

# Im Schatten des BEM

## Soziale Auseinandersetzungen um Normalität, Status und Nachhaltigkeit bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz nach psychischer Erkrankung<sup>1</sup>

Eike Windscheid

*Beitrag zur Postersession*

### Einführung

Rückkehrvorgänge treten in vielfältigen arbeitsbezogenen Zusammenhängen auf. Sie existieren beispielsweise bei der Wiederkehr von Auslandsentsendeten („Expatriats“) in den Stammbetrieb (van der Heijden et al. 2009, S.840ff.) oder nach Ablauf von Elternzeit oder Mutterschutz (Wimbauer et al. 2010, S.2). Am häufigsten treten Prozesse des „Return to Work“ jedoch aufgrund von krankheitsbedingter Abwesenheit in Erscheinung. Täglich kehren millionenfach Betroffene nach vorübergehender Arbeitsunfähigkeit an den Arbeitsplatz zurück. Kurzfristige Arbeitsausfälle sind dabei betrieblicher Normalität inhärent. Sie sind wenig bedrohlich und können vergleichsweise reibungslos verarbeitet werden. Demgegenüber führen längerfristige Fehlzeiten zu größeren Irritationen und zur Erfordernis eines adäquaten Managements.

Dies zum einen aus Sicht von Betroffenen, für die die Rückkehr in Arbeit bzw. an den Arbeitsplatz nach längerer Erkrankung oft existenziell bedeutsam ist, da sie die Wiederherstellung des Zugangs zu Erwerbsarbeit, zu sinn- und erlebensgefüllten Tätigkeiten und zum Lebensunterhalt beinhaltet. Zum anderen aus Sicht von Betrieben selbst, die sowohl in Vorbeugung eines erheblichen Wissensverlusts als auch angesichts einer drohenden Fachkräfteverknappung betrieblicher Wiedereingliederung eine höhere Aufmerksamkeit beimessen müssen (Huber 2014, S.73). Sozialversicherungsträger, wie etwa Krankenkassen, die Krankheits- und Rehabilitationskosten tragen, haben darüber hinaus ein Interesse an einer Entlastung der Sozialkassen durch eine rasche und nachhaltige Rückführung Betroffener. Insofern erscheint betriebliche Wiedereingliederung als Prozess, in dem wirtschaftliche sowie soziale Interessen austariert werden müssen.

---

<sup>1</sup> Dieser Beitrag fasst wesentliche theoretische Argumentationsstränge und Befunde meiner Dissertationsschrift zusammen, die unter dem Titel *Rückkehr und Reintegration nach psychischer Erkrankung. Soziale Gelingensbedingungen und Hemmnisse betrieblicher Wiedereingliederung* erschienen ist (Windscheid 2019).

In Ergänzung der beruflichen Rehabilitation von Beschäftigten, für die am bisherigen Arbeitsplatz keine adäquaten Arbeitsplätze zur Verfügung stehen oder die bisherige Tätigkeiten krankheitsbedingt nicht mehr ausführen können und arbeitsmarktpolitischer Instrumentarien, wie etwa Umschulungen, bedürfen, hat der Gesetzgeber bereits im Jahre 2004 mit einer Novellierung der Sozialgesetzgebung Betriebe mit Aufgaben der arbeitsbezogenen Wiedereingliederung zuvor innerhalb eines Jahres insgesamt sechs Wochen oder länger erkrankter Beschäftigter, für die eine Wiederkehr in den Betrieb infrage kommt, unter der Vorschrift zu Betrieblichem Eingliederungsmanagement (BEM) betraut. Ziel ist die Erhaltung des Arbeitsplatzes, die Überwindung der Erkrankung sowie die Vorbeugung erneuter Arbeitsunfähigkeit (Giesert, Wendt-Danigel 2011).

Neben physischen Erkrankungen, insbesondere Muskel-Skelett-Erkrankungen, stehen inzwischen psychische Erkrankungen als häufige Ursache längerfristiger Arbeitsunfähigkeit fest (Meyer et al. 2017, S.281ff.; Zoike 2010, S.61ff.; Siegrist 2013, S.110ff.). Bedarfe betrieblicher Wiedereingliederung nehmen in diesen Fällen in der jüngeren Vergangenheit stark zu. Anders als physische Erkrankungen sind psychische Erkrankungen von Unsicherheit im Umgang mit Betroffenen, mangelnder Visibilität und hoher Stereotypisierung gekennzeichnet (Vater, Niehaus 2014, S.220ff.). Daher besitzt die Rückkehr an den Arbeitsplatz in diesen Fällen besonders große Komplexität. Um zu Ergebnissen darüber zu gelangen, was gelingende betriebliche Wiedereingliederungsvorgänge ausmacht und worin potenzielle Hürden bestehen, ist die Betrachtung psychischer Erkrankungen vielversprechend. Wenn die in diesen komplexen Fällen wirkenden Gelingensbedingungen und Hemmnisse identifiziert werden können, dann lassen sie sich auch auf die Organisation anderer Rückkehrvorgänge übertragen.

Im Folgenden wird eine Perspektive auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz nach psychischer Erkrankung präsentiert, die Wiedereingliederung als sozialen Prozess versteht. Sie ist weniger nur ein objektives Managementformat oder ein arbeitsrechtlicher bzw. -medizinischer Vorgang; vielmehr sind an ihr unterschiedliche Stakeholdergruppen beteiligt, die je eigene Interessen und Erwartungen aber auch Vorbehalte und Ängste darin einbringen. Ein mikrosoziologischer Blick auf die „subjektive Seite“ von betrieblicher Wiedereingliederung verspricht, Rahmenbedingungen zu identifizieren, die nicht nur Rückkehr, sondern soziale Reintegration am Arbeitsplatz sicherstellen bzw. bedrohen. Es wird die These aufgenommen, dass Wiedereingliederung in Fällen psychischer Erkrankungen zu sozial akzeptierten Lösungen führen muss. Stellen einzelne Stakeholder eine Schlechterstellung oder Benachteiligung im Rückkehrprozess fest, so drohen nicht-intendierte Effekte und dysfunktionale Outcomes, wie etwa Leistungszurückhaltung, Konflikte oder (erneute) Erkrankung, die BEM-Intentionen konterkarieren können.

Diese subjektive Perspektive gründet auf dem Thomas-Theorem, nach dem Personen gegenüber Dingen oder anderen Personen nach der Bedeutung, die diese für sie haben, handeln (Thomas 1928). Daher wird zunächst auf phänomenologische sowie handlungstheoretische „Klassiker“ der Soziologie zurückgegriffen (Schütz 1972; Garfinkel 1984; Esser 2000) um Rückschlüsse auf Probleme der Rückkehr, der (psycho)sozialen Reintegration und der (Wieder-)Anpassung ziehen zu können. Vor diesem Hintergrund lässt sich Rückkehr als krisenhafter Veränderungsprozess begreifen, der Anforderungen an Komplexitätsreduktion, Stuserhalt sowie Nachhaltigkeitsorganisation bedingt. Es zeigt sich, dass unterschiedliche Arbeitsplatzakteure, genauer: betroffene RückkehrerInnen, KollegInnen und Vorgesetzte, je eigene Interessen ausprägen und diese im Rahmen der Wiedereingliederung und darüber hinaus hintergründig – eben im Schatten des BEM – miteinander verhandeln. Zur Evaluation betrieblicher Wiedereingliederung aus Rezipientensicht lässt sich mithilfe des Konzepts organisationaler Fairness (Ambrose et al. 2002; Lengfeld, Liebig 2003, S.472ff.) darauf aufbauend analysieren, unter welchen Bedingungen diese Auseinandersetzungen zugunsten sozial akzeptierter Ergebnisse austariert werden können.

## Rückkehr: Krisen und Veränderungen

Grundlegend betrachtet handelt es sich bei Rückkehrvorgängen im Allgemeinen um doppelt krisenhafte Veränderungsprozesse, die mit zunehmender Dauer der Abwesenheit Betroffener an Schärfe und Voraussetzung gewinnen. In Fällen psychischer Erkrankungen sind Arbeitsunfähigkeitszeiten besonders lang. Hinzu kommen meist lange Rehabilitations- und Rekonvaleszenzzeiträume, Wartezeiten bei Therapieangeboten etc. (Breutmann 2013, S.30), die die Abwesenheit vom Arbeitsplatz verlängern und Entfremdung zwischen Betroffenen und verbliebenen Akteuren im Betrieb fördern. Unter diesen Voraussetzungen stellen sich Anforderungen an die Störungsverarbeitung in doppelter Weise. Zum einen muss die Abwesenheit von Erkrankten im Sinne der Aufrechterhaltung (routinierter) Arbeitsprozesse gewährleistet werden. Zum anderen erfordert die Rückkehr Betroffener in das ihnen inzwischen fremd gewordene Arbeitssystem vor Ort einen Prozess der (gegenseitigen) Anpassung, mithin der Reintegration (Weber 2015, S.377).

Integrationsprozesse sind für (Arbeits-)Organisationen in der Regel unproblematisch. Häufig bestehen organisationale Programme, Richtlinien und Vereinbarungen, die geplante Situationen strukturieren, wie etwa die Einstellung neuer MitarbeiterInnen (Oechsler 2011, S.214ff.). Problematisch erscheinen hingegen außerplanmäßige und unerwartete Situationen, in den allenfalls Notfallprogramme greifen, die häufig nur provisorischen Charakter besitzen und lediglich Übergangslösungen bieten (können). Problematisch erscheint darüber hinaus der erwähnte Aspekt der Entfremdung, der nichts anderes bedeutet als doppelte Veränderung:

Erstens verändern sich Betroffene selbst aufgrund der Erfahrung von Krankheit, ärztlicher Behandlung und Therapieerfahrungen, etwa im Hinblick auf persönliche Einstellungen, arbeitsbezogene Verhaltensweisen und Aspirationen, Selbstsorgerroutinen, Stresserleben und Beanspruchungsregulation etc. (Pfeffer 2009; Wege, Angerer 2014, S.722). So können Betroffene bisherige Tätigkeiten nicht immer nach wie vor voraussetzungslos und in bisheriger Intensität, Umfang oder Tiefe ausüben, sodass arbeitsbezogene Anpassungen notwendig werden. Aufgrund geringer Verobjektivierbarkeit und geringer Visibilität psychischer Erkrankungen sind hiermit einhergehende persönliche Veränderungen für Außenstehende nicht unmittelbar ersichtlich. Auch für KollegInnen und Vorgesetzte am Arbeitsplatz sind daher persönliche Veränderungen Betroffener nicht immer voraussetzungslos nachvollziehbar, was sich typischerweise in Verunsicherung und Befremdung gegenüber Rückkehrenden ausdrückt (Rüsch et al. 2004, S.7f.).

Von diesen wird zweitens angenommen, dass sie nicht mehr oder nur noch eingeschränkt an den arbeitsbezogenen Routinen, formellen sowie informellen Praktiken partizipieren können, da ihnen das relevante „System-Wissen“ über inzwischen veränderte arbeitsorganisatorische Strukturen und Abläufe aufgrund ihrer Abwesenheit fehlt (Gerlach 2009, S.48). Ursächlich hierfür ist zum einen, dass sie eben nicht auf Anwesenheit gründender Teil des (kontinuierlichen) Wandels sein konnten, der erst das Teilen kollektiver Erfahrungshorizonte, gemeinsamer Rituale oder arbeitsbezogener Alltagskultur ermöglicht. Zum anderen bestehen gegenüber (zuvor) psychisch Erkrankten nicht selten veränderte Leistungszuschreibungen im sozialen Umfeld, wie etwa schlechtes Selbstmanagement oder mangelnde Willenskraft, die Betroffene als „Vorgeschiedigt“ und in jeder Hinsicht „anders“ stigmatisieren (Gaebel et al. 2004, S.3253; Stegmann 2014, S.17). Daneben tragen konkrete arbeitsorganisatorische Umstrukturierungen, wie etwa die Umverteilung von Zuständigkeiten oder Arbeitslasten unter KollegInnen zur Kompensation der krankheitsbedingten Abwesenheit Betroffener oder die Frage, ob in der Zwischenzeit der bisherige Arbeitsplatz Betroffener weggefallen bzw. überhaupt Tätigkeiten zur adäquaten Wiederbeschäftigung bereitgestellt werden können, dazu bei, dass Betroffene auf ein verändertes Arbeitssystem treffen.

## Stakeholderpositionen bei betrieblicher Wiedereingliederung

Mit der Bewältigung der Rückkehr an den Arbeitsplatz nach psychischer Erkrankung als zweifach krisenhafter Veränderungsprozess sind in erster Linie Betroffene, KollegInnen und Vorgesetzte am Arbeitsplatz konfrontiert (Peters et al. 2016:102ff.). Insofern bezieht sich der Reintegrationsvorgang nicht lediglich auf RückkehrerInnen selbst, sondern auf alle AkteurInnen, die mit dem System „Arbeitsplatz“ assoziiert sind. Diese wiederum verbinden mit der Rückkehr typischerweise je eigene Interessen und Erwartungen sowie Vorbehalte und Veränderungsängste (Lewin 1958). Diese treten insbesondere im Hinblick auf drei kritische Sachverhalte in Erscheinung:

- (1) Im Zuge von Abwesenheit und Rückkehr werden arbeitsbezogene Normalitätsverhältnisse gestört. Um diese Situation zu überwinden bedarf es der (Wieder-)Herstellung von Normalität im Sinne einer reibungslosen und funktionalen Arbeitsordnung. Die ArbeitsplatzakteurInnen formulieren spezifische *Normalisierungsbedarfe*, die erfüllt sein müssen, um eine irritationsfreie Partizipation hieran zu gewährleisten.
- (2) Durch persönliche, soziale sowie arbeitsorganisatorische Veränderungen geraten bestehende Besitzstände und Ressourcenverteilungen unter Druck, zum Beispiel Zugänge zu anspruchsvollen Tätigkeiten, Entscheidungsspielräume, Verantwortungszuschnitte etc. Die ArbeitsplatzakteurInnen formulieren spezifische Ansprüche an *Arbeitsqualität und arbeitsbezogenen Status*, die sich insbesondere auf die Vermeidung von Schlechterstellung und die Sicherung des bisherigen Status beziehen.
- (3) Außeralltägliche und ressourcenbindende Reintegrationsvorgänge treten als zusätzliche Belastung neben dem regulären Arbeitsaufkommen in Erscheinung. Die ArbeitsplatzakteurInnen prägen daher Orientierungen zur *Sicherstellung nachhaltiger Stabilität* bzw. künftiger Krisenprävention aus, um nicht nur die gegenwärtige Rückkehrkrise zu überwinden, sondern auch zukünftige Irritationen zu vermeiden.

Die einzelnen Stakeholdergruppen vertreten dabei unterschiedliche und teilweise konkurrierende Normalisierungsbedarfe, statusbezogene und arbeitsqualitative Ansprüche sowie Nachhaltigkeitsorientierungen. Während betroffene RückkehrerInnen vor allem persönlichkeits- und krankheitsbezogene Normalisierungsbedarfe artikulieren, wie etwa arbeitsbezogene Anpassungen in Bezug auf Aufgaben und Arbeitslasten, die veränderten Selbstsorge- und Gesundheitsaufmerksamkeitserfordernissen Rechnung tragen (Hölzel 2014, S.40ff.), ist für KollegInnen von Bedeutung, dass die infolge der krankheitsbedingten Abwesenheit Betroffener erhöhte Mehrbelastung, wie etwa durch das zwischenzeitliche Vertreten von Verantwortungsbereichen oder Unterstützungsleistungen zur Reintegration am Arbeitsplatz, rasch wieder reduziert wird. Vorgesetzte wiederum streben unabhängig davon nach effizienten und ertragreichen Arbeitsprozessen, da sie für die Erreichung von (Teil-)Betriebszielen verantwortlich sind (Ross 1973, S.134ff.).

Statusbezogene und arbeitsqualitative Ansprüche richten sich bei Rückkehrenden insbesondere auf den Erhalt des sozioökonomischen Status zum Zeitpunkt vor dem krankheitsbedingten Ausscheiden (Gutenberg 1957, S.299). Die zwischenzeitliche Arbeitsunfähigkeit darf aus ihrer Sicht nicht zu einer Schlechterstellung führen, etwa im Hinblick auf die qualifikatorische oder positionale Adäquatheit ihrer Wiederbeschäftigung. Auch KollegInnen streben grundsätzlich nach Statuserhalt. Anders als RückkehrerInnen steht bei ihnen jedoch der zuletzt geltende Status Quo im Fokus. Bestehende Handlungsspielräume, Ressourcenzugänge oder Aufstiegsgelegenheiten sollen nach Möglichkeit durch die Rückkehr Betroffener an den Arbeitsplatz nicht gefährdet werden (ebd.). Dies insbesondere angesichts der zwischenzeitlich erbrachten Mehrarbeit zur Stabilisierung der Arbeitssituation während der krankheitsbedingten Abwesenheit. Vorgesetzte zeichnen sich zuletzt durch die Artikulation des Ziels

eines raschen Abschlusses der Wiedereingliederung und damit der Vermeidung einer langwierigen Ressourcenbindung im Rahmen von Reintegration aus (Young et al. 2005, S.547).

Im Hinblick auf die nachhaltige Sicherstellung von Stabilität und Prävention (erneuter) Krisen prägen Rückkehrende Orientierungen gegenüber „salutogenen Arbeitsbedingungen“ (Antonovsky 1997) aus, die geeignet sind, um Rückfälle oder erneute Erkrankungen zu vermeiden. Aus Sicht von KollegInnen besteht demgegenüber erst in zweiter Linie eine Orientierung an Bedingungen zur Gesunderhaltung der eigenen Person. Primäre Bedeutung besitzen Bedingungen, die Planungssicherheit ermöglichen. Hierzu können freilich verbesserte Gesundheitsangebote zur Vermeidung von Krankheitsfällen gehören, aber auch transparente Programme, Leitlinien und Vorgehensweisen bei erneuten Krankheitsfällen, die das Krisenmoment der Mehrbelastung mildern können. Auch Führungskräfte haben ein Interesse an nachhaltiger Störungsfreiheit in ihrem Verantwortungsbereich, gleichwohl häufig strategische Orientierungen zugunsten von kurzfristigen Planungshorizonten und operativen Handlungsbedarfen aufgegeben werden (müssen). Vorgesetzte delegieren Gesundheits- und Stabilisierungsaufgaben daher häufig stärker in das Selbstmanagement von MitarbeiterInnen.

Vor diesem Hintergrund erscheint die Rückkehr an den Arbeitsplatz nach psychischer Erkrankung als krisenhafter Veränderungsprozess, in dessen Rahmen sich unterschiedliche Stakeholdergruppen in verschiedenen Verhandlungsarenen miteinander auseinandersetzen. Die Frage nach Gelingensbedingungen und Hemmnissen bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz nach psychischer Erkrankung bezieht sich dann vor allem auf die Frage, ob und inwiefern die einzelnen Interessenlagen in der betrieblichen Wiedereingliederungsorganisation Berücksichtigung finden und potenzielle Interessenkonflikte miteinander abgestimmt bzw. austariert werden (können).

## Soziale Akzeptanz und Fairnessurteile

Wie bereits einführend angemerkt wurde, müssen Ergebnisse und Verfahren der betrieblichen Wiedereingliederungsorganisation sozial mitgetragen werden, um wirkungsvoll zu sein. Andernfalls drohen dysfunktionale Bewältigungsstrategien, die BEM-Intentionen konterkarieren können. Subjektive Haltungen gegenüber der Regulation von (technischen und organisatorischen) Veränderungsprozessen drücken sich typischerweise in Form von Einstellungs- und Verhaltensakzeptanz aus (Müller-Böling, Müller 1986, S.18). Hieraus lässt sich schließen, ob AdressatInnen veränderte Arbeitsbedingungen, die sich wie im Falle der Rückkehr an den Arbeitsplatz nach psychischer Erkrankung etwa auf einen veränderten Zuschnitt von Arbeitsaufgaben, veränderte Arbeitszeitarrangements, etc. innerhalb eines Teams beziehen können, mittragen oder aber ablehnen.

Die Unterscheidung von Einstellungs- und Verhaltensakzeptanz weist darauf hin, dass Diskrepanzen zwischen der einstellungsmäßigen Wahrnehmung von Veränderungen und dem konkreten Verhalten diesen gegenüber bestehen können. So etwa bei infolge der Wiedereingliederung erfolgten Arbeitsanpassungen für Betroffene, die aus Sicht von KollegInnen eigenen Status, routinierte Arbeitsarrangements oder bisherige Arbeitsweisen unterminieren und insofern nur ungern mitgetragen werden – auch wenn arbeitsbezogene Anpassungen für Rückkehrende nicht illegitim erscheinen, zum Beispiel weil Betroffene besonders stark sozial wertgeschätzt werden. Dies ist gerade im Falle psychischer Erkrankungen jedoch nicht vorbehaltlos vorauszusetzen. Hier finden besonders häufig personale Zuschreibungen der Krankheitsverursachung statt, die ein einstellungsbezogenes Mittragen von bedarfsgerechten Anpassungen für Betroffene bereits im Vorfeld unterminieren. Oftmals wird davon ausgegangen, sie würden sich durch ihre Vorerkrankung einen leichteren Job verschaffen (Franche 2004, S.8).

Vor diesem Hintergrund lassen sich subjektive Perspektiven, die einerseits miteinander ver- schränkt, zum Teil deckungsgleich oder aber konträr zu einander stehend erscheinen, und die ande- rerseits Ausdruck aktiver, am Veränderungsprozess der Wiedereingliederung aktiv beteiligter und hierauf Einfluss nehmender AkteurInnen sind, nicht zu einem übergreifenden Akzeptanzurteil verdich- ten. Vielmehr bedarf es einer Beurteilungskonzeption, die unterschiedliche und inkonsistente Stake- holderpositionen sowie deren Wechselwirkungen in Rechnung stellen kann. So treten RückkehrerIn- nen und KollegInnen dabei als Rezipienten auf, die die betriebliche Wiedereingliederungsorganisation beurteilen. Vorgesetzte hingegen sind selbst häufig als Entscheidungs- und VerantwortungsträgerIn- nen darin eingebunden. Zugleich beeinflussen sie durch ihr Handeln in Rückkehrvorgängen Fairness- wahrnehmungen anderer Stakeholder oder nehmen Gerechtigkeitsurteile vorweg. Mithilfe der Theo- rie organisationaler Gerechtigkeit lässt sich vor diesem Hintergrund verbessert abschätzen, inwieweit betriebliche Wiedereingliederungsorganisation unterschiedlichen Stakeholderinteressen Rechnung trägt.

Dabei geht es nicht nur um substantielle Outcomes, wie etwa arbeitsbezogene Anpassungen und Umverteilungen von Ressourcen, Lasten und Aufgaben, die etwa im Hinblick auf die Dimension der Normalisierung aus Sicht der Stakeholder reibungslose Arbeitsprozesse sowie die voraussetzungslose Bewältigbarkeit von Arbeitsaufkommen gewährleisten müssen und sich aus den konkreten Irritations- erfahrungen, das heißt der psychischen Erkrankung, des Zeitraums der Arbeitsunfähigkeit etc., ablei- ten. Neben erzielten Verteilungen, die im Hinblick auf individuellen Nutzen und persönliche Vorteilhaftig- keit bewertet werden, spielen auch prozedurale Aspekte eine Rolle, wie etwa Einspruchs- und Mit- wirkungsrechte bei der Entscheidungsfindung über avisierte Verteilungen. Für die Dimension des arbeitsbezogenen Status bedeutet dies etwa die Berücksichtigung bestehender Qualifikationen und Motivationen betroffener RückkehrerInnen bei der Wiederbeschäftigung oder die Einbindung von KollegInnen in die Reorganisation von Aufgabenverteilungen im Team. Zuletzt sind auch Interaktionen zwischen EntscheidungsträgerInnen und RezipientInnen bzw. die Kommunikation von Verteilungsent- scheidungen bedeutsam für die subjektive Beurteilung der Wiedereingliederungsorganisation. So ist etwa in der Dimension Nachhaltigkeit relevant, ob und in welchem Rahmen RückkehrerInnen und KollegInnen arbeitsbezogene Gesundheitsgefährdungen infolge der Wiedereingliederung thematisie- ren können.

**Beurteilungsrelevante Kategorien der Wiedereingliederungsorganisation (Windscheid 2019)**

	<b>Verteilungen</b>	<b>Verfahren</b>	<b>Interaktionen</b>
<b>Normalisierung</b>	Normalisierte Bewältig- barkeit von Arbeitsan- forderungen	Umsetzung, Akkuratess e und Transparenz der Wiedereingliederung	Kommunikative Würdi- gung von Beiträgen und Bedarfen
<b>Status und Arbeitsqualität</b>	Potenzielle Veränderung von Arbeitsqualität und Status	Prozessuale Partizipations- und Einspruchs- möglichkeiten	Diskursive Anerkennung vs. Abwertung von Statusansprüchen
<b>Nachhaltigkeit</b>	Arbeitsbezogenes Poten- zial für (erneute) Irritati- on	Feedbackmechanismen und nachträgliche Veränderlich- keit	Interpersonales Themati- sieren von Sicherheitsri- siken

Dieses allgemeine Modell beurteilungsrelevanter Kategorien verdeutlicht die Komplexität der subjekti- ven Perspektiven auf betriebliche Wiedereingliederungsorganisation und ihr Verhältnis untereinander. Deutlich wird auch, dass Gerechtigkeitsurteile nicht immer konsistent ausfallen (müssen). Vielmehr können etwa normalisierte Arbeitsbedingungen als hinreichend wahrgenommen werden, um bishi- rige Irritationen, wie etwa Mehrarbeit bei KollegInnen, zu überwinden. Zugleich können sie jedoch sta-

tusbezogene Ansprüche unterminieren, etwa wenn infolge der Rückkehr Betroffener zwischenzeitlich erworbene Handlungsspielräume wieder revidiert werden. Auch können sowohl normalisierungs- als auch statusbezogen zwar als gerecht wahrgenommene Arbeitsverteilungen Nachhaltigkeits- und Stabilitätsorientierungen entgegenstehen. So etwa wenn RückkehrerInnen rasch wieder größere Arbeitsanteile übernehmen, was zwar KollegInnen entlasten kann, zugleich jedoch stärker rückfallprovozierend erscheint.

## Strukturelle Randbedingungen der Wiedereingliederungsorganisation

Zur Beantwortung der Frage, wovon die subjektive Urteilsbildung im Einzelnen abhängt und welche Stakeholder unter welchen Bedingungen welche Chancen auf faire Verteilungen, Verfahren und Interaktionen im Rückkehrvorgang haben, sind zwei zentrale strukturelle Aspekte zu berücksichtigen:

Erstens eröffnen und begrenzen betriebliche Ressourcenausstattungen Handlungsspielräume für die Organisation von Wiedereingliederung (Ellguth, Kohaut 2011). Hiervon ist beispielsweise einerseits abhängig, ob leistungsgerechte und adäquate Arbeitsplätze für RückkehrerInnen zur Verfügung gestellt oder Anpassungen in Bezug auf die Verteilung von Arbeitsaufgaben und -lasten vorgenommen werden können. Andererseits werden durch betriebliche Ressourcenausstattungen Verfahrens- und Interaktionsordnungen determiniert. Nicht immer bestehen etwa professionelle BEM-Teams oder institutionalisierte Feedbackgelegenheiten zur Thematisierung von potenziellen Rückfällen oder arbeitsbezogenen Gesundheitsgefahren. Wenn entsprechende Einrichtungen fehlen, so ist häufig abhängig von den vor Ort handelnden Akteuren und deren individuellen Einstellungen, wie Verteilungen, Verfahren und Interaktionen ausgestaltet werden.

Zweitens determinieren individuelle Ressourcenausstattungen Erwartungen gegenüber der betrieblichen Wiedereingliederungsorganisation. Subjektive (Fairness-)Einstellungen (zum Beispiel Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, Selbstwirksamkeit etc.), persönliche Erfahrungen mit Veränderungen im Betrieb sowie dessen Bearbeitung von Gesundheit und Krankheit und die Wahrnehmung privater sozialer Unterstützung oder vor Ort am Arbeitsplatz können Einfluss nehmen auf die Ausprägung bestimmter Haltungen gegenüber einzelnen Verteilungsentscheidungen, Verfahrensordnungen und Interaktionsbedingungen (Liebig, Wegener 2000; Schwarzer, Jerusalem 1995). Auch ist bedeutsam, dass mit personalen Handlungsspielräumen, wie etwa das Haushaltseinkommen, mögliche Diskrepanzerfahrungen gemildert werden können, wie etwa finanzielle Schlechterstellung infolge der Rückkehr, die sodann weniger stark in die Bildung des eigenen Fairnessurteils einbezogen werden.

Darüber hinaus bestehen Wechselwirkungen zwischen betrieblichen und individuellen Ressourcenausstattungen, wie etwa im Hinblick auf das personale Humankapital Betroffener (Becker 1964). So zeigt sich, dass hochqualifizierte Beschäftigte, die betriebliche Schlüsselpositionen besetzen, einer privilegierten Wiedereingliederungsorganisation entgegensehen sowie größere Mitsprache- und Regulationsrechte besitzen. Aufgrund ihrer betriebskritischen Bedeutung haben sie größere Chancen, eigene Ziele und Wünsche bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz auch gegen Widerstände (etwa von KollegInnen) bei Wiedereingliederungsverantwortlichen durchzusetzen. Damit wird auch die Frage eröffnet, ob bei der Wiederkehr an den Arbeitsplatz nach psychischer Erkrankung soziale Selektivität reproduziert wird und insbesondere Beschäftigte gefördert werden, die ohnehin über größere Ressourcenzugänge verfügen (Bellmann, Leber 2003, S.16).

## Schlussfolgerungen

Die grundlegende These, die in diesem Beitrag begründet wurde, bezieht sich auf den krisenhaften Veränderungsprozess in den betriebliche Wiedereingliederung eingebettet ist. Rückkehrprozesse stellen soziale Vorgänge dar und soziale Mechanismen überformen und leiten die Rückkehr zuvor psychisch erkrankter Beschäftigter an den Arbeitsplatz. Im Mittelpunkt stehen dabei soziale Auseinandersetzungen um Normalität, Status und Nachhaltigkeit: Was ist nötig, um infolge der Rückkehr reibungslose Arbeitsprozesse und eine irritationsfreie Teilhabe hieran zu gewährleisten? Was ist nötig, um eine Schlechterstellung infolge der Rückkehr zu vermeiden bzw. den Status Quo zu sichern? Was ist nötig, um infolge der Rückkehr dauerhaft stabile Arbeitsordnungen sicherzustellen und erneute Irritationen zu vermeiden?

Betroffene, KollegInnen und Vorgesetzte prägen hierzu je eigene Positionierungen aus. Dabei potenziell bestehende Interessenkonflikte um Wiedereingliederungsergebnisse müssen austariert werden, um die Stabilität der Reintegration am Arbeitsplatz nicht zu gefährden. Reintegration, so ließe sich als These formulieren, gelingt dann, wenn der Rückkehrprozess in Ergebnissen und Verfahren sozial mitgetragen wird. Mithilfe der Dimensionen organisationaler Fairness kann genauer abgeschätzt werden, inwiefern einzelne ArbeitsplatzakteurInnen dabei in ihren Ansprüchen und Erwartungen Berücksichtigung finden. Diese können wiederum in Abhängigkeit bestehender struktureller Randbedingungen der betrieblichen Wiedereingliederungsorganisation sowie persönlichen Determinanten variieren. Wahrgenommene Fairness ist daher ein bedeutsamer Evaluationsaspekt in Rückkehrvorgängen.

Gerade in Fällen psychischer Erkrankungen gewinnt dieser Aspekt an Bedeutung, wenn in Rechnung gestellt wird, dass es sich hierbei um hoch stigmatisierte und tabuisierte Sachverhalte handelt, die häufig mit starken Zuschreibungsmustern und voreingenommener Urteilsbildung einhergehen. Um den Reintegrationserfolg in diesen Fällen nicht zu gefährden, ist daher ein Management wichtig, das Vorbehalte, Ängste und Missverständnisse im Rahmen der Rückkehr regulieren kann. Dies weist über den Ausgangspunkt der der Wiedereingliederung zugrundeliegenden (psychischen) Erkrankung hinaus. Vielmehr erscheint BEM als Veränderungsmanagement, dessen Outcomes am Arbeitsplatz virulent und verhandelt werden (müssen). Um zu einem gestärkten Konsens zu gelangen, unter dessen Voraussetzungen Wiedereingliederungsergebnisse mitgetragen werden, bedarf es einer Professionalisierung von BEM. Bleiben Reintegrationskonflikte und Auseinandersetzungen um Normalität, Status und Nachhaltigkeit unbearbeitet oder werden diese ungesteuert in die Regulationsverantwortung von ArbeitsplatzakteurInnen delegiert, drohen Akzeptanzverluste bei Beschäftigten.

## Literatur

- Ambrose, Maureen L., Mark A. Seabright, und Marshall Schminke. 2002. Sabotage in the workplace: The role of organizational injustice. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 89:947–965.
- Antonovsky, Aaron. 1997. Salutogenese. *Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt Verlag.
- Becker, Gary. 1964. *Human Capital: A Theoretical and empirical Analysis, with Special Reference to Education*. New York: Columbia University Press.
- Bellmann, Lutz, und Ute Leber. 2003. Denn wer hat, dem wird gegeben. *IAB-Materialien* 1:15–16.
- Breutmann, Norbert. 2013. *Psychische Belastungen bei der Arbeit aus Arbeitgebersicht*. Vortrag auf dem 87. Sicherheitswissenschaftlichen Kolloquium am 15.01.2013. Wuppertal.

- Ellguth, Peter, und Susanne Kohaut. 2011. Der Staat als Arbeitgeber: Wie unterscheiden sich die Arbeitsbedingungen zwischen öffentlichem Sektor und der Privatwirtschaft? *Industrielle Beziehungen: Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management* 18:11–38.
- Esser, Hartmut. 2000. *Soziologie. Band 5: Institutionen*. Frankfurt/Main: Campus-Verlag.
- Franche, Renée-Louise, Kimberley Cullen, Judy Clarke, Ellen MacEachen, John Frank, Sandra Sinclair und Rhoda Reardon. 2004. *Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of quantitative and qualitative literature*. Toronto: Institute for Work & Health.
- Gaebel, Wolfgang, Harald Zäske, und Anja Baumann. 2004. Psychisch Kranke: Stigma erschwert Behandlung und Integration. *Deutsches Ärzteblatt* 48:3253–3255.
- Garfinkel, Harold. 1984. *Studies in ethnomethodology*. Cambridge, Oxford, Malden, MA: Polity Press.
- Gerlach, Petra. 2009. Aktuelle Lernkonzepte in der gewerblich-technischen Bildung – Bestandsaufnahme und theoretische Fundierung. In *Selbstorganisiertes Lernen und Qualität in der Berufsbildung – Inhalte, Ansätze und Konzepte*, Hrsg. Ulrich Schwenger, Falk Howe, Thomas Vollmer, Martin Hartmann und Ralph Dreher, 41–60. Norderstedt: BoD.
- Giesert, Marianne, und Cornelia Wendt-Danigel. 2011. *Handlungsleitfaden für ein betriebliches Eingliederungsmanagement*. 2. Auflage 2011. Arbeitspapier 199: Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Gutenberg, Erich. 1957. *Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre*. Erster Band Die Produktion. Berlin: Springer Verlag.
- Hölzel, Britta. 2014. Achtsamkeitsbasierte Programme. In *Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit*, Hrsg. Peter Angerer, Jürgen Glaser, Harald Gündel, Peter Henningsen, Claas Lahmann, Stephan Letzel, Dennis Nowak, 490–497. Heidelberg: ecomed Medizin.
- Huber, Angela. 2014. Das Betriebliche Eingliederungsmanagement. In *Betriebliche Gesundheitsförderung*, Hrsg. Simon Hahnzog, 59–73. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Lengfeld, Holger, und Stefan Liebig. 2003. Arbeitsbeziehungen und Gerechtigkeit: Stand und Perspektiven der empirischen Forschung. *Industrielle Beziehungen: Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management* 10:472–490.
- Lewin, Kurt. 1958. Group decision and social change. In *Readings in Social Psychology*, Hrsg. Eleanor E. Macoby, Theodore M. Newcomb und Eugene L. Hartley, 197–211. New York, San Francisco: Holt, Rinehart and Winston.
- Liebig, Stefan, und Bernd Wegener. 2000. Is the „Inner Wall“ Here to Stay? Justice Ideologies in Unified Germany. *Arbeitsbericht Nr. 62 des Instituts für Sozialwissenschaften der HU Berlin*. Berlin.
- Meyer, Markus, Kristin Wehner und Peter Cichon. 2017. Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft. In *Fehlzeiten-Report 2017. Schwerpunkt: Krise und Gesundheit – Ursachen, Prävention, Bewältigung*, Hrsg. Bernhard Badura, Antje Ducki, Helmut Schröder, Joachim Klose und Markus Meyer, 281–484. Wiesbaden: Springer.
- Müller-Böling, Detlef, und Michael Müller. 1986. *Akzeptanzfaktoren der Bürokommunikation*, Bd. 17. München: Oldenbourg.
- Oechsler, Walter. 2011. *Personal und Arbeit. Grundlagen des Human Resource Management und der Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Beziehungen*. 9., aktualisierte und überarb. Aufl. München: Oldenbourg.
- Peters, Elke, Katja Spanier, Inka Mohnberg, Friedrich M. Radoschewski, und Matthias Bethge. 2016. Soziale Unterstützung als Ressource für Arbeitsfähigkeit. *Die Rehabilitation* 55(2):102–107.
- Pfeffer, Simone. 2009. *Krankheit und Biographie. Bewältigung von chronischer Krankheit und Lebensorientierung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Ross, Stephen. 1973. The Economic Theory of Agency: The Principal's Problem. *American Economic Review* 63:134–139.
- Rüsch, Nicolas, Mathias Berger, Asmus Finzen und Matthias C. Angermeyer. 2004. Das Stigma psychischer Erkrankungen – Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen. In *Psychische Erkrankungen – Klinik und Therapie*, Hrsg. Mathias Berger, (elektronisches Zusatzkapitel). München: Elsevier.

- Schütz, Alfred. 1972. *Gesammelte Aufsätze. Studien zur soziologischen Theorie*. Dordrecht: Springer Netherlands.
- Schwarzer, Ralf und Matthias Jerusalem. 1995. Generalized Self-Efficacy scale. In *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs*, Hrsg. John Weinman, Stephen Wright und Marie Johnston, 35–37. Windsor: NFER-Nelson.
- Siegrist, Johannes. 2013. Burn-Out und Arbeitswelt. *Psychotherapeut* 58:110–116.
- Stegmann, Ralf. 2014. Wiedereingliederung nach einer psychischen Krise und deren interaktionelle Dimension. *VDBW aktuell: das Magazin für Arbeitsmedizin in Deutschland. Heft Dezember*:16–17.
- Thomas, William Isaac. 1928. *The Child in America: Behavior Problems and Programs*. New York: Knopf.
- van der Heijden, Johannes A.V., Marloes L. van Engen, und Jaap Paauwe. 2009. Expatriate career support: predicting expatriate turnover and performance. *The International Journal of Human Resource Management* 20:831–845.
- Vater, Gudrun und Mathilde Niehaus. 2014. Psychische Erkrankungen und betriebliche Wiedereingliederung. In *Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit*, Hrsg. Peter Angerer, Jürgen Glaser, Harald Gündel, Peter Henningsen, Claas Lahmann, Stephan Letzel und Dennis Nowak, 220–230. Heidelberg: ecomed Medizin.
- Weber, Andreas. 2015. Return to Work aus Sicht der Arbeitskollegen. In *Return to Work – Arbeit für alle*, Hrsg. Andreas Weber, Ludger Peschkes und Wout de Boer, 377–380. Stuttgart: Gentner.
- Wege, Natalia und Peter Angerer. 2014. Return to Work nach psychischen Erkrankungen. In *Return to Work – Arbeit für alle*, Hrsg. Andreas Weber, Ludger Peschkes und Wout de Boer, 720–728. Stuttgart: Gentner.
- Wimbauer, Christine, Anke Spura, Markus Gottwald, Mona Motakef, und Katja Walther. 2010. Anerkennung (m), Anerkennung (w): Geschlechterungleichheit in Doppelkarriere-Paaren. *WZB-Mitteilungen*:1–3.
- Windscheid, Eike. 2019. *Rückkehr und Reintegration nach psychischer Erkrankung. Soziale Gelingensbedingungen und Hemmnisse betrieblicher Wiedereingliederung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Young, Amanda E., Radoslaw Wasiak, Richard T. Roessler, Kathryn M. McPherson, J. R. Anema, und Mireille N. M. van Poppel. 2005. Return-to-work outcomes following work disability: stakeholder motivations, interests and concerns. *Journal of occupational rehabilitation* 15:543–556.
- Zoike, Erika. 2010. Zunahme der psychischen Erkrankungen bei Beschäftigten. Statistische Ergebnisse und Präventionsansätze der Krankenkassen. In *Erschöpfende Arbeit. Gesundheit und Prävention in der flexiblen Arbeitswelt*, Hrsg. Heiner Keupp und Helga Dill, 61–76. Bielefeld: transcript.