

WORKING PAPER FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Nummer 146, Juli 2019

Akteure des Return to Work: Rückkehr nach einer gesundheits- bedingten Erwerbsunterbrechung

**Forschungsmonitor für den Verbund
„Neue Allianzen zum Erhalt der
Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlichen
Einschränkungen“**

Martin Brussig und Susanne Eva Schulz

© 2019 by Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf
www.boeckler.de



„Akteure des Return to Work: Rückkehr nach einer gesundheitsbedingten Erwerbsunterbrechung“ von Martin Brussig und Susanne Eva Schulz ist lizenziert unter

Creative Commons Attribution 4.0 (BY).

Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell. (Lizenztext: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode>)

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. von Schaubildern, Abbildungen, Fotos und Textauszügen erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

ISSN 2509-2359

Inhalt

Auf einen Blick	4
1 Einleitung	5
2 Akteure des Rückkehrprozesses	8
2.1 Beschäftigte	8
2.2 Kolleginnen und Kollegen	14
2.3 Arbeitgeber	16
2.4 Betriebsrat	22
2.5 Schwerbehindertenvertretung	25
2.6 BEM-Team	27
2.7 Medizinerinnen und Mediziner	29
3 Arbeiten mit einer Behinderung	32
3.1 Zugang zum Arbeitsmarkt	32
3.2 Unterstützte Beschäftigung	36
3.3 Integrationsfachdienste und Integrationsämter	38
4 Beispiele für Kooperationen im RTW-Prozess	43
4.1 BEM in Berufsförderungswerken	43
4.2 Von der Defizit- zur Fähigkeitsorientierung	44
4.3 Vernetzung im BEM	45
4.4 Initiative für mehr BEM in der Fläche	46
4.5 Reha für Erwerbsgeminderte	47
5 Fazit	49
Literaturverzeichnis	51
Autorinnen und Autoren	59

Auf einen Blick

- In diesem Forschungsmonitor werden Akteure in den Blick genommen, die an der Rückkehr von Beschäftigten in den Betrieb nach einer längeren krankheitsbedingten Unterbrechung beteiligt sind.
- Auf der betrieblichen Ebene wirken neben den betroffenen Beschäftigten die Arbeitgeber, Personalabteilung und Betriebsärztinnen und -ärzte sowie der Betriebsrat und ggf. die Schwerbehindertenvertretung an der Wiedereingliederung mit. Auf der überbetrieblichen Ebene sind insbesondere das Integrationsamt und die Integrationsfachdienste zu nennen.
- In den Betrieben stellt das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) das zentrale Verfahren der Wiedereingliederung dar. Die Betriebe sind unter bestimmten Bedingungen dazu verpflichtet, dieses Verfahren den betroffenen Beschäftigten anzubieten. Die Ausgestaltung im Einzelnen unterscheidet sich zwischen Betrieben stark. In KMU ist das BEM weniger verbreitet als in größeren Betrieben.
- Ein weit verbreitetes Instrument im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements ist die stufenweise Wiedereingliederung (stW). Hier werden die Beschäftigten schrittweise an die üblicherweise gegebenen Arbeitsbelastungen herangeführt.
- Menschen mit Behinderung haben zudem die Möglichkeit, mit dem Instrument der Unterstützten Beschäftigung wieder in die Beschäftigung integriert zu werden. Darüber hinaus bieten Integrationsfachdienste weitergehende Beratungs- und Unterstützungsangebote, um Arbeitgeber und Beschäftigte mit einer Behinderung den (Wieder-)Einstieg in die Beschäftigung zu ermöglichen.

1 Einleitung

Kehren Beschäftigte nach einer längeren Krankheitsphase wieder in die Beschäftigung zurück, ist dies oft mit Schwierigkeiten für die Betroffenen verbunden. Die vorherige Beschäftigung kann vielleicht nicht mehr ausgeübt werden, und es muss daher ein anderer Arbeitsplatz im Betrieb gefunden oder der Arbeitsplatz muss angepasst werden. Darüber hinaus kann ein zu schneller Wiedereinstieg bei zu hohen Belastungen zu einer Wiedererkrankung führen. Daher sollte die Rückkehr in die Beschäftigung so gestaltet werden, dass die Betroffenen nicht nur den Wiedereinstieg in die Beschäftigung bewältigen können, sondern auch dauerhaft beschäftigt bleiben. Die damit verbundenen Strukturen, Prozesse und Maßnahmen, die eine Rückkehr zur Arbeit nach einer längeren gesundheitsbedingten Unterbrechung ermöglichen, werden zusammenfassend als Return to Work (RTW) bezeichnet (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2018).

An einer Rückkehr aus einer gesundheitsbedingten Erwerbsunterbrechung sind wie bei der Prävention und Rehabilitation unterschiedliche Akteure beteiligt (weitere Informationen zu den Forschungsmonitoren vgl. Infobox 1 und Infobox 2 auf dieser und der folgenden Seite). Auf diese Akteure wird der Schwerpunkt in diesem Forschungsmonitor gelegt. Dazu werden vorhandene Forschungsergebnisse vorgestellt.

Im vorliegenden dritten Forschungsmonitor wird der Frage nachgegangen, welche Gestaltungsmöglichkeiten die Akteure haben und nutzen, um eine dauerhafte Rückkehr in die Beschäftigung zu unterstützen. In diesem Zusammenhang soll zudem geklärt werden, inwiefern Kooperationen zwischen den Akteuren und deren Netzwerke weitere Möglichkeiten eröffnen, die Rückkehr und den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit zu fördern.

Der Monitor umfasst drei Teile: Im ersten Teil werden verschiedene Akteure näher betrachtet, die am Rückkehrprozess beteiligt sind. Im Fokus des zweiten Teils stehen Menschen mit einer Behinderung und deren Möglichkeiten der Eingliederung in Beschäftigung. Im dritten Teil wird auf bestehende Kooperationen und Projekte eingegangen, deren Ziel die Wiedereingliederung ist. Der Forschungsmonitor schließt mit einem Fazit.

Infobox 1: Drei Forschungsmonitore im Forschungsverbund

Begleitend zu den Forschungsaktivitäten im Forschungsverbund „Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlichen Einschränkungen“ (www.boeckler.de/44414_110642.htm) sind drei Forschungsmonitore erschienen. Die Schwerpunkte der drei Be-

richte setzen an Interventionszeitpunkten im Erwerbsleben an. Der erste Forschungsmonitor thematisiert, wer sich dafür einsetzt, dass Erwerbsunterbrechungen durch krankheitsbedingte Einschränkungen vermieden werden können (Brussig/Schulz 2018b). Der zweite Forschungsmonitor thematisiert Akteure, die sich dafür einsetzen, dass gesundheitsbedingte Erwerbsunterbrechungen abgesichert und überwunden werden können (Brussig/Schulz 2018a). Im vorliegenden dritten Forschungsmonitor geht es darum, wie eine (dauerhafte) Rückkehr in die Beschäftigung ermöglicht werden kann.

Infobox 2: Forschungsverbund „Neue Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlichen Einschränkungen“

Die Hans-Böckler-Stiftung fördert im Zeitraum 2016–2019 den Forschungsverbund „Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlichen Einschränkungen“ (Infos unter www.boeckler.de/120484.htm). In diesem Verbund werden Forschungsprojekte zu dem Thema gebündelt, wie Beschäftigte mit gesundheitlichen Einschränkungen langfristig in der Beschäftigung gehalten werden können, ohne dass sie ihre Erwerbstätigkeit gesundheitsbedingt (wieder) unterbrechen müssen. Folgende Projekte werden im Rahmen des Forschungsverbunds gefördert:

- Brussig/Mühge, IAQ an der Uni Duisburg-Essen: Rückkehr in den Arbeitsprozess. Organisatorische und individuelle Bedingungen der Re-Integration bei Gesundheitsproblemen; www.boeckler.de/11145.htm?projekt=S-2016-985-4
- Hielscher, iso-Institut Saarbrücken: Barrieren und Treiber betrieblicher Inklusion und Prävention; www.boeckler.de/11145.htm?projekt=S-2016-983-4
- von Kardorff, HU Berlin: „Neue Allianzen“ für „Gute Arbeit“ mit bedingter Gesundheit; www.boeckler.de/11145.htm?projekt=S-2016-981-4
- Kohte, ZfS an der MLU Halle-Wittenberg: Lotsen und Netzwerke – Betriebliche Gesundheitspolitik in KMU; www.boeckler.de/11145.htm?projekt=S-2016-987-4
- Ohlbrecht/Detka, Uni Magdeburg: Präventive Gesundheitsstrategien; www.boeckler.de/11145.htm?projekt=S-2016-982-4
- Oschmiansky/Kaps, ZEP Berlin: Unterstützte Beschäftigung; www.boeckler.de/11145.htm?projekt=S-2016-960-4

- Niehaus, Uni Köln: Schwerbehindertenvertretung: Allianzpartner in Netzwerken;
www.boeckler.de/11145.htm?projekt=S-2016-984-4
- Pinkwart, HU Berlin: Lernen auf der Plattform;
www.boeckler.de/11145.htm?projekt=S-2016-959-4
- Wegewitz, BAuA: Rückkehr zur Arbeit nach einer psychischen Krise;
www.boeckler.de/11145.htm?projekt=2016-980-4

2 Akteure des Rückkehrprozesses

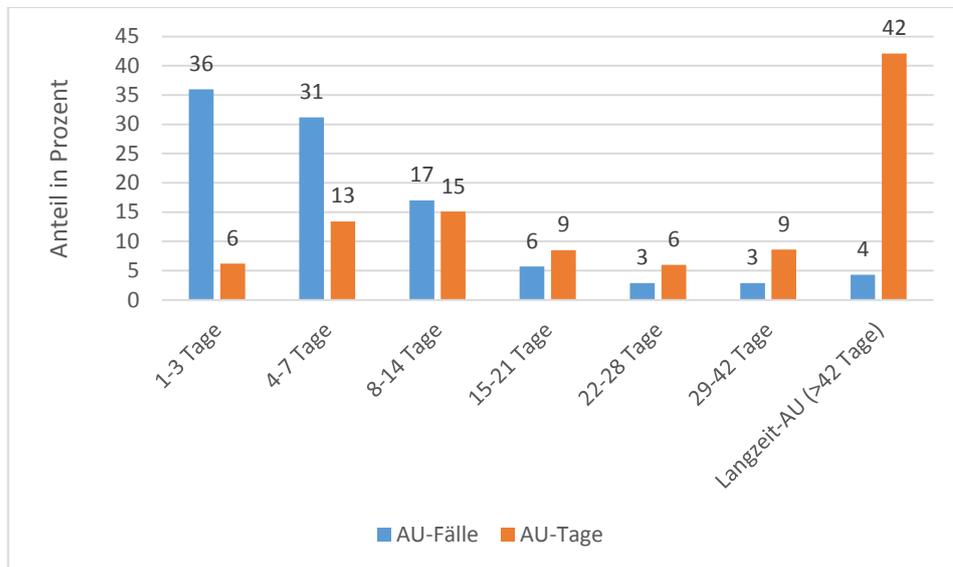
Im diesem Kapitel werden Forschungsergebnisse zu einzelnen Akteuren zusammengetragen, die an der Rückkehr in den Arbeitsprozess (RTW – Return to Work) beteiligt sind. Der RTW-Prozess kann ganz unterschiedliche Maßnahmen umfassen, z. B. Verkürzung oder Neuverteilung der Arbeitszeit, Einbindung technischer Hilfen, Umgestaltung des Arbeitsplatzes, Reduktion überfordernder Arbeitsbedingungen oder die stufenweise Wiedereingliederung (Kocher 2016, S. 25; Kohte 2016, S. 28).

2.1 Beschäftigte

Rückkehrerinnen und Rückkehrer nach einer längeren gesundheitsbedingten Unterbrechung

Wie viele Beschäftigte tatsächlich an einem RTW-Prozess teilnehmen und mit Maßnahmen der Wiedereingliederung unterstützt werden, lässt sich nicht genau abbilden. Anhand von Daten zu Arbeitsunfähigkeitszeiten kann jedoch ein potenzieller Bedarf abgeschätzt werden. Abbildung 1 auf der folgenden Seite zeigt die Häufigkeit der Arbeitsunfähigkeitsfälle und deren Dauer. Besonders interessant sind die Beschäftigten mit 42 und mehr Arbeitsunfähigkeitstagen, da dann die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall endet und ein Krankengeldanspruch entsteht. Zudem besteht bei einer Rückkehr in die Beschäftigung die Pflicht des Arbeitgebers, den betroffenen Beschäftigten ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM, Infobox 3 auf S. 10) anzubieten. Aus Abbildung 1 geht hervor, dass zwar nur 4 Prozent der Fälle eine Arbeitsunfähigkeitszeit von 42 Tagen und länger aufweisen. Dieser Anteil macht aber 42 Prozent aller Arbeitsunfähigkeitstage aus. Demgegenüber weist der weit überwiegende Anteil der Krankmeldungen kürzere Arbeitsunfähigkeitszeiten auf.

Abbildung 1: Arbeitsunfähigkeitstage und -fälle der AOK-Mitglieder im Jahr 2017 nach Dauer



Quelle: Meyer, Wenzel, Schenkel (2018), S. 338. Eigene Darstellung.

Eine Rückkehr in die Beschäftigung und damit eine Wiedereingliederung kann auch nach dem Ende einer zeitlich befristeten Erwerbsminderungsrente stattfinden. Briest (2018, S. 187) konnte hinsichtlich der Motivation der Beziehenden, in die Erwerbstätigkeit zurückzukehren, deutliche Unterschiede zwischen zwei Hauptdiagnosegruppen feststellen. 44 Prozent der Befragten mit Kreislauferkrankungen weisen einen starken Rückkehrwunsch auf. Diesen Wunsch haben dagegen nur 28 Prozent der Personen mit psychischen Erkrankungen. In einer weiteren Studie zur Rückkehr von Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentnern der Rentenversicherung Oldenburg-Bremen wird zudem deutlich, dass 72 Prozent der befragten Personen eine Rückkehrabsicht haben. Diese Absicht verringert sich jedoch mit zunehmender Länge der Erwerbsminderungsrente. Schließlich nahmen lediglich vier Personen der 345 Befragten wieder eine Arbeit auf (Lippke/Zschucke/Hessel 2018, S. 40 f.).

Lohse/Rodriguez Gonzalez (26.06.2015) zeigen, dass Erwerbsminderungsrenten ebenso oft durch ein Versterben der Beziehenden, wie durch die (Wieder-)Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, beendet werden. Dabei weisen jüngere Personen sowie Personen mit Reha-Maßnahmen während des Rentenbezuges ein günstigeres Verhältnis zugunsten der Rückkehr in Beschäftigung auf. Die hohe Sterberate folgt dagegen aus dem schlechten Gesundheitszustand vieler Beziehenden einer Erwerbsminderungsrente.

In einer weiteren Untersuchung zum RTW aus einer zeitlich befristeten Erwerbsminderungsrente wurden für 7.595 Personen, die im Jahr 2006 erstmals eine Erwerbsminderungsrente erhalten haben, die Rückkehrchancen bestimmt.¹ Demnach konnten im Zeitraum von 2007 bis 2013 11 Prozent ein RTW erreichen. Für die restlichen 89 Prozent wird kein Status nach dem Erwerbsminderungsrentenbezug angegeben (Köckerling/Hesse/Körner 2018, S. 192).

Für Deutschland lässt sich insgesamt herausstellen, dass sich selbst bei günstiger wirtschaftlicher Lage die Zahl der Erwerbspersonen mit Sozialleistungen wegen Erwerbsunfähigkeit verfestigt (OECD 2010, S. 34). Im internationalen Vergleich – etwa gegenüber den Niederlanden – werden Lücken der RTW-Politik im deutschen institutionellen Gefüge deutlich (Mittag et al. 2014; Mittag 2015). Diese Lücken zeigen sich in einer schwachen Arbeitgeberverantwortung und in unzureichenden Arbeitsanreizen in Deutschland (z. B. zu geringe Einkommenssicherung bei gesundheitsbedingtem Tätigkeitswechsel). Nicht zuletzt werden diese Lücken in der Symbolik des Wortes „Rente“ begründet, wodurch gerade keine Befristung der Leistung suggeriert wird, während die vergleichbare Leistung in den Niederlanden „uitkering“ (Unterstützung) heißt.

Motivation zur Teilnahme an Rückkehrverfahren

Das zentrale Rückkehrinstrument, in dessen Rahmen die eingangs aufgezählten RTW-Maßnahmen umgesetzt werden, ist das BEM. Das BEM ist im § 167 SGB IX verankert (Infobox 3). Es sieht vor, dass bei Beschäftigten, die länger als sechs Wochen erkrankt sind, und die Arbeitgeber – unter Beteiligung weiterer Akteure – klären, wie eine Arbeitsunfähigkeit überwunden und ihr vorgebeugt werden kann. Das BEM gilt für alle Arbeitnehmenden in einem Betrieb; der Anspruch ist unabhängig davon, welche Ursache der Erkrankung zugrunde liegt (Brose 2013).

Infobox 3: BEM § 167 SGB IX Abs. 2

„Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne des § 176, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der

1 RTW heißt in der Studie, wenn im Scientific Use File „Abgeschlossene Rehabilitation 2006–2013 im Versicherungsverlauf“ zu den Versicherungszeiten 183 bis 365 Tage mit einem Tagegeld von 33 Euro für eine Erwerbstätigkeit ausgewiesen werden können.

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 Rehabilitationsträger 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 Absatz 2 Satz 2 erbracht werden. Die zuständige Interessenvertretung im Sinne des § 176, bei schwerbehinderten Menschen außerdem die Schwerbehindertenvertretung, können die Klärung verlangen. Sie wachen darüber, dass der Arbeitgeber die ihm nach dieser Vorschrift obliegenden Verpflichtungen erfüllt.“

Es können drei Faktoren herausgestellt werden, die die Teilnahme am BEM für die Beschäftigten erleichtert: Freiwilligkeit, Auswahl der am BEM beteiligten Akteure und Vertraulichkeit. Das Prinzip der Freiwilligkeit umfasst die Entscheidung der Arbeitnehmenden, an einem BEM-Verfahren teilzunehmen oder die Teilnahme abzulehnen². Das Prinzip der Auswahl kennzeichnet die Möglichkeit der Arbeitnehmenden, die am BEM-Verfahren beteiligten Akteure bestimmen zu können. Diese beteiligten Akteure unterliegen dann dem Prinzip der Vertraulichkeit (Mahnke/Ramm 2011, S. 2). Das Vertrauen erhält in kleinen und mittelgroßen Unternehmen (KMU) nochmal ein stärkeres Gewicht, da nicht immer Interessenvertretungen vorhanden sind und dann andere Akteure im betrieblichen Kontext in den Vordergrund rücken, die eine vertrauensvolle Beziehung zu den Betroffenen aufbauen müssen (ebd., S. 2). Mit diesen Kennzeichen des BEM grenzt sich die Maßnahme gegenüber den Krankenrückkehrgesprächen ab (Infobox 4 auf der nächsten Seite).

² Zu den Folgen für die Beschäftigten, wenn diese das BEM ablehnen, konnten keine Forschungsergebnisse gefunden werden.

Infobox 4: Krankenrückkehrgespräche

Krankenrückkehrgespräche haben keine gesetzliche Grundlage. Ihre Durchführung kann aber mit dem Direktionsrecht des Arbeitgebers begründet werden oder auf Vereinbarungen mit der Interessenvertretung basieren (Kiesche 2016, S. 76).

Anhand einer Literaturstudie stellt Kiesche (2016, S. 76) heraus, dass die Krankenrückkehrgespräche auf der einen Seite zwar dem Arbeits- und Gesundheitsschutz dienen. Auf der anderen Seite können sie zugleich strafende und disziplinierende Elemente aufweisen. Krankenrückkehrgespräche können auch dazu genutzt werden, eine krankheitsbedingte Kündigung vorzubereiten (ebd., S. 78). Im Vergleich zum BEM hat der Datenschutz beim Krankenrückkehrgespräch nur eine geringe Bedeutung. Es gelten lediglich allgemeine Datenschutzbestimmungen (ebd., S. 80). Darüber hinaus sieht Kiesche (2016, S. 80) in den Krankenrückkehrgesprächen die Gefahr, dass Arbeitgeber ihr Fragerecht regelmäßig überschreiten; von den Beschäftigten werden u. a. aus Unkenntnis über ihre Rechte persönliche Daten zu Diagnosen, Prognosen und privaten Umständen preisgegeben.

Die Forschung zeigt, dass die Motivation der Beschäftigten zur Teilnahme an einem BEM-Verfahren unter anderem von ihrer finanziellen Lage abhängt. Auf der einen Seite wird anhand von Experteninterviews mit BEM-Teilnehmenden herausgearbeitet, dass insbesondere Arbeitnehmende mit einem geringen Einkommen eine dauerhafte Krankschreibung vermeiden und damit auch auf Rehabilitations- und Rückkehrmaßnahmen – darunter das BEM – verzichten, weil sie auf das Erwerbseinkommen angewiesen sind (Ramm et al. 2012, S. 13). Auf der anderen Seite sehen die interviewten Arbeitgeber und die betriebliche Interessenvertretung die Gefahr, die mit einer Erhöhung des Kranken- oder Übergangsgeldes während der gesundheitsbedingten Erwerbsunterbrechung und/oder während des BEM-Verfahrens einhergehen könnten. Durch die Erhöhung von Ersatzleistungen würde „die Motivation zum BEM bei den Betroffenen [die Beschäftigten; Anmerk. der Autoren] zum Erliegen kommen“ (Ramm et al. 2012, S. 13).

Eine weitere Motivationsquelle zur Teilnahme bzw. zur Nichtteilnahme liegt in der antizipierten Angst der Beschäftigten vor negativen Auswirkungen des BEM. Sie befürchten, ihren Arbeitsplatz zu verlieren oder vorzeitig in den Ruhestand gedrängt zu werden. Durch die mangelnde Transparenz des BEM-Verfahrens und die Befürchtung des Ausgeliefertseins gegenüber dem Arbeitgeber werden diese Unsicherheiten verstärkt (Niehaus et al. 2008, S. 73). Darüber hinaus bestehen bei den

Beschäftigten Ängste bezüglich des Datenschutzes bzw. Ängste vor Missbrauch ihrer im BEM-Verfahren gesammelten Daten (ebd., S. 74).

Einflüsse auf den Rückkehrerfolg

Eine zu frühe Rückkehr von erkrankten Beschäftigten in den Betrieb, u. U. sogar auf Drängen der Krankenversicherung oder der Rehabilitationsklinik, ist ein Hindernis für ein erfolgreiches BEM-Verfahren (Voswinkel 2017, S. 278). Ergänzend dazu lässt sich eine Studie heranziehen, in der die Re-Integration nach einer Langzeitarbeitsunfähigkeit in verschiedenen Ländern – darunter auch Deutschland – untersucht worden ist. Daraus geht hervor, dass im Zeitraum zwischen drei und zwölf Monaten nach der Krankschreibung die größte Rückkehrerfolg zu verzeichnen ist (Weber 2005, S. 61).

Neben dem Zeitpunkt der Rückkehr spielt auch die zugrundeliegende Erkrankung eine Rolle. Anhand einer Untersuchung in einem Großunternehmen der Automobilindustrie zeigt sich bspw. eine niedrigere Erfolgsquote bei der Wiedereingliederung von psychisch kranken Beschäftigten (ebd., S. 446). Darüber hinaus wird festgestellt, dass bei psychisch kranken Beschäftigten eine signifikant längere Wiedereingliederungsdauer als bei anderen Beschäftigten vorliegt (Weiler 2016, S. 446).³

Auch die in Anspruch genommenen Maßnahmen haben einen Einfluss auf den Rückkehrerfolg. Eine Maßnahme des BEM ist die stufenweise Wiedereingliederung (stW; § 44 SGB IX). Als ein Instrument der Rehabilitation werden bei der stW die Arbeitszeit und die Arbeitsbelastung individuell im Rückkehrprozess gesteigert. Dazu gehört ein Wiedereingliederungsplan, der medizinisch, arbeitsphysiologisch und psychologisch begründet ist und ärztlich überwacht wird (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2015, S. 14). Dadurch soll ein früherer Wiedereinstieg und eine dauerhafte Beschäftigung ermöglicht werden. Die Beschäftigten haben während der stW weiterhin den Status der Arbeitsunfähigkeit und erhalten somit kein Erwerbseinkommen, sondern finanzielle Ersatzleistungen wie das Krankengeld⁴. Es werden zwei Modelle der stW unterschieden:

3 Wie groß der Unterschied zwischen Beschäftigten mit einer psychischen Erkrankung und Beschäftigten mit einer anderen Erkrankung bezüglich der Wiedereingliederungsdauer ist, lässt sich der Literatur nicht entnehmen.

4 Für weitere Informationen zur finanziellen Absicherung bei einer gesundheitsbedingten Erwerbsunterbrechung siehe den zweiten Forschungsmonitor (Brussig/Schulz 2018a).

- Die Wiedereingliederung erfolgt durch eine *stundenweise* Steigerung der Arbeitszeit („Hamburger Modell“). Die betroffenen Beschäftigten werden durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte weiter betreut (Danner/Kison/Morfeld 2012, S. 54).
- Die Wiedereingliederung in die Beschäftigung erfolgt *tageweise*. Sie wird durch eine sozialmedizinisch fundierte, rehabilitative Begleitung gerahmt („Danner-Modell“ bei der DRV-Nord) (ebd., S. 54). In diesem Modell wechseln in den ersten drei Wochen die Arbeitstage und die Rehabilitationstage. Danach werden die Rehabilitationstage schrittweise in Arbeitstage umgewandelt (Strahl et al. 2018, S. 181).

Speziell im Hinblick auf die beiden Modelle der stundenweisen und tageweisen Wiedereingliederung ging ein Projekt der Frage nach, ob Versicherte nach gezielter Zuweisung zu einem dieser beiden stufenweisen Wiedereingliederungsmodelle häufiger und erfolgreicher an den Arbeitsplatz zurückkehren als Beschäftigte, bei denen die Erkrankung nicht in die Auswahl des Modells einging. Insgesamt konnte herausgestellt werden, dass 37 Prozent der 416 Befragten durch die stufenweise Wiedereingliederung erfolgreich auf ihren Arbeitsplatz zurückgekehrt sind und sich die Arbeitsunfähigkeitszeiten erheblich reduziert haben (Danner/Kison/Morfeld 2012, S. 55). Die Autoren vermuten daher, dass eine gezielte Zuweisung im Gegensatz zu einer ungezielten Zuweisung zu den Modellen mit einer erfolgreicherer und nachhaltiger Reintegration der Versicherten in die Beschäftigung einhergeht (ebd., S. 55).

Von einer stW profitieren insbesondere Versicherte im mittleren Alter (35 bis 49 Jahre) und besonders Personen mit einer schlechten Wiedereingliederungsprognose. Kriterien einer schlechten Wiedereingliederungsprognose sind z. B. längere Fehlzeiten, Zugang zu Leistungen nach § 51 SGB V (Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe) und eine psychische Erkrankung (ebd., S. 183).

Zusammenfassend zu den Beschäftigten als Akteure der Wiedereingliederung lässt sich sagen, dass sie wesentlich zum Gelingen von Rückkehrprozessen beitragen. Offen bleibt jedoch, welche Gestaltungsmöglichkeiten die Beschäftigten bei der Rückkehr in die Beschäftigung im Einzelnen nutzen und wie sie diese mit anderen Akteuren des Rückkehrgeschehens aushandeln.

2.2 Kolleginnen und Kollegen

Nicht nur die Beschäftigten in ihrer Rolle als Betroffene sind wesentliche Akteure des RTW, sondern auch die Beschäftigten in der Rolle als Kol-

leginnen und Kollegen im Betrieb. Hinsichtlich dieser Rolle bei der Wiedereingliederung zeigen Welti et al. (2010), dass bei einer Umsetzung der Beschäftigten auf einen anderen Arbeitsplatz als einer RTW-Maßnahme auf die Sozialstruktur und Interaktion der Kolleginnen und Kollegen untereinander geachtet werden sollte. „Wird der Mitarbeiter im neuen Team nicht gut integriert, könnte Unmut oder sogar Mobbing entstehen und der Erfolg des BEM wäre gefährdet.“ (ebd., S. 146)

Die Rolle der Kolleginnen und Kollegen beim RTW spiegelt sich im Betriebsklima wider. In diesem Sinne gehört auch eine vertrauensvolle Betriebskultur zu den Voraussetzungen einer erfolgreichen Umsetzung des BEM (Niehaus et al. 2008; Welti et al. 2010). In diesem Zusammenhang steht, dass die Kolleginnen und Kollegen bei der Rückkehr vielfältige Formen der Unterstützung geben können: moralische Unterstützung (ansprechen können), instrumentelle Unterstützung (Hilfe bei Arbeitsaufgaben) und emotionale Unterstützung (Verständnis) (Weber 2015, S. 378). Neben der Unterstützung durch die Kolleginnen und Kollegen als Teil des Betriebsklimas wird die Akzeptanz für und die aktive Einbindung von Rückkehrenden betont (ebd., S. 378). Jedoch wird in der bestehenden Forschung darauf verwiesen, dass die Mitarbeitenden gegenüber Rückkehrenden eher skeptisch sind, wenn sie z. B. Nachteile durch Mehrarbeit erlebt haben (ebd., S. 379).

In einer experimentellen Untersuchung mit Beschäftigten wurde die Akzeptanz unterschiedlicher Rückkehrverhalten betrachtet. Dafür mussten Beschäftigte vier theoretische Beispiele zur Rückkehr einer hypothetisch psychisch erkrankten Kollegin bewerten (Muschalla/Fay/Seeman 2015, S. 332):

- a) Kollegin kehrt ohne Veränderungen zurück,
- b) Kollegin beantragt Arbeitsplatzanpassungsmaßnahmen,
- c) Kollegin bemüht sich eigeninitiativ um Veränderungen,
- d) die Kollegin beantragt Arbeitsplatzanpassungsmaßnahmen und arbeitet eigeninitiativ an sich selbst (ebd., S. 332).

Im Ergebnis zeigt sich, dass bei den Rückkehrbeispielen mit Eigenbemühungen (c und d) eine größere Akzeptanz vorliegt, während die beiden anderen Rückkehrbeispiele (a und b) mit einer geringeren Akzeptanz einhergehen (ebd., S. 333).

Insgesamt wird deutlich, dass die Beziehung zwischen den Zurückkehrenden und den Kolleginnen und Kollegen eine Rolle als Kontextfaktor des Rückkehrverfahrens spielt. Inwiefern aber durch die Rückkehr entstehende Belastungen kommuniziert werden und wie damit in den Betrieben umgegangen wird, zeigt die Forschung nicht. Zudem bleibt of-

fen, inwiefern auch die gegebenen Arbeitsbedingungen und -anforderungen das Akzeptanzverhalten in den Betrieben beeinflussen.

2.3 Arbeitgeber

Motivation zur Durchführung von RTW-Maßnahmen

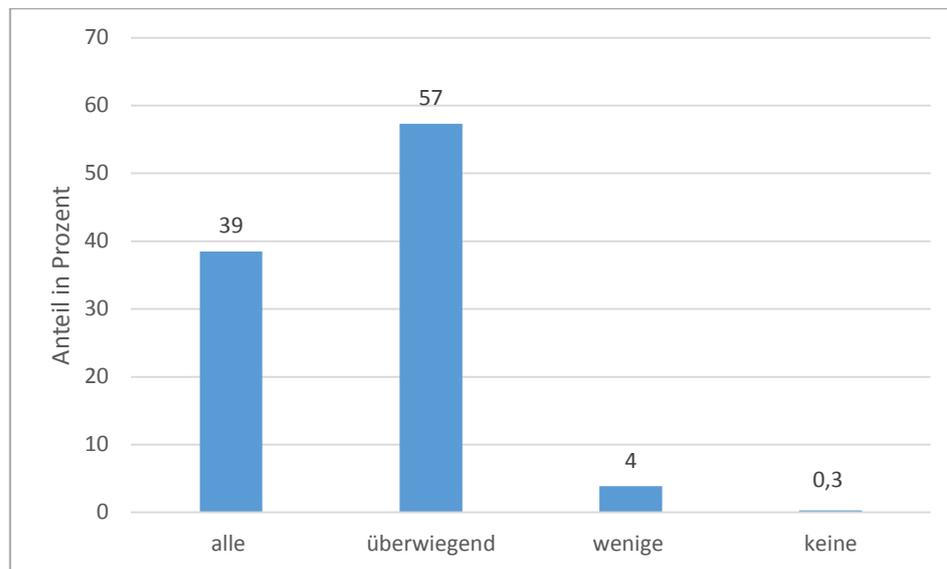
Von rechtlicher Seite her müssen die Arbeitgeber der Durchführung eines BEM zustimmen. Dabei muss „[der Arbeitgeber] die Maßnahmen umsetzen, die sachgerecht und ihm möglich sind.“ (Giraud/Lenk 2016, S. 282) Werden die bestehenden Möglichkeiten nicht ausgeschöpft, wird eine krankheitsbedingte Kündigung erschwert (ebd., S. 282). Die Durchführung eines BEM begründet jedoch nicht per se einen Kündigungsschutz für die betroffenen Beschäftigten. Kommt es nach dem BEM-Verfahren aber doch zu einer Kündigung, liegt bei einer krankheitsbedingten Kündigung die Beweislast beim Arbeitgeber. Er muss nachweisen, dass das Beschäftigungsverhältnis trotz eines durchgeführten BEM weiterhin nicht bestehen hätte können (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2018). Wird ein BEM nicht, verspätet oder unzureichend durchgeführt, muss der Arbeitgeber nachweisen, dass sich keine erfolgreiche Wiedereingliederung eingestellt hätte. Eine Kündigung ist erst dann gerechtfertigt, wenn folgende Möglichkeiten ausgeschlossen werden konnten:

- „der weitere Einsatz auf dem bisher innegehabten Arbeitsplatz
- eine leidensgerechte oder behinderungsgerechte Anpassung oder Umgestaltung
- der Einsatz auf einem alternativen anderen Arbeitsplatz auch bei geänderter Tätigkeit [...]
- die Entdeckung von Beschäftigungsmöglichkeiten bei rechtzeitiger und vollständiger Erfüllung der Pflichten aus § 84 Abs. 2 SGB IX als Konkretisierung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit
- u. U. auch eine Umschulung.“ (Friedrich 2011, S. 3)

Abgesehen von der rechtlichen Verpflichtung können Arbeitgeber auch aus eigenen Interessen zu einem BEM-Verfahren motiviert sein. So kann etwa ein Fachkräftemangel eine Motivationsquelle für die Betriebe sein, um ein BEM-Verfahren durchzuführen und damit die Beschäftigten im Betrieb zu halten. Wie Ramm et al. (2012, S. 13) festgestellt haben, gilt ein Interesse, Fachkräfte über eine erfolgreiche Wiedereingliederung zu sichern, besonders für Kleinbetriebe im Dienstleistungssektor, die einen großen Bedarf an Kundenbindung haben.

Dass das BEM-Verfahren eine erfolgreiche Wiedereingliederung unterstützt und dadurch Beschäftigte im Betrieb gehalten werden können, lässt sich anhand der Ergebnisse aus dem Projekt RE-BEM in Abbildung 2 zeigen. In nahezu allen Betrieben sind entweder alle oder überwiegend alle Beschäftigten im Betrieb verblieben. In nur 4 Prozent der Betriebe sind es wenige Beschäftigte, die nach einem BEM im Betrieb bleiben.⁵

Abbildung 2: Verbleib der Beschäftigten im Betrieb nach Abschluss des BEM-Verfahrens (n = 1.144)



Quelle: Richter (2017b), S. 83. Eigene Darstellung.

Durch die Durchführung eines BEM können von betrieblicher Seite her zudem Kosten eingespart werden. Dies zeigt eine Kosten-Nutzen-Bewertung von Emmert (2010). Dafür wurden die durch das BEM entstehenden Kosten (z. B. Einmalausgaben für die Durchführung oder Produktivitätsverlust der Betroffenen) und Nutzen (z. B. Produktivitätsgewinne oder Verringerung der Arbeitsunfähigkeitszeiten) in Euro-Beträgen gegeneinander aufgerechnet. Im Ergebnis zeigt sich, dass der Nutzen eines BEM die sich ergebenden Kosten übersteigt (Emmert 2010, S. 166). Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse von Experteninterviews, dass ein Nutzen des BEM „vom Erfolg der betrieblichen Eingliederung und der Durchsetzung kündigungsschutzrechtlicher Standards im Betrieb, die insbesondere vom Bestehen eines Betriebsrates und vom In-

⁵ An der zugrundeliegenden Befragung beteiligten sich insgesamt 2.047 Betriebe. Über die Hälfte dieser Betriebe haben mehr als 500 Beschäftigte.

formationsstand und der Konfliktbereitschaft der Beschäftigten“ abhängt (Ramm et al. 2012, S. 14; vgl. auch Welti et al. 2010, S. 126 f.). In Tabelle 1 werden weitergehende Kosten und Nutzen des BEM-Verfahrens gegenübergestellt. Darüber hinaus zeigen Ramm et al. (2012, S. 14), dass im BEM-Verfahren kein erheblicher Mehraufwand entsteht, wenn die notwendigen Informationen zugänglich sind und es konkrete Ansprechpartner für die BEM-Akteure gibt. Dennoch zeigen Erfahrungen, dass mit dem BEM-Verfahren ein erhöhter Verwaltungsaufwand einhergeht, der Zeit und Personal bindet (ebd., S. 14).

Tabelle 1: Kosten und Nutzen von BEM

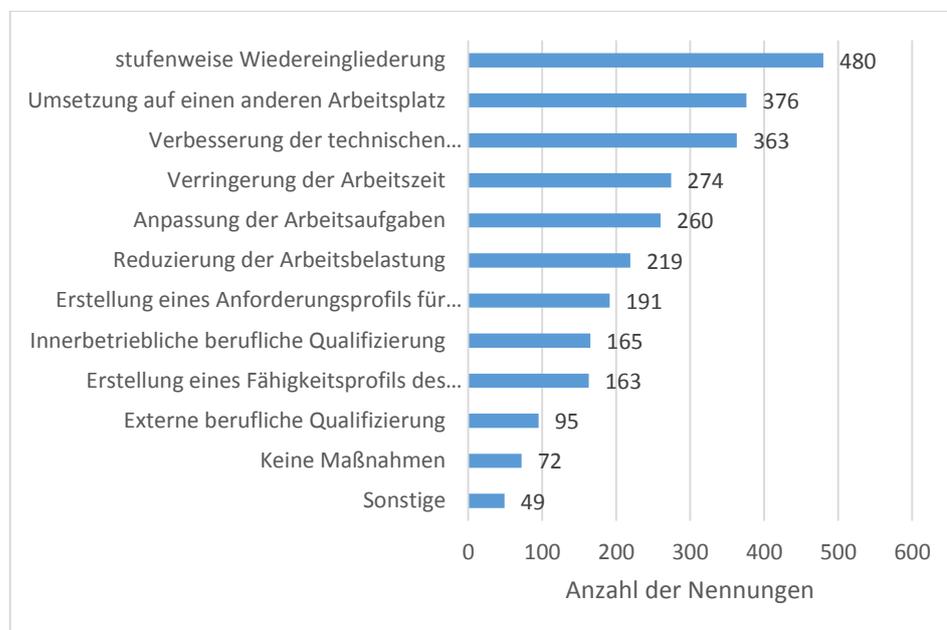
BEM-Kosten	BEM-Nutzen
Kosten BEM-Einmaldurchführung	Verringerung der AU-Zeiten
laufende Kosten für BEM	Verminderung: Kosten für die Ausgleichsabgabe
extra Arbeitsstelle	„Produktivitätsgewinne“ der BEM-Kandidaten
geringere „Produktivitätsstufe“ nach BEM, wenn Mitarbeitende dauerhaft leistungseingeschränkt sind	geringere Kosten für die Einstellung von Arbeitnehmenden
Kosten für neu geschaffene Stellen	Vermeidung von Kosten für Rechtsstreitigkeiten
	Fachkräftesicherung

Quelle: Emmert (2010), Knoche et al. (2016), S. 291. Eigene Darstellung.

In einer Studie zur Umsetzung des BEM (Niehaus et al. 2008) wurden verschiedene Betriebe nach ihren Maßnahmen zur Wiedereingliederung befragt (Abbildung 3 auf der nächsten Seite). Die stufenweise Wiedereingliederung wird am meisten genutzt, gefolgt von der Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz und der Verbesserung der technischen Ausstattung. Hinsichtlich der Verbreitung der Maßnahmen unter den befragten Betrieben ist darauf hinzuweisen, dass nicht alle Maßnahmen unbedingt auf die Betriebe – insbesondere im Hinblick auf die Betriebsgröße – passen müssen. Viele Maßnahmen seien in kleineren Betrieben nicht bekannt oder deren Durchführung durch einen geringen Handlungsspielraum nicht möglich (ebd., S. 57). Die starke Verbreitung der stufenweisen Wiedereingliederung liegt auch in ihrem Bekanntheitsgrad. Darüber hinaus wird diese Maßnahme im Rahmen der medizinischen Rehabilitation angeboten und die Kosten für die Entlohnung werden oft

von der Krankenkasse übernommen. Diese Maßnahme erhält zugleich eine große Zustimmung von den Betroffenen (ebd., S. 80).

Abbildung 3: Maßnahmen der beruflichen Integration, Mehrfachnennungen möglich



Quelle: Niehaus et al. (2008), S. 56. Eigene Darstellung.

Gelingensbedingungen auf Arbeitgeberseite

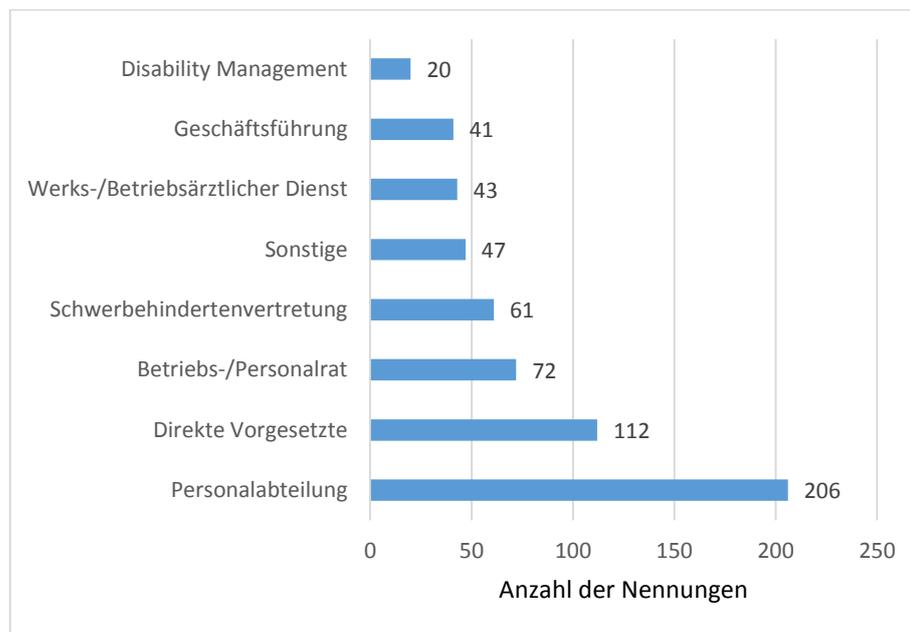
Für eine erfolgreiche Durchführung eines BEM-Verfahrens muss zwischen der Arbeitgeberseite und den Zurückkehrenden überhaupt erst ein Kontakt hergestellt und aufgebaut werden. Dabei spielt der Zeitpunkt der Kontaktaufnahme eine wichtige Rolle. Ein Beginn noch vor einem absehbaren Ende der Krankschreibung hat den Vorteil, dass mit dem ersten Tag der Beschäftigung die Wiedereingliederung durch das BEM begleitet werden kann. Hierbei muss der Kontakt mit den Beschäftigten während der gesundheitsbedingten Unterbrechung gehalten werden (Voswinkel 2017, S. 263). Bereits in vielen Betriebsvereinbarungen gibt es Regelungen, die eine Kontaktaufnahme und Beratungsgespräche bereits nach der dritten oder vierten Woche der AU-Zeit vorsehen (Glomm 2012, S. 22).

Demgegenüber steht, dass man sich den Betroffenen während der Krankheitsphase nicht aufdrängen möchte (Voswinkel 2017, S. 263). Brussig/Schulz (2018) verweisen auf Untersuchungen, die zeigen, dass die betroffenen Beschäftigten teilweise über den gesamten Zeitraum mit

dem Betrieb zwar in Verbindung stehen. Konkret über die Rückkehr wird jedoch erst zum Ende der Krankheitsphase gesprochen bzw. erst dann besteht der Wunsch der Beschäftigten, über eine Rückkehr zu reden.

Dabei spielt nicht allein das Wann der Kontaktaufnahme eine Rolle, sondern auch das Wie. Hierbei geht es um das Anschreiben an die Betroffenen, mit dem sie über das Angebot des BEM informiert werden. Manche Beschäftigten erschrecken über das Schreiben aus der Personalabteilung und können daraufhin eine Abwehrhaltung entwickeln. Diese Haltung erschwert den Einstieg in das BEM-Verfahren (ebd., S. 262). Es führen neben der Personalabteilung aber auch andere Akteure der Arbeitgeberseite und auch der Betriebs- bzw. Personalrat die Erstansprache durch (Abbildung 4). In Kleinbetrieben erfolgt die Erstansprache häufiger über ein direktes Gespräch, während in Großbetrieben vorwiegend eine postalische Kontaktaufnahme vorgenommen wird (Niehaus et al. 2008, S. 47).

Abbildung 4: Zuständige Personen für die Erstansprache im Erkrankungsfall (n=348)



Quelle: Niehaus et al. (2008), S. 46. Eigene Darstellung.

Eine erfolgreiche Durchführung des BEM wird durch fehlendes Erfahrungswissen der Betriebe im Umgang mit Langzeiterkrankungen erschwert (Ramm et al. 2012, S. 12). Dies trifft insbesondere auf KMU zu. In Betrieben mit bis zu 30 Beschäftigten wird die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall bis zu 80 Prozent erstattet (§ 1 Aufwendungsausgleichsgesetz). Nach Ramm et al. (2012, S. 12) bestehe durch diese Aus-

gleichszahlung für die Arbeitgeber kaum ein Anreiz, sich mit längerfristigen gesundheitsbedingten Ausfällen zu beschäftigen. In einer weiteren Untersuchung stellt sich zudem heraus, dass nicht in allen KMU die Fehlzeiten der Beschäftigten erfasst werden, um darauf aufbauend über gesundheitliche Belange mit den betroffenen Beschäftigten zu reden (Welti et al. 2010, S. 131). Darüber hinaus haben Kleinst- und Kleinbetriebe oftmals keine eigenen Personalabteilungen, die sich mit dem BEM-Verfahren auseinandersetzen können. „Arbeitsschutz, Gesundheitsprävention und Belange schwerbehinderter Beschäftigter werden oft nicht von spezialisierten Personen, sondern ‚nebenbei‘ bearbeitet.“ (Ramm et al. 2012, S. 14)

Bei einer unzureichenden Erfahrung der Betriebe mit Langzeiterkrankungen oder BEM-Fällen, insbesondere der Kleinbetriebe, werden Leitfäden zu den Aufgaben der betrieblichen Akteure, zum Ablauf und zu den Handlungsfeldern als förderlich angesehen (Ramm et al. 2012, S. 14).

Gegenüber den Großunternehmen bestehen in KMU „besondere psychologische und emotionale Kontextfaktoren für ein BEM“ (Welti et al. 2010, S. 194) durch persönliche Beziehungen der Beschäftigten und durch die Mitarbeit der Arbeitgeber. Dadurch wird das BEM durch das Gefühl einer gemeinsamen Verpflichtung zur Wiedereingliederung gestärkt (ebd., S. 194).

Bei den Erfolgsfaktoren auf der Akteursebene kommt den Führungskräften ebenfalls großes Gewicht zu. So fördert eine erfolgreiche Umsetzung des BEM, wenn die Arbeitgeber bei Belangen der Wiedereingliederung nach einer längerfristigen Erkrankung informiert und eingebunden werden, d. h. wenn sich der Arbeitgeber über die Zustimmung hinaus am BEM-Verfahren beteiligt. Dies ist für die Umstrukturierung bzw. Anpassung des Betriebsablaufs wichtig. Die Arbeitgeber sollten auch darüber Bescheid wissen, ob und welche Leistungseinschränkungen bei den Beschäftigten nach der Rückkehr vorliegen (Ramm et al. 2012, S. 14).

Eine positive Wirkung ergibt sich zudem, wenn die Unternehmensleitung ebenfalls eine Vorbildrolle in der BEM-Umsetzung einnimmt (ebd., S. 13). Um diese Wirkung zu fördern, gilt es bereits bei einer Neueinstellung von Führungskräften darauf zu achten, ob entsprechende Führungs- und Sozialkompetenzen vorliegen (Beutler 2016, S. 160). Zum anderen muss auch die Personalabteilung die Führungskräfte beim BEM unterstützen, indem z. B. über Dienstvereinbarungen das Verfahren geregelt wird oder Handlungshilfen bereitgestellt werden (ebd., S. 160).

Insgesamt wird deutlich, dass gesetzliche Vorgaben zur Wiedereingliederung nach einer längeren krankheitsbedingten Erwerbsunterbre-

chung bereits das Verfahren regeln. Jedoch haben die Arbeitgeber einen Spielraum bei der Umsetzung, die durch Erfahrungswissen und einem Interesse an Fachkräftesicherung unterstützt werden kann. Aus der Forschung geht jedoch nicht hervor, inwiefern bereits bestehende Kooperationen mit anderen betrieblichen Akteuren auch für die Wiedereingliederung genutzt werden könnten oder welche Ansatzpunkte es dafür gibt.

2.4 Betriebsrat

Nach § 167 SGB IX führen Arbeitgeber und die *betriebliche Interessenvertretung* gemeinsam das BEM durch. In diesem Zusammenhang haben die Personal- bzw. die Betriebsräte und ggf. die Schwerbehindertenvertretung Informations- und Mitbestimmungsrechte.

- Informationsrechte: Der Arbeitgeber muss die Interessenvertretung darüber informieren, bei welchen Beschäftigten ein Recht auf ein BEM vorliegt und wem das BEM angeboten wurde. Der Betriebsrat muss zudem darüber informiert werden, wie die Beschäftigten auf das Angebot des BEM geantwortet haben (Kohte 2016, S. 34 f.).
- Mitbestimmungsrechte: Das Recht dient der Feinabstimmung insbesondere der gesetzlichen Handlungspflichten. Dies umfasst bspw. die Formulierung des BEM-Anschreibens und die Gestaltung einer möglichen Verfahrensordnung (ebd., S. 36).

Darüber hinaus haben der Betriebsrat und die Schwerbehindertenvertretung ein Initiativrecht zur Durchsetzung des BEM. Beide Akteure besitzen ein Überwachungsrecht, in dessen Rahmen auch das Informationsrecht besteht (Romahn 2010, S. 51). Bei Entscheidungen, die Menschen mit einer Behinderung im Betrieb betreffen, muss die Schwerbehindertenvertretung vom Arbeitgeber unterrichtet werden (§ 179 SGB IX).

Über diese Rechte und Pflichten hinaus stellt eine Untersuchung heraus, dass sich die betroffenen Beschäftigten vielfach einen Ausbau der Unterstützungsleistungen des Betriebsrats oder der Schwerbehindertenvertretung bei sozialmedizinischen Fragen und oder bei der Arbeitsplatzumgestaltung wünschen (Kähnert/Exner/Leibbrand 2016, S. 412). Dies geht aus der Studie „Perspektive Job“ zur stufenweisen Wiedereingliederung für onkologische Patientinnen und Patienten hervor.

Das Verständnis der Betriebsratsmitglieder über die Ausgestaltung ihrer Aufgaben in gesundheitlichen Belangen unterscheidet sich in KMU und in Großbetrieben. So geht aus einer qualitativ angelegten Untersuchung zum BEM in KMU (insbesondere im Handwerk) hervor, dass sich

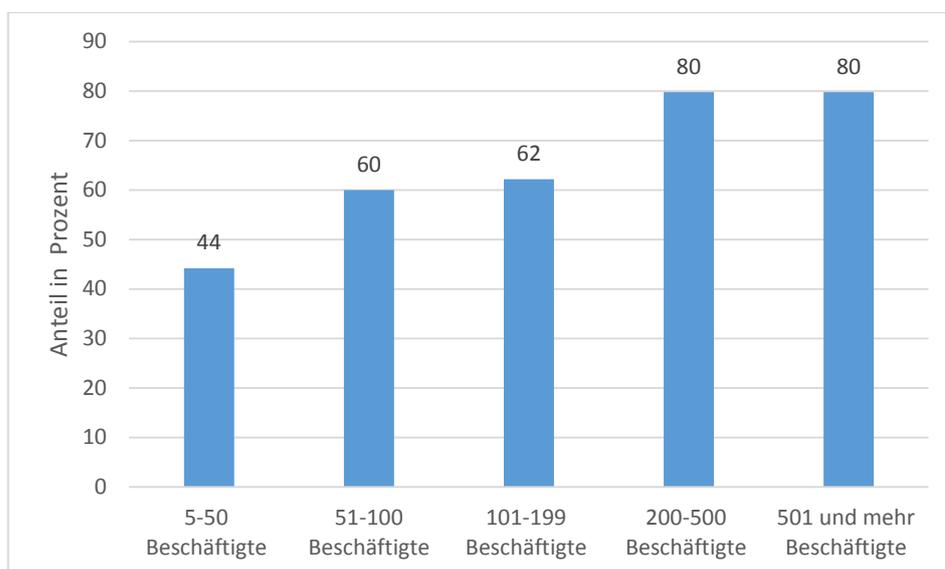
die Betriebsratsmitglieder aus KMU weniger in der Rolle sehen, ein BEM einzuführen. Sie verstehen sich vielmehr als Vermittler und als eine Unterstützung für die erkrankten Kolleginnen bzw. Kollegen (Welti et al. 2010, S. 116).

In der Forschungsliteratur wird auch auf einen Konflikt bei den Betriebsratsmitgliedern, z. B. bei der Wiedereingliederung von Beschäftigten mit einer psychischen Erkrankung, hingewiesen. Dieser Konflikt ergibt sich aus divergierenden Bedürfnissen der Erkrankten (Rücksichtnahme) und der Kolleginnen und Kollegen nach einer Vermeidung von zusätzlicher Belastung (Voswinkel 2017, S. 266).

Betriebsräte und damit auch Betriebsvereinbarungen sind überwiegend in größeren Betrieben vorhanden. Größere Betriebe haben entsprechend öfter eine Betriebsvereinbarung zum BEM, die verbindliche Entscheidungsstrukturen und Zuständigkeiten reglementieren (Richter 2017a, S. 13). In Abbildung 5 auf der nächsten Seite wird deutlich, dass in den größeren Betrieben verstärkt eine Betriebs- oder Dienstvereinbarung zum BEM vorliegen. Unter den Betrieben mit einer Größe von 51–100 Beschäftigten bzw. von 101–199 Beschäftigten haben etwa zwei Drittel eine Betriebs- oder Dienstvereinbarung zum BEM. Weniger als die Hälfte der kleineren Betriebe mit 5–50 Beschäftigten haben eine Vereinbarung zu diesem Thema.

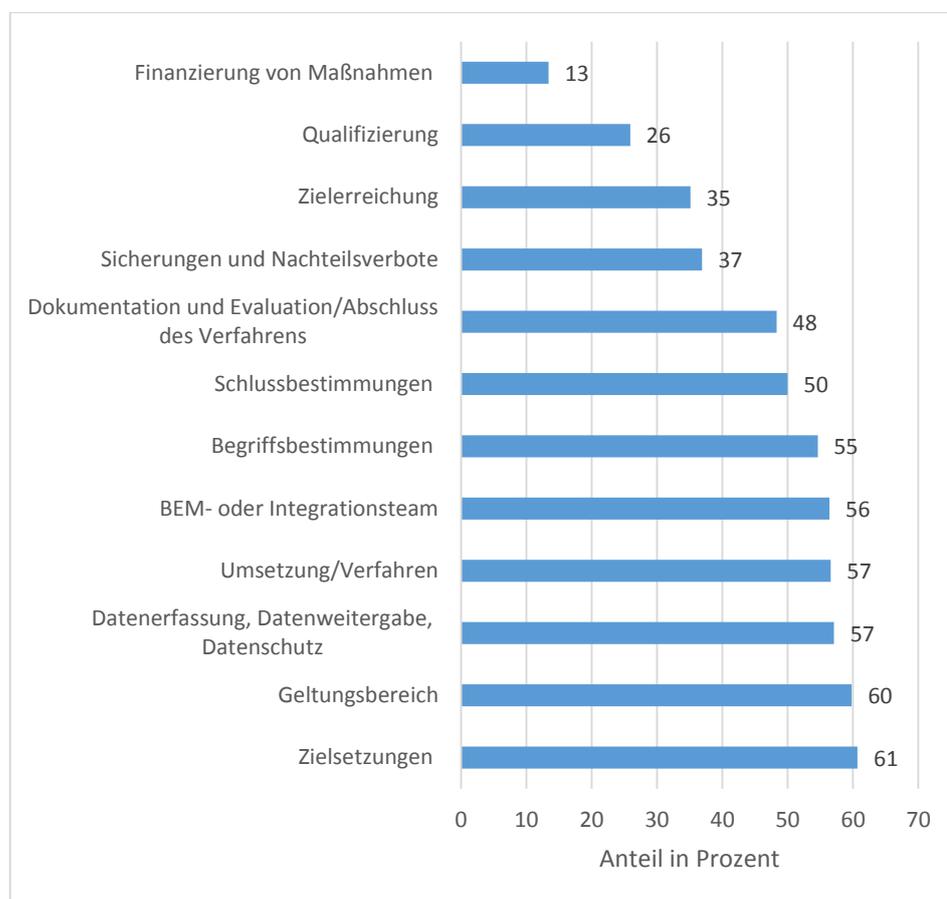
Dabei werden unterschiedliche Regelungsinhalte in die Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen aufgenommen (Abbildung 6, S. 25). In mehr als der Hälfte der Vereinbarungen gibt es Regelungen zur Begriffsbestimmung, zum BEM- und Integrationsteam, zur Umsetzung bzw. zum Verfahren, zur Datenerfassung/-weitergabe und zum Datenschutz sowie zum Geltungsbereich und zur Zielsetzung. Ein weiteres Regelungsbeispiel ist, dass im Rahmen des BEM-Verfahrens geprüft werden soll, ob die Erkrankungen durch die gegebenen Arbeitsbedingungen (mit-)verursacht wurden oder ob sie sich nachteilig auf den zukünftigen Krankheitsverlauf auswirken. Ein systematischer Bezug zum betrieblichen Gesundheitsschutz und zur Gesundheitsförderung sowie eine erneute Gefährdungsbeurteilung sind dabei vorgesehen (Romahn 2010, S. 64). Dadurch ermöglicht ein BEM-Verfahren anhand des Einzelfalls, Lücken im Arbeitsschutz am jeweiligen Arbeitsplatz festzustellen und Arbeitsschutzmaßnahmen fortwährend anzupassen (Nebe 2016, S. 192 ff.). Gleichzeitig ist jedoch zu vermuten, dass durch generalisierte Regelungen zum BEM nur schwer Lösungen für spezifische Problematiken einzelner Erkrankungen oder Behinderungen zu finden sind. So gibt es bspw. keine speziellen Regelungen für psychische Erkrankungen im Rahmen des BEM (Voswinkel 2017, S. 258).

Abbildung 5: Existenz von Betriebs- oder Dienstvereinbarungen zum BEM nach der Betriebsgröße



Quelle: Richter (2017b), S. 70. Eigene Darstellung

Abbildung 6: Regelungsinhalte von Betriebs- und Dienstvereinbarungen zum BEM, Mehrfachnennungen möglich



Quelle: Richter (2017b), S. 70. Eigene Darstellung.

Insgesamt lässt sich hervorheben, dass die Betriebsräte vor der Aufgabe stehen, sowohl die Belange von erkrankten Beschäftigten als auch die Bedürfnisse der anderen Beschäftigten in ihrem Handeln zu berücksichtigen. Wie Betriebsräte mit diesem potenziellen Konflikt umgehen, wurde in der Forschung bislang nicht thematisiert.

2.5 Schwerbehindertenvertretung

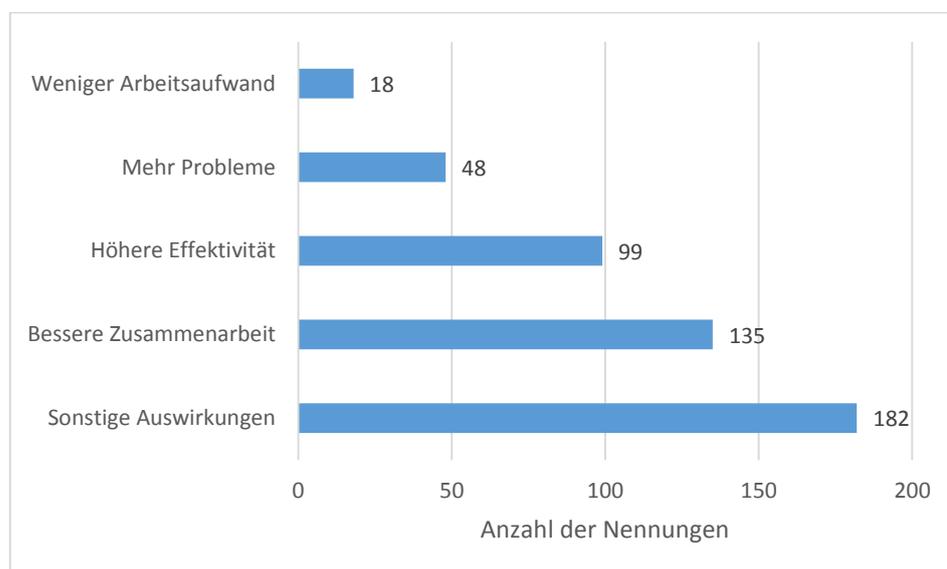
In Betrieben mit mindestens fünf schwerbehinderten Menschen muss eine Schwerbehindertenvertretung (und eine Stellvertretung) gewählt werden. Die Amtszeit der Schwerbehindertenvertretung beträgt vier Jahre (§ 177 SGB IX). Die Schwerbehindertenvertretung übernimmt wesentliche Aufgaben im Betrieb, die sich nicht allein auf die Wiedereingliederung

rung von Beschäftigten beschränken. Zu den weiteren Aufgaben der Schwerbehindertenvertretung gehören:

- Förderung der Eingliederung von schwerbehinderten Menschen
- Vertretung der Interessen von schwerbehinderten Menschen
- Beratung und Unterstützung (§ 178 SGB IX).

Nach der Einführung der Regelungen zum BEM-Verfahren 2004 wurde dessen Wirkung auf die Arbeit der Schwerbehindertenvertretung untersucht (Abbildung 7). Von 135 Betrieben der 474 befragten Betriebe wurde eine bessere Zusammenarbeit der Schwerbehindertenvertretung mit anderen betrieblichen Akteuren als vor der Einführung des BEM benannt; 99 Betriebe sehen eine höhere Effektivität in der Arbeit der schwerbehinderten Menschen durch das BEM. Weniger oft wurden mehr Probleme und ein geringerer Arbeitsaufwand genannt. Hinsichtlich der Nennung zu sonstigen Auswirkungen verweisen die Autoren der Untersuchung darauf, dass es im Rahmen der Einführungsphase keine Erfahrungswerte gibt, die auf einen Mehraufwand oder auf vermehrte Probleme hindeuten (Niehaus et al. 2008, S. 37).

Abbildung 7: Auswirkung des BEM auf die Arbeit der Schwerbehindertenvertretung, Mehrfachnennungen möglich



Quelle: Niehaus et al. (2008), S. 37. Eigene Darstellung.

Ähnlich wie bei den Betriebsräten haben KMU im Unterschied zu Großbetrieben seltener eine Schwerbehindertenvertretung und es gibt dem-

zufolge dort seltener Inklusionsvereinbarungen⁶ (Infobox 5). Beispielsweise werden in Inklusionsvereinbarungen Regelungen zur Arbeitsplatzgestaltung, Arbeitsorganisation und Arbeitszeit getroffen.

Infobox 5: Inklusionsvereinbarung § 166 SGB IX Abs. 1, 2

(1) Die Arbeitgeber treffen mit der Schwerbehindertenvertretung und den in § 176 genannten Vertretungen in Zusammenarbeit mit dem Inklusionsbeauftragten des Arbeitgebers (§ 181) eine verbindliche Inklusionsvereinbarung. [...]

(2) Die Vereinbarung enthält Regelungen im Zusammenhang mit der Eingliederung schwerbehinderter Menschen, insbesondere zur Personalplanung, Arbeitsplatzgestaltung, Gestaltung des Arbeitsumfelds, Arbeitsorganisation, Arbeitszeit sowie Regelungen über die Durchführung in den Betrieben und Dienststellen. Dabei ist die gleichberechtigte Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben bei der Gestaltung von Arbeitsprozessen und Rahmenbedingungen von Anfang an zu berücksichtigen. Bei der Personalplanung werden besondere Regelungen zur Beschäftigung eines angemessenen Anteils von schwerbehinderten Frauen vorgesehen.

Zusammengenommen zeigt die Forschung, dass die Schwerbehindertenvertretung ein wesentlicher Akteur innerhalb des Betriebes ist. Jedoch bleibt offen, inwiefern die Schwerbehindertenvertretung mit Positionen umgeht, die sie in Konflikt zu anderen Akteuren, z. B. den Betriebsrat, bringen kann. Dies wäre insbesondere dann von Interesse, wenn die Schwerbehindertenvertretung zugleich Mitglied eines Betriebsrates ist.

2.6 BEM-Team

Die Wiedereingliederung in den Betrieb kann von sog. BEM-Teams begleitet werden. Es können Arbeitgeber bzw. Führungskräfte, Personalorganisation, Betriebs- oder Personalrat, Sozialberatung, der betriebsärztliche Dienst und auch externe Akteure in ein BEM-Team eingebunden werden. Die Gründung von BEM-Teams ist jedoch nicht obligatorisch.

⁶ Der Begriff Inklusionsvereinbarung ersetzt seit Anfang 2017 durch das Bundesteilhabegesetz den Begriff der Integrationsvereinbarung.

Anhand einer Analyse zu Erfahrungen mit BEM-Akteuren werden die Vor- und Nachteile von großen bzw. kleinen BEM-Teams in den Betrieben identifiziert. Bei großen BEM-Teams liegt der Vorteil darin, dass durch die regelmäßige Beteiligung vieler betrieblicher Akteure mögliche Hindernisse und Widerstände durch die Berücksichtigung verschiedener Gesichtspunkte vermieden werden können. Kleine Teams könnten dagegen den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses besser unterstützen. Bei darüber hinausgehenden Bedarfen könnten aber weitere Personen hinzugezogen werden (Voswinkel 2017, S. 260).

Die BEM-Teams können sich darin unterscheiden, dass sie sich entweder für den Einzelfall zusammensetzen oder dauerhaft bestehen. Bei den immer wieder neu zusammengesetzten BEM-Teams kann das Vertrauen zu den betroffenen Mitarbeitenden aufgebaut werden und die Fälle als Einzelfälle betrachtet werden. Bei dauerhaften BEM-Teams besteht dagegen die Möglichkeit einer Professionalisierung des BEM-Verfahrens (ebd., S. 260). Zudem stellt ein kontinuierliches BEM-Team bestehende Ansprechpartner für Betroffene und für andere betriebliche Akteure bereit und es erhöht sich dadurch ihre Durchsetzungsfähigkeit (ebd., S. 260).

Aus der Untersuchung von Voswinkel (2017) geht zudem hervor, dass sich eine bessere Unterstützung für die betroffenen Mitarbeitenden ergibt, „wenn die Mitglieder des BEM-Teams gut mit externen Akteuren vernetzt sind – mit Kliniken, mit Krankenversicherungen, Ansprechpartnern für Reha-Maßnahmen oder auch kooperierenden Ärzten sowie mit anderen Akteuren im Betrieb.“ (ebd., S. 260) Grundlage dieser Vernetzung sind verfügbare Zeit und eine Kontinuität in der Zusammensetzung des Teams (ebd., S. 260).

Förderlich für die Umsetzung des BEM ist nicht allein die Zusammenarbeit verschiedener betrieblicher Akteursgruppen. Für diese Zusammenarbeit ist auch eine konkrete Rollenzuordnung der Akteure im BEM-Prozess wichtig. Dagegen sind Rollenkonflikte und Konkurrenzen bspw. zwischen Betriebsrat und der Schwerbehindertenvertretung hinderlich für das BEM-Verfahren. Insgesamt werden die Kooperationen von verschiedenen Akteuren aber eher positiv bewertet (Zumbeck 2017, S. 19).

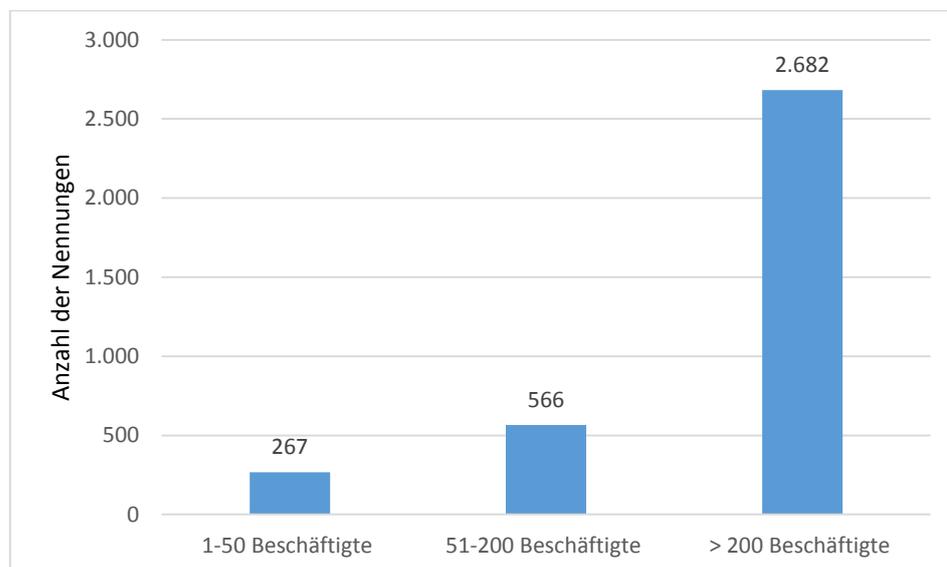
Insgesamt zeigt sich, dass mit dem BEM-Team eine Kooperation zur Sicherung der gesundheitlichen Beschäftigungsfähigkeit im Betrieb installiert werden kann. Zu klären bleibt jedoch, unter welchen Bedingungen BEM-Teams in Betrieben gebildet werden und inwiefern das Vertrauen der betroffenen Beschäftigten zu den einzelnen Akteuren aufgebaut und erhalten werden kann.

2.7 Medizinerinnen und Mediziner

Die *Betriebsärztinnen und -ärzte* sollen als vertrauensvolle Ansprechpartnerinnen und -partner bei gesundheitsbedingten Problemlagen fungieren. Diese Rolle ist aus Sicht der Beschäftigten jedoch nicht per se gegeben. So würden die Betriebsärztinnen und -ärzte von den Beschäftigten zunächst als Gegner bei der Eignungsuntersuchung und ggf. wiederholt bei Überprüfung der Arbeitsfähigkeit wahrgenommen werden. Eine die Beschäftigten unterstützende Rolle müsse von den Betriebsärztinnen und -ärzten erst erarbeitet werden (Voswinkel 2017, S. 284).

Aus dem ersten Forschungsmonitor (Brussig/Schulz 2018b) ist bekannt, dass Betriebsärztinnen und -ärzte überwiegend in Großbetrieben agieren. Hinsichtlich des BEM zeigt sich ebenfalls eine verstärkte Einbindung in Betrieben dieser Größe (Abbildung 8).⁷ Zugleich wird aber auch deutlich, dass in KMU ebenfalls BEM-Fälle von Betriebsärztinnen und -ärzten betreut werden, wenngleich hier der Umfang geringer ausfällt.

Abbildung 8: Eingliederungsfälle unter Beteiligung von Betriebsärzten und Betriebsärztinnen 2009 nach Betriebsgröße



Quelle: Glomm (2012), S. 22.

⁷ Die Ergebnisse entstammen einer Mitgliederumfrage des Verbands Deutscher Betriebs- und Werkärzte e.V., an der 77 Betriebsmedizinerinnen und -mediziner teilnahmen. Sie hatten insgesamt 3.515 Eingliederungsfälle.

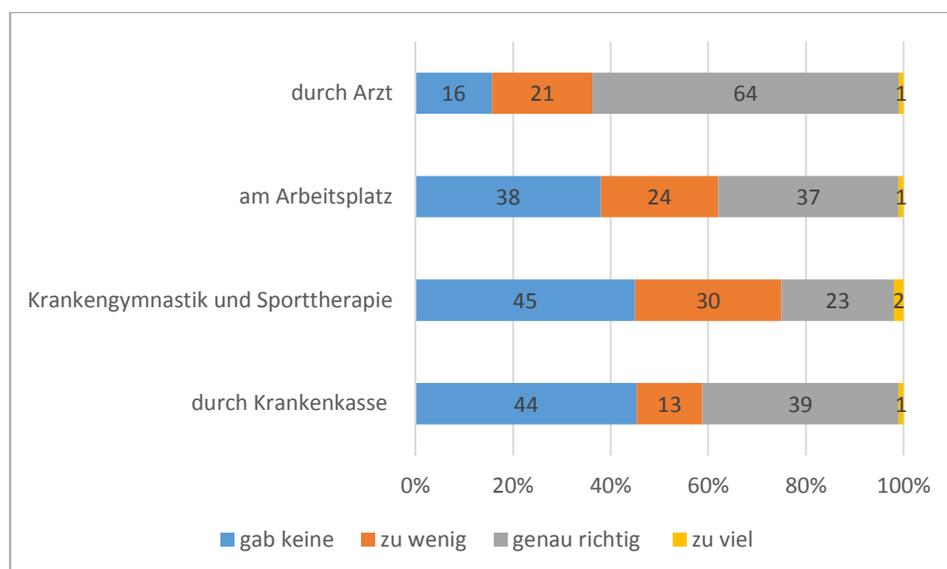
Neben den Betriebsärztinnen und -ärzten sind die Kliniken am Wiedereingliederungsprozess im Rahmen der Rehabilitation beteiligt. Auf die Rolle der Kliniken wurde im zweiten Forschungsmonitor (Brussig/Schulz 2018a) eingegangen. Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation können zudem Empfehlungen für konkrete Rückkehrmaßnahmen oder für den Einsatz von bestimmten Instrumenten wie der stW aussprechen. Der Umfang der Empfehlungen, die die Einrichtungen zur Durchführung einer stufenweisen Wiedereingliederung aussprechen, variieren jedoch stark zwischen 1 und 19 Prozent (Schmid et al. 2014, S. 96). Zwischen Kliniken mit dem Schwerpunkt auf psychischen Erkrankungen und Kliniken mit dem Schwerpunkt auf Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems konnte kein wesentlicher Unterschied auf die Empfehlungsrate festgestellt werden. Vielmehr scheinen Eigenschaften der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wie die zumutbare Arbeitszeit und die Länge der Arbeitsunfähigkeitszeiten im Jahr vor der Rehabilitation einen Einfluss zu haben (ebd., S. 96 f.).

Ergänzend dazu kann die Untersuchung von Mau (2010, S. 373) herangezogen werden. Danach unterscheiden sich die Empfehlungsraten insbesondere zwischen den stationären Einrichtungen und weniger bei Einrichtungen der ambulanten Rehabilitation. Die Empfehlungsraten gehen auch hier auf Charakteristika der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden selbst zurück. Eine stufenweise Wiedereingliederung wird eher dann nicht empfohlen, wenn onkologische oder kardiologische Erkrankungen, eine Multimorbidität, mehrere Anschlussrehabilitationen und/oder ein hohes Alter der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden vorliegen (ebd., S. 373).

Aber auch andere Akteure sprechen Empfehlungen zur Umsetzung einer stW aus. Aus einer Untersuchung zur stW von orthopädischen Patienten und Patientinnen geht hervor, dass die betroffenen Beschäftigten den Empfehlungen von Arbeitgebern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten überwiegend folgen. Die Arbeitgeber sprechen solche Empfehlungen jedoch nur selten aus (Bürger 2004, S. 155).

Ein weiterer Aspekt, der bei der Betrachtung von medizinischen Akteuren von Bedeutung ist, ist die Betreuung während der Rückkehrphase. Die Untersuchung von Bürger (2004) zeigt, dass es den Beschäftigten bspw. bei der stW an einer ausreichenden Betreuung durch Ärztinnen und Ärzte oder an einer therapeutischen Begleitung fehlt (ebd., S. 157). In Abbildung 9 (nächste Seite) wird zudem deutlich, dass viele Versicherte mit einer stW neben einer fehlenden Betreuung durch Krankengymnastinnen und -gymnasten sowie durch Sporttherapeutinnen und -therapeuten auch eine geringe Betreuung am Arbeitsplatz erleben.

Abbildung 9: Bewertung der Betreuung während der stW
(Versichertenangaben)



Quelle: Bürger (2004), S. 158. Eigene Darstellung

Insgesamt zeigt sich, dass die medizinische Seite insbesondere bei der Begleitung des Wiedereingliederungsverfahrens von Bedeutung ist. Offen bleibt in der bisherigen Forschung jedoch, inwiefern die Medizinerinnen und Mediziner ein Vertrauensverhältnis zu den betroffenen Beschäftigten aufbauen können und wie andere betriebliche Akteure bei diesem Aufbau helfen können.

3 Arbeiten mit einer Behinderung

Das Ende einer gesundheitsbedingten Erwerbsunterbrechung fällt nicht immer mit einer vollständigen Genesung zusammen. Eine Erkrankung kann weiterhin fortbestehen, aber durch eine Milderung der Symptome oder durch bessere Bewältigungsstrategien kann eine Beschäftigung wiederaufgenommen werden. Behinderungen stellen hierbei eine Besonderheit dar, da Menschen mit Behinderungen (Infobox 5) über weitergehende arbeits- und sozialrechtliche Regelungen unterstützt werden oder geschützt sind. In diesem Kapitel wird es darum gehen, welche weitergehenden Möglichkeiten zur Reintegration in Beschäftigung für Menschen mit Behinderung bestehen und welche Institutionen hierbei eine Rolle spielen.

Infobox 6: Behinderung

„Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“ (Artikel 1 UN-Behindertenrechtskonvention)

„Eine Schwerbehinderung liegt dann vor, wenn mindestens ein Grad der Behinderung von 50 vorliegt“. (§ 2 Abs. 2 SGB IX)

3.1 Zugang zum Arbeitsmarkt

Zwischen 2005 und 2015 stieg die Anzahl der schwerbehinderten Beschäftigten um über 250.000 Personen an. Parallel stagnierte die Anzahl der schwerbehinderten Arbeitslosen. Ihr Anteil an allen Arbeitslosen nahm aber zu, weil insgesamt die Arbeitslosenzahl gesunken ist (Bertelsmann Stiftung 2017, S. 3).

Setzt man arbeitslose und erwerbstätige Schwerbehinderte ins Verhältnis, dann weisen Regionen und Landkreise der neuen Bundesländer überwiegend ein Verhältnis von über 30:100 auf: Auf 30 arbeitslose Schwerbehinderte kommen 100 Beschäftigte mit einer Schwerbehinderung. In den Bundesländern Hessen, Bayern und Baden-Württemberg hingegen kommen in den meisten Landkreisen weniger als zehn schwerbehinderte Arbeitslose auf 100 schwerbehinderte Beschäftigte. Auf Grundlage dieser Verhältnisse wird der Schluss gezogen, dass Menschen mit einer Schwerbehinderung „in urbanen Gebieten von ei-

nem besseren Angebot an Beschäftigungs- und Förderprogrammen und der oftmals besseren Infrastruktur [profitieren].“ (ebd., S. 5).

Zur Unterstützung der Integration von Menschen mit Behinderung und schwerbehinderten Menschen sind Leistungen an Arbeitgeber möglich. Sie sind im SGB III (Eingliederungszuschüsse), SGB VI (Leistungen zur Teilhabe) und SGB IX (Leistungen an Arbeitgeber) geregelt und werden von dem jeweils zuständigen Kostenträger übernommen. Neben Zuschüssen zur Ausstattung von Arbeitsplätzen sind Lohnkostenzuschüsse für Arbeitgeber ein weit verbreitetes und seit langem genutztes Instrument. Werden sie gezahlt, um die Einstellung einer arbeitslosen Person zu ermöglichen (oder die Weiterbeschäftigung einer von Arbeitslosigkeit bedrohten Person), dann werden Lohnkostenzuschüsse als Eingliederungszuschüsse bezeichnet. Sie können „zum Ausgleich einer Minderleistung“ gezahlt werden, wenn die „Vermittlung wegen in ihrer Person liegender Gründe erschwert ist“ (§ 88 SGB III).

Die Eingliederungszuschüsse übernehmen einen Teil der Lohnkosten. Sie sind stets befristet. Die Personengruppen und Vermittlungshemmnisse, aufgrund derer Eingliederungszuschüsse gezahlt werden können, sind demgegenüber grundsätzlich nicht begrenzt. Entscheidend ist die Beurteilung des Einzelfalls durch die Vermittlungsfachkräfte und Sachbearbeiter der Kostenträger (hauptsächlich Vermittlungsfachkräfte der Bundesagentur für Arbeit) im Rahmen ihrer Dienstanweisungen.

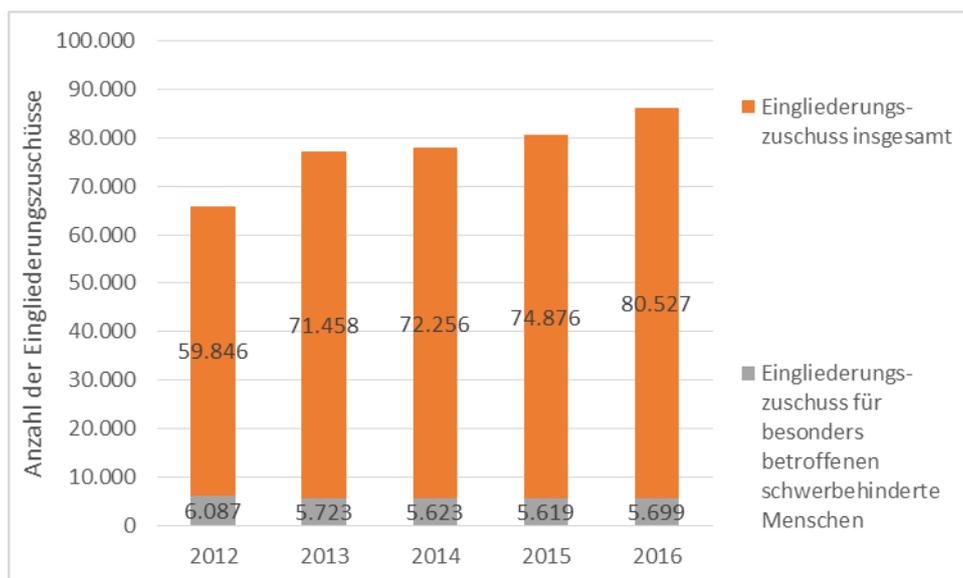
Für schwerbehinderte Personen und besonders betroffene schwerbehinderte Menschen – das sind Menschen, die neben der Schwerbehinderung weitere Vermittlungshemmnisse aufweisen, etwa eine fehlende Berufsausbildung oder Langzeitarbeitslosigkeit – sind besonders günstige Förderbedingungen vorgesehen. So ist aktuell bei der Einstellung von älteren schwerbehinderten Menschen (ab 55 Jahre) eine Förderung über acht Jahre (also bis zum Übergang in die Altersrente) für schwerbehinderte Menschen in Höhe von zunächst 70 Prozent der Lohnkosten möglich.

Studien zeigen, dass Eingliederungszuschüsse zu den am häufigsten genutzten Instrumenten der Arbeitsförderung gehören. Die Beschäftigungsverhältnisse von Geförderten sind stabiler als von vergleichbaren Nichtgeförderten. Ihre Handhabung unterliegt lokalen Dienstanweisungen, die jährlich und mitunter auch unterjährig anpasst werden, in deren Rahmen die Vermittlungsfachkräfte ihr Ermessen ausüben. Eingliederungszuschüsse sind zudem abhängig von den Budgets für Arbeitsförderung, die jährlich schwanken. Eingliederungszuschüsse sind auch bei Arbeitgebern ein bekanntes Instrument, so dass aus ihrer Sicht eine gewisse Erwartungshaltung besteht, bei Einstellung von schwerbehinderten Menschen (oder auch Arbeitslosen) einen Zuschuss zu erhalten. Ob

ein Eingliederungszuschuss gewährt wird, wird im Zuge der Arbeitsvermittlung durch die zuständige Vermittlungsfachkraft rasch und unbürokratisch geklärt (sofern die BA zuständig ist) (Bernhard/Jaenichen/Stephan 2007; Brussig/Schwarzkopf/Stephan 2011).

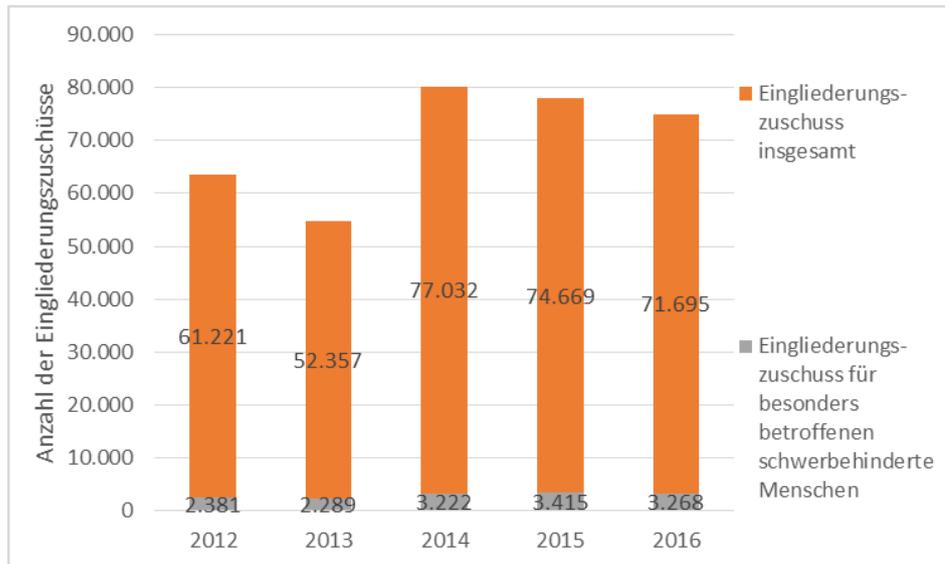
Abbildung 10 und Abbildung 11 (nächste Seite) zeigen die bewilligten Eingliederungszuschüsse nach SGB III und SGB II. Die Bewilligungen für Eingliederungszuschüsse nach SGB III für besonders betroffene schwerbehinderte Menschen sind zwischen 2012 und 2016 zurückgegangen, während die Eingliederungszuschüsse insgesamt zunahmen. Nach dem SGB II stieg die Anzahl der Eingliederungszuschüsse für besonders betroffene schwerbehinderte Menschen im Vergleich 2012 und 2016. Im Vergleich zum Vorjahr sind diese Eingliederungszuschüsse 2015 jedoch gesunken.

Abbildung 10: Eingliederungszuschuss nach SGB III



Quelle: Bundesagentur für Arbeit/Statistik (2017a; 2016; 2015; 2014; 2013).

Abbildung 11: Eingliederungszuschüsse nach SGB II



Quelle: Bundesagentur für Arbeit/Statistik (2017b; 2016; 2015; 2014; 2013)

Es können verschiedene Ursachen für einen Abgang aus Arbeitslosigkeit bei schwerbehinderten Menschen festgestellt werden. Insbesondere der Wechsel in eine Arbeitsunfähigkeit ist bei den Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen weit verbreitet (Schröder/Rauch 2006, S. 3). Als Schluss ziehen die Autoren aus diesem Ergebnis, dass bei schwerbehinderten Personen ohne Beschäftigung meist nicht allein eine Stellenvermittlung ausreicht, sondern auch eine stärkere Unterstützung bei der Rückkehr in die Beschäftigung benötigt wird (ebd., S. 3).

In der Forschung werden weitere Hemmnisse bei der Beschäftigung von Menschen mit Behinderung festgestellt.⁸ Diese werden insbesondere im Kündigungsschutz und in den hohen Anforderungen, schwerbehinderte Menschen zu beschäftigen, gesehen (Schröder/Steinwede/Rauch 2005, S. 131). Zudem wird von Arbeitgebern argumentiert, dass es leichter sei, die Ausgleichsabgabe (Infobox 7 auf S. 38) zu zahlen, als schwerbehinderte Menschen zu beschäftigen. Dem stimmen sogar Firmen zu, die schwerbehinderte Menschen beschäftigen (ebd., S. 131). Darüber hinaus wird eine Beschäftigung von schwerbehinderten Menschen durch eine mangelnde Kooperation mit Arbeitsagenturen, Integrationsämtern oder Integrationsfachdiensten gehemmt. Schröder/Stein-

⁸ Grundlage ist eine Untersuchung, in der arbeitslose und ehemals arbeitslose schwerbehinderte Menschen sowie Betriebe mit schwerbehinderten Beschäftigten und Betriebe ohne schwerbehinderte Beschäftigte befragt wurden (Schröder/Steinwede/Rauch 2005).

wede/Rauch (2005, S. 131) sehen „[d]ie Hauptursache dieser mangelnden Zusammenarbeit [darin], dass den Unternehmen auf diesem Feld zu viele Akteure vertreten sind. Sie wollen Betreuung, Beratung und Förderung aus einer Hand und nicht von verschiedensten Institutionen oder Stellen wegen der Beschäftigung Schwerbehinderter ‚angegangen‘ werden.“ (ebd., S. 131)

3.2 Unterstützte Beschäftigung

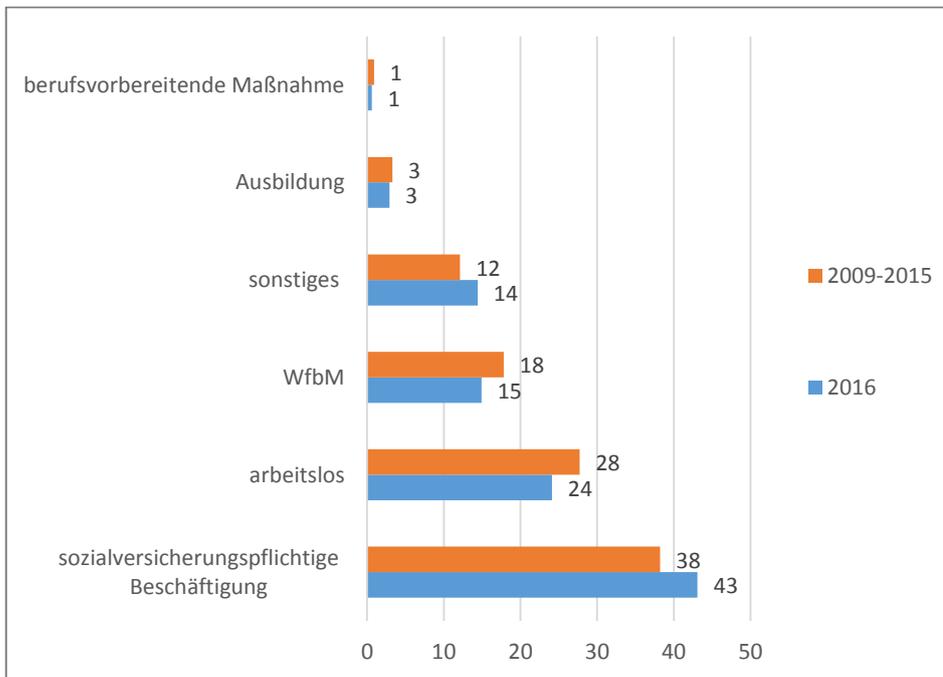
Neben den Eingliederungszuschüssen bietet die unterstützte Beschäftigung eine weitere Möglichkeit, Menschen mit einer Behinderung (wieder) in eine Erwerbstätigkeit einzubinden. Die unterstützte Beschäftigung ist eine weitere Leistung der Rehabilitation zur Eingliederung von Beschäftigten mit einer Behinderung. Statt zunächst und ohne konkrete Beschäftigungsperspektive für eine Qualifizierung von leistungsgeminderten Personen zu sorgen (z. B. in Berufsförderungswerken) und anschließend einen Arbeitsplatz zu suchen, erfolgt bei der unterstützten Beschäftigung zunächst die Platzierung in einem Betrieb und erst dann die Qualifizierung. Die unterstützte Beschäftigung ist im § 55 SGB IX geregelt. Ziel ist es, Personen in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu integrieren. Im Sinne eines Coachings durch einen Trainer sollen Menschen mit einer Behinderung eine individuelle Einarbeitung in einen Arbeitsplatz und weitergehende Unterstützung erhalten. Diese Maßnahmen können bis zu zwei Jahren dauern und im Bedarfsfall um weitere zwölf Monate verlängert werden (Oschmiansky et al. 2017, S. 59).

Aus der Betroffenenperspektive zeigt die Studie zu „Gesetzeswirkungen bei der beruflichen Integration schwerhöriger, ertaubter und gehörloser Menschen durch Kommunikation und Organisation“ (GINKO), dass lediglich 6 Prozent der Personen mit einer Behinderung im Bereich des Hörens diese Maßnahme nutzen (Forschungsstelle zur Rehabilitation von Menschen mit kommunikativer Behinderung e. V. o. J.). Inwiefern jedoch tatsächliche Bedarfe an einer unterstützten Beschäftigung vorliegen, geht nicht aus der Untersuchung hervor.

Aus Abbildung 12 (nächste Seite) lässt sich ableiten, dass die unterstützte Beschäftigung ein recht erfolgreiches Instrument ist, um eine Beschäftigung (wieder) aufzunehmen. So sind 43 Prozent der Personen mit einer unterstützten Beschäftigung im Jahr 2016 in einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung (davon sind 6 Prozent in einem Integ-

rationsprojekt⁹). Gegenüber den Vorjahren ist sogar ein Anstieg zu verzeichnen, während Übergänge in Arbeitslosigkeit oder in eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM) zurückgegangen sind.

Abbildung 12: Weitere berufliche Perspektive nach Unterstützter Beschäftigung, Angaben in Prozent



Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft Unterstützte Beschäftigung (2016), S. 8. Eigene Darstellung.

Im Vergleich zu Untersuchungen, wie etwa bei der stufenweisen Wiedereingliederung, ist die Forschung zur unterstützten Beschäftigung (noch) nicht so vielfältig, sodass differenzierte Aussagen, z. B. zu den Gelingensbedingungen, möglich wären. Ein möglicher Grund könnte in der noch nicht ausgeschöpften Inanspruchnahme dieses Instruments liegen (Oschmiansky/Kaps/Kowalczyk 2018, S. 23 f.).

9 Welche Integrationsprojekte das im Einzelnen sind, wird nicht näher ausgeführt.

3.3 Integrationsfachdienste und Integrationsämter

Neben den Agenturen für Arbeit und den Jobcentern sind Integrationsfachdienste (IFD) der klassische Dienst für die Vermittlung von Menschen mit Behinderung. Im Jahr 2014 gab es ein bundesweites Netz bestehend aus 195 IFD (Oschmiansky et al. 2017, S. 63).

Die flächendeckende Versorgung mit IFD wird von den Integrationsämtern sichergestellt, die auch die Hauptauftraggeber der IFD sind (Schneider 2010, S. 253). Das Integrationsamt ist darüber hinaus zuständig, die Ausgleichsabgabe der Betriebe, in denen keine Schwerbehinderten beschäftigt sind, zu erheben und die eingegangenen Gelder zu verwenden (Infobox 7). Zudem bietet das Integrationsamt auch Leistungen für Arbeitgeber und Beschäftigte an.

Arbeitgeber:

- Zuschüsse für Investitionskosten zur Einrichtung oder zur behinderungsgerechten Umgestaltung eines Arbeitsplatzes für eine schwerbehinderte Mitarbeiterin oder einen schwerbehinderten Mitarbeiter
- Technischer Beratungsdienst bei der Einrichtung oder bei der behinderungsgerechten Umgestaltung eines behindertengerechten Arbeitsplatzes
- Finanzielle Ausgleichszahlungen bei einer dauerhaft reduzierten Arbeitsleistung (mindestens 30 Prozent unter dem Durchschnitt) (ebd., S. 256 f.).

Beschäftigte:

- Übernahme von Kosten für eine Arbeitsassistenz
- Übernahme von Kosten für Weiterbildungsmaßnahmen (ebd., S. 257 f.).

Infobox 7: Ausgleichsabgabe § 160 SGB IX

„(1) Solange Arbeitgeber die vorgeschriebene Zahl schwerbehinderter Menschen nicht beschäftigen, entrichten sie für jeden unbesetzten Pflichtarbeitsplatz für schwerbehinderte Menschen eine Ausgleichsabgabe. Die Zahlung der Ausgleichsabgabe hebt die Pflicht zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen nicht auf. Die Ausgleichsabgabe wird auf der Grundlage einer jahresdurchschnittlichen Beschäftigungsquote ermittelt.

(2) Die Ausgleichsabgabe beträgt je unbesetztem Pflichtarbeitsplatz

1. 125 Euro bei einer jahresdurchschnittlichen Beschäftigungsquote von 3 Prozent bis weniger als dem geltenden Pflichtsatz,
2. 220 Euro bei einer jahresdurchschnittlichen Beschäftigungsquote von 2 Prozent bis weniger als 3 Prozent,
3. 320 Euro bei einer jahresdurchschnittlichen Beschäftigungsquote von weniger als 2 Prozent.¹⁰

Abweichend von Satz 1 beträgt die Ausgleichsabgabe je unbesetztem Pflichtarbeitsplatz für schwerbehinderte Menschen

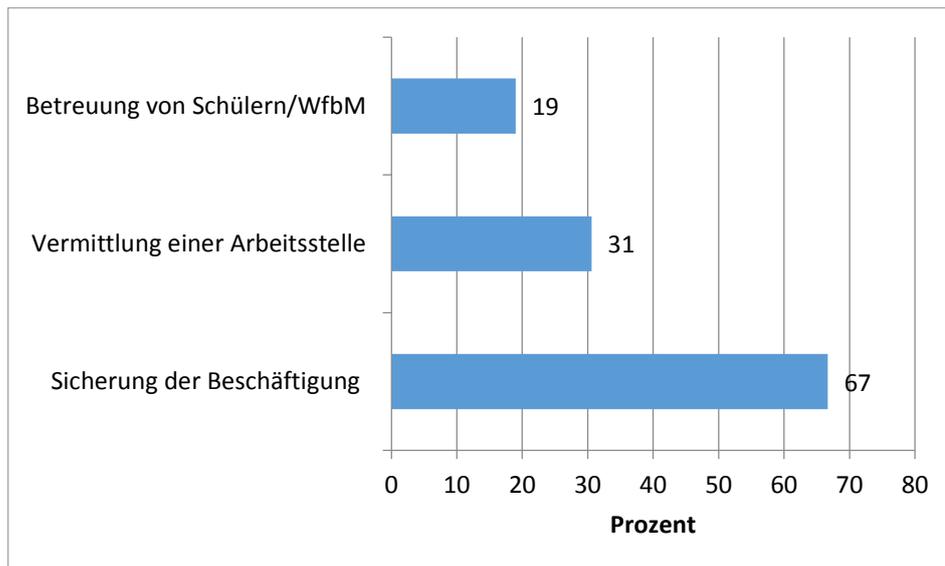
1. für Arbeitgeber mit jahresdurchschnittlich weniger als 40 zu berücksichtigenden Arbeitsplätzen bei einer jahresdurchschnittlichen Beschäftigung von weniger als einem schwerbehinderten Menschen 125 Euro und
2. für Arbeitgeber mit jahresdurchschnittlich weniger als 60 zu berücksichtigenden Arbeitsplätzen bei einer jahresdurchschnittlichen Beschäftigung von weniger als zwei schwerbehinderten Menschen 125 Euro und bei einer jahresdurchschnittlichen Beschäftigung von weniger als einem schwerbehinderten Menschen 220 Euro.“

Die IFD wurden 1998 als Modellprojekt eingeführt, welches vom damaligen Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung gefördert wurde. Die bundesweite Institutionalisierung folgte im Jahr 2000 durch die Reform des Schwerbehindertenrechts und dem „Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter“. Die aktuellen Strukturen der Integrationsfachdienste wurden insbesondere durch das Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen vom 23. April 2004 geprägt. Eine Zielsetzung des Gesetzes war es, die Integrationsfachdienste weiterzuentwickeln, sie auszubauen und die Leistungen auch Menschen zugänglich zu machen, die nicht als schwerbehindert anerkannt werden (Integrationsfachdienste 2017, S. 6).

Ein großer Teil der Arbeit von IFD besteht aus der Sicherung von Arbeitsverhältnissen. Dieser Aufgabenbereich machte 2016 zwei Drittel der Aufträge aus, der Anteil der Beauftragungen zur Vermittlung einer Arbeitsstelle lag bei 31 Prozent, die Aufträge zur Betreuung von Schülern mit einer Behinderung und Beschäftigten aus Werkstätten für behinderte Menschen umfasste mit 19 Prozent den geringsten Anteil (Abbildung 13 auf der nächsten Seite) (Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellten 2017, S. 36 f.).

¹⁰ Die Ausgleichsabgaben fallen monatlich für jeden nicht besetzten Arbeitsplatz an.

Abbildung 13: Aufgabenbereiche bei den Beauftragungen 2016



Quelle: *Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (2017), S. 36 f. Eigene Darstellung.*

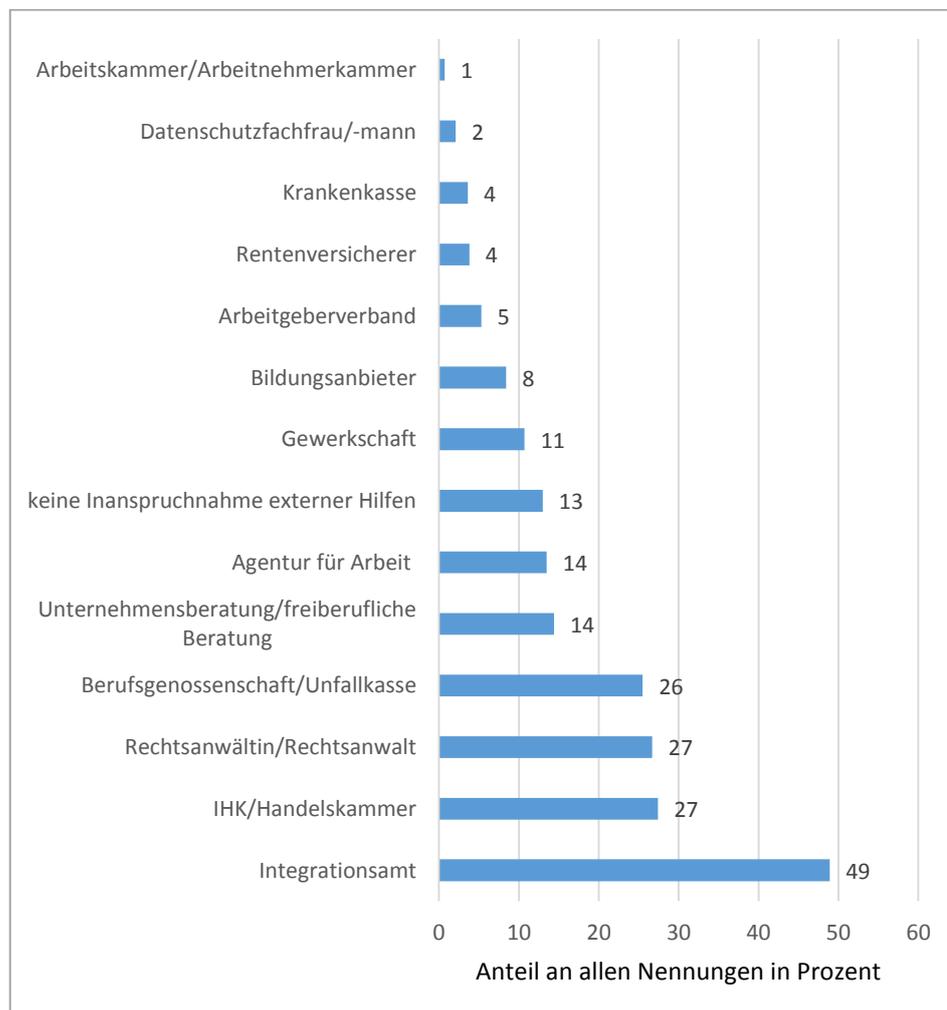
Ein Großteil der Aufträge zur Sicherung der Beschäftigung wird den IFD von den zuständigen Integrationsämtern erteilt. So wurden im Jahr 2016 54.589 Aufträge durch die Integrationsämter an die Integrationsfachdienste vergeben, 3.299 kamen von den Trägern der Arbeitsvermittlung, 4.887 Aufträge wurden durch die Rehabilitationsträger vergeben und lediglich 297 Beauftragungen der Integrationsfachdienste erfolgten durch andere Auftraggeber (Private Versicherungen, Dienstherren bei Beamten) (Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen 2017, S. 38). Die Beauftragungen durch die Jobcenter und durch Agenturen für Arbeit gehen jedoch zurück. Darüber hinaus gibt es nur in Niedersachsen, Bremen, Hessen und Bayern (weniger in Rheinland-Pfalz und Mecklenburg-Vorpommern) Aufträge durch die öffentliche Arbeitsvermittlung an die IFD (Oschmiansky et al. 2017, S. 63).

Die Aufgabe der IFD besteht darin, „leistungsträgerübergreifend die Teilhabe von Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu unterstützen“ (Schubert et al. 2013, S. 46). Das Angebot der IFD richtet sich u. a. an ältere, langzeitarbeitslose Menschen, an nicht oder nur unzureichend qualifizierte und besonders beeinträchtigte schwerbehinderte Menschen (Eissing 2007, S. 92). Das Aufgabenfeld der IFD umfasst ein breites Spektrum, um die Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben zu unterstützen. Die Aufgaben reichen von Beratungstätigkeiten für Betroffene und Arbeitgeber bis hin

zu Aufgaben der Nachbetreuung und psychosozialer Betreuung (§ 193 SGB IX).

Abbildung 14 zeigt die große Bedeutung von Integrationsämtern als Beratungs- und Hilfeeinrichtung gegenüber anderen betriebsexternen Akteuren. Fast die Hälfte der Betriebe nimmt Hilfe und Anregungen von Integrationsämtern bei BEM-Verfahren in Anspruch.

Abbildung 14: Nimmt das Unternehmen in der laufenden BEM-Praxis Hilfe und Anregungen von außerbetrieblichen Stellen in Anspruch? Mehrfachnennungen möglich



Quelle: Richter (2017b), S. 36. Eigene Darstellung.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass Beschäftigte mit einer Behinderung größeren Herausforderungen bei der (Wieder-)Aufnahme einer Beschäftigung gegenüberstehen als Beschäftigte ohne Behinderung. Zugleich

gibt es unterschiedliche Maßnahmen und Instrumente für die Betroffenen und für die Arbeitgeber gleichermaßen, die den Einstieg in eine und den Erhalt einer Beschäftigung erleichtern. Wie die betrieblichen Kooperationen mit den Integrationsämtern und IFD im Einzelnen und typischerweise ausgestaltet sind und entsprechend eine dauerhafte Beschäftigung fördern können, bleibt in der bisherigen Forschung offen.

4 Beispiele für Kooperationen im RTW-Prozess

In der Literatur werden verschiedenen Kooperationen und Projekte angeführt, die im Folgenden näher dargestellt werden.

4.1 BEM in Berufsförderungswerken

EIBE (Entwicklung und Integration eines betrieblichen Eingliederungsmanagements): Zusammen mit der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke und dem Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH (iqpr) an der deutschen Sporthochschule Köln wurde ein Modell zur Einführung eines BEM für die Mitarbeitenden in Berufsförderungswerken entwickelt (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2007, S. 165). An dem Projekt beteiligten sich 25 Berufsförderungswerke, wobei zwei Einrichtungen aufgrund fehlender Ressourcen einen Beobachterstatus innehatten (ebd., S. 44). Ziel war es, ein BEM in die Berufsförderungswerke zu implementieren.

Der Einführungsprozess wurde durch eine Zusammenarbeit in Arbeitskreisen gesteuert. In der Folge konnten durch die Arbeitskreise das Thema der Eingliederung professionell bearbeitet und Beratungskompetenzen in den Berufsförderungswerken aufgebaut werden (ebd., S. 62). Diese Arbeitskreise wurden von den EIBE-Teams gestellt, dass sich aus einer Fallmanagerin oder einem Fallmanager, Mitglied des Betriebsrats/Mitarbeitervertretung, Arbeitgeberbeauftragte oder -beauftragter, Betriebsärztin oder -arzt und einer Schwerbehindertenvertretung zusammensetzte. Zu diesem Kreis gehört zudem eine EIBE-Koordinatorin oder ein EIBE-Koordinator mit den Aufgaben der Projektkonzeption, Implementierung im eigenen Unternehmen, Transfer in die Arbeitskreise und die Außendarstellung (ebd., S. 43).

In der Evaluation konnte herausgestellt werden, dass die Einführung des BEM durch die zu dem Zeitpunkt vorherrschenden betrieblichen Gegebenheiten beschränkt worden ist. So führten die betrieblichen Umstrukturierungen, Arbeitsplatzabbau und betriebsbedingte Kündigungen zu einer Verschiebung der Prioritäten der Geschäftsführung und der Beschäftigten (ebd., S. 46). Darüber hinaus wird herausgestellt, dass die Zusammenarbeit in den EIBE-Teams durch die Beziehung der Sozialpartner zueinander und ihren tradierten Umgangsweisen geprägt gewesen sei (ebd., S. 46).

In der Evaluation werden ebenfalls die einzelnen Rollen der EIBE-Teammitglieder herausgearbeitet. Die EIBE-Koordinatorinnen oder -koordinatoren stellten überwiegend Teamarbeit sicher und sicherten das Einzelfallmanagement organisatorisch ab. Die Akteure des Fallmanagements übernahmen Aufklärungsgespräche über das BEM, stellten den Kontakt zu internen und externen Stellen her und führten die Dokumentation des BEM aus. Die Betriebsärztinnen und -ärzte übernehmen eine Expertenfunktion im Rahmen der Beratung und Diagnose. Bei der Implementierung und Umsetzung des BEM übernahm der Betriebsrat insbesondere die Funktion der Überwachung. „Im Rahmen der Einzelfallarbeit berät und informiert die Interessenvertretung die Beschäftigten, nimmt auf Wunsch des bzw. der Beschäftigten an Gesprächen teil und wirkt bei mitbestimmungspflichtigen Einzelfallmaßnahmen mit.“ (ebd., S. 62)

Die Schwerbehindertenvertretungen werden auf Wunsch der Beschäftigten in die Einzelfallarbeit mit einbezogen. Die Vertretung des Arbeitgebers führte am Anfang des Projektes Informationsgespräche; später auch die Vermittlung zur Geschäftsführung. Die Fachkraft für Arbeitssicherheit besitzt wesentliche Kenntnisse über die Arbeitsplätze, um im Rahmen des BEM sicherheitstechnische Probleme zu lösen. Direkte Vorgesetzte sowie die Kolleginnen und Kollegen nehmen eine entscheidende Rolle in der Umsetzung des BEM ein – eine erfolgreiche Wiedereingliederung hänge bspw. von der Änderungsbereitschaft der Kolleginnen und Kollegen ab. Die Personalsachbearbeitung stellt in der Einzelfallarbeit den Erstkontakt zu den betroffenen Beschäftigten her (ebd., S. 61 ff.).

Dieses Beispiel zeigt, dass zum einen Gesundheitsthemen von anderen Themen wie betrieblichen Umstrukturierungen tangiert werden. Zum anderen wird deutlich, dass die Kooperationsbeziehungen auch in neuen Teams durch bisherige Umgangsweisen miteinander geprägt sind. Zudem veranschaulicht dieses Projekt die Bedeutung der Rollen der einzelnen Akteure und den damit verbundenen Handlungsmöglichkeiten.

4.2 Von der Defizit- zur Fähigkeitsorientierung

FILM (Förderung der Integration leistungsgewandelter Mitarbeiter): Das FILM-Projekt der Ford-Werke AG wurde zusammen mit dem Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH (iqpr) an der deutschen Sporthochschule Köln durchgeführt (Adenauer 2004, S. 6). Ausgangspunkt war die Zusammenarbeit betriebsinterner Akteure be-

stehend aus dem Betriebsrat, der Schwerbehindertenvertretung und der Unternehmensführung. Darüber hinaus war neben dem wissenschaftlichen Institut eine Kooperation mit dem Integrationsamt, dem Arbeitsamt und Sozialversicherungsträgern vorgesehen. Die Beschäftigten wurden über Informationsveranstaltungen und über Einzelgespräche mit den Betroffenen einbezogen. Dies unterstützte eine breite Akzeptanz unter Mitarbeitenden und Führungskräften (ebd., S. 7). Im Zentrum des Projekts stand eine Abkehr von gesundheitsbedingten Defiziten hin zu bestehenden Fähigkeiten der Beschäftigten (ebd., S. 8). Im Ergebnis konnten durch FILM Zusatzkosten eingespart und Fehlzeiten reduziert werden. Zudem führte es zu einer höheren Arbeitszufriedenheit und zu einem verbesserten Arbeitsklima (ebd., S. 14).

Anhand dieses Beispiels können weniger Erkenntnisse über die Akteure und deren Beziehung zueinander gewonnen werden. Jedoch zeigt sich in dem Anspruch dieses Projektes, dass sich durch ein Gesundheits- bzw. Krankheitsverständnis, in dem die vorhandenen Fähigkeiten im Vordergrund stehen, eine Beschäftigung trotz gesundheitlicher Einschränkungen stabilisieren kann.

4.3 Vernetzung im BEM

Integratives Beratungsnetzwerk Betriebliches Eingliederungsmanagement. Die DRV Bund führte die vorhandenen Reha-Strukturen im Raum Berlin und angrenzenden Regionen von Brandenburg zu einem integrativen Beratungsnetzwerk zusammen (Lewerenz 2010, S. 304). Die gemeinsamen Servicestellen übernahmen dabei zusätzliche Aufgaben im Rahmen eines eigenständigen Kompetenzzentrums für das BEM mit ausgeprägtem Bezug zu den Arbeitgebern. Durch dieses Netzwerk erhielten „alle Arbeitgeber der Region Zugang zu schneller und kompetenter Hilfe im Einzelfall [...], ohne dass dafür neue Strukturen aufgebaut werden [mussten].“ (ebd., S. 304)

Kooperierende Netzwerkpartner sind die Leistungsträger (insbesondere die DRV Bund), Leistungserbringer (Reha-Kliniken, Berufsförderungswerke) und die Gemeinsamen Servicestellen. Die DRV Bund war dabei ein ständiger Ansprechpartner für Arbeitgeber und Beschäftigte über das BEM. Konkreter Beratungs- und Eingliederungsbedarf von Beschäftigten wurde gemeinsam mit den Reha-Zentren und Berufsförderungswerken geklärt. Zusammen mit den Gemeinsamen Servicestellen wurden u. a. arbeitgeberorientierte Beratungsmodule entwickelt. Von Rehabilitationseinrichtungen und Berufsförderungswerken wurden sozialmedizinische Assessments durchgeführt. Darauf aufbauend wurde in

Zusammenarbeit mit den Beteiligten geprüft, ob bspw. Veränderungen am Arbeitsplatz notwendig sind (ebd., S. 305). „Die Verlaufsdaten der betreuten Beschäftigten zeigen, dass kompetente Beratung und Hilfe durch die Reha-Träger bei der Durchführung von Betrieblichem Eingliederungsmanagement dann besonders effektiv erfolgt, wenn Beratung und Dienstleistung eng miteinander verzahnt sind oder sogar in einer Hand liegen.“ (Lewerenz/Lawall 2008, S. 272)

Mit dem integrativen Beratungsnetzwerk wird die Bedeutung betriebsexterner Akteure deutlich. Diese Akteure spielen in diesem Forschungsmonitor nur eine untergeordnete Rolle, da der Blick auf dem Punkt lag, ab dem die Beschäftigten wieder eine Beschäftigung aufnehmen. In wissenschaftlichen Untersuchungen spielen die betriebsexternen Akteure wie die Rentenversicherung nur eine untergeordnete Rolle, wobei sie offensichtlich in der Praxis einen zentralen Akteur darstellen.

4.4 Initiative für mehr BEM in der Fläche

Job – Jobs ohne Barrieren: Ziel der Berufsgenossenschaft Gesundheit und Wohlfahrtspflege ist die Implementierung und Durchführung eines BEM in unterschiedlich großen Betrieben (Palsherm/Taddicken 2006, S. 503).

- Teilprojekt 1 in Norddeutschland in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderung mit ca. 900 pädagogischen, psychologischen und medizin-therapeutischen Fachkräften: 10 Prozent der Mitarbeitenden weisen AU-Zeiten von über 6 Wochen für das Jahr 2004 auf. Es wurde ein interner Arbeitskreis zur Konzeptionierung eines BEM aus Personalabteilung, Mitarbeitervertretung, Schwerbehindertenvertretung, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Betriebsarzt, Wohnbereichsgruppenleitung und Mitarbeitern der BGW (Berufshilfe und Präventionsdienste) eingerichtet. Der Berufshelfer der BGW übernimmt die Funktion des Eingliederungsmanagers (ebd., S. 503 f.).
- Teilprojekt 2.1 in Kleinbetrieben in den neuen Bundesländern (Friseurinnen und Friseure in Sachsen): Die Arbeitsgruppe bestand aus Landesinnungsverband Friseurhandwerk Sachsen, Gesellenausschuss bei der Friseurinnung, IKK Sachsen (etwa die Hälfte der Friseurinnen und Friseure sind dort versichert), ASBA Arbeitssicherheitsberatung Annaberg GmbH und BGW (externer Dienstleister der Friseurinnung). Es wurden Informations- und Ablaufmaterialien zum BEM erarbeitet. Bei einem BEM-Bedarf können Informationen bei der Firma ASBA eingeholt werden, darüber hinaus erfolgen auch über die anderen Akteure Informationsveranstaltungen (ebd., S. 504).

- Teilprojekt 2.2 in Kleinbetrieben in den neuen Bundesländern (Apotheken in Sachsen): Die Arbeitsgruppe, bestehend aus Geschäftsführer des Apothekerverbandes Sachsens und einem Mitarbeiter der BGW, erarbeitete BEM relevante Unterlagen. Darüber hinaus wurde ein Ablauf etabliert. Die betroffenen Beschäftigten und die Arbeitgeber füllen den Anmeldebogen aus. Dieser wird an den Apothekerverband und der BGW weitergeleitet. Die Berufshelfer der BGW kümmern sich dann um die Betroffenen, indem sie z. B. auch Vorschläge für Maßnahmen machen (ebd., S. 504).
- Teilprojekt 3 in Großbetrieben in Süddeutschland (Herzlinik): Hier gab es bereits einen bestehen Arbeitsausschuss zur Gesundheitsförderung. Daraus wurde eine Arbeitsgruppe zur Implementierung des BEM gebildet. Sie bestand aus Personalleiter, Mitglieder des Betriebsrats, Schwerbehindertenbeauftragte, Betriebsärztin sowie fachkompetenten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus verschiedenen Bereichen, Vertreter AOK Südlicher Oberrhein und Vertreter BGW. Sie analysierten das BEM und ergänzten es. Darauf aufbauend wurde ein Ablaufdiagramm erstgellt, dass zusammen mit Vertreterinnen und Vertretern des Integrationsamts, der Rentenversicherung und Arbeitsagentur ergänzt wurde (ebd., S. 505).

Aus diesen Beispielen gehen unterschiedliche Vernetzungskonstellationen hervor, die sich nach Betriebsgröße und Branche unterscheiden. Bei kleineren Betrieben gehören stärker überbetriebliche Akteure zu den Netzwerken als Verbindung der Betriebe einer Branche, während bei größeren Betrieben auch verstärkt innerbetriebliche Akteure eine Rolle spielen. Zudem gehen auch unterschiedliche Aktivitäten hervor, wie die Betriebe beim Thema Wiedereingliederung unterstützt werden.

4.5 Reha für Erwerbsgeminderte

WeRA (Wiedereingliederung erwerbsgeminderter Rentner und Rentnerinnen ins Arbeitsleben): Im Zentrum des Projekts WeRA von der Rentenversicherung Baden-Württemberg steht „die Wiedergewinnung von Erwerbspotentialen gesundheitlich eingeschränkter Versicherter in der Tradition des Grundsatzes ‚Reha vor Rente‘ im Sinne von Eingliederungsmanagement und Erwerbs-/Gesundheitsförderung.“ (Kunze/Benöhr 2013, S. 18) Dafür wird eine verstärkte Prüfung und Bewilligung von Rehabilitationsleistungen für Beziehende von Erwerbsminderungsrenten oder Antragstellende auf Erwerbsminderungsrenten vorgenommen. Zentrale Akteure sind hier die ärztlichen Sachverständigen, die die me-

dizinische Überprüfung vornehmen, und die Fachberaterinnen und Fachberater der Rentenversicherung, die im Kontakt mit den Versicherten stehen.

Wenngleich keine betrieblichen Akteure an dem Projekt beteiligt waren, ermöglichen die Erkenntnisse weitergehende Entwicklungen der Wiedereingliederung. Zum einen stellt die Motivationslage der Versicherten eine Herausforderung dar. Die Sicherheit des Rentenbezugs wird nur ungern durch den als riskant empfundenen Zugang zum Arbeitsleben eingetauscht. Darüber hinaus stellte die Wiederaufnahme einer Beschäftigung die Versicherten vor neuen organisatorischen Herausforderungen des Privatlebens (Neuaufteilung von Versorgungspflichten). Durch die Freiwilligkeit konnte die Teilnahme an WeRA leicht abgelehnt werden. Zum anderen zeigt sich aber auch, dass insbesondere jüngere Erwerbsminderungsrentenbeziehende eine Chance in der Teilnahme an WeRA sehen und diese nutzen (ebd., S. 21).

Mit diesem Projekt wurde für Personen im Erwerbsminderungsrentenbezug die Möglichkeit eröffnet, Rehabilitationsmaßnahmen zu ergreifen, um einen dauerhaften Erwerbsausstieg entgegenzuwirken. Inwiefern weitere Akteure mit hinzugezogen werden müssten, damit die genannten Herausforderungen überwunden werden können, bleibt derzeit offen.

5 Fazit

In diesem Forschungsmonitor des Forschungsverbunds „Neue Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlichen Einschränkungen“ wurden Forschungsergebnisse zusammengetragen, die in den Blick nehmen, welche Akteure an Maßnahmen nach einer gesundheitsbedingten Unterbrechung der Erwerbsarbeit und wie sie an der Wiederaufnahme der Erwerbsarbeit beteiligt sind. Zentrale Maßnahmen sind das Betriebliche Eingliederungsmanagement und die stufenweise Wiedereingliederung sowie die unterstützte Beschäftigung und die Einbindung der Integrationsfachdienste. Ähnlich wie in den Forschungsmonitoren zur betrieblichen Prävention und zur gesundheitsbedingten Erwerbsunterbrechung wurde die Bedeutung unterschiedlicher Akteure herausgestellt. Die Forschung bietet jedoch nur wenige Erkenntnisse über Kooperationen verschiedener Akteure und deren Ausgestaltung.

Im Vergleich zu den vorherigen Forschungsmonitoren (über Akteure der Prävention und über Kooperationen während der Rehabilitation, Brüssig/Schulz 2018a und 2018b) zeigen sich bei der Wiedereingliederung z. T. dieselben Akteure: Beschäftigte, Arbeitgeber, Interessenvertretungen (Betriebsräte, Schwerbehindertenvertretungen, Medizinerinnen und Mediziner sowie Integrationsfachdienste). Sie stehen bei der Wiedereingliederung jedoch anderen Herausforderungen gegenüber und können zugleich andere Gestaltungsmöglichkeiten nutzen. Die meisten Gestaltungsmöglichkeiten liegen im BEM, in dessen Rahmen die betriebliche Wiedereingliederung stattfinden kann. In diesem Sinne werden auch die Handlungsoptionen der Akteure auf der betrieblichen Ebene organisiert. Das BEM kann damit als eine Grundlage gesehen werden, auf der eine Vernetzung verschiedener Akteure aufbauen kann.

Aus der Forschungsliteratur können nur wenige Erkenntnisse zu den Aktivitäten der externen Akteure entnommen werden. Dabei scheinen die externen Akteure mit Blick auf die Kooperationsbeispiele aber auch bei der Wiedereingliederungsthematik aktiv zu sein. Jedoch ist darauf hinzuweisen, dass die externen Akteure besonders bei der Rehabilitation und damit in der Zeit der gesundheitsbedingten Erwerbsunterbrechung eine große Rolle spielen. Eine stärkere Verzahnung dieser Akteure, auch über die Wiederaufnahme der Beschäftigung hinaus, könnte jedoch eine dauerhafte Wiedereingliederung unterstützen und schneller auf mögliche Wiedererkrankungen oder Verschlechterungen des Gesundheitszustandes reagieren.

Mit Blick auf den Forschungsstand wird zudem eine Lücke insbesondere im Hinblick auf die Beschäftigten deutlich. Krankheitsverläufe, Leistungseinschränkungen und die vorhandenen Ressourcen sind ebenso

individuell wie die betrieblichen Kontexte (Anforderungen, Formen der Unterstützung und Anpassungsmöglichkeiten). Prozesse der Erkrankung, der Gesundung und der Rückkehr in den Arbeitsprozess verlaufen nicht geradlinig, sondern haben Phasen der Verbesserung und der Verschlimmerung. Diese Prozesshaftigkeit – die beispielsweise Entwicklungsprognosen und darauf ausgerichtete Eingliederungsstrategien erschwert – ist in der Forschung noch nicht angemessen reflektiert. Festzuhalten ist aber auch, dass Zeiträume, in denen sich Beschäftigte zwischen Arbeitsunfähigkeit und Erwerbstätigkeit bewegen, nicht ausreichend sozialpolitisch abgesichert werden. Helfen könnten möglicherweise ein Teilkrankengeld, Probebeschäftigungen und Rückkehrrechte in Sicherungsleistungen bei fehlgeschlagenen Rückkehrversuchen. Hier liegt aktueller sozialpolitischer Entwicklungsbedarf.

Literaturverzeichnis

- Adenauer, Sibylle (2004): Die (Re-)Integration leistungsgewandelter Mitarbeiter. Das Projekt FILM bei Ford Köln. In: Angewandte Arbeitswissenschaft, H. 181.
- Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (2017): Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.
- Bernhard, Sarah/Jaenichen, Ursula/Stephan, Gesine (2007): Eingliederungszuschüsse: Die Geförderten profitieren. Nürnberg.
- Bertelsmann Stiftung (2017): Berufliche Integration von Menschen mit Schwerbehinderung. Gütersloh.
- Beutler, Beate (2016): Das Betriebliche Eingliederungsmanagement. Aufgaben, Herausforderungen und Chancen für das Personalmanagement. In: Felde, Werner/Faber, Ulrich/Niehaus, Mathilde/Adam, Alfons (Hrsg.): Werkbuch BEM – Betriebliches Eingliederungsmanagement. Strategien und Empfehlungen für Interessenvertretungen. Frankfurt am Main: Bund-Verlag.
- Briest, Juliane (2018): Lebensqualität, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Motivation zur Rückkehr ins Erwerbsleben bei zeitlich befristeten Erwerbsminderungsrentnern. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Rehabilitation bewegt! Berlin, S. 186–188.
- Brose, Wiebke (2013): Psychische Beeinträchtigungen und Suchterkrankungen. Besondere Anforderungen an das BEM? In: Der Betrieb, H. 21, S. 1727–1730.
- Brussig, Martin/Schulz, Susanne Eva (2018a): Akteure der Rehabilitation bei gesundheitsbedingter Erwerbsunterbrechung. Forschungsmonitor für den Verbund „Neue Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlichen Einschränkungen“. Forschungsförderung Working Paper Nr. 104. Düsseldorf. www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_104_2018.pdf (Abruf am 26.06.2019).
- Brussig, Martin/Schulz, Susanne Eva (2018b): Wer sich für Gesundheitsprävention im Betrieb einsetzt. Forschungsmonitor für den Verbund „Neue Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlichen Einschränkungen“. Forschungsförderung Working Paper Nr. 56. Düsseldorf. www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_056_2018.pdf (Abruf am 26.06.2019).

- Brussig, Martin/Schwarzkopf, Manuela/Stephan, Gesine (2011):
Eingliederungszuschüsse: Bewährtes Instrument mit zu vielen
Varianten. Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit/Statistik (2017a; 2016; 2015; 2014; 2013):
Tabellenteil zur Eingliederungsbilanz nach § 11 SGB III. Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit/Statistik (2017b; 2016; 2015; 2014; 2013):
Tabellenteil zur Eingliederungsbilanz nach § 54 SGB II. Nürnberg.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2018):
Betriebliches Eingliederungsmanagement – Return to Work (RTW)
und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM).
www.baua.de/DE/Themen/Arbeit-und-Gesundheit/Betriebliches-Gesundheitsmanagement/Betriebliches-Eingliederungsmanagement/Betriebliches-Eingliederungsmanagement.html (Abruf am 6.9.2018).
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und
Hauptfürsorgestellen (2017): BIH Jahresbericht 2016/2017.
Wiesbaden: Universum Verlag.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2015): Stufenweise
Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. Arbeitshilfe. Ausgabe
2015. Frankfurt am Main.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Unterstützte Beschäftigung (2016):
Ergebnisse der 4. Bundesweiten Umfrage der BAG UB zur
Umsetzung der Maßnahme „Unterstützte Beschäftigung“ nach § 38a
SGB IX für das Jahr 2015.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2007): Entwicklung und
Integration eines betrieblichen Eingliederungsmanagements: Bericht
zur Umsetzung des Projekts EIBE. Bonn.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2018): Betriebliches
Eingliederungsmanagement. Von der Arbeitsunfähigkeit zur
Beschäftigungsfähigkeit, Berlin.
www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsschutz/Gesundheit-am-Arbeitsplatz/betriebliches-eingliederungsmanagement.html (Abruf am
30.8.2018).
- Bürger, Wolfgang (2004): Stufenweise Wiedereingliederung nach
orthopädischer Rehabilitation – Teilnehmer, Durchführung,
Wirksamkeit und Optimierungsbedarf. In: Die Rehabilitation 43,
S. 152–161.

- Danner, Horst-W./Kison, A./Morfeld, Matthias (2012): Ergebnisse des gezielten Einsatzes zweier Modelle der stufenweisen Wiedereingliederung nach medizinischer Rehabilitation. In: 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation: Flexible Antworten auf neue Herausforderungen vom 5. bis 7. März 2012 in Hamburg; Tagungsband. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, S. 54–56.
- Eissing, Thomas (2007): Behinderten Recht. Schnell erfasst. Springer Berlin Heidelberg.
- Emmert, Martin (2010): Ökonomische Evaluation des Betrieblichen Eingliederungsmanagements aus betrieblicher Perspektive. In: Faßmann, Hendrik/Emmert, Martin (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement. Anreizmöglichkeiten und Nutzenbewertung. Nürnberg: Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, S. 61–174.
- Forschungsstelle zur Rehabilitation von Menschen mit kommunikativer Behinderung e. V. (o. J.): Gesetzeswirkungen bei der beruflichen Integration schwerhöriger, ertaubter und gehörloser Menschen durch Kommunikation und Organisation (GINKO). Unterstützte Beschäftigung, Halle. http://ginko.fakten-zur-teilhabe.de/TXT/dieergebnisse/unterstuetzende_beschaeftigung.html (Abruf am 29.8.2018).
- Friedrich, Petra (2011): Unterstützung von BEM und stufenweiser Wiedereingliederung durch Sozialleistungsträger – Erfahrungen des Integrationsamtes.
- Giraud, B./Lenk, E. (2016): Stufenweise Wiedereingliederung. In: Rieger, Monika A./Hildenbrand, Sibylle/Nesseler, Thomas/Letzel, Stephan/Nowak, Dennis (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung an der Schnittstelle zwischen kurativer Medizin und Arbeitsmedizin. Ein Kompendium für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. Landsberg am Lech: ecomed Medizin, S. 279–286.
- Glomm, Detlef (2012): Von der Gesundheitsförderung bis zur Wiedereingliederung. Erfahrungsbericht aus der betriebsärztlichen Praxis. In: Die Rehabilitation 51, H. 1, S. 18–23.
- Integrationsfachdienste (2017): Entwicklung 2012 bis 2016. Wiesbaden: Universum Verlag.

- Kähnert, Heike/Exner, Anne-Kathrin/Leibbrand, Birgit (2016): Berufliche Rückkehr nach Abschluss einer onkologischen Rehabilitation. Welche Unterstützung ist aus Patientensicht erforderlich? In: 25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung; Gesundheitssystem im Wandel – Perspektiven der Rehabilitation vom 29. Februar bis 2. März 2016 in Aachen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, S. 411–413.
- Kiesche, Eberhard (2016): Krankenrückkehrgespräche und Betriebliches Eingliederungsmanagement. In: Feldes, Werner/Faber, Ulrich/Niehaus, Mathilde/Adam, Alfons (Hrsg.): Werkbuch BEM – Betriebliches Eingliederungsmanagement. Strategien und Empfehlungen für Interessenvertretungen. Frankfurt am Main: Bund-Verlag, S. 74–86.
- Knoche, K./Lummer, S./Schudlich, T./André, S. (2016): Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM). In: Rieger, Monika A./Hildenbrand, Sibylle/Nesseler, Thomas/Letzel, Stephan/Nowak, Dennis (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung an der Schnittstelle zwischen kurativer Medizin und Arbeitsmedizin. Ein Kompendium für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. Landsberg am Lech: ecomed Medizin.
- Kocher, Eva (2016): Langzeiterkrankungen in der modernen Arbeitswelt und das Recht auf eine selbstbestimmte Erwerbsbiografie. In: Feldes, Werner/Faber, Ulrich/Niehaus, Mathilde/Adam, Alfons (Hrsg.): Werkbuch BEM – Betriebliches Eingliederungsmanagement. Strategien und Empfehlungen für Interessenvertretungen. Frankfurt am Main: Bund-Verlag, S. 17–28.
- Köckerling, Elena/Hesse, Bettina/Körner, M. (2018): Return to Work aus der zeitlich befristeten Erwerbsminderungsrente: Erste Ergebnisse einer SUF-Auswertung. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Rehabilitation bewegt! Berlin, S. 191–192.
- Kohte, Wolfhard (2016): Ausgewählte arbeitsrechtliche Fragen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement. Überblick über die Rechtslage und Rechtsdurchsetzung. In: Feldes, Werner/Faber, Ulrich/Niehaus, Mathilde/Adam, Alfons (Hrsg.): Werkbuch BEM – Betriebliches Eingliederungsmanagement. Strategien und Empfehlungen für Interessenvertretungen. Frankfurt am Main: Bund-Verlag, S. 28–42.

- Kunze, Tanja/Benöhr, Elisabeth (2013): Wiedereingliederung erwerbsgeminderter Rentner und Rentnerinnen ins Arbeitsleben. Das Modellprojekt „WeRA“ der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg. In: Informationsdienst Altersfragen 40, H. 6, S. 18–24.
- Lewerenz, M. (2010): Integratives Beratungsnetzwerk Betriebliches Eingliederungsmanagement. Modellprojekt der Deutschen Rentenversicherung Bund. In: 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Qualität in der Rehabilitation – Management, Praxis, Forschung, S. 304–306.
- Lewerenz, M./Lawall, Ch. (2008): Erfolgsfaktoren für Betriebliches Eingliederungsmanagement. Erfahrungen aus einem Modellprojekt der Deutschen Rentenversicherung Bund. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Evidenzbasierte Rehabilitation – zwischen Standardisierung und Individualisierung. Berlin: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, S. 270–272.
- Lippke, Sonia/Zschucke, Elisabeth/Hessel, Aike (2018): Zur Realität des Rückkehrwunsches: Ergebnisse einer Befragung von Versicherten mit befristeter Erwerbsminderungsrente. In: Sozialrecht aktuell 22, Sonderheft 2018, S. 38–42.
- Lohse, Ralf/Rodriguez Gonzalez, Miguel (26.06.2015): Sozioökonomische Risikofaktoren und Erwerbsbiografien im Kontext der Erwerbsminderung.
- Mahnke, Christiane/Ramm, Diana (2011): Betriebliches Eingliederungsmanagement in Klein- und Mittelbetrieben – psychologische Aspekte.
- Mau, Wilfried (2010): Vernetzung als Forschungsgegenstand und Qualitätsmerkmal der Rehabilitation. In: Die Rehabilitation 49, H. 6, S. 368–375.
- Meyer, M./Wenzel, J.; Schenkel, A. (2018): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2017. In: Bernhard Badura/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer Markus (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2018. Berlin: Springer, S. 331–536.
- Mittag, Oskar (2015): Return to work practices in the Netherlands and in Germany. Workshop „European practices to support those with partial work capacity and rehabilitation“. 43th National Rehabilitation Conference. Helsinki.
- Mittag, Oskar/Reese, Christina/Weel, André/Faas, J./de Boer, W. E. L. (2014): Arbeitgeberverantwortung für die Wiedereingliederung kranker Arbeitnehmer: Das Modell Niederlande. In: Recht und Praxis der Rehabilitation 1, H. 1, 67–71.

- Muschalla, Beate/Fay, D./Seeman, A. (2015): Recht einfordern oder selbst aktiv werden? Eine experimentelle Untersuchung zur Akzeptanz von Persönlichkeitsstörungen am Arbeitsplatz. In: Deutsche Rentenversicherung Bund/Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (Hrsg.): Psychische Störungen – Herausforderungen für Prävention und Rehabilitation. 24. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 16. bis 18. März 2015 in Augsburg; Tagungsband. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, S. 332–334.
- Nebe, Katja (2016): Arbeitsschutz und Betriebliches Eingliederungsmanagement. In: Feldes, Werner/Faber, Ulrich/Niehaus, Mathilde/Adam, Alfons (Hrsg.): Werkbuch BEM – Betriebliches Eingliederungsmanagement. Strategien und Empfehlungen für Interessenvertretungen. Frankfurt am Main: Bund-Verlag, S. 191–203.
- 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. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- OECD (2010): *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. A Synthesis of Findings across OECD Countries*, Paris, Organization for Economic Co-operation and Development (OECD).
- Oschmiansky, Frank/Kaps, Petra/Kowalczyk (2018): *Unterstützte Beschäftigung. Instrument der Wiedereingliederung und zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Oschmiansky, Frank/Popp, Sandra/Riedel-Heller, Steffi Gerlinde/Schwarzbach, Michaela/Gühne, Uta/Kupka, Peter (2017): *Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung*. Nürnberg: Institut für Arbeits- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit.
- Palsherm, K./Taddicken, M. (2006): Projekt der BGW zum betrieblichen Eingliederungsmanagement im Rahmen der Initiative jobs – Jobs ohne Barrieren. In: *Die BG*, H. 11, S. 503–505.
- Ramm, Diana/Mahnke, Christiane/Tauscher, Anne/Welti, Felix/Seider, Harald/Fakhr Shafaei, Reza F. (2012): Betriebliches Eingliederungsmanagement in Klein- und Mittelbetrieben. Rechtliche Anforderungen und Voraussetzungen einer erfolgreichen Umsetzung. In: *Die Rehabilitation* 51, H. 1, S. 10–17.
- Richter, Regina (2017a): Kaum in kleinen Betrieben. In: *Gute Arbeit* 29, H. 3, S. 11–13.

- Richter, Regina (2017b): Unterstützende Ressourcen für das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM). Abschlussbericht zur begleitenden Online-Umfrage 2016. Teil 3. In: DGB Bildungswerk Bund (Hrsg.): Projekt: RE-BEM Dokumentation. Die wissenschaftlichen Ergebnisse.
- Romahn, Regine (2010): Betriebliches Eingliederungsmanagement. Betriebs- und Dienstvereinbarungen; Analyse und Handlungsempfehlungen. Frankfurt am Main: Bund-Verlag.
- Schmid, Lucia/Kaluscha, Rainer/Gross, Michael/Krischak, Gert (2014): Anregungen zur stufenweisen Wiedereingliederung und zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Welche Unterschiede existieren dabei zwischen Rehabilitationseinrichtungen? In: 23. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung Arbeit – Gesundheit – Rehabilitation, vom 10. bis 12. März 2014 in Karlsruhe. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, S. 95–97.
- Schneider, Michael (2010): Unterstützungsleistungen des Integrationsamtes. In: Mecklenburg, Hermann/Storck, Joachim (Hrsg.): Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Köln: Psychiatrie-Verlag, S. 253–262.
- Schröder, Helmut/Rauch, Angela (2006): Abbau der Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen – dringlicher denn je! In: Behindertenrecht 45, H. 1, S. 1–7.
- Schröder, Helmut/Steinwede, Jacob/Rauch, Angela (2005): Wiedereingliederung von Schwerbehinderten in den Arbeitsmarkt. Gesundheitszustand und Eingliederungszuschüsse machen den Unterschied aus. In: Arbeit und Beruf 56, H. 5, S. 129–133.
- Schubert, M./Parthier, K./Kupka, P./Krüger, U./Holke, J./Fuchs, P. (2013): Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. Nürnberg: Institut für Arbeits- und Berufsforschung.
- Strahl, André/Hauskeller, Wiebke/Rüther, Wolfgang/Danner, Horst-W (2018): Entwicklung objektiver Zuweisungskriterien zur komplexen Stufenweisen Wiedereingliederung mit begleitender Rehabilitation (STWmbR). In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Rehabilitation bewegt! Berlin, S. 181–183.

- Voswinkel, Stephan (2017): Betriebliches Eingliederungsmanagement. Verfahren und Problemsichten. In: Alsdorf, Nora/Engelbach, Ute V./Flick, Sabine/Haubl, Rolf/Voswinkel, Stephan (Hrsg.): Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt. Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung. Bielefeld: transcript, S. 257–293.
- Weber, Andreas (2005): Reintegration nach Langzeitarbeitsunfähigkeit – wer kehrt wann und warum zurück? In: Schott, Thomas (Hrsg.): Eingliedern statt ausmustern. Möglichkeiten und Strategien zur Sicherung der Erwerbstätigkeit älterer Arbeitnehmer. Weinheim: Juventa-Verlag, S. 55–66.
- Weber, Andreas (2015): Return to Work aus Sicht der Arbeitskollegen. In: Weber, Andreas/Peschkes, Ludger/Boer, Wout de (Hrsg.): Return to work – Arbeit für alle. Grundlagen der beruflichen Reintegration. 1. Aufl., Stuttgart: Genter Verlag, S. 377–380.
- Weiler, Stephan W. (2016): Wiedereingliederung psychisch kranker Menschen. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin 51, H. 6, 445–447.
- Welti, Felix/Mahnke, Christiane/Tauscher, Anne/Ramm, Diana (2010): Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) in Klein- und Mittelbetrieben, insbesondere des Handwerks. Rechtliche Anforderungen und Voraussetzungen ihrer erfolgreichen Umsetzung. Abschlussbericht. o. O.
- Zumbeck, Christine (2017): Das BEM-Verfahren – eine betriebliche Bestandsaufnahme. Zusammenfassung der wissenschaftlichen Ergebnisse im Projekt RE-BEM. Teil 1. In: DGB Bildungswerk Bund (Hrsg.): Projekt: RE-BEM Dokumentation. Die wissenschaftlichen Ergebnisse.

Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. Martin Brussig leitet die Forschungsabteilung „Arbeitsmarkt – Integration – Mobilität“ am Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ), Universität Duisburg-Essen.

Susanne Eva Schulz ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ), Universität Duisburg-Essen, in der Forschungsabteilung „Arbeitsmarkt – Integration – Mobilität“.

An der Rückkehr nach einer gesundheitsbedingten Erwerbsunterbrechung sind unterschiedliche Akteure im Rahmen verschiedener Maßnahmen beteiligt. In diesem dritten Forschungsmonitor des Forschungsverbunds „Neue Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit“ werden diese Akteure näher beleuchtet: im Verfahren des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM), bei der Ermöglichung von Arbeit mit Behinderung und Akteure in Kooperationen und Projekten, die eine Wiedereingliederung in Beschäftigung nach einer gesundheitlichen Unterbrechung zum Ziel haben.
