien im Umgang mit den Untersuchungspersonen bedacht werden. Diese wären allgemein Freiwilligkeit, Schutz von Schädigungen sowie Anonymisierung und Vertraulichkeit (Döring/Bortz 2016, S. 123).

5 Zu erwartende Probleme

Für die Mitarbeiter der SHBG ergibt sich durch die Teilnahme an den Interviews kein augenscheinlicher Vorteil. Im Gegenteil, wird die Untersuchung beim Erstkontakt wohl zunächst als zusätzliche Belastung und nicht als gewinnbringend angesehen. Deswegen müssen in einem Anschreiben und auch durch den Kontakt durch den Arbeitgeber die Vorteile für eine Teilnahme aufgezeigt werden, gleichzeitig die Hemmschwelle und Bedenken verringert bzw. ausgeräumt werden. Um die Motivation für eine kooperative Teilnahme am Projekt zu erhöhen und um einen Zusatzaufwand zu verringern, sollten die Interviews während der Arbeitszeit im natürlichen Arbeitsumfeld durchgeführt werden. Dies könnte jedoch auch wieder zu Störungen im regulären Arbeitsablauf der Mitarbeiter führen.

Während der gesamten Untersuchung müssen auch die genannten forschungsethischen Richtlinien dauerhaft sichergestellt werden. Dies setzt zum Beispiel auch gesonderte schriftliche Einwilligungserklärungen und Datenschutzhinweise voraus.

Hinsichtlich der Durchführbarkeit sollten auch die Anzahl und Dauer der Interviews bedacht werden, da die Transkription und Auswertung dieser einen hohen, nicht zu unterschätzenden, zeitlichen Aufwand voraussetzt. So geben Döring/Bortz (2016) pro Interviewstunde fünf bis zehn Stunden Zeiteinsatz für die Transkription vor (Döring/Bortz 2016, S. 373).

Die gewählten qualitativen Methoden werden im Ergebnis, auch im Hinblick auf mögliche Stichprobenziehungen, nicht repräsentativ wirken. Die Untersuchung hat explorativen Charakter.

6 Zu erwartende Ergebnisse

Eine aktuelle Studie von Sommer (2016) zeigt auf, dass das BEM seitens der Betroffenen insgesamt als hilfreich wahrgenommen wird. Auch Mitarbeiter, welche keine Erfahrung mit dem BEM gemacht haben, sehen dieses als positive und wichtige Sache an. Die Kontaktaufnahme durch den Arbeitgeber ist gewünscht, aber auch die Interessensvertretungen, besonders die Schwerbehindertenvertretung und der Betriebsarzt, nehmen wichtige Rollen im BEM Prozess ein. Trotzdem werden Informations- und Wissensdefizite deutlich, die vom Arbeitsbereich zwar abhängen, aber auch bei Führungskräften deutlich vorhanden sind. (Sommer 2016, S. 71) Ähnliche Ergebnisse sind auch in der durchzuführenden Untersuchung zu erwarten, da das BEM bisher nur unzureichend in die Unternehmensstruktur der SHBG eingebunden und Mitarbeiter damit nicht genügend für das Thema sensibilisiert wurden.

Ferner kamen Gebauer et al. (2007) in ihrer Untersuchung zu dem Schluss, dass das BEM von 90 Prozent der Personalverantwortlichen für sinnvoll, und von mehr als der Hälfte dieser für gut durchführbar angesehen wird. Trotz erkannter Vorteile wird BEM lediglich in einem Viertel der Unternehmen auch umgesetzt. (Gebauer et al. 2007, S. 9) Auch Knoche/Sochert (2013) bestätigten, dass das BEM immer noch sowohl einen relativ geringen Bekanntheits- als auch Verbreitungsgrad besitzt (Knoche/Sochert 2013, S. 52). Hierbei lässt sich aber ein Trend beobachten, der maßgeblich von der Unternehmensgröße beeinflusst wird. Während der allgemeine Umsetzungsgrad des BEM in Großunternehmen schon weiter vorangeschritten ist, ist dieses in Kleinunternehmen noch wenig bekannt, und wird noch weniger umgesetzt (Knoche/Sochert 2013, S. 52; Gebauer et al. 2007, S. 9; Niehaus et al. 2008, S. 112).

Der größte Hemmungsfaktor für ein erfolgreiches BEM stellt dabei fehlende Bereitschaft der Anspruchsberechtigten zur Betreuung dar, was sich in erster Linie auf fehlendes Vertrauen zwischen Arbeitgeber und den Beschäftigten sowie den Interessenvertretungen zurückführen lässt. Die Schaffung von Vertrauen muss demnach an erster Stelle beim BEM stehen. Seitens der Personalverantwortlichen wird ferner befürchtet, Fehler bei der Durchführung im Ablauf eines BEM zu begehen. (Knoche/Sochert 2013, S. 52)

Zeit- und Kostenplan

Juni	Konkretisierung des Themas, Zugang zur Einrichtung und Beteiligten sowie Betreuern
Juli	Literaturrecherche, Einarbeitung in das Thema
bis Mitte August	Fertigstellung der methodischen Vorgehensweise; Ziehen der Stichprobe, Zugang zu Untersuchungseinheiten, Anfertigung Einverständniserklärungen etc.
Bis Ende August	Führen, Transkribieren der Interviews
bis Mitte Oktober	Schreiben der Bachelorarbeit
Mitte Oktober	Abgabe der Bachelorarbeit
Ende Oktober	Kolloquium

Die Kosten für die Untersuchung belaufen sich größtenteils auf Zeitkosten durch den Arbeitsaufwand in Form von Literaturrecherche, Erstellung der Interviewleitfäden, Führen, Transkribieren und Auswerten der Interviews, das auch Kennenlernen neuer qualitativer Methoden umfasst, sowie Schreiben der Bachelorarbeit. Finanzielle Kosten liegen in Form von Fahrtkosten zur Einrichtung und dem Drucken der Bachelorarbeit zugrunde. Die Kosten für die SHBG liegen in der Bereitstellung von Arbeitszeit zur Betreuung der Bachelorarbeit.

Literaturverzeichnis

Abeler J. (2013): Sucht unter Pflegekräften In: Badura et al. (Hg): Fehlzeiten-Report 2013. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Beyer, Christoph; Wallmann, Petra; Wieland, Christina (2015): Handlungsempfehlungen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement. 5. Aufl. Münster: Landwirtschaftsverlag GmbH.

BKK Dachverband e.V. (2016). Gesundheit und Arbeit. Gesundheitsreport. Berlin.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013): Betriebliches Eingliederungsmanagement. <http://www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsschutz/Gesundheit-am-Arbeitsplatz/betriebliches-eingliederungsmanagement.html>. Zuletzt aufgerufen am 25.07.2017.

Bundeszentrale für politische Bildung (2013): Beschäftigte im Gesundheitswesen. <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61807/beschaefigte> (zuletzt aufgerufen am 14.07.2017).

Döring, Nicola; Bortz, Jürgen (2015): Forschungsmethoden und Evaluation. in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Gebauer, Erika; Hesse, Bettina; Heuer, Jochen (2007): Kooperation Rehabilitation und Betrieb (KoRB). Münster. zuletzt aufgerufen am 24.07.2017.

Giesert, Marianne; Reuter, Tobias; Reiter, Diana (2013): Neue Wege im Betrieblichen Eingliederungsmanagement. DGB Bildungswerk e.V. Düsseldorf.

Saß, Anke-Christine; Wurm, Susanne; Ziese, Thomas (2009): Alter = Krankheit?. In: Karin Böhm, Clemens Tesch-Römer und Thomas Ziese (Hg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert Koch Institut

Statistisches Bundesamt(a) (2016): Ältere Menschen in Deutschland und der EU. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt(b) (2016): Datenreport 2016. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt(c) (2016): Statistisches Jahrbuch 2016. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt(a) (2015): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt(b) (2015): Pflegestatistik 2015. Wiesbaden.

Knoche, Karsten; Sochert, Reinhold (Hg.) (2013): iga.Report 24. Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland. 1. Aufl. Berlin: AOK-Verlag.

Matthäi, Ingrid; Morschhäuser, Martina (2009): Länger arbeiten in gesunden Organisationen. LagO. 1. Aufl. Saarbrücken: ISO-Verlag.

Niehaus, Mathilde; Magin, Johannes; Marfels, Britta; Vater, Gudrun; Werkstetter, Eveline (2008): Betriebliches Eingliederungsmanagement. Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX. Köln.

Schmöllner Heimbetriebsgesellschaft mbH (2017): Willkommen. <http://www.shbg.de/>. Zuletzt aufgerufen am 12.07.2017.

Sommer, Domenic (2016): Eingliederung statt Ausgliederung – Evaluation des betrieblichen Eingliederungsmanagements im Krankenhaus. München: GRIN Verlag.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich diese Bachelorthesis selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe, alle Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, kenntlich gemacht sind und die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung gewesen ist.

Zwickau, den _____

Unterschrift