

**Fallstudie: Analyse wesentlicher struktureller
Elemente der Zusammenarbeit zwischen
kooperativem betrieblichem Gesundheitsschutz und
Reha-Einrichtung**

**Im Auftrag des Zentrums für Sozialforschung Halle e.V. an der
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg**

Bearbeiter: Dr. Michael Bau

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung: Definition der Forschungsfrage, kontextueller und theoretischer Bezugsrahmen sowie Untersuchungsmethode	3
2. Felderkundung und Auswahl erster Untersuchungseinheiten im Rahmen der Fallstudie	4
3. Arbeitshypothesen und erste systematische Datenerhebung mit leitfadengestützten Interviews und Datenauswertung	7
4. Zwischenbilanz: Das Projekt GABI und sein Umfeld	10
5. Weiterführende Fragestellungen und zweite systematische Datenerhebung mit vertiefenden Interviews	11
6. Schlussfolgerungen zur Übertragbarkeit der Ergebnisse und weiterführende Fragestellungen	19
7. Literaturverzeichnis	23
8. Anlagenverzeichnis	24

1. Einleitung: Definition der Forschungsfrage, kontextueller und theoretischer Bezugsrahmen sowie Untersuchungsmethode

Die vorliegende Fallstudie hat zum Ziel, einen Überblick über die wesentlichen strukturellen Elemente und ihre Funktion bei der Zusammenarbeit zwischen einem kooperativen betrieblichen Gesundheitsschutz und einer Reha-Einrichtung zu geben und zusätzlich die Frage nach der Übertragbarkeit der gewonnenen Erkenntnisse zu stellen. Konkret untersucht die Fallstudie das Kooperationsprojekt GABI zur Erhaltung der Beruflichen Integration (GABI).

Methodisch wenden wir in der vorliegenden Untersuchung eine kausal rekonstruierende bzw. erforschende Fallstudie an. Eine Fallstudie ist eine empirische Untersuchung, die zeitgenössische Phänomene innerhalb ihres realen Kontexts untersucht, insbesondere wenn die Grenzen zwischen Phänomen und Kontext nicht eindeutig sind (Yin, 2009). Somit wird also auch der kontextuelle Bezugsrahmen des Projektes GABI betrachtet. Hier werden zum einen die Institutionen und Rollen bei der Firma P untersucht, welche die „Kultur des Miteinanders“ strukturieren sowie zum anderen die im konkreten Untersuchungsfall vorliegenden Voraussetzungen rehabilitativer Diagnostik und Maßnahmenbringung in der beteiligten Reha-Einrichtung und ihres Trägers.

Als theoretischer Bezugsrahmen der Erkenntnisgewinnung im Sinne einer Forschungsheuristik wird ein sozialwissenschaftlicher Ansatz angewendet, welcher ein iteratives Vorgehen (analog der grounded theory, vgl. Strübing 2008) ermöglicht. So wird sichergestellt, dass Arbeitshypothesen und theoretische Konzepte auf der Basis empirischer Erkenntnisse zunehmend spezifiziert und verdichtet werden können, um so schließlich verallgemeinerbare und übertragbare Erkenntnisse aus der Fallstudie zu generieren.

Als zentrale Werkzeuge der Analyse verwenden wir in der Analyse die Begriffe Struktur, Handlung, Institution, soziale Position bzw. Rolle. Handlungsleitend für unsere Studie und das weitere Vorgehen ist hier das Verständnis, das Struktur und Handlung in Anlehnung an Giddens zwar als getrennte analytische Begrifflichkeiten gesehen werden können, aber gleichzeitig entscheidend als Pendant zu verstehen sind, da Strukturen selbst gar nicht als eigenständige Phänomene existieren, sondern immer nur in der Form von Handlungen oder Praktiken von Menschen (Giddens, 1988).

Der Begriff der Institution wird von uns an dieser Stelle analog der weitgefassten Definition von Berger/Luckmann verwendet, die den Begriff der habitualisierten Handlungen verwenden, um den Begriff der Institutionalisierung zu beschreiben. „Institutionalisierung findet statt, sobald habitualisierte Handlungen durch Typen von Handelnden reziprok typisiert werden. Jede Typisierung, die auf diese Weise vorgenommen wird, ist eine Institution“. (Berger/Luckmann 1982, S.58).

Für die Erfassung der Handlungen wenden wir ein soziologisches Rollenkonzept an, welches die beteiligten Personen in ihrer Eigenschaft als Positionsträger, an die Verhaltenserwartungen herangetragen werden, identifiziert. Rolle definieren wir an dieser Stelle in Anlehnung an Peukert als „ein Bündel normativer Verhaltenserwartungen, die von einer Bezugsgruppe oder mehreren Bezugsgruppen an die Inhaber bestimmter sozialer Rollen herangetragen werden.“ (Peukert, 2006, S. 242). In der von Dahrendorf vorgenommenen Unterscheidung in Muss-, Soll- und Kann-Erwartungen erwächst dabei für den Rollen- bzw. Positionsinhaber die Möglichkeit, ein differenziertes Rollen-Verhalten zu zeigen. (Dahrendorf 1965).

2. Felderkundung und Auswahl erster Untersuchungseinheiten im Rahmen der Fallstudie

Die Pumpenfabrik gehört zum dänischen P Konzern, der einer der führenden Entwickler, Hersteller und Lieferanten von Pumpensystemen und Elektromotoren ist. Im Werk arbeiteten zur Zeit der Einführung von GABI ca. 650 Mitarbeitende, welche hauptsächlich in Herstellung und Montage von Umwälzpumpen, Druckerhöhungsanlagen für die Wasserversorgung und Feuerlöschanlagen beschäftigt sind. Die demografische Entwicklung und das Fehlen von Fachpersonal am Arbeitsmarkt macht das Bestreben des Unternehmens, möglichst vielen der Mitarbeitenden einen gesunden Übergang ins Rentenalter zu ermöglichen, auch aus naheliegenden ökonomischen Gründen nachvollziehbar. Das BGM des Unternehmens ist geprägt durch die skandinavische Arbeitspolitik, z.B. den „Return to work-Plan“ nach Arbeitsunfähigkeit.

Zum Zeitpunkt des Kooperationsprojektes mit der Fachklinik A der DRV Nord war bereits im Unternehmen durch das betriebliche Gesundheitsmanagement das Profilvergleichsverfahren IMBA/MARIE eingeführt worden, welches die konkreten beruflichen Anforderungen an Arbeitsplätzen mit dem vorhandenen Leistungsvermögen der Mitarbeitenden abgleichen konnte.

Das Verfahren IMBA (Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt) umfasst dabei folgende Merkmalskomplexe:

1. Körperhaltung (6 Hauptmerkmale, z.B. Stehen, Knien, Hocken)
2. Körperfortbewegung (3 Hauptmerkmale, z.B. Gehen/Steigen, Klettern)
3. Körperteilbewegung (5 Hauptmerkmale, z.B. Rumpfbewegungen, Armbewegungen)
4. Information (10 Hauptmerkmale, z.B. Sehen, Hören, Tasten/Fühlen)
5. Komplexe Merkmale (6 Hauptmerkmale, z.B. Heben, Tragen, Schieben)
6. Umgebungseinflüsse (7 Hauptmerkmale, z.B. Hitze, Kälte, Schall/Lärm)
7. Arbeitssicherheit (2 Hauptmerkmale, Unfallgefährdung und Tragen von Arbeitsschuttmitteln)
8. Arbeitsorganisation (7 Hauptmerkmale, z.B. Arbeitszeit, Nachtschicht, isolierter Arbeitsplatz)
9. Schlüsselqualifikationen (24 Hauptmerkmale, z.B. Antrieb, Auffassung, Kontaktfähigkeit, Konzentration, Teamarbeit)

Mit MARIE (Matching Abilities and Requirements to Increase Evidence) wird eine Software bezeichnet, welche die Arbeit mit IMBA auch unter datenschutzrechtlichen Belangen erleichtert. (Specht u.a. 2015, S.39).

Die kooperierende Fach-Klinik verfügte zu dieser Zeit bereits über ein ausgewiesenes Konzept zur medizinisch-beruflich-orientierten Rehabilitation (MBOR). Dieses Konzept fußt u.a. auf der Anwendung des EFL-Testverfahrens, welches vor allem der Beurteilung der funktionellen Belastbarkeit der Bewegungsorgane dient. Dieses Verfahren der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) wurde in den 80er Jahren in den USA entwickelt und ist ein standardisiertes Testverfahren zur Beurteilung der arbeitsplatzbezogenen körperlichen Leistungsfähigkeit.

„Dabei soll die körperliche Belastbarkeitsgrenze evaluiert werden, weniger die Schmerzgrenzen. (Specht u.a., ebenda, S. 38).

Im Zuge der gemeinsamen konzeptionellen Arbeit zwischen Betrieb und Klinik wurde aber sehr schnell deutlich, dass die gemeinsam vorhandenen Ansätze ohne die Berücksichtigung zusätzlicher psychosomatischer und internistischer Aspekte zu kurz greifen.

„Zwar stehen im subjektiven Erleben der Mitarbeiter und in der betriebsinternen Kommunikation orthopädische Beschwerden zunächst meist im Vordergrund. Die tatsächliche Leidensrealität der Betroffenen bildet dies jedoch nur unvollständig ab.“ (Specht u.a., S.37). Dies führte schließlich zu einem „ganzheitlichen“ Ansatz bei der verwendeten Diagnostik.

Der standardisierte Ablauf im Projekt GABI sieht vor, dass sich nach Vorgesprächen mit den Teilnehmenden, welche sich eigenständig bewerben oder über den Vorgesetzten, die Personalabteilung oder die Betriebsärztin im Projekt angemeldet werden können, eine 1-2 tägige interdisziplinäre somatische und psychosomatische Diagnostik in der Reha-Einrichtung anschließt. Grundsätzlich ist die Teilnahme freiwillig. Die Kosten trägt das Unternehmen. Zwischen Unternehmen und Mitarbeitenden wird dazu ein Vertrag geschlossen.

Die Zielgruppe des Projektes waren anfänglich die Mitarbeitenden bei denen, z.B. aus Sicht der Führungskräfte die Sorge bestand, dass sie den Ansprüchen des Arbeitsplatzes zukünftig nicht mehr gewachsen sein könnten. Im Verlauf der gemeinsamen Arbeit wurde entschieden, das Angebot im präventiven Sinn prinzipiell auf alle Mitarbeitenden zu erweitern.

Als Ergebnis steht am Ende der Diagnostik (einschließlich EFL-Testung) ein standardisiertes IMBA/MARIE Fähigkeiten-Profil mit konkreten Empfehlungen für integrationssichernde Maßnahmen. Zusätzlich wurde durch die Betriebsärztin zur orientierenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Work-Ability-Index erhoben.

Einen hohen Stellenwert hatte die Schulung der am Projekt beteiligten Personen (Betriebsrat, Personalbereich, Betriebsärztin, Physiotherapeuten) mit Blick auf die Anwendung von IMBA/MARIE. Die Ärzte der Klinik und die Physiotherapeuten informierten sich zusätzlich mittels Betriebsführungen über die konkrete Arbeitsplatzsituation im Unternehmen. Hier wurden u.a. Anforderungen wie Krafteinsatz, Motorik, Konzentration, Sorgfalt und Ausdauer an den verschiedenen Arbeitsplätzen begutachtet.

Regelmäßige vierteljährliche Treffen aller am Projekt Beteiligten sorgten für den notwendigen Informationsabgleich.

Wichtig mit Blick auf Vertraulichkeit und Datenschutz ist im Projekt die schriftliche Einverständniserklärung der jeweiligen Mitarbeitenden und dass die Schnittstelle des Datentransfers zwischen Betrieb und Klinik ausschließlich durch die Betriebsärztin wahrgenommen wird. Sie erhält den Abschlussbericht mit Fähigkeiten-Profil, Diagnosen und Empfehlungen. Der Steuerkreis Gesundheitsmanagement im Unternehmen gleicht anschließend das Fähigkeiten-Profil mit den im Unternehmen vorhandenen Anforderungsprofilen der Arbeitsplätze ab.

Die Diagnostik im Projekt GABI basiert auf:

- Der Durchführung des WAI
- Dem Anforderungsprofil aus IMBA/MARIE des Arbeitsplatzes
- Der ärztlichen Untersuchung zur (Berufs-)Anamnese
- Der EFL-Testung und Erstellung des motorischen beruflichen Leistungsprofils
- Der Durchführung des psychosomatischen Konzils. Hierunter versteht man im Projekt ein diagnostisches Gespräch mit einem Facharzt für Innere Medizin, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.
- Je nach in den Anmeldeunterlagen erkennbarer Problematik wird die Diagnostik durch fakultative Bausteine (z.B. Einführung in rehabilitative Verfahren wie Entspannungstechniken, Sport und Bewegung, Stressbewältigung) ergänzt
- Ärztliches Abschlussgespräch mit Beurteilung und Empfehlungen und Bericht an Betriebsärztin.
- Nachgespräch im Betrieb mit der Betriebsärztin und gegebenenfalls gemeinsame Vorschläge für betriebliche Maßnahmen und Vorstellung im Steuerkreis Gesundheitsmanagement. Soweit erforderlich Begleitung der Umsetzung durch Steuerkreis.

Die Auswahl erster Interviewpartner für diese Fallstudie ergab sich aus den am Projekt GABI beteiligten Institutionen Betriebliches Gesundheitsmanagement, Reha-Klinik und betriebsärztlicher Dienst und den zu diesem Zeitpunkt vorliegenden schriftlichen Informationen zu den bisher durchgeführten Aktivitäten im Projekt.

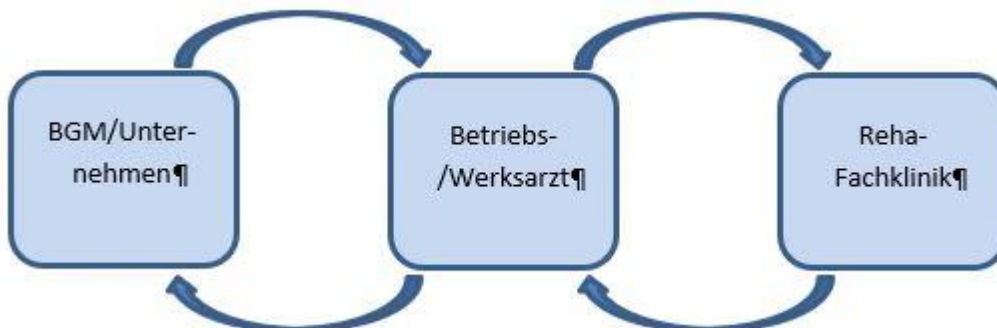


Abb.1: Zentrale Institutionen im Projekt GABI und Informationsfluss

Die handelnden Personen im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements bei der Pumpenfabrik rekrutieren sich aus Personalbereich, Betriebsrat und der Betriebsärztin. Da die Betriebsärztin als eigenständige Institution eine Mittlerrolle zwischen den beiden anderen Institutionen einnimmt, wurde sie an dieser Stelle einzeln in ihrer Rolle als Betriebsärztin befragt. In der Reha-Einrichtung wurde ein Ansprechpartner ausgewählt, der den gesamten Prozess aktiv und vor allem auch reflektierend begleitet hatte. Es wurden daher 4 explorative Interviews mit den

entsprechenden Positionsträgern durchgeführt: Personalbereich, Betriebsrat, Betriebsärztin und Reha-Klinik-Experte.

3. Arbeitshypothesen und erste systematische Datenerhebung mit leitfadengestützten Interviews und Datenauswertung

Die beiden Ansprechpartner aus dem Personalbereich waren die zuständige Personalreferentin, von Seiten des Betriebsrates der Betriebsratsvorsitzende, eine Beschäftigte der Reha-Einrichtung, der Reha-Arzt sowie schließlich die Betriebsärztin. In den leitfadengestützten Interviews ging es vor allem darum, die Handlungsmuster der jeweils handelnden relevanten Projektbeteiligten in ihren jeweiligen Institutionen zu vervollständigen und zu beschreiben. Schließlich waren die verwendeten Verfahren im Prozess aus Sicht der wesentlichen Rollenträger zu bewerten und das Umfeld der Institutionen Betriebliches Gesundheitsmanagement, Betriebsärztlicher Dienst und Reha-Einrichtung und die von dort aus auf das Projekt einwirkenden Faktoren zu erkennen.

Aufgrund eigener Erfahrungen mit der Evaluation von Gesundheitsprojekten sowie der zu diesem Zeitpunkt vorliegenden schriftlichen Dokumentation zum Projekt wurden folgende vier

Arbeitshypothesen für das leitfadengestützte Interview zugrunde gelegt und je nach Interview-Partner/-in mit insgesamt 10-12 offenen Fragen untersucht:

1. Die im Projekt GABI angewandten Verfahren sind grundsätzlich geeignet, um eine berufliche Rehabilitation der Mitarbeitenden zu erreichen bzw. präventiv wirksam zu sein. Gleichzeitig gibt es aber noch methodischen Optimierungsbedarf.
2. Die tatsächliche Vorgehensweise im Projekt entspricht der vorgesehenen Verteilung der Positionen und Rollenausübungen in den Institutionen des Projektes. Hierbei gibt es aber auch Rollen, die das Verfahren „treiben“ oder „blockieren“ können.
3. Es existieren auch in diesem Projekt subjektive Faktoren (z.B. persönliche Offenheit), welche das erfolgreiche Zusammenwirken der handelnden Personen in den beteiligten Institutionen entscheidend mit beeinflussen.
4. Neben dem betrieblichen Gesundheitsmanagement gibt es noch weitere unterstützende bzw. hindernde Faktoren aus dem institutionellen Umfeld (z.B. Unternehmenskultur), die mit zum Erfolg/Misserfolg des Projektes beigetragen haben, aber bisher nicht entsprechend in den Fokus genommen wurden.

Ergebnisse Arbeitshypothese 1

Der Vorteil der angewandten Verfahren (WAI, IMBA/MARIE, EFL) liegt nach Aussage der Interviewten sicher in der Kombination von physischen und psychischen Aspekten. Im Erleben der Mitarbeitenden sind häufig orthopädische Beschwerden der Auslöser der Kommunikation über die erlebten Einschränkungen. Hierüber lässt sich in der Betriebsöffentlichkeit von allen Seiten akzeptiert sprechen, jedenfalls einfacher als über psychische Belastungen aus dem beruflichen oder privaten Umfeld. Medizinisch erwiesen ist, dass sich gerade psychische Problematiken mit körperlicher Leitsymptomatik zeigen (z.B. Rücken-, Nackenschmerzen, Luftnot). Insofern ist die Zusammenführung der entsprechenden Kompetenzen in der Diagnostik entscheidend. Hier wurde von Seiten der Vertreter/-innen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements die hohe Kompetenz einzelner Ärzte/Ärztinnen der Klinik hervorgehoben, die das noch spürbare Übergewicht der somatischen Diagnostik in den gewählten Verfahren ausgleichen konnte. Hier gibt es aus Sicht der befragten Institutionenvertreter/-innen auch noch ergänzenden instrumentellen Handlungsbedarf. Aus Sicht

der Reha-Einrichtung liegt genau hier das entscheidende Moment einer sinnvollen Differenzial-Diagnostik, die ein ganzheitliches Bild des Patienten entwirft und dies bei den Empfehlungen für geeignete Maßnahmen im Hinblick auf eine berufliche Rehabilitation und Prävention berücksichtigt. In diesem Sinne läge der Optimierungsbedarf bei ähnlichen Projekten wie GABI darin, dass die angewandten Diagnostik-Instrumente alle Indikationsoptionen erfassen (somatisch, psychosomatisch, psychisch). Im Zuge von GABI wurden durch die Kompetenzen der diagnostizierenden Ärzte/Ärztinnen und ihr besonderes Engagement diese vorhandenen Defizite der Instrumentenverfügbarkeit ausgeglichen. Dies war aufgrund der geringen Fallzahlen möglich, aber bei höheren Fallzahlen und weniger erfahrenen Ärzten/Ärztinnen wäre dies nicht ohne weiteres wiederholbar.

Ergebnisse Arbeitshypothese 2

Ein wichtiger Faktor ist die Kenntnis der betrieblichen Abläufe und Arbeitsprozesse auf Seiten des Reha-Partners. Diese muss auf Seiten der behandelnden Ärzte/Ärztinnen und Physiotherapeuten/-innen unbedingt vorhanden sein, d.h. diese dürfen sich nicht nur auf ihre Fachkompetenz „zurückziehen“. Entsprechende Begehungen der Arbeitsplätze und Kenntnis der konkreten Belastungen ist somit eine wesentliche Voraussetzung für das Gelingen von Diagnostik und anschließenden Maßnahmenempfehlungen.

Eine wichtige Rolle spielte hier u.a. als Katalysator die Betriebsärztin, die auch die Rolle der „**Übersetzerin und Vermittlerin**“ zwischen den institutionellen Sphären Betrieb und Reha-Klinik einnahm. Entscheidend nach Aussage des Betriebsrates war für den Erfolg des Projektes, dass zeitliche Möglichkeiten im Rahmen der betriebsärztlichen Betreuung nach der DGUV Vorschrift 2 eingerichtet wurden, die für die Ziele des Projektes nach Abstimmung mit dem betrieblichen Gesundheitsmanagement genutzt werden konnten. Die Betriebsärztin verwies in einem weiteren Gespräch darauf, dass es sehr wichtig sei, im Betrieb regelmäßig vor Ort und damit „ansprechbar“ zu sein. Hier haben sich im konkreten Fall 3-6 malige monatliche Anwesenheiten/Sprechstunden aus Sicht der Betriebsärztin als optimal erwiesen. Dies ermögliche darüber hinaus auch zeitnah die Möglichkeit der notwendigen Nachsorge-Gespräche.

Nach Abschluss der Diagnostik ist es nach Auffassung des Klinikvertreters entscheidend, dass dem Patienten von kompetenter Seite und verständlich **nachhaltig das Diagnostik-Ergebnis** und die **Maßnahmenempfehlungen kommuniziert** werden, zuerst natürlich in der Klinik beim Abschlussgespräch und dann bei der Betriebsärztin im ersten Nachfolgegespräch zu der Umsetzung der Maßnahmen in Arbeits- und/oder Privatleben.

Schließlich ist nach Aussage des Klinik-Vertreters auch die **Rolle eines** kontinuierlichen **Transferbegleiters für den Patienten** nach Abschluss der Diagnostikphase im Betrieb zielführend. Wer diese Rolle sinnvollerweise übernehmen kann oder sollte wäre allerdings noch zu klären. In Frage kämen – je nach Indikation – grundsätzlich Betriebsärztlicher Dienst, Führungskräfte sowie Betriebliches Gesundheitsmanagement. Bei P sind nach Aussage des Betriebsrates hier vor allem die direkten Führungskräfte gefordert.

Ergebnisse Arbeitshypothese 3

Offenheit und Vertrauen sind nach Meinung aller Interviewten entscheidende Faktoren bei der Durchführung des Projektes gewesen. Dies traf auf das gemeinsame Miteinander zwischen Personalbereich und Betriebsrat ebenso zu wie auf das gemeinsame Miteinander im Projekt selbst.

Auch war das hohe fachliche Engagement der Betriebsärztin und der Fachärzte/-ärztinnen der Klinik sowie ihre **intrinsic Motivation** mit dafür verantwortlich, dass der ganzheitliche Blick auf den Patienten erhalten blieb und damit die Erfolgsprognosen für die Zeit nach der Rehabilitation bzw. den Maßnahmenumsetzungen verbessert wurden.

Ergebnisse Arbeitshypothese 4

Nach Aussage der Personalreferentin war es mitentscheidend, dass Unternehmensleitung und Betriebsrat den Willen für die Durchführung des Projekts deutlich in der Betriebsöffentlichkeit kommuniziert haben. Hierbei war wichtig, die **fürsorgliche** Ausrichtung des Projektes von vornherein deutlich zu machen, dass es nicht darum ging, Mitarbeitende durch das Projekt „auszusortieren“. Nach positiven Berichten der ersten Teilnehmenden am Projekt GABI verringerte sich auch die bis dahin vorhandene Besorgnis bei den Mitarbeitenden deutlich.

Ein weiterer wichtiger Aspekt war die **frühzeitige** Einbindung der Führungskräfte in die Kommunikation. Dies führte dazu, dass die Führungskräfte das Programm als Präventionsinstrument erkannten und entsprechend ihren Mitarbeitenden gegenüber nutzten. (Aussage Führungskraft: „Ich mache mir Sorgen um dich!“).

Auch half im Verlaufe des Projektes die **offene Kommunikation** einer Führungskraft in der **Mitarbeiterzeitschrift** über eigene psychische Probleme und ihre erfolgreiche Behandlung, für die Möglichkeiten des Projektes in der Betriebsöffentlichkeit zu sensibilisieren.

Mitarbeitenden, die in ihrem Leistungsvermögen eingeschränkt waren, weiterhin Arbeitsmöglichkeiten zu bieten, bedingt aber realistischer Weise auch, dass das Unternehmen die Chance hat, spezielle Arbeitsplätze bereit zu stellen. Hierbei geht es aber weniger um „Schonung“, als um die Ermöglichung von Leistung gemäß dem Leistungsvermögen des entsprechenden Mitarbeiters. Auch kann hier der Mitarbeitende durchaus betriebswirtschaftlich sinnvoll eingesetzt sein, wie Beispiele aus anderen Unternehmen zeigen. Entscheidend ist, dass das **Belastungspotenzial** an diesen Arbeitsplätzen nicht durch die **Einbettung in eng getaktete Verkettungsprozesse**, z.B. im Rahmen der Produktion oder Montage, die Leistungsmöglichkeiten der leistungsgeminderten Personen überschreitet.

Auch das **unternehmenskulturelle Umfeld** des P-Konzerns, welcher sich seit mehr als 50 Jahren um die Integration leistungsgeminderter Mitarbeiter/-innen kümmert, trug sicher zum Gelingen des Projektes GABI bei. Bereits 2009 wurde mit Betriebsrat und Schwerbehindertenvertretung eine Integrationsvereinbarung geschlossen, mit der Maßnahmen zur Integration schwerbehinderter Beschäftigter vereinbart wurden.

Ein weiterer entscheidender Faktor ist aus unserer Sicht die **voll entwickelte Institution Betriebliches Gesundheitsmanagement**. Über viele Jahre wurde es aufgebaut und hat als zentrales Gremium den Steuerkreis Gesundheitsmanagement mit Vertretern/-innen aus Personalbereich, Betriebsrat und Betriebsärztin. Ergänzend werden die Schwerbehindertenvertretung und die Fachkraft für Arbeitssicherheit hinzugezogen.

Das Gesundheitsmanagement besteht aus dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement, Arbeitsmedizinischer Vorsorge (Angebots-, Pflicht- und Wunschvorsorge nach ArbMedVV und einer offenen betriebsärztlichen Sprechstunde), einem Employee Assistance Program (EAP), Kooperation

mit örtlichen Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen, Betriebssport, Gesundheitsangeboten im Werk, Altersteilzeitoptionen, Infotage zu Gesundheitsthemen u.a.m.

Gleichfalls existieren handlungsanleitende Vorgaben für die Führungskräfte (**Führungsprinzipien**), **Social Responsibility**-Verpflichtungen des Unternehmens und Handreichungen zu **Krankenrückkehr- bzw. Fehlzeitengesprächen**. Inwieweit diese Faktoren einen Einfluss auf das Projekt GABI hatten, wird weiter unten geklärt werden. Von Seiten der Führungskräfte wurden nach Aussage der Betriebsärztin diese Gespräche auch als Mittel genutzt, um auf die Möglichkeiten des Projektes GABI aufmerksam zu machen.

Der Klinikvertreter wies darauf hin, dass als Projekt-Rahmenbedingung auf Seiten der **Klienten/Patienten** deren **Einstellungen, Besorgnisse und/oder Ängste** erschwerend für den Diagnose-Prozess und die abzuleitenden Maßnahmen sein können. So sind Menschen mit psychosozialen oder psychischen Erkrankungen schwerer an der aktiven Bewältigung ihrer Probleme zu beteiligen, da sie oft Widerstände und Vorurteile haben oder sich bewusst/unbewusst der Auseinandersetzung (z. B. alternativloser Wunsch nach Frühverrentung) mit ihren Problemen entziehen.

Zu beachten ist nach Meinung der Interviewten auch die Situation des Betriebes im sozialen Umfeld. Die Menschen sind eng in der Nachbarschaft einer Kleinstadt auch über private Kontakte verbunden. Welche Probleme erlaubt man sich dann öffentlich zu machen, welche hält man lieber zurück? In einem Unternehmen mit Mitarbeitenden, die nicht fast ausschließlich aus der Nachbarschaft stammen, können diese Fragen eine geringere Rolle spielen als im vorliegenden Fall.

Nach Aussage der Betriebsärztin benötigen wir mehr Instrumente, welche **das betriebliche Umfeld mit seinen Belastungen** sichtbar macht. (z.B. die vom Gesetzgeber vorgeschriebenen aber noch nicht überall durchgeführten **psychischen Gefährdungsbeurteilungen**). Hier sind aus unserer Sicht Unternehmensleitungen und Führungskräfte in der Pflicht, präventiv zu handeln und das auch aus ökonomischem Interesse.

Der Betriebsrat machte im Interview auf eine zusätzliche „kulturelle“ Notwendigkeit im Rahmen eines gelungenen betrieblichen Gesundheitsmanagements aufmerksam: Konsequentes Verhalten gegenüber „Verweigerern“. Dies ist für die Betriebsöffentlichkeit ein wesentliches Moment der Glaubwürdigkeit und der Durchsetzungsfähigkeit von gesundheitsbezogenen Maßnahmen. Wenn einzelne Mitarbeitende „machen können was sie wollen, und nicht selber mitwirken an der Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation“ sind Auflösungsverträge das probate Mittel.

Immer wichtiger wird nach Aussagen des Betriebsrates auch die **präventive Gestaltung von Arbeitsprozessen und Werkzeugen/Maschinen** unter Gesundheitsgesichtspunkten bei älter werdenden Belegschaften. Arbeitsplätze so einzurichten, dass sie auch von Jüngeren ohne gesundheitliche Risiken ausgefüllt werden können, ist zusätzlich eine Zukunftsaufgabe von hoher Priorität.

4. Zwischenbilanz: Das Projekt GABI und sein Umfeld

Aufgrund der Ergebnisse der leitfadengestützten Interviews konnte eine Reihe von weiteren Faktoren benannt werden, welche im Folgenden in ihrer Bedeutung für den Erfolg des Projektes GABI

untersucht werden. Hierzu zählten Faktoren aus dem jeweiligen Kontext des Unternehmens und der Fachklinik.

Kontext Unternehmenskultur

Hier handelt es sich um Institutionen bzw. Faktoren, die zwar mit dem betrieblichen Gesundheitsmanagement in Zusammenhang stehen, aber eine eigenständige Funktion bei der Unterstützung des Projektes GABI haben und insbesondere eine spezifische „Kultur des Miteinander“ strukturieren. Hier haben wir lokalisiert:

- Das jährliche Mitarbeitergespräch
- Den Fehlzeitenprozess
- Leadership principles
- Social responsibility process
- Betriebsvereinbarung Ausgaben zur Gesundheitsförderung und Familienfreundlichkeit
- Projekt „Heute für Morgen“
- Umgang mit dem demografischen Faktor: Flexibilisierung und Qualifikation

Kontext Fachklinik

Die spezielle Herangehensweise der Klinik an das Projekt zeigte uns, dass es offensichtlich – neben den intrinsischen Motivationen der handelnden Personen – auch strukturelle Faktoren geben musste, die eine Bedeutung für die Rollenausübung der Klinikvertreter/-innen hatten. Den sich hier stellenden Fragen gingen wir in einem Interview mit der verantwortlichen Positionsinhaberin der DRV für Reha-Strategie, Grundsatz und Steuerung nach. Wir fragten u.a. nach den trägerspezifischen Rahmenbedingungen der Projektdurchführung.

5. Weiterführende Fragestellungen und zweite systematische Datenerhebung mit vertiefenden Interviews

Aufgrund der bisherigen Ergebnisse der Feldforschung stellten sich an dieser Stelle vier zentrale weiterführende Fragen:

1. Welche Nachhaltigkeit und welche Effekte sind messbar, nachdem die Maßnahmenempfehlungen der Klinik mit den Mitarbeiter/-innen im Projekt GABI umgesetzt wurden?
2. Welche Rolle spielten die direkten Vorgesetzten dieser Mitarbeiter/-innen zu Beginn, während und nach Beendigung der Maßnahmen?
3. Welcher Stellenwert kommt den unternehmenskulturellen strukturellen Kontextbedingungen dabei zu?
4. Welche trägerspezifischen Rahmenbedingungen der Projektdurchführung in der Klinik sind für den Erfolg des Projektes wesentlich?

5.1 Nachhaltigkeit der Reha-Maßnahmen

Bei einem Jahres-Follow-Up von 14 Teilnehmenden aus den Jahren 2013-2015, von denen die Hälfte über 50 Jahre alt war, ergab sich, dass alle Teilnehmenden der Maßnahmen noch im Betrieb arbeiteten. Die Ergebnisse des Vorher-Nachher-Vergleichs bei den WAI-Punktwerten zeigen eine deutliche Verbesserung der allgemeinen Arbeitsfähigkeit bei den Teilnehmenden des Projektes:

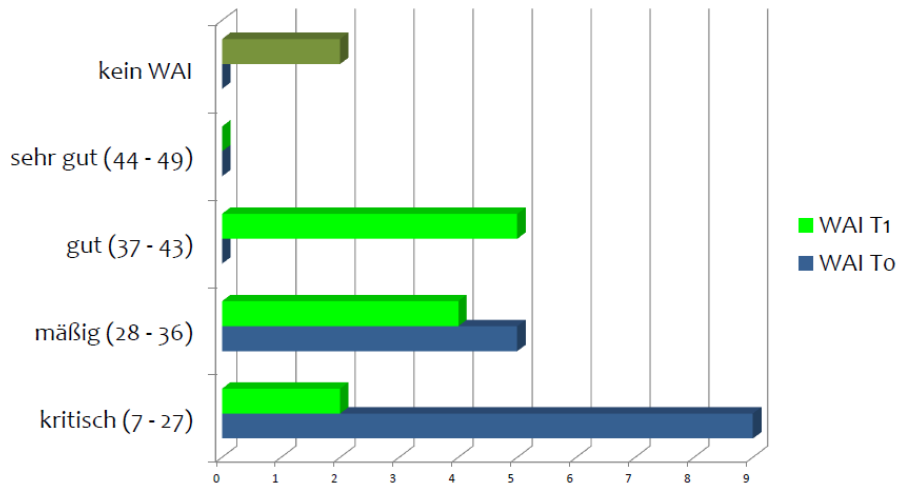


Abb. 2: Work-Ability-Index vor (T0) und nach (T1) GABI-Teilnahme, Quelle: Timo Specht, Betriebliche Prävention und Betriebliches Gesundheitsmanagement. Erfolgreich auch im Ein-Jahres-Verlauf durch somatische und psychosomatische Diagnostik, Vortrag auf dem 25. Reha-Wissenschaftlichen Kolloquium, 1.3.2016, Aachen, Folie 16.

Auch ein weiterer Parameter macht den Erfolg des Projektes zu diesem Zeitpunkt deutlich. Die Arbeitsunfähigkeitstage reduzierten sich bei den Teilnehmenden um 38%.

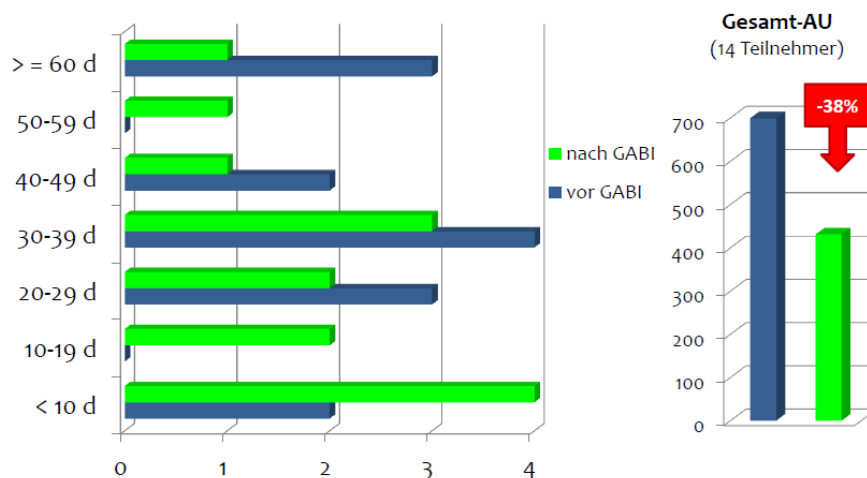


Abb. 3: AU-Zeiten (Tage/12 Mon. Im Follow-Up, Quelle: Timo Specht, Betriebliche Prävention und Betriebliches Gesundheitsmanagement ..., Folie 18.

Die Befragung der Rehabilitanden des Projektes GABI selbst war im Rahmen dieser Fallstudie aus zeitlichen und ökonomischen Gründen nicht möglich. Gleichwohl ist die Bewertung der Maßnahme durch den Rehabilitanden selbst natürlich ein wesentliches Merkmal der Qualitätssicherung und

sollte zukünftig in das Verfahren von ähnlichen Projekt-Bewertungen mit aufgenommen werden (siehe generell zum Thema: Widera, 2010, S. 153ff).

Aufgrund der Einschätzung der Führungskräfte, betrieblichen Funktionsträger und der befragten Ärzte/Ärztinnen kann an dieser Stelle aber bereits eines der entscheidenden Nachhaltigkeits-Kriterien einer gelungenen Reha-Maßnahme in der Motivation der Rehabilitanden selbst erkannt werden. Stellvertretend das Zitat einer Führungskraft dazu: „Wichtig ist, dass die Mitarbeiter, die das Programm machen (hier GABI), es selber auch wollen und mitmachen!“

5.2 Rolle der Vorgesetzten

Im Rahmen der ersten Datenerhebung zu den gebildeten Arbeitshypothesen wurden die Führungskräfte als wesentlicher Faktor benannt. Es konnten im Rahmen der Fallstudie zwei Interviews mit Führungskräften durchgeführt werden, in denen die Rolle der Vorgesetzten im betrieblichen Gesundheitsmanagement der Fa. P beleuchtet wurde.

Die aus der einschlägigen Führungsforschung bekannte Tatsache der „Sandwich-Position“, insbesondere der mittleren Führungskräfte, wurde auch hier bestätigt. Das Vermitteln zwischen Anforderungen des Unternehmens und Anforderungen der Mitarbeitenden ist für die Führungskräfte bei P alltägliche Führungsaufgabe. Hier kommt es immer dann zu Spannungen, wenn z.B. im Produktionsbereich die Zielsetzung der Erhöhung der Maschinenverfügbarkeit mit dem Gesundheits- und Fürsorgegesichtspunkt in Konflikt gerät. Hier bietet das bestehende Mitarbeitergespräch zwischen Führungskraft und Mitarbeitenden einen Ansatzpunkt, aber auch das Fehlzeitengespräch und das betriebliche Eingliederungsmanagement.

Das Problematische aller drei Instrumente ist nach unserer Einschätzung, dass je nach Ausgestaltung durch die Vorgesetzten bzw. den Personalbereich, diese für die Mitarbeitenden auch zum „Bedrohungsszenarium“ werden können, wenn es die handelnden Personen auf Unternehmensseite nicht verstehen, die Sorge um den gesundheitlichen Status des Mitarbeitenden glaubhaft in der Kommunikation zu vermitteln und eher umgekehrt bei den Mitarbeitenden die Sorge verstärken, dass sie „ausgemustert“ werden sollen. Hier sind offensichtlich – wie in anderen Unternehmen auch – noch Schulungen für die Führungskräfte notwendig, damit diese die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen als gleichberechtigtes Anliegen auch im Sinne der Unternehmensziele definieren. Voraussetzung ist allerdings auch hier, dass die Geschäftsleitung und der HR-Bereich des jeweiligen Unternehmens es verstehen, dieses Anliegen als „unternehmenskulturellen Ansatz“ glaubhaft zu vermitteln. Gerade hier liegt aber in der Praxis das Problem! Zitate aus den Interviews Führungskräfte: „Wenn die Führungskräfte es (GABI) nicht leben, wird es einschlafen“ und „das Unternehmen sollte als Treiber des Gesundheitsthemas auftreten“.

Die Wahrnehmung bzw. Ausübung der jeweiligen Führungsrolle wird somit ein entscheidendes Kriterium für gelungene Präventionsarbeit im Unternehmen.

Dem „sich kümmern“ steht nach Aussage der Führungskräfte aber entgegen, dass sie sehr stark in das Tagesgeschäft eingebunden sind. Hier dominiert dann der „Kennzahlendruck“ mit der Betonung auf Stückzahlen, Produktivität, Fehlzeiten.

Die vorhandenen hohen Führungsspannen sind nach Aussage der Führungskräfte ein weiteres Hemmnis auf dem Weg zu gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen. Der persönliche Kontakt mit den Mitarbeitenden ist bei einer Führungsspanne von 40-50 Mitarbeitenden in einem Mehr-

Schichtsystem kaum mehr möglich. Aufgrund eigener langjähriger Erfahrung mit dem Thema „Gesundheit und Führung“ vermuten wir an dieser Stelle ein entscheidendes strukturelles Hemmnis für einen präventiven Gesundheitsschutz im Unternehmen.

Ein weiterer in den Interviews genannter Sachverhalt war die offensichtliche Passivität einer Reihe von Mitarbeitenden dem Thema Gesundheit und Arbeitssicherheit gegenüber. Führungskräfte stellen eine fehlende Bereitschaft zur „Verantwortungsübernahme“ auf Seiten mancher Beschäftigten fest. „Man hält sich an Regeln, ja, aber mir fehlt die Eigenverantwortung und auch Eigeninitiative mancher Mitarbeiter“.

5.3 Unternehmenskultureller Kontext

Die Ausgestaltung des unternehmenskulturellen Kontextes wird durch Instrumente (Strukturelemente) und habitualisierte Handlungen innerhalb der Anwendung dieser Strukturelemente institutionalisiert. Im Folgenden werden die bei P erkennbaren Institutionen auf ihren Beitrag zum Projekterfolg hin untersucht und bewertet.

➤ Das jährliche Mitarbeitergespräch

Obwohl von der Ausrichtung eher pragmatisch auf Unternehmens-, Team- und Mitarbeiterziele ausgerichtet, bietet es doch zu Beginn der Protokollbögen die Möglichkeit, im Rahmen eines allgemeinen Rückblicks auch das Thema Work-Life-Balance anzusprechen.

Damit gibt es in diesem jährlichen Regelgespräch zumindest die Möglichkeit, Gesundheitsthemen anzusprechen, obwohl das Thema gesundheitliche Belastung – je nach Einstellung der Führungskraft – in diesem Gespräch auch zu kurz kommen kann.

➤ Der Fehlzeitenprozess

Ein durchstrukturierter Fehlzeitenprozess (3 Phasen) greift bei P schon bei der ersten Fehlzeit, und zwar in Form eines informellen Rückkehrgesprächs zwischen Führungskraft und Mitarbeiter/-in in der ersten Phase. Es geht dabei im ersten Schritt um die Vergewisserung auf Seiten der Führungskraft, dass alles beim Mitarbeitenden wieder in Ordnung ist und er wie bisher seiner Arbeit nachgehen kann.

Die zweite Phase setzt bei der dritten krankheitsbedingten Abwesenheit innerhalb von 6 Monaten ein.

Hier wird durch einen protokollierten Dialog (**Fehlzeitengespräch 1**) zwischen Führungskraft und Mitarbeitenden nach einer Lösung bzw. Unterstützungsmöglichkeit für die Krankheitsproblematik gesucht. Wenn die Voraussetzungen vorliegen, ist ein BEM anzubieten bzw. auf das Projekt GABI hinzuweisen. Sollte es ab diesem Zeitpunkt zu zwei wiederholten Fehlzeiten innerhalb der folgenden 6 Monate kommen, wird im Anschluss an die aufgetretene Fehlzeit ein weiterer Dialog (**Fehlzeitengespräch 2**) geführt. Dieses Gespräch wird unter Beteiligung des HR-Bereiches geführt und auch von diesem protokolliert. Ziel ist auch hier die Lösung der offensichtlichen Gesundheitsproblematik, aber auch bereits mögliche Konsequenzen von weiteren Fehlzeiten aufzuzeigen. Wieder ab Zeitpunkt dieses Gespräches gerechnet, findet nach einer zweiten aufgetretenen Fehlzeit innerhalb von 6 Monaten das sog. **Fehlzeitengespräch 3** statt. Wiederum ist, wenn die Voraussetzungen vorliegen, ein BEM anzubieten. Sollte keine

einvernehmliche Lösung der Gesundheitsproblematik durch Angebote seitens des Unternehmens und der Zustimmung des Mitarbeitenden erkennbar sein, bietet das Unternehmen in diesem Gespräch auch die Möglichkeit einer einvernehmlichen Trennung an. Nach Auskunft des Betriebsrates mussten an dieser Stelle aber keine Trennungen aus gesundheitlichen Gründen vereinbart werden. Das Instrument dient eher dazu, einvernehmliche Auflösungsverträge im gemeinsamen Interesse zu schließen (z.B. Veränderungswunsch von jüngeren MA, vorzeitiger Wunsch nach Ruhestand bei älteren MA).

Aus unserer Sicht ist eine konsequente Durchführung des oben beschriebenen Fehlzeitenprozesses ein strukturell wichtiges Moment der Berechenbarkeit für alle Seiten.

➤ Social responsibility process

Aus der Tradition des dänischen Familienunternehmens heraus, welches sich in den letzten Jahren zu einem international agierenden Konzern entwickelt hat, ist P in diesem Zusammenhang bemüht, auch leistungsgeminderten Personen einen Verbleib im Unternehmen zu bieten. Im Rahmen des „Process for a healthy return to work“ werden unternehmensweite Standards definiert, welche sicherstellen sollen, dass Mitarbeiter/-innen einen ihrem Leistungsvermögen entsprechenden Arbeitsplatz erhalten, so dass auch bei gemindertem Leistungsvermögen eine Fortsetzung des Beschäftigungsverhältnisses erfolgen soll, ggf. mit Anpassung (adjustment) des Arbeitsplatzes. Auch dieses Verfahren kann als positives Strukturelement im institutionellen Gefüge des „kulturellen Miteinanders“ gewertet werden.

➤ Leadership principles

Die kurz gehaltenen P-Führungsleitlinien nehmen nicht ausdrücklich Bezug auf das Thema der gesundheitlichen Prävention. Die „headlines“ dieser Leitlinien sind: „You are present“, „You inspire passion, curiosity and joy“, „You empower people“, „ You build high-performing teams“, „You invent tomorrow“. Zumindest aus dem Punkt „You build high-performing teams“ kann man gegebenenfalls ableiten, dass die Zufriedenheit der Mitarbeitenden (und damit indirekt ihr gesundheitlicher Zustand) eine Rolle im Leistungsprozess spielt. Hier heißt es u.a.: So you “create mutual commitment” und “value diversity and create an inclusive working environment”.

➤ Freiwillige Betriebsvereinbarung Ausgaben zur Gesundheitsförderung und Familienfreundlichkeit

Aus unserer Sicht ist die 2010 geschlossene Betriebsvereinbarung ein wesentlicher struktureller Faktor für das Gelingen des Projektes GABI gewesen. In der Präambel der freiwilligen Betriebsvereinbarung wird ausdrücklich Bezug genommen auf den Zusammenhang zwischen Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft der Belegschaft auf der einen und dem wirtschaftlichen Erfolg des Unternehmens auf der anderen Seite. Hier heißt es: „Der Schutz der Belegschaft bei der Arbeit und die gesundheitsfördernde Gestaltung der Arbeitsbedingungen hat eine große Bedeutung und muss in die betrieblichen Prozesse integriert werden.“ Ausdrücklich nennt die Betriebsvereinbarung dabei auch den Wunsch des Unternehmens, seine Mitarbeitenden zu motivieren, „dass sie durch gesundheitsförderndes Verhalten innerhalb und außerhalb des Betriebes in eigener Verantwortung selbständig und aktiv zum Gesundheitsschutz beitragen“.

Auch die Unterstützung in finanziellen Notlagen wird durch Kooperation mit einer externen Serviceagentur angeboten und ebenfalls über die Mittel, die das Unternehmen bereitstellt (ca. 50.000 €/Jahr) finanziert.

Im Rahmen des Projekts GABI wurden aus den zur Verfügung stehenden Mitteln auch die Gesundheitschecks in der Fachklinik finanziert. Über die Verwendung der Mittel beschließt der Steuerkreis Gesundheitsmanagement.

➤ Umgang mit dem demografischen Faktor: Flexibilisierung und Qualifikation

Ein weiterer Grund für das gute Miteinander im Unternehmen liegt nach Meinung des Betriebsrates auch in der flexiblen Arbeitszeitregelung und dem Bemühen, die Qualifikation der Beschäftigten möglichst vielseitig zu gestalten, da nur so der Einsatz an unterschiedlichen Arbeitsplätzen mit ihren unterschiedlichen Herausforderungen langfristig zu sichern ist. Erleichternd kommt an dieser Stelle für alle Beteiligten hinzu, dass es keine akkordabhängige Bezahlung, sondern einen Zeitlohn gibt. Für uns erkennbar ist an dieser Stelle, dass es positiv für die Behandlung des Gesundheitsthemas ist, wenn sich das Unternehmen den Herausforderungen des demografischen Wandels durch Anpassung der Arbeitsbedingungen und Verbesserung der Qualifikation der Mitarbeitenden stellt.

➤ Integriertes Managementsystem (IMS)

Zur Orientierung in der täglichen Arbeit verfügt das Unternehmen über ein integriertes Managementsystem (IMS). Hier heißt es u.a.: „Wir erwarten, dass unsere Partner und unsere Mitarbeiter ihr Bewusstsein am Standort hinsichtlich Umweltauswirkungen, Energieeffizienz, Produktqualität und Arbeitssicherheit ständig erweitern und sich durch persönliches Engagement, einen Blick „über den Tellerrand und für größere Verantwortungsübernahme sowie eine positive Entwicklung einsetzen.“

Es heißt weiter in der IMS: „P trägt die Verantwortung, allen Mitarbeitern, insbesondere Mitarbeitern mit Behinderungen, einen gesunden Arbeitsplatz zu geben und sie darüber hinaus zu einer gesunden Lebensweise zu motivieren.“ Auch dieses handlungsleitende Instrument kann als ein unterstützender Faktor bei dem Erfolg von Projekten wie GABI gewichtet werden.

➤ Projekt „Heute für Morgen“

Entscheidenden Einfluss auf das Projekt GABI hatte das Projekt „Heute für Morgen“. Zentrales Thema dieses Projektes im Unternehmen war es, ein Konzept zu entwickeln, um für Mitarbeiter Arbeitsplatzlösungen zu finden, die den Interessen der betroffenen Mitarbeiter und denen der Firma gerecht werden. Aufgabe der Projektgruppe war es laut einer internen Veröffentlichung: ...“als Baustein des Gesundheitsmanagements Instrumente und Verfahren zu entwickeln, um die sich verändernden Fähigkeiten der Mitarbeiter und die sich wandelnden Anforderungen der Arbeit strukturiert in Einklang zu bringen.“

Aus diesem Ansatz entwickelte sich dann ab 2012 der systematische Profilabgleich zwischen Arbeitsplatz und Arbeitsfähigkeit der Mitarbeitenden und die Kooperation mit der A-Klinik. Hierzu investierte das Unternehmen in das Dokumentations- und Profilvergleichsverfahren IMBA/MARIE, welche die spätere Durchführung des Projektes GABI erst ermöglichte. Allerdings ist es für mittelständische Unternehmen dieser Größenordnung schwierig, die Einrichtung des Programms

(Profiling der Arbeitsplätze) durch entsprechend qualifizierte Mitarbeitende flächendeckend vorzunehmen. Hier entstehen nach Aussage des Personalbereichs hohe Zeitbedarfe und Kosten.

5.4 Kontext Fachklinik

Uns interessierte an dieser Stelle, welche projektspezifischen Umsetzungs- und Rahmenbedingungen es für GABI aus Sicht der Fachklinik gab und welche erfolgskritisch für das Projekt bzw. ähnliche Projekte sein können. Hierzu wurde uns vom Träger der Reha-Klinik, der Deutschen Rentenversicherung Nord (DRV Nord), die erarbeitete Strategie Rehabilitation 2020 zur Verfügung gestellt. Im Gespräch mit der Stabsstelle Reha-Strategie bei der DRV Nord wurde deutlich, dass Die DRV Nord die Kooperation zwischen Betrieben und Reha-Kliniken strategisch unterstützt. Hierzu gibt es u.a. Mustervereinbarungen. Auch die Kooperation mit Betriebs- und Werksärzten/-ärztinnen ist ein zentraler Fokus der DRV Nord. Hier möchte man von Seiten der Rentenversicherung erreichen, dass der konkrete Rehabilitationsbedarf vor allem über die Betriebsärzte erhoben wird. Im Folgenden werden die o.g. Instrumente dargestellt und für das Projekt bewertet.

➤ Das Strategiekonzept der DRV Nord

Neue Anforderungen für die gesetzliche Rentenversicherung ergaben sich insbesondere aus dem 2015 verabschiedeten Präventionsgesetz (PrävG), dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) von 2016, dem Vergaberechtsmodernisierungsgesetz (VergModG) vom April 2016 sowie dem Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz). Vor dem Hintergrund dieser gesetzlichen Veränderungen entwickelte die DRV Nord in einem diskursiven Prozess unter Beteiligung ihrer eigenen Kliniken und des Stiftungslehrstuhls „Rehabilitation in der Arbeitswelt“ der Universität Lübeck ein Strategiepapier. (DRV Nord, Strategiekonzept: Rehabilitation 2020).

Zu den Kernzielen der DRV Nord zählt u.a., dass Versicherte mit Bedarf an Prävention oder Rehabilitation frühzeitig identifiziert werden, Zugangsbarrieren abgebaut und die Leistungen am individuellen Bedarf der Versicherten ausgerichtet werden (Strategiekonzept 2020, S.5).

Zur Umsetzung dieser Ziele wurden neun Handlungsfelder identifiziert und in drei Bereiche eingeteilt:

- Information, Bedarfserkennung, Zugang und Leistungsallokation
- Ausgestaltung von Leistungen
- Qualitätssicherung und Evidenzbasierung von Leistungen

Aus Sicht des in unserer Fallstudie verwendeten rollenbasierten Ansatzes ist interessant, dass die DRV Nord die erkannten Defizite im Handlungsfeld „Information und Beratung zur Prävention und Rehabilitation“ nicht nur in Zusammenhang bringt mit den Versicherten selbst, sondern vor allem auch mit den Rollen der „gatekeeper“ wie niedergelassene Ärzte/Ärztinnen, Betriebs- und Werksärzte/-ärztinnen, Sozialdiensten in medizinischen Einrichtungen, Arbeitgebern und Verantwortlichen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Die Handlungen dieser Personenkreise können „... Leistungsanspruchnahmen erschweren oder sogar verhindern und damit zur Zugangsbarriere werden ...“ (ebenda, S.29).

Beim zweiten Handlungsfeld „Ausgestaltung von Leistungsfeldern“ geht es speziell um die Ausrichtung am individuellen Bedarf der Rehabilitanden. In der Fachklinik A, welche eine der vier eigenen Rehabilitationszentren der Deutschen Rentenversicherung Nord ist, gab es eine solche Strategie durch die vorhandene medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) zum Zeitpunkt des Projektes GABI bereits als Angebotsleistung. In Kombination mit dem bereits im Unternehmen vorhandenen IMBA-Verfahren ergab sich so eine gute institutionelle Voraussetzung zur methodisch angemessenen und erfolgreichen Projektdurchführung.

Für die Sicherstellung des Erfolges von Rehabilitationsmaßnahmen sieht die DRV Nord in ihrem Strategiepapier Nachsorgemaßnahmen insbesondere für Teilnehmende an einer MBOR als wesentlich an. Das Strategiepapier sieht in diesem Handlungsfeld u.a. die Begleitung von stufenweiser Wiedereingliederung mit hohem Abbruchrisiko und die Entwicklung und Erprobung eines Fallmanagements bei psychosomatischen Patienten mit Reintegrationsbarrieren vor (ebenda, S.47).

Im dritten Handlungsfeld fordert das Strategiepapier dann auch folgerichtig die Förderung der Prozessevaluation, die Untersuchung rehabilitativer Versorgungsketten und die Förderung qualitativer Studien, „z.B. um Schnittstellenprobleme zu identifizieren und individuelle Integrations- und Desintegrationskarrieren zu rekonstruieren.“ (ebenda, S. 5).

Erkennbar wird hier, dass **diskursive Prozesse** und die gemeinsam **erarbeiteten Ziele** innerhalb des Trägers DRV Nord und damit auch in der trägereigenen Reha-Klinik eine nicht unbedeutende Hintergrundfolie für die Durchführung von ähnlichen Projekten wie GABI sein können.

- Bestehende Vereinbarung mit Betriebsärzten/-ärztinnen und arbeitsmedizinischem Dienst

Ein weiterer Kontext-Faktor im Umfeld des Projektes GABI ist die bestehende Vereinbarung der DRV Nord mit dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. , Berufsverband Deutscher Arbeitsmediziner (VDBW e.V.) aus dem Jahre 2011. Ziel der Vereinbarung ist es, den Rehabilitationsbedarf von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern frühzeitig zu erkennen, eine adäquate Rehabilitationsleistung durchzuführen und den Erfolg der Maßnahmen zu sichern (Vereinbarung zur Einbindung von Betriebs- und Werksärzten in den Rehabilitationsprozess zwischen DRV und VDBW, Lübeck 2011, S. 2ff, siehe Anlage).

Schließlich dient die Vereinbarung auch dazu, die Rolle der Betriebsärzte/-ärztinnen im Prozess der Rehabilitation bei Vorbereitung und Einleitung der Leistung zur Teilhabe, Durchführung der Rehabilitation und nach Abschluss der Rehabilitation näher zu beschreiben und institutionell abzusichern. Zusätzlich wird die aus unserer Sicht zentrale intermediäre Rolle der Betriebsärzte/-ärztinnen dadurch gefördert, indem in §5 „Ergänzende Regelungen“ die Aufgaben der DRV Nord beschrieben werden, Informationen über das Spektrum von Rehabilitationsleistungen für die Betriebsärzte/-ärztinnen zur Verfügung zu stellen, Ergebnisse der Kooperation in gemeinsamen Veranstaltungen auszuwerten sowie die vorhandenen Organisationsstrukturen des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes und des betrieblichen Gesundheitswesens für die Zusammenarbeit zu nutzen. Mit der ausdrücklichen Einbindung der Betriebs- und Werksärzte/-ärztinnen werden Weichenstellungen vorgenommen, die es diesen Rollenträgern zumindest ermöglichen, die Ausprägung der eigenen Rolle, z.B. durch die Nutzung der Betreuungsoptionen in der DGUV Vorschrift 2 in Abstimmung mit dem Unternehmen und der Arbeitssicherheit noch konsequenter zu

nutzen. So können dann nicht nur die Muss- und vielleicht noch Soll-Erwartungen in Rollenhandeln umgesetzt werden, sondern auch Kann-Erwartungen und damit proaktives Handeln bei der Begleitung von Gesundheitsprozessen im Unternehmen (z.B. mittels Präsenz und Ansprechbarkeit vor Ort sowie Nachsorgemöglichkeiten im Rahmen der ausgehandelten und vereinbarten Betreuungszeiten).

- Bestehende Muster zur Verzahnung der betriebsärztlichen Betreuung im Unternehmen und der medizinischen Rehabilitation

Die vorhandenen Vertragsmuster der DRV Nord für die Ausgestaltung der vertraglichen Reha-Vorbereitungs- und Durchführungsbedingungen zwischen Unternehmen und Reha-Einrichtung sehen einen ausdrücklichen Informationsaustausch zwischen der Reha-Einrichtung und dem betriebsärztlichen Dienst vor. Insbesondere die Kenntnis der Arbeitsplatzsituation im Betrieb ist dabei für die Reha-Mitarbeitenden von hoher Wichtigkeit. Umgekehrt ist die Kenntnis der Reha-Möglichkeiten der Klinik für die Einschätzung des betriebsärztlichen Dienstes von hoher Bedeutung. In Absatz 4 der Vereinbarung heißt es: „Mit der Kenntnis der konkreten Arbeitsplatzbedingungen und Belastungsfaktoren kann das Trainingsprogramm gezielt auf die Anforderungen des Arbeitsplatzes hin gestaltet werden“. Dieses Vorgehen ist sicher ein weiteres wichtiges institutionelles Merkmal einer erfolgreichen Rehabilitationsmaßnahme.

Die hier beschriebenen institutionellen Voraussetzungen unterstützen als Rahmen aus unserer Sicht das spezifische Rollenhandeln der Fachärzte/-ärztinnen der Klinik.

6. Schlussfolgerungen zur Übertragbarkeit der Ergebnisse und weiterführende Fragestellungen

Die Eingangs lokalisierten zentralen handelnden Institutionen im Projekt GABI (BGM, Betriebsärztin, Reha-Klinik) und ihre Handlungskonzepte – genauso wie die konkretisierten habitualisierten Handlungen der institutionellen Positionsträger innerhalb dieser Institutionen sind – wie aufgeführt – nicht unabhängig vom sie umgebenden kontextuellen Umfeld zu bewerten.

Die für uns im Rahmen dieser Studie erkennbaren, entscheidenden strukturellen Erfolgsfaktoren der Zusammenarbeit im Projekt GABI sind vor diesem Hintergrund die Professionalität der Positionsinhaber, ihre intrinsische Motivation und ihr Eingebundensein in jeweilige kontextuelle Zusammenhänge, die ausdrücklich normative Standards setzen, welche dem Thema der Rehabilitation im Sinne einer „best practice“ angemessen sind:

- Für die zentrale Institution des BGM erweist sich – neben der eigenen professionellen Aufstellung – ein unternehmenskulturelles Umfeld mit seinen verschiedenen Instrumenten/Institutionen als förderlich, dass den Vorteil des „gemeinsamen Vereinbarens und Handelns“ als zentral erlebbar für alle oder zumindest die überwiegende Mehrheit der Mitarbeitenden und Führungskräfte macht. Hierbei kommt insbesondere den Führungskräften eine besondere Funktion zu, da sie die Chance haben, nahe beim Mitarbeitenden und seinen Bedürfnissen zu sein und zu erkennen, wenn es gesundheitliche Probleme im Arbeitszusammenhang gibt. Damit die unmittelbaren Vorgesetzten ihre Funktion aber auch wahrnehmen können, ist die angemessene Gestaltung der Führungsspannen im Unternehmen (in Abhängigkeit von Aufgabenvielfalt und Arbeitsinhalten in einem Bereich) eine notwendige Aufgabe für das Personalwesen. Durch

eine entsprechende Qualifikation der Führungskräfte zum Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit können dadurch sowohl wertvolle Impulse für das Erkennen von gesundheitlichen Problemlagen als auch für deren nachhaltige Beseitigung gegeben werden. Indem die Führungskräfte ihr Rollenhandeln nicht nur an klassischen Muss-Erwartungen (z.B. Kennzahlenerreichung) ausrichten, sondern auch Soll- und Kann-Erwartungen (z.B. Präventionsaufgaben, Ziele und Wünsche von Mitarbeitenden) berücksichtigen, werden Sie zu internen Treibern einer gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, welche langfristig die Erreichung der Leistungsziele des Unternehmens sicherstellt. Wesentlich ist, dass die Unternehmensleitung hier klare Aussagen trifft und Instrumente bereitstellt. Dies ist im vorliegenden Fall weitestgehend gegeben. Allerdings sehen wir hier aus unseren Erfahrungen in anderen Zusammenhängen eine große Aufgabe für das BGM eines Unternehmens, den Zusammenhang zwischen Leistungserbringung und Gesundheit zu einem dauerhaften Führungsthema zu machen und hier Motivationsarbeit im Unternehmen zu leisten. Dies ist nicht „by the way“ leistbar.

- Die zentrale Institution Betriebs-/Werkarzt/-ärztin

Die Betriebsärztin im vorliegenden Projekt zeichnet sich sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdwahrnehmung durch eine hohe intrinsische Motivation aus. Diese zeigte sich u.a. dadurch, dass sie eine hohe zeitliche Verfügbarkeit für das Unternehmen und die zu betreuenden Mitarbeiter/-innen ermöglichte. Die Wahrnehmung der Betreuung im Rahmen der DGUV Vorschrift 2 wurden zusätzlich genutzt, die Ziele des Projektes GABI betriebsintern zu kommunizieren. Die professionelle und engagierte Wahrnehmung der Schnittstelle zwischen dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement des Unternehmens und der Fachklinik ist aus unserer Sicht eine der entscheidenden Bedingungen für das Gelingen ähnlicher Kooperationsprozesse.

- Die zentrale Institution Fachklinik

„Wir machen es mal so, wie es eigentlich sein sollte“.

Die Möglichkeit, es dann auch in der Praxis so machen zu können, basierte im Projekt GABI sicher auch mit auf dem Erkennen von Möglichkeiten, die im jeweiligen trägerspezifischen Umfeld gegeben sind. Dass diese Möglichkeiten vorhanden waren, haben wir weiter oben dargelegt.

Auch hier spielte die hohe intrinsische Motivation der Klinikärzte/-ärztinnen eine große Rolle. Die Aussage, dass man es so machen wolle, wie es sein sollte, verweist natürlich umgekehrt auf das Problem, dass es auch „weniger gut geht“. Diese Gefahr ist dann gegeben, wenn weniger erfahrenes Personal die Analyse der Belastungen bei den Mitarbeiter/-innen vornimmt und kein geeignetes Instrumentarium (z.B. aus zeitlichen Gründen) zur Verfügung steht.

Entscheidend ist nach unserer Ansicht hier weiter, dass die Klinikärzte/-ärztinnen und die behandelnden Physiotherapeuten/-innen über eine ausreichende Kenntnis der Arbeitsplätze vor Ort im Unternehmen verfügen. Unbedingt erforderlich ist aus unserer Sicht auch der Profilagebgleich zwischen Arbeitsplatzanforderungen und Leistungsvermögen der Mitarbeiter/-innen des Unternehmens, so wie es im vorliegenden Projekt möglich war.

Mit diesen Voraussetzungen war es schließlich auch möglich, die schon in der Studie der Medizinischen Hochschule Hannover (Merkmale einer guten und erfolgreichen Reha-Einrichtung, 2014) als Reha-Erfolgskriterium geforderte Passung zwischen Anforderungen der Rehabilitanden und therapeutischem Angebot zu erreichen.

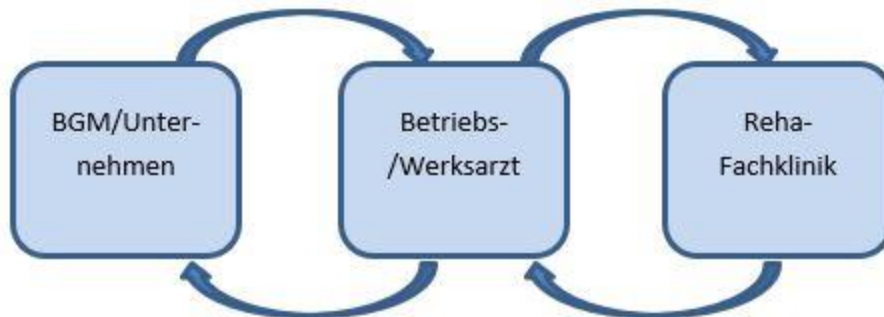
In der zusammenfassenden Wertung ist festzuhalten, dass die folgenden personenbezogenen Variablen für das Gelingen des Projektes maßgebliche Auswirkungen hatten:

1. Der vertrauensvolle Umgang und die offene Kommunikation unter den beteiligten Rollenträgern der zentralen Institutionen BGM, Betriebsärztin und Fachklinik.
2. Die hohe intrinsische Motivation der beteiligten Positionsinhaber in den zentralen Institutionen BGM, Betriebsärztin und Fachklinik sowie deren Anspruch, nicht nur Muss-, sondern auch Soll- und Kann-Erwartungen an ihre Rollen proaktiv selbst zu gestalten im Sinne von „die Sache richtig machen, wie es sein soll!“
3. Die Motivation der Rehabilitanden selbst als ein unverzichtbarer Erfolgsparameter in der Zusammenarbeit aller Beteiligten. Diese wird durch eine Transparenz und Verständlichkeit bei der Erläuterung von Reha-Zielen und Umsetzungsmaßnahmen gefördert.

Darüber hinaus sind es die nachstehend neun genannten Kontext-Variablen in Abb. 4 aus dem sozio-kulturellen Umfeld des Unternehmens und der Reha-Klinik, die aus unserer Sicht den wesentlichen strukturellen Zusammenhang des Erfolges von GABI ermöglichten.

Sozio-Kulturelles Umfeld **Unternehmen**

- Prävention als gesundheitliches u. ökonomisches Unternehmensziel
- Kooperation von Unternehmensleitung u. Betriebsrat
- Schulung der FK zum Einsatz gesundheitsbezogener Führungs-Instr.
- Offene Kommunikation im Unternehmen zu Projektzielen
- Profilabgleich Arbeitsplätze /Mitarbeitende



Sozio-Kulturelles Umfeld **Reha-Klinik**

- Ganzheitliche Reha- Strategien incl. geeigneter Instrumente
- Kenntnisse der betrieblichen Arbeitsplätze und der Belastungen
- Passung herstellen: Profilabgleich und therapeutisches Angebot
- Vertragliche Vereinbarungen zwischen den beteiligten zentralen Institutionen

Abb. 4 Zentrale Institutionen und Soziokulturelles Umfeld: Strukturelle Erfolgsfaktoren der Kooperation zwischen Betrieblichem Gesundheitsschutz und Reha-Klinik im Projekt GABI.

Diese Kontext-Variablen sind neben dem aufgezeigten personalen Rollenhandeln der Beteiligten aus unserer Sicht auch die Gestaltungsfaktoren bei der **Übertragbarkeit der Erfahrungen** aus dem Projekt GABI auf andere Kooperationen zwischen betrieblichem Gesundheitsschutz und Reha-Einrichtungen.

7. Literaturverzeichnis

Berger, Peter L./Luckmann, Thomas: Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit, Frankfurt 1969, Aufl. 1982.

Dahrendorf, Ralf: Homo Sociologicus, Köln u. Opladen 1965.

Strategiekonzept: Rehabilitation: DRV Nord (Hg.), 2020, o.J., o.O.

Giddens, Anthony: Die Konstitution der Gesellschaft. Grundzüge einer Theorie der Strukturierung, Frankfurt/New York 1988.

MeeR, Merkmale einer guten und erfolgreichen Reha-Einrichtung, Abschlussbericht für DRV Nord, Medizinische Hochschule Hannover, 2014

Peukert, Rüdiger: Soziale Rolle, in: Schäfers, Bernhard/Kopp, Johannes (Hg.), Grundbegriffe der Soziologie, 9. Aufl. 2006.

Specht, Timo u.a.: „Um den mache ich mir Sorgen“ – Erfolgreiches Kooperationsprojekt „Grundfos-Aukrug zur Erhaltung der Beruflichen Integration“, in: Bewegungstherapie und Gesundheitsreport 2015, 31.

Specht, Timo: Betriebliche Prävention und Betriebliches Gesundheitsmanagement. Erfolgreich auch im Ein-Jahres-Verlauf durch somatische und psychosomatische Diagnostik, Vortrag auf dem 25. Reha-Wissenschaftlichen Kolloquium, Aachen, 1.3.2016.

Strübing, Jörg: Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirischen begründeten Theoriebildung, 2. erw. Auflage, Wiesbaden 2008.

Widera, Theresa: Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung – neue Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung, in RVaktuell 4/2010, S. 153ff.

Yin, R. K.: Case study Research. 5. Auflage. Sage Publications, 2009.

8. Anlagenverzeichnis

ENTWURF Vereinbarung über ein Projekt zur Verzahnung der betriebsärztlichen Betreuung und der medizinischen Rehabilitation.

Group Social Responsibility

Freiwillige Betriebsvereinbarung Ausgaben zur Gesundheitsförderung und Familienfreundlichkeit

Leadership Principles

Mitarbeitergespräch 2018

Prozess Fehlzeitengespräch bei GWP

Vereinbarung der DRV Nord mit dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V., Berufsverband Deutscher Arbeitsmediziner (VDBW e.V.), Lübeck 2011.

abgeschlossen September 2018; aktualisiert November 2020.