

Prozessorientierte betriebliche Gesundheitsforschung. Integration bei bedingter Gesundheit im Arbeitsalltag

Jannis Hergesell

Zusammenfassung: Die Aushandlung über Verbleib in oder Rückkehr zur Arbeit bei veränderter Gesundheit ist ein komplexer sozialer Prozess in welchem heterogene Akteure interagieren und organisationale Rahmenbedingungen wirken. Ob eine Integration gelingt, wird demnach maßgeblich im betrieblichen Alltag verhandelt. In meinem Beitrag nutze ich das Potential qualitativ-interpretativer Gesundheitsforschung, diese alltäglichen Integrationspraktiken in den Blick zu nehmen und ihre Verlaufsmuster herauszuarbeiten. Anhand offen strukturierter Interviews mit verschiedenen betrieblichen Akteuren zeige ich, dass sich Integrationsprozesse in vier Phasen mit jeweils charakteristischen Ereignissen und Akteurskonstellationen unterteilen lassen. Deutlich wird, dass die betriebliche Praxis durch ein Wechselspiel zwischen formal-kodifizierten und informal-variablen Reaktionen auf Integrationsbedarfe geprägt ist und direkte Vorgesetzte Schlüsselakteure für eine gelingende Integration sind.

Schlagwörter: Return to Work, prozess-orientierte Forschung, Integration, Arbeitsalltag

Process-oriented occupational health research. Integration in the case of health problems in everyday working life

Abstract: When health conditions change, negotiating whether to stay in or return to work is a complex social process in which heterogeneous actors and organizational structures interact. Accordingly, the success of integration is mainly negotiated in day-to-day business. In my article, I use the potential of qualitative-interpretive health research to focus on these everyday integration practices and to identify their patterns. Based on openly conducted interviews with a variety of corporate actors, I show that integration processes can be separated into four phases, each with characteristic events and actor constellations. It is evident that workplace practice is characterized by an interplay between formal-codified and informal-variable reactions to integration issues, and that direct supervisors are key actors for successful integration.

Keywords: return to work, process-oriented research, integration, work routine

1 Gesundheit im betrieblichen Alltag

Der Umgang mit veränderter Gesundheit im Arbeitsleben ist entsprechend seiner gesellschaftlichen Bedeutung ein seit Langem etabliertes Forschungsfeld. Demgemäß ausdifferen-

ziert sind die Fragestellungen und method(olog)ischen Perspektiven auf die vielschichtigen Wechselwirkungen zwischen Gesundheit und betrieblich organisierter Arbeit. Dabei fokussiert die sozialwissenschaftliche Gesundheits- und Arbeitsforschung einerseits auf makrostrukturelle Faktoren der Arbeitsmarktintegration, wie die sozial- und arbeitsrechtliche Regulation von Krankheit im Erwerbsleben oder den Zugang zu medizinisch-rehabilitativer Versorgung. Andererseits sind auch die subjektive Perspektive von Arbeitnehmer*innen während des Stay at- und Return to Work (STW/RTW), ihr (beruflich-biographisches) Krankheitserleben sowie integrationsförderliche und -hemmende Versorgungsfaktoren gut erforscht. Dagegen erfährt der *konkrete betriebliche* Umgang mit Gesundheit und Krankheit, also die *alltägliche Praxis*, bisher vergleichsweise verhaltene Aufmerksamkeit (Hergesell/Akremiti 2021).

Jedoch entscheidet sich in der Regel vor Ort am Arbeitsplatz, ob die Rückkehr ins oder der Verbleib im Erwerbsleben mit gesundheitlichen Einschränkungen tatsächlich gelingt. Damit sind Betriebe diejenigen Orte unserer Gesellschaft, in denen die faktischen Folgen von bedingter Gesundheit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt maßgeblich ausgehandelt und empirisch evident werden. Folglich rückten auch betriebspezifische organisationale Strukturen in den Fokus der für diese Zugriffe besonders geeigneten qualitativen Gesundheitsforschung. Beschrieben wurden etwa typischerweise involvierte betriebliche Akteure (Brussig/Schulz 2019) und Netzwerke (Filipiak/Müghe 2019) des RTW. Dabei wurde ein besonderer Fokus auf formale Rollen und Funktionen (z.B. Schwerbehindertenvertretungen, Betriebsärzte) des betrieblichen Gesundheitsmanagements gelegt. Auch das strukturierten Rückkehrprozessen inhärente Konfliktpotential wurde untersucht (Windscheid 2019; Hergesell 2020), etwa bezüglich der Befürchtung von Mehrarbeit seitens der Kolleg*innen und Vorgesetzten.

Neben der Analyse strukturierter RTW-Verfahren, wie dem Betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement (BEM) oder der stufenweisen Wiedereingliederung (StW bzw. „Hamburger Modell“), zeigen qualitativ-interpretative Studien die Bedeutung des *gelebten betrieblichen Alltags* für erfolgreiche Integrationsprozesse auf. Dies gilt etwa für die Bedeutung der (gesundheitsbezogenen) Unternehmenskultur (Badura 2017; Ohlbrecht et al. 2018; Lange et al. 2019), für die Möglichkeit im Falle von Integrationsbedarf auf Solidarität von Kolleg*innen und Vorgesetzten zu treffen (Haubl 2017) oder offen und ohne Sorge vor Nachteilen oder Stigmatisierung über Beeinträchtigungen und konkreten Unterstützungsbedarf sprechen zu können (Bauer/Chakraverty/Niehaus 2017). Diese Arbeiten zeigen, dass solche *informalen*, im täglichen Miteinander wirksamen betrieblichen Integrationsstrukturen oft und deutlich von formalen RTW-Prozeduren abweichen (Hergesell/Albrecht 2021). Sie sind jedoch hochgradig relevant für den langfristigen, nachhaltigen Ausgang betrieblicher Integration, da sie die formalen Prozeduren stets komplementieren oder auch konterkarieren.

Gerade der Ablauf dieses komplexen Wechselspiels zwischen formalen und informalen betrieblichen Integrationsstrukturen ist bisher nur unzureichend untersucht. Dies liegt zu großen Teilen daran, dass die Analysen von Rückkehr zur Arbeit die *zeitliche Dimension von Integrationsprozessen* empirisch vernachlässigen und theoretisch-konzeptuell nicht abbilden. Dabei erstrecken sich Eingliederungsprozesse so gut wie immer über einen (teils monate- oder jahrelangen) Zeitraum. Sie sind von verschiedenen Phasen und Verlaufsmustern gekennzeichnet, in denen unterschiedliche betriebliche Akteure die Eingliederung prägen.

In meinem Artikel schlage ich daher eine Prozessperspektive auf gelingende betriebliche Integration vor. Dabei stelle ich die jeweils phasenspezifischen Verwebungen zwischen Formal- und Informalstruktur heraus und fokussiere auf direkte Vorgesetzte der Rekonvaleszent*innen als im gesamten Integrationsprozess relevante Schlüsselakteure. Zu nächst diskutiere ich hierzu das prozessuale Verhältnis von formal-kodifizierten Integrationsverfahren und informal-situativer Aushandlung sowie dazugehörigen Akteurskonstellationen im betrieblichen Arbeitsalltag. Darauf aufbauend stelle ich ein Empirie getriebenes entwickeltes Pro-

zessmodel in der Tradition der Theoriebildung mittlerer Reichweite der Grounded Theory vor, dass ich anschließend mittels Interviewpassagen aus der Automobil- und Pflegebranche illustriere.

2 Betriebliche (Re)Integration als komplexe soziale Prozesse

Nimmt man die arbeitssoziologische Definition von betrieblicher Arbeit als komplexes Interaktionsgeschehen (Dunkel/Wehrich 2010) ernst, ist es naheliegend bei der Frage nach gelingender Integration den analytischen Blick auf den *Arbeitsalltag* zu lenken. So wird zum einen schnell ersichtlich, dass gesundheitliche Probleme in Betrieben nicht hauptsächlich während einzelner, vom „Tagesgeschäft“ isolierter, formal-strukturierter Verfahren, wie BEM, Rückkehrgesprächen oder Integrationsvereinbarungen, verhandelt werden. Zum anderen wird deutlich, dass es sich bei der Integration gesundheitlich eingeschränkter Arbeitnehmer*innen so gut wie immer um einen zeitlich weit ausgedehnten Prozess handelt. Denn der Krankheitsverlauf und seine beruflichen Folgen ziehen sich meist über Monate (oder sogar Jahre) hinweg und sind während ihres Verlaufs von ganz unterschiedlichen (betrieblichen) Strukturen und Akteuren geprägt. So sind etwa zu Beginn einer noch nicht „aktenkundigen“ gesundheitlichen Einschränkung Vorgesetzte erste Ansprechpartner*innen, wenn es um die Entlastung von problematischen Aufgaben geht. Erst wenn diese, meist zwischen Tür und Angel vereinbaren, Maßnahmen nicht mehr greifen, werden weitere Akteure, wie Betriebsarzt, Gesundheitsmanagement etc., und formale Prozeduren wirksam. Dagegen sind in einem späteren Verlauf, während der Umsetzung von formal beschlossenen Arbeitsplatzanpassungen, wiederum eher informale Solidarität und Expertise von Kolleg*innen in der Praxis für den erfolgreichen Abschluss der Integration notwendig.

2.1 Integrative Verlaufsmuster

Eine Prozessperspektive auf betriebliche Integration verdeutlicht also, dass sich die RTW- und STW-Forschung nicht auf einzelne Passagen oder formale Integrationsverfahren beschränken darf, wenn sie auf die komplexen sozialen Dimensionen betrieblichen Umgangs mit bedingter Gesundheit abzielt. Erst durch eine prozessensible Analyse lassen sich typische *Verlaufsmuster* (Baur 2005) im Zusammenwirken von Akteuren während gelingender Integration ursächlich verstehen. In der qualitativ-interpretativen Gesundheitsforschung ist dieser analytische Mehrwert seit Corbin und Strauss' Konzeption von chronischen Krankheits- und Behandlungsverläufen (bzw. -trajektorien) bekannt (siehe exemplarisch Corbin/Strauss 2004). Für die Verlaufskurven von Integration in Arbeit aus berufsbiografischer Perspektive zeigt von Kardorff (2021) eindrücklich auf, dass langfristig gesundheitlich eingeschränkte Arbeitnehmer*innen zwischen „ersten Symptome[n] über die Inanspruchnahme von Behandlungen und Rehabilitationsleistungen bis zum Wiedereinstieg in Arbeit, Arbeitslosigkeit oder [Erwerbsminderungs]rente“ (Kardorff 2021, S. 216) verschiedenste Phasen durchlaufen. Jede dieser Phasen weist charakteristische gesundheitliche Entwicklungen auf und ist unterschiedlich ausschlaggebend für Interventionen und letztlich den Integrationserfolg (oder auch Misserfolg). Für den betrieblichen Kontext stehen solche Modelle bisher aber aus, wobei Prozessperspektiven auch hier einen deutlichen Erkenntnisgewinn bewirken kön-

nen. Es gilt kritische Passagen und Turning Points (Hergesell/Baur/Braunisch 2020, S. 7) der Integrationsprozesse zu identifizieren und die zeitliche Reihenfolge dieser Ereignisse in den Kontext der sie bedingenden betrieblichen Integrationsstrukturen zu setzen. Solche aus Prozessperspektive besonders relevanten Ereignisse sind meist Passagenübergänge (Baur 2005, S. 82f.), etwa ein lang herausgeschobenes, angstbesetztes Rückkehrgespräch mit Vorgesetzten, die Akzeptanz entstandener Mehrarbeit seitens der Kolleg*innen, aber auch eine Evaluation der Leistung nach längerer Arbeit mit bedingter Gesundheit. Zusätzlich strukturieren gerade in langfristig verlaufenden Integrationsprozessen vorherige Phasen spätere massiv vor, was aber unerkant bleibt, wenn nur einzelne Phasen beachtet werden.

Als ein Negativbeispiel für solch eine zu starke Fokussierung auf einzelne Abschnitte in Integrationsprozessen kann im RTW-Forschungsstand die Beschäftigung mit BEM dienen. Nachdem es seit 2004 nach SGB IX § 167 (vormals §84) für Arbeitgeber im Falle von mehr als sechswöchiger Krankheit (innerhalb eines Jahres) verpflichtend ist ein BEM anzubieten, steht diese Maßnahme im Fokus der Forschung und gilt als maßgeblich für betriebliche Integrationserfolge. Allerdings bestehen keine gesetzlichen Vorgaben zur genauen Ausgestaltung des BEM, weswegen dieses in der betrieblichen Praxis „als Prozess somit im Ablauf sehr heterogen ist“ (Lange 2021, S. 229). Trotzdem entsteht der Eindruck eines standardisiert-geordneten Ablaufs von BEM (z.B. Erstgespräch, Maßnahmenentwicklung, Implementierung) sowie fester Konstellationen der daran beteiligten Akteure (z.B. Schwerbehindertenvertretung, BEM-Beauftragte, Arbeitnehmer*in, ggf. Vertrauensperson). Die nicht-prozessorientierte Analyse bewirkt so eine *empirisch nicht bestätigte Einheitsfiktion* hinsichtlich des Ablaufs von betrieblicher Integration, welche Gelingensfaktoren auf nur einige wenige Ereignisse zurückführt. Dass diesen Ereignissen, wie einem Rückkehrgespräch oder dem Abschluss einer BEM-Vereinbarung, immer eine lange, strukturierende Vorgeschichte vorausgeht, gerät so schnell aus dem Blick. Ganz zu schweigen davon, dass es letztlich auch nicht ein erfolgreiches BEM-Verfahren ist, das über einen tatsächlichen Integrationserfolg entscheidet, sondern die spätere gelungene Umsetzung getroffener Integrationsabsprachen im Arbeitsalltag. Obwohl im Forschungsstand mittlerweile erkannt ist, dass die konkrete Durchführung von BEM nicht einheitlich ist, sondern je nach Betriebsgröße (Ohlbrecht et al. 2018), Branche bzw. Unternehmenskultur (Lange et al. 2019) und Engagement verantwortlicher Personen ausgestaltet ist (Detka et al. 2020), bleibt diese zeitliche Dimension nach wie vor vernachlässigt.

2.2 In/Formale Integrationsmaßnahmen

Die Prozessperspektive ist geeignet die isolierte analytische Fokussierung auf einzelne, meist sehr formale Ereignisse im Rückkehrprozess zu überwinden und diese in den *Kontext mit informalen Geschehnissen* zu setzen. Aus einer Augenscheinplausibilität heraus mag zwar eine schriftlich-fixierte BEM-Vereinbarung über eine Arbeitsplatzanpassung als entscheidender Moment im Integrationsprozess erscheinen. Sehr wahrscheinlich wurde diese jedoch zu großen Teilen schon im Vorfeld des BEM-Verfahrens ausgehandelt, speist sich aus Vorerfahrungen der beteiligten Akteure und wird erfahrungsgemäß im Nachgang des BEM in der betrieblichen Praxis noch stark verändert. Solch ein Wechselspiel zwischen formal-standardisierten und informal-variablen Strukturen ist jedoch keineswegs spezifisch für den Umgang mit bedingter Gesundheit in Betrieben.

Wie in der Organisationstheorie bekannt (siehe Groddeck/Wilz 2015), sind Betriebe als Organisationen *spezifische Sozialsysteme*, die ihre Abläufe einerseits durch formale Strukturen regeln. Beispiele hierfür sind Arbeits- und Tarifverträge, hierarchische Entscheidungen

und Zuständigkeiten oder eben auch – im Falle gesundheitlichen Integrationsbedarfs – BEM-Prozeduren, schriftlich fixierte Integrationsvereinbarungen oder Rechte und Pflichten der Schwerbehindertenvertretung. Andererseits sind informale Strukturen, welche nicht in der Formalstruktur kodifizierte Aspekte der betrieblichen Praxis regeln und teils autark von formalen Vorgaben den betrieblichen Alltag strukturieren, ebenso inhärenter Teil betrieblicher Organisation. Beispiele hierfür sind Formen „brauchbarer Illegalität“ (Luhmann 1964) wie kurze Dienstwege abseits von Zuständigkeiten und nirgends schriftlich-fixierte, aber allen bewussten Abläufen im Sinne einer Unternehmenskultur. Im Falle gesundheitlichen Integrationsbedarfs beinhaltet dies etwa wie Kolleg*innen ihre Solidarität mit betroffenen Kolleg*innen im Arbeitsalltag ausdrücken und ob offen über Erkrankungen gesprochen werden kann oder Stigmatisierungen zu erwarten sind. Informale Aspekte betrieblicher Integration lassen sich im Gegensatz zu formalen oft nicht auf einen bestimmten Zeitpunkt oder einem konkreten Ereignis zuordnen. Sie finden meist im direkten Arbeitsalltag statt und sind mit diesem verwoben. Dementsprechend sind sie empirisch wesentlich schwieriger zu identifizieren und ihre Erhebung ist method(olog)isch aufwendiger. Dieser analytische Mehraufwand lohnt allerdings, da so auch während formaler Verfahren nicht diskursiv verhandelte, aber für den Erfolg der Integration hochgradig relevante Sachverhalte, in den Blick geraten. Diese werfen teils ein völlig neues Licht auf formale Verfahren und können deren Ergebnis schon vorwegnehmen. Beispielsweise kann ein seit Jahren andauernder Arbeitsplatzkonflikt bestehen, der während eines BEM strategisch genutzt wird, um eine*n unliebsame*n Mitarbeiter*in „loszuwerden“. Auch können Vorgesetzte und Kolleg*innen aus Solidarität schon im Vorfeld von BEM dafür sorgen, dass ein Schonarbeitsplatz geschaffen oder eine aufwendige Arbeitsplatzanpassung möglich wird, zu welchen der Arbeitgeber nicht verpflichtet wäre.

Komplexe organisationale Vorgänge, wie RTW oder STW, beziehen sich stets *sowohl auf formale als auch informale Strukturen* der Betriebsorganisation. Damit ist es gerade das Wechselspiel zwischen formalen und informalen Regelungen und die Anpassung formaler Regeln im Arbeitsalltag, die einen erfolgreichen Integrationsprozess strukturieren und dessen Verlauf prägen. Je nachdem, ob sich die Akteure eher in formalen oder informalen Handlungskontexten befinden, ist ihr agieren entweder stärker formal-standardisiert oder informal-variabel geprägt. Welche Faktoren diese Handlungsorientierungen bestimmen und wie ihre Abfolge genau ausgestaltet ist, zeigt sich in der betrieblichen Praxis und nicht in Organigrammen oder „idealtypischen“ Leitfäden zum Umgang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

2.3 Direkte Vorgesetzte als Schlüsselakteure

Die zentrale Rolle von Führungskräften für den Umgang mit Gesundheit (und Krankheit) wird meist unter den Überschriften Führungs- und Unternehmenskultur thematisiert. Als allgemeine positive Eigenschaften von Führungskräften gelten Motivation, Resilienz im Sinne von Widerstandsfähigkeit gegenüber Stressoren, Ambiguitätstoleranz sowie Beziehungs- und Netzwerkkompetenz (Flüter-Hoffmann 2016, S. 38). Diese Kompetenzen sind demnach die Grundlage für eine gelingende gesundheitsorientierte Mitarbeiterführung. Rump, Schiedhelm und Eilers (2016) betonen zu dem die Vorbildfunktion von Führungskräften bei gesundheitsrelevantem Verhalten. Es gilt einen gesundheitsfördernden Arbeitsstil authentisch vorzuleben, etwa hinsichtlich zu langer Arbeitszeiten bzw. hoher Arbeitsintensität oder Konflikten zwischen Berufs- und Privatleben. Die Autor*innen konstatieren Managementmaßnahmen, wie die Erarbeitung von gesundheitsbezogenen Führungsleitlinien und Zielvorga-

ben, Präventionsangebote zu Rauchentwöhnung oder Burnout, als förderlich für eine gesundheitsensible Führungskultur (ebd., S. 100f.).

Eng mit dieser Auseinandersetzung verbunden, ist die Beschäftigung mit der Unternehmenskultur als Rahmenbedingung für betriebliches Gesundheitsverhalten. Unternehmens- bzw. Betriebskultur wird dabei unter Anlehnung an sozialwissenschaftliche Kulturbegriffe als „gemeinsame Werte, Überzeugungen und Regeln eines Kollektives, die seine Mitglieder zur Kooperation befähigt“ (Badura/Ehresmann 2017, S. 196) verstanden, welche das Handeln der Unternehmensmitglieder prägt. Besteht eine enge Bindung und damit Attraktivität der Organisationskultur, zeigt diese positive Effekte auf gesundheitsbezogenes Handeln der Mitglieder. Wenig Bindung und „Commitment“ beeinträchtigen dagegen die Gesundheit (ebd., S. 197). Je nachdem, ob eine Unternehmenskultur eher von Kontrolle und Misstrauen, Erfolgsstreben und Kompetivität oder Solidarität und Kooperation geprägt ist (siehe Badura 2017), werden die Folgen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen unterschiedlich verhandelt (Lange 2021). So zeigen etwa Ohlbrecht et al. (2018), dass vor dem Hintergrund einer vertrauensvollen Unternehmenskultur „das Thematisieren von Vulnerabilität oder kritischen Lebensereignissen“ (ebd., S. 160) eher möglich ist, als „im Rahmen einer Führungskultur, die wenig Augenmerk auf die Herstellung einer vertrauensvollen Atmosphäre im Unternehmen richtet“ (ebd., S. 161).

Gesundheitsrelevante Führungs- und Betriebskultur werden also vor allem als Frage der Unternehmensentwicklung und des Managements verstanden. Weniger adressiert wurden bisher die konkrete Mitarbeiterführung zwischen *direkten Vorgesetzten und ihren Mitarbeiter*innen* im Arbeitsalltag. Bei deren Betrachtung wird allerdings deutlich, dass es vor allem direkte Vorgesetzte sind, die im Arbeitsalltag auf Grundlage ihrer Bewertung der Arbeitnehmer*innen (Nadai/Gonon/Rotzetter 2018; Gonon 2021) und in Abstimmung mit ihren sonstigen alltäglichen Aufgaben, Unterstützung bei der (Wieder)Eingliederung generieren (oder verwehren) können. Betrachtet man die konkreten Interaktionen von direkten Vorgesetzten mit gesundheitlich herausgeforderten Mitarbeiter*innen, wird ihre zentrale Rolle beim RTW noch wesentlich deutlicher: Sie müssen Arbeitsroutinen in ihrem Zuständigkeitsbereich anpassen, individuelle Bedarfe der Rückkehr*innen mit den Kolleg*innen kommunizieren, dabei durch Mehrarbeit und Privilegien entstehende Konflikte regulieren und ihre Maßnahmen ggf. gegenüber der Unternehmensführung rechtfertigen. Aus der meist engen Arbeitsbeziehung zwischen direkten Vorgesetzten und Mitarbeiter*innen ergibt sich zu dem ein detailliertes Wissen um deren gesundheitliche Probleme, Hilfebedarfe und Unterstützungsangebote. Aus dieser kann sich sogar eine „quasi sozialarbeiterische[] Haltung von Führungskräften“ (Detka et al. 2020, S. 183) entwickeln, die über einen engeren Arbeitskontext und betriebliches Gesundheitsmanagement hinaus geht und für die Vorgesetzten eine nicht unerhebliche Belastung darstellt (Hergesell 2020).

Somit sind direkte Vorgesetzte aus zweifacher Sicht in den analytischen Mittelpunkt zu rückende *Schlüsselakteure*. Zum einen sind sie im Gegensatz zu Kolleg*innen, Management oder BEM-Beauftragten nicht nur an einzelnen, sondern allen Zeitpunkten des betrieblichen Integrationsprozesses wirkmächtige und daher zentrale Akteure des RTW. Neben Kolleg*innen sind direkte Vorgesetzte meist die ersten Ansprechpartner*innen bei gesundheitlichen Problemen ihrer Mitarbeiter*innen. Sie sind aber nicht lediglich zu Beginn eines Krankheits- bzw. Integrationsprozesses involviert. So fällt beispielsweise nicht nur die unmittelbare Suche nach Vertretungen im Krankheitsfall oder das Abstellen akuter Belastungen in ihren Aufgabenbereich. Direkte Vorgesetzte vermitteln und begleiten ihre Mitarbeiter*innen auch zu weiteren Stellen, wie Betriebsärzten, oder initiieren BEM-Verfahren. In späteren Phasen der Integration sind sie zudem für die konkrete Umsetzung von Maßnahmen zuständig. Zum anderen haben direkte Vorgesetzte eine Mittlerfunktion in der betrieblichen Organisationsstruktur inne. Sie kennen sowohl die informellen Strukturen im Arbeitsalltag ihrer Mitarbeiter*in-

nen als auch formale Strukturen und übergeordnete Ansprechpartner*innen für gesundheitliche Probleme im Betrieb. Auf diese Weise fungieren sie für Ihre Mitarbeiter*innen als Integrationslotsen und -paten, die ihr Wissen um den Arbeitsalltag in formale Verfahren einbringen und vice versa bereits in der alltäglichen Praxis funktionierende Lösungen in eine formale Form überführen können. Zudem sind direkte Vorgesetzte wegen ihrer Position in der betrieblichen Hierarchie mit ausreichend Entscheidungsbefugnissen ausgestattet, um Integrationsprozesse konsequent voranzutreiben und deren Umsetzung mit weiteren betrieblichen Akteuren zu koordinieren.

3 Koordination gelingender Integrationsprozesse

Wie oben diskutiert, zeigt sich in *gelingenden*¹ Integrationsprozessen ein charakteristisches Verlaufsmuster von formal und informal geprägten Phasen. Der fließende Übergang und das koordinierte Ineinandergreifen zwischen diesen Phasen sind ausschlaggebend für das Gelingen des gesamten Prozesses. Direkte Vorgesetzte tragen dabei maßgeblich zu der Koordination der Phasenübergänge und der dabei jeweils changierenden Akteurskonstellation bei. Wie dies genau geschieht, unter welchen Bedingungen die Vorgesetzten handeln, mit welchen Akteuren sie zu welchen Zeitpunkten dabei interagieren, stelle ich im Weiteren anhand der verschiedenen Phasen gelingender Integrationsprozesse dar.

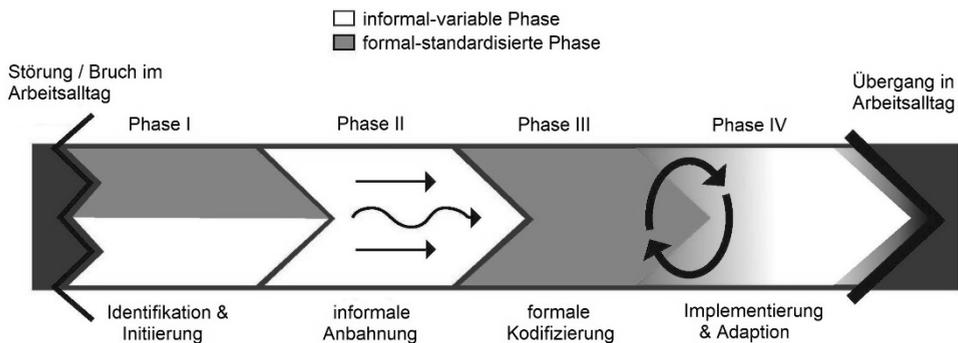


Abb. 1: Verlaufsmuster gelingender Integrationsprozesse.

Das Aufgabenspektrum und die Koordinationsleistung der direkten Vorgesetzten während der einzelnen Phasen des Integrationsprozesses illustriere ich mit Interviewauszügen. Diese stammen aus dem Datenkorpus einer explorativ-qualitativen Interviewstudie zur Arbeitsmarktintegration gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitnehmer*innen. Die Studie untersucht anhand einer bewussten Fallauswahl nach dem Konzentrationsprinzip zwei besonders relevante Branchen: die Automobilwirtschaft und die Pflegebranche. Diese stellen hinsichtlich gesundheitsbezogener Betriebskulturen, Arbeitsorganisation (u.a. Rolle der direkten Vorgesetzten), Integrationsstrukturen und Gesundheitsrisiken Kontrastfälle dar und eignen sich daher durch einen Vergleich eine große Bandbreite von Problemlagen bei RTW-Prozessen zu identifizieren. Neben der Branche stellen weitere Auswahlkriterien die Betriebsgröße, regio-

¹ *Gelingende Integrationsprozesse* zeichnen sich dadurch aus, dass an ihrem Ende eine für alle beteiligten Akteure akzeptable Form der Weiterbeschäftigung entsteht.

nale Lage sowie Stadt-Land-Unterschiede dar. In den ausgewählten Betrieben wurden ca. einstündige, offen strukturierte Interviews mit direkten Vorgesetzten, personalverantwortlichen Führungskräften, BEM- und Gesundheitsbeauftragten, Schwerbehindertenvertretungen, den betroffenen Mitarbeiter*innen selbst und sonstigen Akteuren aus deren Arbeitsumfeld geführt. Kontextualisierend wurden Expert*inneninterviews mit außerbetrieblichen Integrationsakteuren, z.B. aus Integrationsamt und -fachdiensten oder Innungen geführt. Insgesamt besteht die für das Prozessmodell verwendete Datenbasis aus 47 nach Kuckartz (2014) inhaltsanalytisch ausgewerteten Interviews.

3.1 Identifikation und Initiierung

Zu Beginn jedes Integrationsprozesses steht eine (nicht zu ignorierende) Störung des bisherigen Arbeitsalltages, die eine arbeitgeberseitige Reaktion (unabwendbar) erforderlich macht. Die Ereignisse, die zu diesem kritischen Zeitpunkt führen, bauen sich meist über einen längeren Zeitraum auf. Auch die Notwendigkeit für integrative Maßnahmen kommt gewöhnlich nicht überraschend. Entscheidend für gelingende Integrationsprozesse ist jedoch, dass der Zeitpunkt, an dem der „normale“ Arbeitsalltag nicht mehr aufrechterhalten wird, eindeutig markiert wird. Diese initiierende Phase grenzt sich deutlich vom bisherigen Verlauf ab und stellt eine notwendige Bedingung dar, um einen betrieblichen Integrationsprozess überhaupt erst anzustoßen.

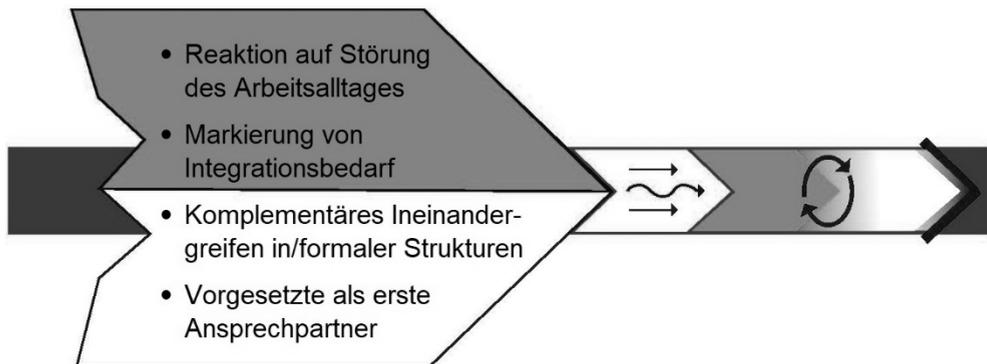


Abb. 2: Identifikation des Integrationsbedarfs und Initiierung des Integrationsprozesses.

Die Identifikation eines Integrationsbedarfes kann *sowohl über formale als auch informale Strukturen* geschehen. Wichtig ist, dass es eine auf Dauer gestellte, zuverlässige Prozedur ist. Typisch für ein formales Vorgehen ist eine Reaktion auf das Überschreiten einer fest definierten Anzahl von Arbeitsunfähigkeitszeiten, wie die Gesundheitsbeauftragte eines großen Pflegeanbieters äußert: „[...] das läuft so ganz automatisch. Jeder Mitarbeiter der über 42 Tage fehlt in zwölf Monaten, wird von der Personalabteilung angeschrieben, ich bekomme von denen ne Liste und schreib die dann auch nochmal an und lade die zu einem Termin ein“ (Koordinatorin BGM). Dabei sind die sechs Wochen nicht nur aus versicherungsrechtlichen Gründen und der gesetzlichen Verpflichtung ein BEM anzubieten relevant, sondern markieren meist auch für den direkten Vorgesetzten einen unmittelbaren Handlungsbedarf, wie eine Vorgesetzte angibt: „Und wenn diese sechs Wochen überschritten sind dann fängt sozusagen schon die Perspektive an zu sagen: [...]. Wie kann die [Wiedereingliederung] aussehen und da werde ich einfach erstmal nur aufgefordert, und das ist ein automatisierter Prozess, also ich muss sagen: Habe ich Kontakt mit dem Mitarbeiter, [...]

gibt es einen Termin für eine voraussichtliche Rückkehr und wird es bei der Rückkehr Einschränkungen geben?“ (Managerin Automobilhersteller).

Allerdings bedarf es keineswegs zwangsläufig einer längeren, schon erfolgten Krankmeldung. Die Identifikation von Integrationsbedarfen und das Initiieren von weiteren Schritten erfolgt durchaus auch informal im Arbeitsalltag, wie eine Pflegedienstleitung erörtert: *„Doch das kommt schon auch vor, dass die [Kolleg*innen] sagen: Schau mal da drauf, irgendwas stimmt mit der nicht. [...] Und dann kann man im Gespräch schon... Dann öffnet die sich. Manchmal sind es ja auch private Sachen und, dass sie nicht jedem Kollegen sagen wollen aber dem Vorgesetzten und dann sucht man nach Lösungen“ (Pflegedienstleitung).*

Typisch für gelingende Identifikation eines Handlungsbedarfs ist ein *komplementäres Wechselspiel* zwischen formalen Strukturen des Gesundheitsmanagements und dem informalen Wissen der Vorgesetzten. Zu beobachten ist, dass Vorgesetzte anlässlich einer Krankmeldung, eines Leistungsabfalls oder Mitarbeitergesprächs eine Art „Anfangsverdacht“ für Handlungsbedarf entwickeln, welcher sie sensibilisiert und dem sie nachgehen, wie im Fall einer Pflegedienstleitung: *„Also wir führen ja mit jedem Mitarbeiter Mitarbeitergespräche durch. [...] und wenn ich merke, ich sehe das meinen Mitarbeitern an, ich sag immer den schönen Spruch: ‚Ich höre euch am Gang, hör meine Schweine am Gang.‘ [...] Das sehe ich ihnen an der Nasenspitze an, ich hab da’n ganz feines Feingefühl für und dann nehm ich sie mir auch selbst mal und in meinem Fall ist es gesundheitlich jetzt nicht schön, aber die rauchen auch alle und dann sag ich immer, ‚wir beiden gehen jetzt [...] du hast jetzt die Aufgabe mit mir mal zum Rauchen zu gehen, [...]‘ und dann hör ichs schon was hängt“ (ambulante Pflegedienstleitung).*

Diese auf den ersten Blick eher spontan und unzuverlässig wirkenden Prozeduren gesundheitliche Belastungen zu erkennen und Handlungsbedarf zu eruieren, sind keineswegs weniger effizient oder reliabel als formale Maßnahmen des Gesundheitsmanagements. Sie werden in Ablaufleitfäden von BEM-Verfahren und ähnlichem zwar nicht thematisiert, sind aber fester Bestandteil des Arbeitsalltags. Direkte Vorgesetzte reagieren vielmehr oft wesentlich frühzeitiger im Krankheitsverlauf, fungieren als „Katalysator“ zwischen Alltagswissen und formalen Integrationsprozeduren und ermöglichen so eine rasche Initiierung der Integrationsmaßnahmen.

3.2 Informale Anbahnung

In gelingenden Integrationsprozessen nahtlos anschließend, folgt eine *ausgeprägt informale Phase* der Informationseinholung und Anbahnung weiterführender Schritte. Dies geschieht im Sinne einer tentativen Suche nach probaten Handlungsansätzen. Lösungsstrategien werden vorerst unverbindlich sondiert, auf Durchführbarkeit geprüft und relevante Akteure im Betrieb kontaktiert. Diese Phase wird selten diskursiv thematisiert, stellt jedoch eine kritische Gelingensbedingung dar, weil sie den weiteren Verlauf der (Wieder)Eingliederung massiv vorstrukturiert. In ihr laufen häufig mehrere, teils von verschiedenen Akteuren parallel betriebene, erste Reaktionen auf einen gesundheitlichen Integrationsbedarf an, welche später gebündelt und in das formale betriebliche Gesundheitsmanagement überführt werden.

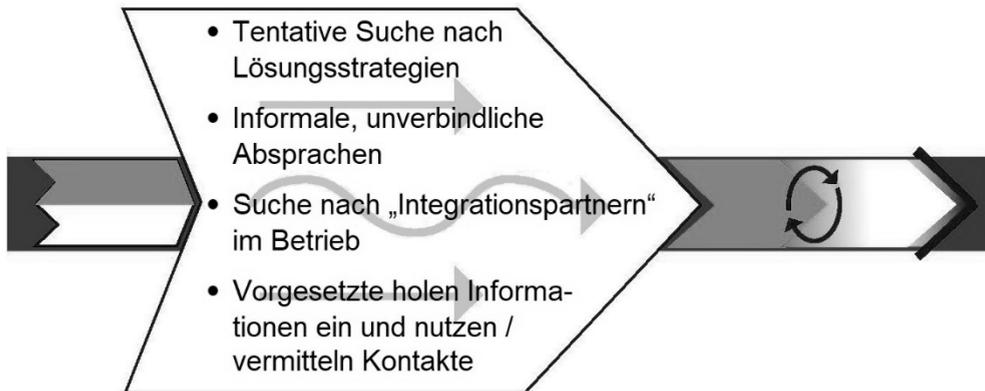


Abb. 3: Informale Anbahnung des Integrationsprozesses.

Ziel der beteiligten Akteure ist es, die formalen Integrationsmaßnahmen möglichst effizient anzubahnen und erste eingeholte Informationen und Absprachen in diese zu überführen. Dazu ist es vorerst notwendig zu eruieren, welche gesundheitliche Einschränkung bzw. Unterstützungsbedarfe vorliegen, mit welchem Integrationsaufwand zu rechnen ist und bewehrte Maßnahmen in probate bzw. unpassende zu selektieren. Es gilt potentielle „Verbündete“ im Betrieb zu kontaktieren, Zuständigkeiten zu prüfen und mögliche Konflikte (z.B. mit Kolleg*innen wegen entstehender Mehrarbeit) zu überdenken. Zentral ist herauszufinden, ob es sich tatsächlich um ein gesundheitliches Problem handelt oder nicht andere (private) Gründe für Fehlzeiten und Arbeitsausfall verantwortlich sind. Solange dies unklar ist, geschieht die Informationseinholung sozusagen „unter der Hand“, formale Prozeduren, die aktenkundig und damit (rechtliche) Folgen haben könnten, werden aktiv vermieden, wie ein Vorgesetzter beschreibt: „Die Chefin hat dann versucht [herauszubekommen], was der tatsächliche Grund ist, der Grund der Krankheit, weil man ja schon weiß, es ist gar nicht die Krankheit an sich, sondern woanders drückt der Schuh. [...] Das geschieht alles unter Vieraugengesprächen, weil das ja eben auch nicht so regelkonform ist, sage ich jetzt mal“ (Qualitätsmanager Pflegedienst).

Diese ersten Informationseinholungen gehen zwar informal von statten, verfolgen aber stets ein klares Ziel. Sie sind zwingend notwendig, um zu prüfen, welche weitere betriebliche Reaktion erforderlich ist und gehören klar zum Aufgabenspektrum von Vorgesetzten, wie ein Abteilungsleiter äußert: „Dann muss ich mir natürlich persönlich nen Eindruck davon verschaffen, was ist das für ne Krankmeldung, also ich hab da so nen persönlichen Filter für mich sag ich mal, ist es ne Grippe, ne Erkältung oder nen gebrochenes Bein, ne sag ich jetzt mal, da muss ich jetzt nicht ganz so viel oder da mach ich für mich jetzt nen Haken dran“ (Abteilungsleiter Automobilhersteller).

Entscheidend bei der Anbahnung weiterer Schritte ist die Koordination relevanter Akteure im Betrieb. Diese werden mit dem Fall vertraut gemacht, bestenfalls als Verbündete für die spätere Umsetzung gewonnen und mögliche Konflikte so bereits im Vorfeld vermieden: „Und durch diese Vorab-Abstimmungen, [...], stimme ich das immer ab und werde dann einen Weg gehen, womit auch die operativen Geschäftstätigen auch mit leben können“ (Pflegedirektion). Dabei wird allerdings auch stets evaluiert, ob sich die betroffenen Arbeitnehmer*innen in der Vergangenheit gegenüber dem Betrieb loyal verhalten haben und der – oft große und herausfordernde – Ressourceneinsatz für die (Wieder)Eingliederung gerechtfertigt ist, wie die Pflegedirektion weiter ausführt: „[...] und natürlich guckt man auch, wie lange kennt man jemand schon, was hat er geleistet in stabilen Phasen? [...] wenn eine Schwester 20 Jahre hier alles gegeben hat und dann schwer erkrankt, dann sind wir alle bereit, zu sagen, ‚Nein, also da springen wir jetzt ein, das ist jetzt mal so, wie es ist‘ [...]“ (Pflegedirektion).

Die Rolle der direkten Vorgesetzten als Schlüsselakteure zeigt sich in dieser Phase nicht zu Letzt durch ihre Koordinationsfunktion. So sind sie oft in betriebliche Netzwerke eingebunden, die es ihnen ermöglichen ihre Mitarbeiter*innen an zuständige Akteure zu verweisen und Integrationsprozeduren zu beschleunigen. Dabei setzen die direkten Vorgesetzten ihre Position in der organisationalen Hierarchie gezielt ein, um ihre Mitarbeiter niedrigschwellig und ohne lange Verzögerungen eines erst langsam anlaufenden Integrationsverfahrens zu helfen, wie ein Abteilungsleiter ausführt: „[...] für die Mitarbeiter einsetzen, [...] Termine machen, gegebenenfalls denen Wege abzunehmen, mit dem Gesundheitsschutz, also über die Connections, die Netzwerke die ich dann vielleicht als Führungskraft vielleicht eher habe, das dann dafür einzusetzen, dass den Mitarbeitern an ner Stelle geholfen wird“ (Abteilungsleiter Automobilhersteller).

Gelingende Integrationsprozesse zeichnen sich dadurch aus, dass die direkten Vorgesetzten auf Basis von Vertrauensverhältnissen Informationen erhalten, welche die Arbeitnehmer*innen in einer formalen Prozedur (z.B. BEM) eher nicht freiwillig mitteilen. Dies umfasst meist die Diagnose und damit konkrete Einschränkungen, aber auch private Ursachen für berufliche Probleme, welche bei der weiteren Integration bedacht werden müssen, aber rechtlich geschützte Informationen darstellen: „Aber manchmal gibt es ja noch so kleine Dinge nebenbei, wo der sagt ‚Mensch, besonders unter Stress setzt mich vielleicht dieses oder jenes, oder in der Vergangenheit fiel mir schwer das...‘ [...] Das] ist für mich auch als Führungskraft hilfreich [...]wenn ich auch darüber Bescheid weiß, weil manchmal eröffnet das ganz andere Lösungsräume“ (Managerin Automobilhersteller).

3.3 Formale Kodifizierung

Ausschlaggebend für die gelingende Umsetzung von informal angebahnten Maßnahmen ist eine zeitnahe Überführung in eine für alle betrieblichen Akteure verbindliche Form, sprich eine *rechtssichere, formale Kodifizierung* der getroffenen Vereinbarungen. Zu diesem Zweck finden in dieser stark an formalen Strukturen orientierten Phase oft „offizielle“ und protokollierte Zusammenkünfte der vorher schon lose in Kontakt getretenen Akteure statt. Typische involvierte Akteure sind etwa Gesundheits- bzw. BEM-Beauftragte, Schwerbehindertenvertretungen, Betriebsärzte und -räte oder Vertreter der Personalabteilungen. Die Treffen finden im Rahmen von festgelegten betrieblichen Prozeduren, wie Gesundheitsmanagement-Leitfäden oder Betriebsvereinbarungen, statt. Die schriftlich-fixierten Ergebnisse umfassen, neben der Dokumentation bzw. Protokollierung des Prozederes, Vereinbarungen bezüglich umzusetzender Ziele (z.B. Reduzierung von Belastungen oder Fehlzeiten), Änderungen des Arbeitsvertrages (z.B. Arbeitszeiten oder Aufgabenspektrum bzw. -platz), das Hinzuziehen von unterstützenden außerbetrieblichen Akteuren (z.B. Sozialversicherer, freie Träger oder Berufsgenossenschaften), Arbeitsplatzanpassungen (z.B. Hilfsmittel) oder Weisungen an direkte Vorgesetzte und Kolleg*innen.



Abb. 4: Formale Kodifizierung der Integrationsmaßnahmen.

Die formalen Prozeduren können, neben der Klärung von rechtlichen und organisatorischen Fragen, durchaus auch nochmals zu weiteren, detaillierten Ausarbeitungen von Integrationsmaßnahmen oder der Beilegung ungelöster Konflikte genutzt werden und so neue, bisher unbeachtete Lösungswege ergeben. Deutlich ist, dass die effektive Flexibilität informeller Integrationsmaßnahmen im Vorfeld formaler Maßnahmen von den im betrieblichen „Tagesgeschäft“ tätigen Integrationsakteuren zwar geschätzt wird. Sie streben jedoch nach erfolgreicher Erarbeitung einer Lösungsstrategie deren langfristige Gültigkeit an, indem sie diese durch Kodifizierung in die formale Struktur des Betriebs überführen: *„Weil das [sollte] nie personenabhängig sein, die Lösung. [...] wenn wir [...] eine Lösung gefunden haben, dann gehe ich trotzdem anschließend mit der Betroffenen zum Betriebsärztlichen Dienst, sage: ‚Hallo. Das ist das Problem. Wir haben schon mit der Leitung gesprochen. Eine gute Lösung wäre, Doppelpunkt‘. So, unabhängig, wer den Dienstplan schreibt. Weil auch diese Leitung kann mal krank werden, kann im Urlaub sein, was auch immer. Irgendeine andere Stelle ist weg und dann will ich nicht von vorne anfangen“ (Vertrauensperson der Schwerbehinderten).*

Während dieser Kodifizierung werden so in der Vielzahl der Fälle die erarbeiteten Lösungen durch spezialisierte Akteure auf Rechtssicherheit geprüft und Anträge auf Hilfsmittel bei Sozialversicherern gestellt. Diese haben meist nur mittelbar mit dem konkreten Integrationsprozess zu tun, wie eine Pflegedirektion äußert: *„Das ist bei uns die Personalabteilung, da gibt es Referenten, die sich da explizit damit auseinandersetzen. Die Arbeitsrechtsgrundlagenausbildung haben [...] wir prüfen diese ganzen Geschichten, bis in das Detail“ (Pflegedirektion).* Wobei solche Verwaltungstätigkeiten von den operativen Integrationsakteuren oft als zwar notwendiges, aber vom eigentlichen Integrationsprozess entkoppeltes bürokratisches Prozedere eingeschätzt werden: *„Also diese BEM-Gespräche sind ja oft auch sehr organisatorisch. Letztlich wird geguckt: So, jetzt sitzen wir wieder zusammen. Dann wird der Arbeitnehmer gefragt, wie es ihm geht, wie er die Situation wahrnimmt. [...] Aber viel geht es dann auch um alte Urlaubstage, ob da noch welche übrig sind, wie die genommen werden und...“ (Jobcoach).*

Die Vorgesetzten werden in diese formalen Verfahren oft nicht oder nur marginal involviert. In gelingenden Integrationsprozessen zeichnen sich aber gerade formalisierende Phasen dadurch aus, dass auch diejenigen betriebliche Akteure an der Kodifizierung beteiligt sind und diese beeinflussen können, welche über betriebliches Alltagswissen verfügen, wie ein Inklusionsbeauftragter reflektiert: *„Ja, also wir haben ja einmal aus dem betrieblichen Eingliederungsmanagement, den so genannten runden Tisch, wo natürlich die Akteure mehr oder weniger auch vorgegeben sind, das ist Führungskraft, Personalwesen, Betriebsarzt und eben Schwerbehindertenvertretung und Betriebsrat spielt auch ne wichtige Rolle, die natürlich auch hauptsächlich neben*

den anderen Akteuren aufgrund ihres guten Wissens über den Mitarbeiter, auch über die Arbeitsplätze, die einfach auch Ideen haben, ja, die sind auch sehr konstruktiv an der Ecke“ (Inklusionsbeauftragter Automobilhersteller). Vor allem die direkten Vorgesetzten fungieren dabei als „Realitätscheck“ der beschlossenen Integrationsmaßnahmen. Ihre aktive Einbindung verhindert also die Schaffung von alltagsuntauglichen „Integrationsartefakten“. Formale Prozeduren, wie BEM, laufen oft über einen längeren Zeitraum und können aus zahlreichen Terminen, wie einem Erstgespräch, dem oben angesprochenen „runden Tisch“ oder ggf. begleiteten Konfliktgesprächen bestehen. Entscheidend für die erfolgreiche Formalisierung von (Wieder)Eingliederung ist dabei eine entschlossene Moderation, die für möglichst zügige Ergebnisse sorgt und so das Engagement der beteiligten Akteure sichert.

3.4 Implementierung und Adaption

In der Phase der Implementierung entfalten die entwickelten Maßnahmen durch sukzessive Adaption an den Arbeitsalltag ihre faktische Wirkung. Sie grenzt sich dabei nur unscharf von der vorherigen Formalisierung ab. Viel mehr gehen *beide Phasen ineinander über und entkoppeln* sich erst nach einem längeren Zeitraum. Es gilt die formal kodifizierten Maßnahmen zu implementieren und dabei mit den sonstigen betrieblichen Abläufen zu synchronisieren und deren Alltagstauglichkeit herzustellen. Das Verständnis und die Solidarität von Kolleg*innen muss gewonnen, über neue Arbeitsabläufe informiert, Hilfsmittel installiert und die Rückkehrer*innen an neue Aufgabenspektren gewöhnt werden. Dies bedeutet oft umfangreiche Modifikation der beschlossenen Maßnahmen, welche bemerkenswert regelmäßig nach kurzer Zeit nur noch als grobe Orientierung verwendet werden. In solchen Fällen kommt es in gelingenden Integrationsprozessen zu einem – bei Bedarf auch mehrfachen – iterativen Wechsel zwischen einer (Re)Aktualisierung formaler Prozeduren, wie Treffen zur Problemlösung oder zwecks Abänderung vorheriger Maßnahmen und deren erneuter Erprobung im Arbeitsalltag.

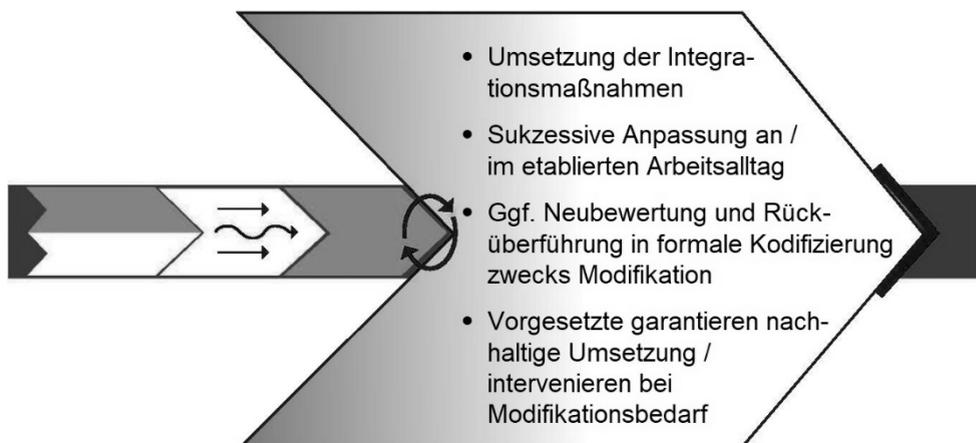


Abb. 5: Implementierung und Adaption der Integrationsmaßnahmen.

Den iterativen Wechsel zwischen formalisierenden Prozeduren und deren Adaption im Arbeitsalltag bis zur gelungenen Rückkehr beschreibt eine BEM-Koordinatorin treffend mit der Metapher des Passspiels: „Die Pflegedienstleitung hat den Ball immer wieder zurückgeschossen,

hat gesagt, sie [die Rückkehrerin] muss erstmal zum Betriebsarzt gehen. Die Betriebsärztin hat gesagt: ‚Kann eigentlich nicht mehr arbeiten.‘ Sie hat aber gesagt: ‚Ich kann arbeiten und ich möchte arbeiten.‘ [...] Dann war ich wieder gefragt, dann habe ich wieder mit der Pflegedienstleitung... Also es war so ein hin und her und dann gab es eine Abteilungsleitung, die gesagt hat: ‚Okay, dann probiere ich das.‘ [...] Und dann hat das Team gesagt: ‚Wir tragen sie einfach mit. [...] wir müssen ihr eine Chance geben.‘ Sie hat es dann tatsächlich geschafft wieder Schichtleitung zu werden, was keiner geglaubt hat“ (BEM-Koordinatorin).

Ausschlaggebend bei der Adaption der Maßnahmen an den betrieblichen Alltag ist diese in ihrem Kern zu erhalten. Jene Aufgabe fällt hauptsächlich den direkten Vorgesetzten zu, welche Sorge tragen, dass integrative Maßnahmen nicht durch operative Notwendigkeiten erodieren, sondern nachhaltig etabliert und vor allem auch nicht zum Gegenstand von Konflikten werden, wie ein Betroffener beschreibt: *„[...] also eine der größten Herausforderungen für den Vorgesetzten [ist] dem Team beizubringen, dass da nun mal jemand ist, der einen Sonderstatus hat. Und der im Zweifelsfall eben keinen schweren Patienten heben darf, nicht die psychische Normalbelastung eines normalen Dienstes tragen kann, verkürzte Arbeitszeiten hat, mehr Urlaubstage hat vielleicht. All solche Dinge, die zu Neid, Missgunst, sonstiges führen können“ (Arbeitnehmer).* Für diese Funktion sind direkte Vorgesetzte unersetzlich, weil sie durch den engen Kontakt mit ihren Mitarbeiter*innen genaue Kenntnisse über Konflikte haben und rasch intervenieren können. Die Inhaberin einer Kfz-Werkstatt ist sich dessen sehr bewusst: *„Also ich schwebe über dem [betroffenem Arbeitnehmer]. Ich gehe ja ständig durch den Betrieb und bin ständig vor Ort. Wenn ich sehe, es gibt ein Problem, dann spreche ich das an. Es gibt nicht erst... wir warten nicht, dass es sich hochschaukelt, verstehen Sie. Das ist das wichtige auch dabei. Wenn wir Probleme sehen, müssen wir [siez] immer gleich ansprechen. Dann ist es auch zeitnah“ (Inhaberin Kfz-Werkstatt).*

Die Reaktion auf akute oder neu entstandene Integrationsbedarfe gelingt, indem die während des Integrationsprozesses ausgebildeten Hilfenetzwerke bestehen bleiben und zeitnah im Sinne einer Krisenintervention aktiviert werden können. Nachhaltige Integrationsprozesse müssen auch nach längerer Zeit noch in der Lage sein flexibel auf notwendige Änderungsbedarfe zu reagieren, wie eine Schwerbehindertenvertretung feststellt: *„Der [BEM-]Fall bleibt mindestens ein halbes Jahr offen. Und auch immer so, dass wir auch der Leitung sagen: ‚Hallo, wir halten den Fall nicht nur für den Betroffenen offen. Wir halten diesen Fall auch für dich offen. Auch du hast das Recht dich zu melden und zu sagen: ‚Das habt ihr euch ja damals gut ausgedacht und war vielleicht auch gar kein schlechter Lösungsansatz. Aber es zeigt sich einfach es funktioniert nicht. Aus welchen Gründen auch immer.‘ Sodass wir dann auch ganz schnell agieren können und nicht sagen können: ‚Okay, wir müssen erstmal den Fall formal wieder aufmachen und so weiter‘, mit Gespräch und Unterschrift von, und dann erstmal irgendwie, sondern wirklich auch schnell agieren können.“ (Vertrauensperson der Schwerbehinderten)*

Gelungene Integrationsprozesse haben also meist kein klar abgegrenztes Ende. Vielmehr zeichnen sie sich dadurch aus, dass die implementierten Maßnahmen kontinuierlich (re)aktualisiert werden und gravierende Störungen des betrieblichen Alltags, welche die erarbeitete Lösung grundlegend in Frage stellen, vermieden werden.

4 Fazit

Welche gesundheitlichen Bedarfe im Erwerbsleben problematisiert werden, welche (negativen) Folgen sie für betroffene Arbeitnehmer*innen mit sich bringen und wie eine Rückkehr zur Arbeit zu bewerkstelligen ist, wird größtenteils im betrieblichen Arbeitsalltag ausgehandelt. Diese Aushandlung erstreckt sich über einen längeren Zeitraum, orientiert sich sowohl

an informell-variablen Strukturen der betrieblichen Praxis als auch formal-kodifizieren Prozeduren und wird von direkten Vorgesetzten als Schlüsselakteure geprägt. Um diese Wechselwirkung von Arbeit und Gesundheit detailliert nachvollziehen und theoretisch-konzeptionell abbilden zu können, ist ein qualitativ-interpretativer Zugriff notwendig. Mit der Perspektive qualitativer betrieblicher Gesundheitsforschung ist es möglich subjektive Sinnsetzungen der handelnden Akteure im betrieblichen Alltag mit intersubjektiven verfügbaren Gesundheits- und Integrationsprozeduren gemeinsam zu analysieren und so ein umfassendes Verständnis der Folgen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Arbeitsleben zu erreichen.

In meinem Artikel greife ich auf dieses Potential zurück und fasse gelingende betriebliche (Re)Integration bei beeinträchtigter Gesundheit als komplexen sozialen Prozess auf, in welchem sich in verschiedene Phasen unterteilte Verlaufsmuster mit jeweils charakteristischen Ereignissen, Akteurskonstellationen und Passagen herausarbeiten lassen. Daraufhin habe ich diskutiert, inwieweit in der betrieblichen Praxis das für Organisationen spezifische Wechselspiel zwischen formalen und informalen Strukturen beim Umgang mit bedingter Gesundheit beachtet werden muss. Deutlich wird, dass in unterschiedlichen Phasen des Integrationsprozesses entweder eher alltägliche und situativ-flexible Aushandlungen im Arbeitsalltag überwiegen oder an schriftlich-fixierten Vereinbarungen und rechtlich-regulierten Vorgaben ausgerichtete Maßnahmen die Reaktionen auf gesundheitliche Bedarfe von Mitarbeiter*innen prägen. Je nachdem, ob es sich eher um eine formale oder informale Passage im Prozessverlauf handelt, lassen sich auch unterschiedliche Konstellationen betrieblicher Akteure finden. Gelingende Integrationsprozesse zeichnen sich dabei dadurch aus, dass direkte Vorgesetzte als Schlüsselakteure in allen Phasen relevant sind und eine zentrale Rolle bei der Koordination der Integration spielen. Daraufhin habe ich ein Prozessmodell gelingender betrieblicher Integration konzipiert und die Verlaufsmuster seiner vier charakteristischen Phasen 1) Identifikation und Initiierung, 2) informale Anbahnung, 3) formale Kodifizierung und 4) Implementierung und Adaption anhand empirischer Beispiele dargestellt.

Hierbei zeigt sich der Mehrwert interpretativer Methodologie bzw. qualitativer Gesundheitsforschung neben der – in der etablierten RTW-Forschung eher vernachlässigten – Analyse von Alltagshandeln vor allem in der induktiv betriebenen Theoriebildung mittlerer Reichweite. Eine Empirie getriebene, theoretische Konzeptualisierung in der Tradition der Grounded Theory fügt der oft deskriptiven, auf die Makroebene fokussierenden quantitativen Gesundheitsforschung genuin auf betriebliche Praxis abzielende Analysedimensionen hinzu. Für die weitere Nutzung dieser Perspektive für die betriebliche Integrationsforschung bleiben noch zahlreiche, in dem vorgestellten Prozessmodell nur randständig beachtete, offene Fragen. So steht zum Beispiel die Einarbeitung unterschiedlicher Organisations- bzw. Integrationsstrukturen zwischen großen und kleinen Betrieben noch aus, z.B.- hinsichtlich der ausschlaggebenden Rolle von Geschäftsführer*innen und fehlendem Expertenwissen in kleinen und mittelständischen Unternehmen (Ohlbrecht et al. 2018; Lange 2021). Außerdem bleibt es eine in Zukunft zu klärende Frage, welche Akteure aus der betrieblichen Umwelt, wie z.B. Sozialversicherer, Berufsverbände aber auch Akteure aus dem privat-familiären Umfeld von erkrankten Arbeitnehmer*innen, auf Integrationsprozesse einwirken können.

Literatur

Badura, B. (2017): Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert. In: Badura, B. (Hrsg.): Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert. Berlin, S. 1–17. https://doi.org/10.1007/978-3-662-53200-3_1

- Badura, B./Ehresmann, C. (2017): Unternehmenskultur, Mitarbeiterbindung und Gesundheit. In: Badura, B. (Hrsg.): Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert. Berlin, S. 189–209. https://doi.org/10.1007/978-3-662-53200-3_10
- Bauer, J./Chakraverty, V./Niehaus, M. (2017): Betriebliche Inklusion. In: Public Health Forum, 25. Jg., H. 4, S. 315–317. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2017-0054>
- Baur, N. (2005): Verlaufsmusteranalyse. Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-322-90815-5>
- Brussig, M./Schulz, S. (2019): Akteure des Return to Work. In: Working Paper Forschungsförderung 146. Düsseldorf.
- Corbin, J./Strauss, A. (2004.): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Erkrankung. Bern.
- Detka, C./Lange, B./Kuczyk, S./Ohlbrecht, H. (2020): Führungskräfte als Quasi-Professionelle und Arbeitnehmende als Klient_innen?. In: Netzwerk Qualitative Gesundheitsforschung (Hrsg.): Perspektiven qualitativer Gesundheitsforschung. Weinheim, S. 170–185.
- Dunkel, W./Wehrich, M. (2010): Arbeit als Interaktion. In: Böhle, F./Voß, G./Wachtler, G. (Hrsg.): Handbuch Arbeitssoziologie. Wiesbaden, S. 177–200. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92247-8_6
- Filipiak, K./Müghe, G. (2019): Innerbetriebliche Netzwerke für ein return to work. In: WSI-Mitteilungen, 72. Jg., H. 5, S. 351–357. <https://doi.org/10.5771/0342-300X-2019-5-351>
- Flüter-Hoffmann, C. (2016): Vertrauen – Ergebnisorientierung – Eigenverantwortung: Unternehmenskultur aus Sicht der Arbeitgeber. In: Badura, B./Ducki, A./Schröder, H./Klose, J./Meyer, M. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2016. Berlin/Heidelberg, S. 33–42. https://doi.org/10.1007/978-3-662-49413-4_4
- Gonon, A. (2021): Legitime Leiden. Die Rechtfertigung von eingeschränktem Arbeitsvermögen und betrieblichen Reintegrationsmaßnahmen am Beispiel psychisch erkrankter Beschäftigter. In: Sozialer Fortschritt, 70. Jg., H. 3, S. 131–148. <https://doi.org/10.3790/sfo.70.3.131>
- Groddeck, V.v./Wilz, S. (Hrsg.) (2015): Formalität und Informalität in Organisationen. Wiesbaden.
- Haubl, R. (2017): Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen. In: Ahlsdorf, N./Engelbach, U./Flick, S./Haubl, R./Voswinkel, S. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt. Bielefeld, S. 145–163. <https://doi.org/10.14361/9783839440308-007>
- Hergesell, J. (2020): Emotionale Involvierung von Vorgesetzten als Risiko für (Wieder)Eingliederungsprozesse. In: Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht, Beitrag D24-2020.
- Hergesell, J./Albrecht, J. (2021): Integration als betriebliche Routine. Organisationssoziologische Perspektiven auf alltägliche Integrationsprozesse. In: Sozialer Fortschritt, 70. Jg., H. 3, S. 111–129. <https://doi.org/10.3790/sfo.70.3.111>
- Hergesell, J./Akremi, L. (2021): Editorial. In: Sozialer Fortschritt, 70. Jg., H. 3, S. 109–110. <https://doi.org/10.3790/sfo.70.3.109>
- Hergesell, J./Baur, N./Braunisch, L. (2020): Process-Oriented Sampling. In: Canadian Review of Sociology, 57. Jg., H. 2, S. 1–21. <https://doi.org/10.1111/cars.12281>
- Kardorff, E.v. (2021): Zum Zusammenspiel von Biografie und Arbeitswelt bei Beschäftigungssicherung und Wiedereingliederung gesundheitlich beeinträchtigter Menschen. In: Sozialer Fortschritt, 70. Jg., H. 4, S. 207–225. <https://doi.org/10.3790/sfo.70.4.207>
- Kuckartz, U. (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim/Basel.
- Lange, B. (2021): Zu den Aushandlungsprozessen gesundheitlicher Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Unternehmenskulturen am Beispiel des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM). In: Sozialer Fortschritt, 70. Jg., H. 4, S. 227–242. <https://doi.org/10.3790/sfo.70.4.227>
- Lange, B./Detka, C./Kuczyk, S./Ohlbrecht, H. (2019): Unternehmenskulturen und ihre (Aus-)Wirkung auf die Gesundheit von Mitarbeitenden und den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit. In: RP Reha, H. 2, S. 47–54.
- Luhmann, N. (1964): Funktionen und Folgen formaler Organisation. Berlin.
- Nadai, E./Gonon, A./Rotzetter, F. (2018): Costs, risks and responsibility. Negotiating the value of disabled workers between disability insurance and employers. In: Swiss Journal of Sociology, 44. Jg., H. 3, S. 405–422. <https://doi.org/10.1515/sjs-2018-0018>
- Rump, J./Schiedhelm, M./Eilers, S. (2016): Gesundheit anordnen? Die Rolle der Führungskulturen im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements. In: Badura, B./Ducki, A./Schröder, H./

- Klose, J./Meyer, M. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2016. Berlin/Heidelberg, S. 95–108. https://doi.org/10.1007/978-3-662-49413-4_8
- Ohlbrecht, H./Detka, C./Kuczyk, S./Lange, B. (2018): Return to Work und Stay at Work. In: Rehabilitation, H. 57, S. 157–164. <https://doi.org/10.1055/a-0608-9402>
- Windscheid, E. (2019): Rückkehr und Reintegration nach psychischer Erkrankung. Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-26166-5>