

Betriebliches Eingliederungsmanagement: Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX

Niehaus, Mathilde; Marfels, Britta; Vater, Gudrun; Magin, Johannes;
Werkstetter, Eveline

Veröffentlichungsversion / Published Version
Forschungsbericht / research report

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Niehaus, M., Marfels, B., Vater, G., Magin, J., & Werkstetter, E. (2008). *Betriebliches Eingliederungsmanagement: Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX*. (Forschungsbericht / Bundesministerium für Arbeit und Soziales, FB374). Köln: Bundesministerium für Arbeit und Soziales; Universität Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät, Department Heilpädagogik und Rehabilitation Professur für Arbeit und berufliche Rehabilitation. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-265779>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



Betriebliches Eingliederungsmanagement

Studie zur Umsetzung des Betrieblichen
Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX

Auftraggeber

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Wissenschaftliche Projektleitung

Prof. Dr. Dr. Mathilde Niehaus

Projektteam

Dr. Britta Marfels (Universität zu Köln)

Dipl.-Psych. Gudrun E. Vater (Universität zu Köln)

Dipl.-Psych. Johannes Magin (Unternehmensberatung Magin, Undorf)

Dr. Eveline Werkstetter (Unternehmensberatung Magin, Undorf)

Universität zu Köln 2008



Zitationshinweis:

Niehaus, M., Magin, J., Marfels, B., Vater, E.G. & Werkstetter, E. (2008).
Betriebliches Eingliederungsmanagement. Studie zur Umsetzung des Be-
trieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX. Köln.

Korrespondenz:

Prof. Dr. Dr. Mathilde Niehaus

Universität zu Köln

Lehrstuhl für Arbeit und Berufliche Rehabilitation

Herbert-Lewin-Str. 2

50931 Köln

Mail: arbeit-reha@uni-koeln.de

Dank für Unterstützung

Das Forschungsteam bedankt sich für die ausgezeichnete Unterstützung und Zusammenarbeit bei dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, bei der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, bei den Interviewpartnerinnen und -partnern aus den Projekten der Initiative „job-Jobs ohne Barrieren“, bei den Ansprechpartnerinnen und -partnern aus den Betrieben, die sich für die vertiefenden Interviews zur Verfügung gestellt haben sowie bei zahlreichen Verbänden und Initiativen, die mit ihren Hinweisen auf das Forschungsprojekt und insbesondere auch auf die Online-Befragung zur Resonanz beigetragen haben.

Besonderer Dank gilt allen, die sich an der bundesweiten schriftlichen bzw. Online-Befragung und der Befragung in der Zeitschrift „Behinderte Menschen im Beruf“ (ZB) beteiligt haben.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	6
1.1 Phase der Einführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM)	9
1.2 Forschungsauftrag	11
2 Methodik	13
2.1 Forschungskonzept	13
2.2 Erhebungsstrategien	13
2.2.1 Bundesweite schriftliche und Online-Befragung von Betrieben, Unternehmen und Dienststellen	13
2.2.2 Bundesweite Befragung in der Zeitschrift „Behinderte Menschen im Beruf“ (ZB)	19
2.2.3 Interviews mit Expertinnen und Experten der Projekte zur Initiative des BMAS „job - Jobs ohne Barrieren“ zum § 84 Abs. 2 SGB IX	19
2.2.4 Interviews mit betrieblichen Expertinnen und Experten	22
2.3 Datenauswertung	22
3 Beschreibung der Stichproben	23
3.1 Bundesweite schriftliche und Online-Befragung von Betrieben, Unternehmen und Dienststellen	23
3.2 Bundesweite Befragung in der Zeitschrift „Behinderte Menschen im Beruf“ (ZB)	27
3.3 Interviews mit Expertinnen und Experten der Projekte zur Initiative des BMAS „job-Jobs ohne Barrieren“ zum § 84 Abs. 2 SGB IX	29
3.4 Interviews mit betrieblichen Expertinnen und Experten	31
4 Ergebnisse	33
4.1 Verbreitung und Umsetzungsstand	33
4.1.1 Bundesweite schriftliche und Online-Befragung von Betrieben, Unternehmen und Dienststellen	33
4.1.2 Bundesweite Befragung in der Zeitschrift „Behinderte Menschen im Beruf“ (ZB)	35
4.1.3 Interviews mit Expertinnen und Experten der Projekte zur Initiative des BMAS „job-Jobs ohne Barrieren“ zum § 84 Abs. 2 SGB IX	38
4.2 Methoden im BEM	39
4.2.1 Kommunikation	40
4.2.2 Gesetzliche Vorgaben und Datenschutz	42

4.2.3 Systematisierung und strukturelle Bedingungen	51
4.2.4 Externe Unterstützung	53
4.2.5 Maßnahmen im Einzelfall	56
4.2.6 Multivariate Untersuchung des Zusammenhangs zwischen betrieblichen Maßnahmen zur Integration erkrankter Beschäftigter und der Durchführung des BEM	58
4.3 Bereitschaft der Arbeitgeber zur Schaffung von Rahmenbedingungen für gesundes Altern im Betrieb durch BEM und andere Präventionsmaßnahmen	61
4.4 Bereitschaft der Arbeitnehmer am BEM teilzunehmen und Maßnahmen des BEM zuzustimmen	69
4.4.1 Bereitschaft der betroffenen Beschäftigten einem BEM zuzustimmen	71
4.4.2 Bedeutung einer Vertrauenskultur für die Zustimmungsbereitschaft zum BEM	77
4.4.3 Bereitschaft betroffener Beschäftigter, an konkreten Maßnahmen der beruflichen Wiedereingliederung teilzunehmen	79
4.4.4 Möglichkeiten der Förderung der Zustimmungsbereitschaft der Beschäftigten zum BEM	81
4.5 Auswirkungen der eingesetzten Verfahren im BEM	84
4.5.1 Ein Modell der Wirkfaktoren für die Bewertung des BEM	86
4.5.2 Erfolgskriterien des BEM: Fehltage, Leistungsfähigkeit und Erwerbsbeteiligung	88
4.5.3 Berichtete Effekte des Betrieblichen Eingliederungsmanagements	93
4.5.4 Bewertung der BEM-Effekte unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten	99
4.5.5 Bewertung der BEM-Effekte unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten	105
5 Zusammenfassung und Diskussion	110
Literaturverzeichnis	122
Tabellenverzeichnis	127
Abbildungsverzeichnis	128

1 Einleitung

Seit dem 1.5.2004 ist mit dem § 84 Abs. 2 SGB IX das Gesetz über das Betriebliche Eingliederungsmanagement in Kraft. Ihm vorausgegangen war die gesetzliche Verankerung der Bestimmung über die Prävention in § 84 Abs. 1 SGB IX sowie die Bestimmung über die Integrationsvereinbarung in § 83 SGB IX.

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement ist damit in einer Reihe präventiver Instrumente zu sehen, die auf die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten im Betrieb abzielen. Ergänzend zu den seit vielen Jahren bestehenden Regelungen zur Ausgleichsabgabe sind mit den Instrumenten Integrationsvereinbarung, Prävention und Betriebliches Eingliederungsmanagement Wege gewiesen worden zu einer betrieblichen Präventions- und Integrationsarbeit, die direkt in betriebliche Abläufe eingreift.

Das Instrument der Integrationsvereinbarung sieht vor, dass zwischen Arbeitgeber und Schwerbehindertenvertretung betriebliche Handlungsfelder der Integration schwerbehinderter Beschäftigter, wie beispielsweise die Ausbildung behinderter Menschen, die Förderung der beruflichen Qualifizierung für schwerbehinderte Beschäftigte, besondere Förderung schwerbehinderter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter usw., beschrieben und konkrete Ziele definiert werden. Damit greifen Integrationsvereinbarungen den Ansatz von Zielvereinbarungen auf, mit dem immer mehr Betriebe ihre Ziele definieren und ihr Management anhand dieser Ziele ausrichten. Betriebe werden seit Einführung des Instruments Integrationsvereinbarung dabei beraten und unterstützt, Zielvereinbarungen zur Integration zu entwickeln, auszuhandeln und abzuschließen (vgl. u.a. Feldes, 2003; Niehaus & Schmal, 2005).

Die Bestimmungen des § 84 Abs. 1 SGB IX zur Prävention zielen darauf ab, Kündigungen schwerbehinderter Beschäftigter zu vermeiden und so die möglichst dauerhafte Fortsetzung des Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnisses zu sichern. Nach § 84 Abs. 1 SGB IX müssen Arbeitgeber bei allen Gefährdungen des Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnisses, gleich ob aus betriebsbedingten Gründen, verhaltensbedingt oder bedingt in der Person, unverzüglich die Schwerbehindertenvertretung, die betriebliche Interessenvertretung und das Integrationsamt einschalten und gemeinsam alle Möglichkeiten sowie alle zur Verfügung stehenden Hilfen erörtern, um die Kündigung des betroffenen schwerbehinderten Beschäftigten zu vermeiden.

Der Präventionsparagraph § 84 Abs. 1 SGB IX regelt eine grundsätzliche Pflicht des Arbeitgebers zur Beratung und Zusammenarbeit im Falle von verhaltens-, personen- oder betriebsbedingten Gefährdungen des Arbeitsverhältnisses schwerbehinderter Beschäftigter. Die Erörterung von Möglichkeiten der Abhilfe der drohenden Kündigung ist nach den Kündigungsschutzbestimmungen des § 85 SGB IX und folgenden Voraussetzung für eine Zustimmung des Integrationsamts zur beantragten Kündigung.

Während also § 84 Abs. 1 SGB IX sich auf schwerbehinderte Beschäftigte bezieht und auf Gefährdungen des Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisses aus verhaltens-, personen- oder betriebsbedingten Gründen und als Methode eine „Erörterung“ vorsieht, bezieht sich § 84 Abs. 2 auf alle Beschäftigten und im Prinzip auf Gefährdungen des Beschäftigungsverhältnisses, die aus Krankheitsgründen resultieren. Als Methode wird im § 84 Abs. 2 SGB IX ein „Management-Verfahren“ beschrieben. Es wird hier detailliert geregelt, wie das spezifische Präventionsverfahren als „Betriebliches Eingliederungsmanagement“ abzulaufen hat.

Die Bestimmungen schreiben im Einzelnen vor, dass

- » der Arbeitgeber für die Durchführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements verantwortlich ist,
- » es für alle Beschäftigten gilt, unabhängig davon, ob sie schwerbehindert sind oder nicht,
- » das Betriebliche Eingliederungsmanagement bei lang- und kurzfristigen Erkrankungen angeboten werden soll, sobald die Summe der Krankheitstage /AU-Tage einen Zeitraum von 6 Wochen innerhalb eines Jahres überschreitet,
- » die betriebliche Interessenvertretung einbezogen wird,
- » bei schwerbehinderten Menschen die Schwerbehindertenvertretung mit hinzuzuziehen ist,
- » die betroffene Person oder ihr gesetzlicher Vertreter über die Ziele sowie über Art und Umfang der für das Betriebliche Eingliederungsmanagement erhobenen Daten vorab zu informieren ist,
- » das Betriebliche Eingliederungsmanagement nur mit Zustimmung der betroffenen Person erfolgen kann,
- » Werks- oder Betriebsärzte bzw. -ärztinnen im Bedarfsfall hinzuzuziehen sind

- » und dass je nach Bedarfsfall die gemeinsamen Servicestellen und bei schwerbehinderten Beschäftigten die Integrationsämter hinzuzuziehen sind, die die erforderlichen Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben innerhalb der Frist des § 14 SGB IX (14 Tage nach Antragstellung) bereitstellen.

Mit den Regelungen des § 84 Abs. 2 SGB IX ist detailliert ein Verfahren des Fallmanagements beschrieben, die Bezeichnung „Betriebliches Eingliederungsmanagement“ ist im Gesetz dafür festgelegt.

Zielsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements ist die Überwindung der Arbeitsunfähigkeit, die Vorbeugung einer erneuten Arbeitsunfähigkeit und der Erhalt des Arbeitsplatzes.

Die Verantwortlichkeit des Arbeitgebers ist im § 84 Abs. 2 SGB IX eindeutig geregelt. Damit ist eine fallbezogene und an einen konkreten Auslöser gekoppelte Erweiterung der Pflichten des Arbeitgebers aus dem § 81 SGB IX festgelegt. Die Aufgaben der Interessenvertretungen nach § 93 SGB IX und der Schwerbehindertenvertretung sind ebenfalls beschrieben.

Entsprechend dem Grundgedanken der selbstbestimmten Teilhabe, der bestimmendes Leitmotiv ist für die Politik für behinderte Menschen (vgl. Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe, 2004) und der das gesamte SGB IX durchzieht, ist das Betriebliche Eingliederungsmanagement von der Zustimmung der betroffenen Beschäftigten abhängig, die zuvor über Ziele des BEM und Verfahren insbesondere auch über datenschutzrechtliche Aspekte der BEM-Verfahren des Betriebs aufzuklären sind.

Die Einbeziehung der gemeinsamen Servicestellen und der Integrationsämter im Falle schwerbehinderter Beschäftigter in das Betriebliche Eingliederungsmanagement soll dazu führen, dass alle Maßnahmen und Möglichkeiten der medizinischen und beruflichen Rehabilitation frühzeitig, das heißt auch bereits zur Überwindung der Arbeitsunfähigkeit, entsprechend den jeweiligen Anforderungen der Situation des Beschäftigten im Betrieb zur Verfügung gestellt werden. Insgesamt kann mit den Regelungen des SGB IX eine deutlich engere Abstimmung von Rehabilitationsangeboten und Leistungen zur Teilhabe mit den betrieblichen Erfordernissen erreicht werden, wobei vor allem für die Rehabilitationsträger der Betrieb als weiterer Partner neben der bzw. dem Versicherten wesentlich stärker ins Blickfeld rückt. Mit dem § 84 Abs. 2 SGB IX bekommt der Betrieb mit seinen Rahmenbedingungen und Möglichkeiten stärkeres Gewicht im Geschehen der Rehabilitation: Die Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Re-

habilitation beziehen sich nicht nur vorrangig auf das Verhältnis zwischen Sozialleistungsträgern und Versicherten, sondern der Betrieb ist gefordert, seine Anforderungen zu formulieren, die geeignet sind, kranke und behinderte Beschäftigte weiterhin im Betrieb am Erwerbsleben zu beteiligen und ihre Beschäftigungsfähigkeit zu erhöhen.

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement trifft auch auf eine zunehmende Verbreitung von betrieblichen Aktivitäten zum Erhalt der Gesundheit der Beschäftigten. Maßnahmen des Gesundheitsmanagements sind inzwischen in Betrieben eingeführt. Mit Unterstützung der Krankenkassen sind in einer zunehmenden Zahl von Betrieben allgemeine präventive Maßnahmen und spezifische, auf die hauptsächlichen Erkrankungsgruppen eines Betriebs ausgerichtete Präventionsmaßnahmen, eingeführt worden. Das Betriebliche Eingliederungsmanagement stellt in diesem Zusammenhang eine einzelfallbezogene Ergänzung von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements dar. Während das Gesundheitsmanagement mit allgemeinen, auf die gesamte Belegschaft gerichteten Aktivitäten arbeitet, sind im Betrieblichen Eingliederungsmanagement konkrete Fälle gesundheitlich beeinträchtigter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu lösen.

Berührungspunkte ergeben sich ebenfalls mit dem Krankengeldfallmanagement der Krankenkassen. Unterschiede bestehen hierzu jedoch insoweit, als die Zielsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements die dauerhafte Integration einer Mitarbeiterin bzw. eines Mitarbeiters in den Betrieb ist, während das Krankengeldfallmanagement in erster Linie auf die Vermeidung bzw. Überwindung des Status „Krankengeldbezug“ abzielt.

1.1 Phase der Einführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM)

Nachdem der § 84 Abs. 2 SGB IX mit seinen Bestimmungen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement im Mai 2004 in Kraft getreten war, wurde es von einigen, zumeist größeren Unternehmen aktiv aufgenommen. Für einzelne große Unternehmen kann sogar davon gesprochen werden, dass das Betriebliche Eingliederungsmanagement die gesetzliche Grundlage für bereits vorhandene Aktivitäten darstellt oder dass vorhandene Ansätze dadurch systematisiert wurden.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat mit der Aufnahme des Schwerpunkts „Stärkung der betrieblichen Prävention durch Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements“ in die Initiative „job – Jobs ohne Barrieren“ (Sept. 2004 – Juli 2007) zusätzliche Möglichkeiten zur Verbreitung des Wissensstands zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement gefördert. In diesem Programmschwerpunkt wurden nicht nur modellhafte Projekte in einzelnen Unternehmen aufgelegt bzw. Beratungsprojekte, bei denen mehrere Unternehmen Zielgruppe des Projektes waren (zumeist kleine und mittlere Unternehmen oder gezielt verschiedene Branchen), sondern es wurde auch die Durchführung von Informationsveranstaltungen, Tagungen und Workshops zum Thema Betriebliches Eingliederungsmanagement unterstützt.

Die gesetzlichen Vorgaben des § 84 Abs. 2 SGB IX stießen nicht nur auf ungeteilte Zustimmung. Die Konkretisierung der Vorgaben lässt den verschiedenen Akteuren, die mit den Regelungen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement in die Pflicht genommen werden, wenig Interpretationsspielraum. Daher gab es diversen Widerstand. Beispielsweise wurde versucht, die Bedeutung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements dadurch zu reduzieren, dass behauptet wurde, die Bestimmungen gälten nur für den Personenkreis der schwerbehinderten Beschäftigten, da sie im SGB IX, 2. Teil, dem früheren Schwerbehindertengesetz, stünden. Nach dieser Auffassung, die mittlerweile durch die Rechtsprechung eindeutig widerlegt ist, wäre das Betriebliche Eingliederungsmanagement nur für knapp 4% der Beschäftigten anzuwenden, das entspricht der Beschäftigungsquote schwerbehinderter Menschen in Deutschland.

Auch von betrieblichen Interessenvertretungen wurden Bedenken geäußert. Das Wort von der „Jagd auf Kranke“ kennzeichnet die Befürchtungen, die hier zu einer kritischen bis ablehnenden Haltung gegenüber dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement geführt hatten, die teilweise vielleicht immer noch besteht.

In den drei Jahren seit Einführung der Gesetzesbestimmung sind zahlreiche Informationsveranstaltungen, Seminare und Projekte durchgeführt worden. Insbesondere die Integrationsämter, die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, die Gewerkschaften, die Berufsgenossenschaften, Sozialverbände und Arbeitgeberverbände haben mit Veranstaltungen und Seminaren zu einer Verbesserung des Informationsstands zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement sowie zu einer allmählichen Zunahme der Verbreitung dieses Instruments in den Betrieben und Dienststellen gesorgt.

Es kann angesichts dieser zahlreichen Aktivitäten angenommen werden, dass Grundinformationen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement zumindest in einem Teil der Betriebe vorhanden sein müssten. Allerdings besteht insbesondere darüber Unsicherheit, wie der Durchdringungsgrad der Klein- und Mittleren Unternehmen (KMU) mit Informationen zum BEM ist und wie weit die Methoden des BEM hier verbreitet sind. Es lässt sich aber auch die Frage stellen, inwieweit die hier durchaus vorhandenen Aktivitäten zur Vermeidung von krankheitsbedingten Kündigungen den Standards des Betrieblichen Eingliederungsmanagements entsprechen.

Aus Betrieben, die bereits frühzeitig mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement begonnen haben, wird inzwischen von einer Konsolidierung des Ansatzes berichtet: Die Verfahren sind eingeübt und die Resultate scheinen den Aufwand zu rechtfertigen.

1.2 Forschungsauftrag

Aus der Tatsache, dass das Betriebliche Eingliederungsmanagement eine Verpflichtung der Arbeitgeber ist, ergibt sich, dass Maßnahmen und Ergebnisse des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nicht zentral erfasst werden. Deshalb ist der Kenntnisstand über die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben des § 84 Abs. 2 SGB IX gering. Außer Berichten über einzelne Projekte liegen keine empirischen Daten zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement vor. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat daher den Lehrstuhl für Arbeit und berufliche Rehabilitation der Universität zu Köln im Juli 2006 damit beauftragt, ein Forschungsprojekt zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement unter dem Titel „Untersuchung zu Stand, Methoden und Ergebnissen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX“ durchzuführen.

Gegenstand des Forschungsprojekts sind gemäß der im Bundesanzeiger veröffentlichten Ausschreibung folgende Fragen:

1. Bundesweite Erhebung von eingesetzten Verfahren im Sinne des § 84 Abs. 2 SGB IX und vergleichbaren Verfahren, die das Ziel haben, Arbeitsverhältnisse dauerhaft zu sichern,
2. Erhebung der eingesetzten Methoden (Verwaltungs- und Entscheidungsabläufe, Kooperation der Arbeitgeber mit den Personalinteressenvertretungen, Betriebs- und Werksärzten, Integrationsämtern, Leistungsträgern und gemeinsamen Servicestellen sowie sonstigen „Dienstleistern“),
3. Erhebung der Bereitschaft der Arbeitgeber, durch

Gesundheitsprävention und Betriebliches Eingliederungsmanagement Rahmenbedingungen für ein gesünderes Altern zu schaffen,

4. Erhebung der Bereitschaft der Arbeitnehmer, Maßnahmen betrieblichen Eingliederungsmanagements und anderen betrieblichen gesundheitsfördernden Maßnahmen zuzustimmen und sich an ihnen zu beteiligen,
5. Auswirkungen der eingesetzten Verfahren auf Krankenstand, Leistungsfähigkeit und Erwerbsbeteiligung der Beschäftigten,
6. Auswirkungen der eingesetzten Verfahren unter betriebs- und volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten.

Das Forschungsprojekt hat am 1. Oktober 2006 begonnen und endet am 31. Oktober 2007.

Damit soll im Sinne einer lernenden Gesetzgebung aufgeklärt werden, welche Folgen der § 84 Abs. 2 SGB IX hat und ob die angestrebten Ziele, die Überwindung der Arbeitsunfähigkeit, die Vorbeugung einer neuen Arbeitsunfähigkeit und der Erhalt des Arbeitsplatzes erreicht werden können bzw. ob und welche Anpassungen der gesetzlichen Regelungen empfehlenswert sind.

2 Methodik

2.1 Forschungskonzept

Unter der Annahme, dass das Betriebliche Eingliederungsmanagement nicht flächendeckend in allen Betrieben, Unternehmen und Dienststellen Deutschlands bekannt ist und somit über die Ziehung einer Zufallsstichprobe keine Repräsentativität im Sinne der Fragestellung zu erreichen war, wurde der mehrdimensionale methodische Zugang der Triangulation (vgl. Denzin, 1970; Flick, 2004) gewählt. Sowohl mittels der Kombination quantitativer und qualitativer Methoden als auch durch eine systematische Akquise zur Gewinnung verschiedener Stichproben von Befragten wurde diese Strategie verfolgt. Mit dem Untersuchungsdesign sollten quantitative Aussagen zur Verbreitung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements und qualitative Aussagen über die Art und Weise, mit der die Betriebe bzw. die verschiedenen Beteiligten die Ziele des § 84 Abs. 2 SGB IX realisieren, erfasst werden.

Die Untersuchung erfolgte auf folgenden Forschungsebenen

- » Bundesweite Befragung von Betrieben, Unternehmen und Dienststellen
- » Bundesweite Befragung in der Zeitschrift „Behinderte Menschen im Beruf“ (ZB)
- » Dokumentenanalyse und Interviews mit Expertinnen bzw. Experten der Projekte der Initiative des BMAS „job - Jobs ohne Barrieren“ zum § 84 Abs. 2 SGB IX
- » Interviews mit betrieblichen Expertinnen bzw. Experten

2.2 Erhebungsstrategien

Im Folgenden werden die Erhebungsstrategien sowie die Entwicklung der Messinstrumente bzw. der Interviewleitfäden, bezogen auf die oben beschriebenen Forschungsebenen, dargestellt.

2.2.1 Bundesweite schriftliche und Online-Befragung von Betrieben, Unternehmen und Dienststellen

Die Gewinnung einer repräsentativen Befragungstichprobe erschien aufgrund des vermutlich mäßigen Bekanntheitsgrades des § 84 Abs. 2 SGB IX - insbesondere bei KMU - wenig zielführend. Als besser geeignet zur Beantwortung der Fragestellung wurden die Erhebung unterschiedlicher betrieblicher Erfahrungen mit dem BEM sowie das Erreichen möglichst

vieler Betriebe angesehen. Diese Strategie führte zu der Entscheidung, eine internetbasierte Online-Befragung durchzuführen. Im Vergleich mit einer schriftlichen Befragung bietet diese Methode verschiedene Vorteile bspw. die Vermeidung von Fehlern bei der Datenerfassung sowie die Steuerung mittels Filterführung, die Erfassung der Bearbeitungszeit und Plausibilitätschecks. Aus methodischer Sicht sind Online-Befragungen hinsichtlich der Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität mit schriftlichen Befragungen vergleichbar (Batinic, 2001). Zudem bietet dieser Zugang die Möglichkeit, die Rücklaufquote hinsichtlich bestimmter gewünschter Strukturmerkmale der Stichprobe zeitnah zu verfolgen und ggf. gegenzusteuern. Als mögliche Nachteile werden z.B. eine hohe Abbruchquote sowie die Möglichkeit der Mehrfachbeantwortung durch dieselben Personen genannt. Dem letztgenannten Problem wurde durch die Zugangsverwaltung entgegengewirkt. Auf Zugriffe sowie Abbruchquote wird im Rahmen der Stichprobenbeschreibung eingegangen.

Die Methode der Online-Befragung verlangt umfangreiche Aktivitäten bezüglich der Akquise von potentiellen Befragten. In der vorliegenden Untersuchung wurde der Zugang zum Untersuchungsfeld auf unterschiedliche Weise mit dem Ziel, eine so heterogene und umfangreiche Stichprobe wie möglich zu erreichen, hergestellt. Aus Gründen der Forschungsökonomie wurden insbesondere solche Betriebe angesprochen, von denen eine höhere Antwortbereitschaft angenommen werden konnte. Dazu gehören diejenigen, die bereits in der Vergangenheit bezüglich der Integration schwerbehinderter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Zusammenarbeit mit Integrationsämtern und deren zugeordneten Beratungsdiensten gepflegt hatten. Außerdem wurden Interessenvertretungen und Verbände jener Personengruppen, die in Betrieben und Dienststellen üblicherweise mit dem BEM befasst sind, angesprochen. Der im Folgenden beschriebene Zugang wurde über verschiedene Medien sowie über eine direkte Ansprache anhand eines Teilnahmeaufrufes sichergestellt und diente der großflächigen Verbreitung des Anliegens.

Über Hinweise in Zeitschriften, Newslettern oder direkten Links auf den Internetseiten von Institutionen oder Interessenvertretungen wurden potentielle Teilnehmerinnen und Teilnehmer informiert und aufgefordert, sich an der Studie zu beteiligen. Es wurde sowohl auf die Heterogenität der Medien geachtet, da alle Akteure, die mit dem BEM befasst sind, erreicht werden sollten, als auch auf die gezielte Ansprache von Personen, die mit der Thematik schon vertraut sind, wie z.B. Vertrauenspersonen der schwerbehinderten Beschäftigten. Hinweise wurden u.a. auf Internetseiten der Gewerkschaften, in der „Neuen Zeitschrift für Arbeitsrecht“, die sich

vorwiegend an Personalabteilungen wendet, in dem Newsletter „Teilhabe Praxis“, der Zeitschrift „Behinderte Menschen im Beruf“ (ZB) sowie dem Informationssystem der beruflichen Rehabilitation „REHADAT“ mit Link und Ankündigung platziert.

Die direkte Ansprache von Interessenvertretungen, Verbänden und sonstigen Multiplikatoren wurde mit der Absicht verfolgt, Personen und Gruppen zu erreichen, die als Beteiligte in den Prozess des Betrieblichen Eingliederungsmanagements eingebunden sind. Unter dem Gesichtspunkt der Heterogenität wurden Arbeitgeberverbände, der Verband deutscher Betriebs- und Werksärzte, verschiedene Krankenkassen, alle Kreishandwerkerschaften, mehrere Gewerkschaftsverbände, die Arbeitsgemeinschaft der Berufsförderungswerke sowie verschiedene Netzwerke und Initiativen z.B. INQA (Initiative Neue Qualität der Arbeit) angefragt. In diesem Sinne wurde auch auf bestehende Kontakte zurückgegriffen, um gezielt einzelne Personen, Gruppen, Betriebe und Unternehmen anzusprechen. Es wurden u.a. lokale Kontakte in NRW genutzt, Kontakte aus früheren Projektzusammenhängen wie z.B. zu sämtlichen Vertrauenspersonen der schwerbehinderten Beschäftigten in der Automobilbranche sowie Kontakte aus dem universitären Umfeld.

Beschreibung des Fragebogens

Für die Studie wurde ein Fragebogen entwickelt, da aufgrund der neuartigen Fragestellung nicht auf existierende Messinstrumente zurückgegriffen werden konnte. Im Verlauf der Konzeptionsphase wurde der Fragebogen in verschiedenen Arbeitsgruppen sowie mit Vertretungen schwerbehinderter Menschen diskutiert, überarbeitet und Pretests unterzogen. Um auch auf dieser Untersuchungsebene eine qualitative Dimension zu gewährleisten, wurden offene Fragen mit der Möglichkeit der freien Eingabe durch die Befragten implementiert. Der Fragebogen besteht aus insgesamt 53 Fragen, die sich mit betrieblicher Prävention und Eingliederungsmanagement beschäftigen, da diese beiden Bereiche auch in der gesetzlichen Norm eng miteinander verbunden sind. Eine entsprechende Gliederung des Fragebogens bot den entscheidenden Vorteil, auch Betriebe ohne explizite Erfahrung mit dem BEM befragen zu können, da Gesundheitsförderung, Gesundheitsmanagement sowie die Integration erkrankter Beschäftigter Themenbereiche sind, mit denen sich Unternehmen auch schon vor der Einführung des § 84 SGB IX beschäftigt haben.

Auf Organisationsebene kommen neben (gesundheitsförderlichen) Arbeitsbedingungen und Arbeitsschutzmaßnahmen auch der betrieblichen Gesundheitsförderung als Unternehmensstrategie und Aufgabe von Führungskräften wichtige Funktionen im BEM zu, so dass hierzu entsprechende Angaben erfragt wurden. Darüber hinaus können Zusammenhänge zwischen den Strukturen und Maßnahmen der Prävention, die in einem Unternehmen existieren und einem erfolgreichen Betrieblichen Eingliederungsmanagement vermutet werden.

Der Fragebogen beginnt mit einer kurzen Einführung zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement sowie einer Erläuterung des Auftrages und der Ziele des Projektes. Es wurde sowohl auf die Vertraulichkeit und Anonymität der Angaben hingewiesen, als auch auf die Möglichkeit, sich über die Ergebnisse der Studie zu informieren. Zur Identifikation eines möglichen aktorspezifischen Antwortverhaltens und um Rückschlüsse auf die Funktion im BEM ziehen zu können, wurde danach gefragt (Frage 1), wer den Fragebogen beantwortet. Anschließend folgen Fragen (2 – 7), die sich mit strukturellen Aspekten der Betriebe und Dienststellen beschäftigen, wie z.B. die Betriebsgröße (Anzahl der Beschäftigten), der prozentuale Anteil an Schwerbehinderten und älteren Beschäftigten über 50 Jahre, die Branche, das Bundesland und die Region, in der der Betrieb/ Dienststelle angesiedelt ist. Die gewählte Kategorisierung der Betriebsgröße erfolgte anhand der Empfehlungen der EU-Kommission betreffend die Definition der Kleinstunternehmen sowie der kleinen und mittleren Unternehmen vom 6. Mai 2003.

Da der betrieblichen Prävention durch die Einführung des § 84 SGB IX ein besonderer Stellenwert zukommt, nimmt dieses Thema einen umfangreichen Teil der Befragung ein (Fragen 8 – 13). Innerhalb der Bereiche Prävention und betrieblicher Gesundheitsförderung findet sich eine Unterscheidung zwischen Strukturen für ein „gesundes Altern im Betrieb“ (Frage 9), Informationen und Maßnahmen der Verhaltensprävention (Fragen 10 – 11) und gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung (Frage 13). Anschließend wird nach Strukturen und Maßnahmen der beruflichen Integration erkrankter (schwerbehinderter) Beschäftigter (Fragen 14 – 21) gefragt und es werden Vorgehensweisen thematisiert, die üblicherweise auch im Rahmen eines betrieblichen Eingliederungsmanagements zum Einsatz kommen. Zur Ansprache von Betrieben, die noch kein BEM durchführen, wird hier zunächst allgemein nach betrieblichen Strategien und Interventionen bei erkrankten Beschäftigten gefragt. Dieses Vorgehen wurde gewählt, um Rückschlüsse auf die Bereitschaft der Arbeitgeber, Maßnahmen der Prävention und des betrieblichen Eingliederungsmanagements anzuwenden, ziehen zu können.

Darüber hinaus lassen sich über die Bezüge zwischen den Angeboten der Prävention und Integration, dem Erfolg eines betrieblichen Eingliederungsmanagements im Konkreten sowie einer allgemeinen Wirkung auf z.B. das Betriebsklima, Annahmen über Wirkungen der eingesetzten Methoden formulieren. Dennoch bedingt ein vielfältiges Angebot an Maßnahmen nicht unbedingt einen Effekt. Entscheidend ist die Bereitschaft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sich an den Maßnahmen zu beteiligen oder eine Veränderung der Arbeitsbedingungen zu akzeptieren. Deshalb sollte parallel zu den angebotenen betrieblichen Maßnahmen die Bereitschaft und die Akzeptanz der Beschäftigten gegenüber diesen eingeschätzt werden (Frage 13).

Die Vor- und Nachteile von Krankenrückkehrgesprächen wurden in den letzten Jahren häufig diskutiert, und in der Studie von Pfaff, Krause und Kaiser (2003) bewerteten Beschäftigte der Automobilindustrie Krankenrückkehrgespräche sehr ambivalent. Es kann angenommen werden, dass Krankenrückkehrgespräche von betrieblichen Akteuren und Beschäftigten häufig in enger Beziehung zum BEM gesehen werden. Dazu kommt, dass auch Arbeitgeber, die bereits Krankenrückkehrgespräche durchführen, nicht von der Verpflichtung zum BEM ausgenommen sind. Um daher den möglichen Einfluss dieses Instruments bzw. die Einschätzung der Akzeptanz oder Ablehnung von Seiten der Beschäftigten auf die Einführung eines BEM untersuchen zu können, wurden entsprechende Fragen (20 – 21) formuliert.

Der zweite Teil des Fragebogens (Fragen 22 – 52) beschäftigt sich explizit mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement. Für die Betriebe/Dienststellen, die angaben, ein BEM weder thematisiert, durchgeführt oder die Durchführung geplant zu haben (Fragen 22 – 26), endete die Befragung an dieser Stelle mit der Bitte, Anregungen und Kritik zu äußern (Frage 53).

Innerhalb des BEM Themenkomplexes werden Fragen nach der Art und Weise der Einführung, der Transparenz, nach betrieblichen Strukturen, Abläufen und Zuständigkeiten sowie zum Datenschutz gestellt. Insbesondere Transparenz und Datenschutz sind wichtige Aspekte im BEM.

Die erste Frage (27) zum BEM beschäftigt sich mit der Einführungsphase; hier wird eruiert, in welcher Form die Belegschaft informiert wurde. Anschließend geht es um betriebliche Zuständigkeiten für die Überwachung bzw. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten der Beschäftigten hinsichtlich der 6-Wochen-Frist, die als Voraussetzung für die Einführung des BEM

gelten kann. Ebenso wird erfragt, ob, wie und durch wen, erkrankte Beschäftigte nach 6 Wochen angesprochen werden (Fragen 29 – 31). Die anschließenden Fragen (32 – 36) beschäftigen sich mit dem Thema Freiwilligkeit der Teilnahme am BEM und dem betrieblichen Umgang mit Daten, die im BEM anfallen. Von Interesse war hier besonders die Information der Betroffenen über die Freiwilligkeit und über die Art und Weise des Umgangs mit den erhobenen Daten. Darüber hinaus sollte erhoben werden, welcher Personenkreis Zugang zu BEM-Daten hat und wie nach Abschluss des Prozesses mit den Daten verfahren wird.

Ob und in welcher Form bereits vorhandene betriebliche Strukturen wie eine Integrations- oder Betriebs-/ Dienstvereinbarung mit der Einführung eines BEM in Beziehung stehen, wurde über die Fragen 37 – 38 erhoben. Ebenso wird nach der Standardisierung des Verfahrens wie z.B. Ablaufplänen oder konkreten Ansprechpersonen gefragt (Frage 39). Ein weiterer wichtiger Aspekt im BEM, der maßgeblich für die Einführung und Qualität sein kann, ist die Nutzung externer Unterstützungsmöglichkeiten z.B. der Integrationsämter oder Rehabilitationsträger (Frage 41). Auch die Frage nach der Inanspruchnahme von Prämien oder Boni war hier von Interesse (Frage 42). Mit der Frage nach der Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Personen (Fragen 43 – 44), wird ebenfalls ein zentrales Element der Gesetzgebung erfasst.

Der folgende Abschnitt (Fragen 45 – 49) bezieht sich auf die möglichen Auswirkungen des BEM. Die hier gewonnenen Daten sollen Auskunft geben über eine erfolgreiche Eingliederung der betroffenen Personen sowie über Effekte auf z.B. den Krankenstand oder das Betriebsklima. Es wird sowohl nach positiven als auch negativen Auswirkungen gefragt, wobei hier zum Teil die Möglichkeit der freien Beantwortung gegeben ist. Eine Annäherung an betriebs- und volkswirtschaftliche Auswirkungen des BEM wird über die Frage nach dem Kosten-Nutzen-Verhältnis hergestellt. Dabei sind die Größen, die zur jeweiligen Einschätzung dienen, von besonderem Interesse (Fragen 50 – 52). Die abschließende Frage 53 zu Hinweisen, Anregungen und Kritik bietet nach den zahlreichen vorgegebenen Antwortmöglichkeiten die Gelegenheit, eigene Positionen und Einschätzungen zu äußern. Mit dieser Frage wurden Hinweise auf Themenbereiche erhofft, die in der Befragung nicht berücksichtigt wurden.

2.2.2 Bundesweite Befragung in der Zeitschrift „Behinderte Menschen im Beruf“ (ZB)

Eine besondere Berücksichtigung der Perspektive der Schwerbehindertenvertretungen (SBV) über die bundesweite Online-Befragung hinaus wurde als notwendig angesehen, da dieser Personenkreis - schon vor der Einführung des BEM - maßgeblich mit der Integration und Wiedereingliederung erkrankter (schwerbehinderter) Beschäftigter befasst ist. Deshalb wurde eine zweite bundesweite Befragung explizit für diese betrieblichen Akteure (entsprechend § 95 SGB IX) durchgeführt. Von besonderem Interesse bei dieser Befragung sind v. a. Aspekte der Beteiligung der Schwerbehindertenvertretungen beim BEM bzw. eine Erweiterung des Tätigkeitsspektrums durch die Einführung desselben. Daher wurde eruiert, ob mehrheitlich der Personal-/ Betriebsrat oder die Schwerbehindertenvertretung mit dem BEM befasst sind und ob die Schwerbehindertenvertretung frühzeitig einbezogen oder informiert wird.

Des Weiteren stellt sich die Frage, inwiefern sich die Einführung des BEM auf die Arbeit der Schwerbehindertenvertretungen auswirkt, bspw. auf den Arbeitsaufwand, die Effektivität oder die Zusammenarbeit mit anderen betrieblichen Akteuren. Ebenso wurde erhoben, welche Unterstützungsmöglichkeiten durch die Integrationsämter wahrgenommen werden. Darüber hinaus wurden aus Gründen der Vergleichbarkeit einige Fragen aus der Online-Befragung z.B. hinsichtlich bestimmter betrieblicher Strukturmerkmale übernommen bzw. adaptiert.

Der Fragebogen wurde der Zeitschrift „Behinderte Menschen im Beruf“ (ZB) als Anlage der Ausgabe Juni 2007 beigelegt. Die Zeitschrift wird von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) in Zusammenarbeit mit der Bundesagentur für Arbeit mit einer Auflage von 300.000 Exemplaren herausgegeben. Die Verteilung erfolgt bundesweit jeweils an die Schwerbehindertenvertretungen, die weitere Exemplare an die Beauftragten des Arbeitgebers sowie Betriebs- oder Personalrat weiterleiten.

2.2.3 Interviews mit Expertinnen und Experten der Projekte zur Initiative des BMAS „job - Jobs ohne Barrieren“ zum § 84 Abs. 2 SGB IX

Zum Zwecke einer vertiefenden Analyse und Erörterung der Erfahrungen und Ergebnisse wurden Interviews mit Expertinnen und Experten aus den auf das BEM fokussierenden Projekten „job - Jobs ohne Barrieren“ durchgeführt. Vor allem zwei Gründe sprachen für diese Methode: Zum einen stellten sich mit den Projektleiterinnen und -leitern kompetente

Gesprächspartner zum Thema BEM zur Verfügung, die durch ihre relative „Betriebsferne“ eine andere Perspektive auf die Thematik aufzeigen konnten; zum anderen erlaubt die Form der standardisierten Interviewleitfäden, die für die Experteninterviews entwickelt wurden, über vorgegebene Fragestellungen hinaus den Gesprächspartnerinnen und -partnern für sie wichtige Themen im Kontext einzubringen sowie eine Vertiefung relevanter Fragen, die sich oft erst im Interview ergeben und die Möglichkeit von Nachfragen (vgl. Gläser & Laudel, 2006).

Die Leitfragen bilden die Fragestellungen des Forschungsauftrages ab, wobei die Ausformulierung grob zwischen zwei Projekttypen der Initiative unterscheidet. Es wird differenziert zwischen der Auswertung von Projekten, in denen die Information und Weiterverbreitung des BEM im Vordergrund steht und solchen, die die Einführung bzw. Begleitung des BEM in Betrieben unterstützen. Die Interviews wurden den Besonderheiten der unterschiedlichen Projekte angepasst. Bei der Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner wurde besonderer Wert auf die Expertise gelegt. Die Gespräche wurden digital aufgezeichnet, transkribiert und den Interviewten anschließend zur Kenntnis und eventuellen Rückmeldung übersandt.

Entwicklung des standardisierten Leitfadens und Durchführung der Experteninterviews

Die Umsetzung der bereits genannten Vorteile dieser Methode gegenüber der quantitativen Datenerhebung (eigene thematische Schwerpunkte, Vertiefung des Themas und Nachfragen) spiegelt sich in der Entwicklung der Fragestellungen wieder. Berücksichtigt wurde auch die Art der Projekte, nämlich, ob es ihr Ziel war, für viele Betriebe Beratung, Information und Unterstützung anzubieten oder aber die konkrete Implementierung eines BEM in einem oder wenigen Betrieben/ Unternehmen oder Dienstleistungseinrichtungen zu unterstützen und zu begleiten.

In Bezug auf den Fragekomplex „Verbreitung des BEM“ stand nicht der quantitative Aspekt im Vordergrund - das kann ein Experteninterview per definitionem nicht leisten, weshalb die Expertinnen und Experten hier nur von persönlichen Ansichten gesprochen haben -, sondern die Einschätzungen und Erfahrungen der Interviewten hinsichtlich struktureller Faktoren, die Einfluss auf eine Implementierung eines BEM nehmen können (Alter, Schwerbehinderung, externe Partner, sonstige innerbetriebliche Strukturen). Die Fragen zu den Methoden zielten nicht nur darauf, welche Instrumente mit dem BEM verknüpft sind, bzw. welche Maßnahmen von

den Betrieben angeboten werden, sondern auch darauf, wie das BEM nach Erfahrung der Expertinnen und Experten kommuniziert wird und auf die Qualität der Zusammenarbeit mit externen Partnern. Auch zum Themenkomplex „Bereitschaft der Arbeitgeber“ wurden differenzierte qualitative Fragen nach den Erwartungen und Bedenken der Arbeitgeber zum BEM gestellt, wie auch zum Engagement der Betriebe zum Thema „Alter und Gesundheit“, sowie zur Bedeutung der Unternehmenskultur. Hinsichtlich der „Bereitschaft der Arbeitnehmer“ standen qualitative Fragen im Vordergrund, v. a. nach den Faktoren, die nach Einschätzung der Expertinnen und Experten Einfluss auf diese Bereitschaft nehmen; besonderes Augenmerk galt auch den Ängsten und positiven Erwartungen der Arbeitnehmer gegenüber dem BEM.

Fragen nach Auswirkungen des BEM auf den Krankenstand, die Leistungsfähigkeit, die Erwerbsbeteiligung und die Zufriedenheit von Belegschaften erwiesen sich insofern als schwierig, als darüber „hard facts“ zumeist noch fehlen; die Aussagen der Projektleiterinnen und -leiter bewegen sich deshalb im Rahmen von Annahmen und Einzelerfahrungen; allerdings konnte mit der Frage nach „sonstigen Auswirkungen“ der Einfluss von sogenannten „soft facts“ beleuchtet und ausgewertet werden. Ähnlich verhielt es sich mit den betriebs- und volkswirtschaftlichen Auswirkungen des BEM, da erst sehr wenige Betriebe bspw. eine Kosten-Nutzen-Analyse durchführen. Ergiebiger hingegen waren die Fragen im Schlusskapitel zu Anregungen und Kritik rund um das BEM. Den Aussagen dazu kommt aufgrund der hohen Erfahrungswerte der Interviewten große Bedeutung zu.

Auf der Grundlage der o. g. Vorgaben wurden standardisierte Interviewleitfäden entwickelt und den Gesprächspartnerinnen bzw. -partnern zwei Wochen vor dem Gesprächstermin zugesandt, damit diese die Möglichkeit hatten, sich auf das Gespräch vorzubereiten. Darüber hinaus wurde darauf hingewiesen, dass das Interview digital aufgezeichnet würde und die wesentlichen Passagen zu einem späteren Zeitpunkt transkribiert würden. Die Experteninterviews fanden bundesweit vor Ort an den Arbeitsplätzen der Interviewten statt. Die Interviews orientierten sich stark an den vorgegebenen Fragestellungen, doch blieb immer Raum für Ergänzungen, Vertiefungen und Besonderheiten der jeweiligen Projekte. Nach Durchführung der Interviews wurden diese transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet, in einzelnen Fällen – etwa bei Unklarheiten, die während der schriftlichen Übertragung auftraten, kam es zu telefonischen Nachfragen bei den Interviewten.

2.2.4 Interviews mit betrieblichen Expertinnen und Experten

Der forschungsmethodische Ansatz der Untersuchung verfolgte neben der bundesweiten Erhebung und der Auswertung der auf das BEM fokussierenden Projekte aus der BMAS Initiative „job - Jobs ohne Barrieren“ als dritten Zugang vertiefende Interviews in ausgewählten Betrieben. Dabei wurde besonderer Wert auf eine heterogene Stichprobe gelegt. Ziel war es, kleine und mittlere Unternehmen aus verschiedenen Branchen, aus Privatwirtschaft und öffentlichem Dienst als Untersuchungspartner zu gewinnen. Mit diesem direkten Zugang sollten Fragestellungen aus den anderen methodischen Ebenen vertieft, im direkten betrieblichen Kontakt überprüft und differenziert werden. Die Betriebe wurden vor Ort aufgesucht, die Gesprächspartnerinnen und -partner über die Themen der Befragung vorab informiert. Die Gespräche wurden, soweit sich das ermöglichen ließ, mit allen BEM-Verantwortlichen geführt und digital aufgezeichnet. Die Interviews wurden anschließend in ihren Kernaussagen transkribiert und zur Mehrebenenanalyse gemäß dem Forschungsdesign eingesetzt.

2.3 Datenauswertung

Der methodische Ansatz der vorliegenden Studie ist, bedingt durch das Novum der Fragestellung, explorativer Art und dient neben einer ersten Bestandsaufnahme sowie der Ableitung von Empfehlungen, dem Ziel der Hypothesengenerierung für Folgestudien. Die Auswertung der verschiedenen Daten wurde je nach Datenquelle (vgl. Kap. 2.1 und 2.2) inhaltsanalytisch qualitativ und quantitativ durchgeführt. Im Bereich der quantitativen Analysen wurden die Daten anhand statistischer Kennwerte beschrieben.

Die Befragten der bundesweiten schriftlichen bzw. Online-Befragung und der Befragung in der Zeitschrift „Behinderte Menschen im Beruf“ (ZB) hatten die Möglichkeit, einzelne Fragen, die sie nicht beantworten konnten oder wollten, zu überspringen. Aufgrund fehlender Werte variiert daher teilweise die Stichprobengröße bzw. verringert sich, insbesondere bei der Analyse des Zusammenhangs von Variablen.

Bei den im Folgenden dargestellten Ergebnissen werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragungen, als Vertreter von Betrieben, Unternehmen und Dienststellen angesehen und in diesem Sinne wird im Text auch von teilnehmenden Betrieben, Unternehmen und Dienststellen gesprochen.

3 Beschreibung der Stichproben

3.1 Bundesweite schriftliche und Online-Befragung von Betrieben, Unternehmen und Dienststellen

Der in Kapitel 2.2.1 beschriebene Fragebogen existiert in zwei Formaten, einer Papier- und einer Online-Version. Vom 10.01.2007 bis 08.08.2007 konnte online über den Internet-Link <http://www.bem-umfrage.de> direkt auf den Fragebogen zugegriffen werden. Auf Anfrage war auch eine schriftliche Beantwortung möglich. Insgesamt waren im genannten Zeitraum 2428 Online-Zugriffe zu verzeichnen, von denen 837 in eine Beantwortung des Fragebogens mündeten.

Nach einer systematischen Datenbereinigung, die anhand verschiedener Qualitätskriterien u.a. der Vollständigkeit der Beantwortung und der Beantwortungszeit durchgeführt wurde, konnten 630 Fragebogen, darunter 64 schriftlich beantwortete (10,2%), in die Auswertung einbezogen werden.

Die Beantwortung des Fragebogens (vgl. Tab.1) erfolgte überwiegend durch die Schwerbehindertenvertretung, den Betriebs- und Personalrat sowie die Personalabteilung. Jedoch wird auch die Beteiligung des Betriebs- und Werkärztlichen Dienstes beim BEM deutlich. Ebenso hat sich die, durch die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung DGUV (vormals HVBG) ausgebildete Personengruppe der Disability Manager, von der Befragung ansprechen lassen.

BEANTWORTUNG DES FRAGEBOGENS NACH AKTEURSGRUPPEN (MEHRFACHANTWORTEN)

Akteursgruppen	absolute Häufigkeiten
Schwerbehindertenvertretung	196
Betriebs- und Personalrat	194
Personalabteilung	101
Betriebs-/ Werksärztlicher Dienst	81
Geschäftsführung/ Unternehmensleitung	61
Betroffene Person	47
Sonstige	37
Beauftragte(r) des Arbeitgebers (§§ 98,99 SGB IX)	24
Disability Manager(in)	18

Tab. 1

Strukturmerkmale der befragten Betriebe, Unternehmen und Dienststellen

Hinsichtlich der Betriebsgröße zeigt sich erwartungsgemäß eine starke Beteiligung großer Unternehmen und Dienststellen mit mehr als 249 Beschäftigten, während der Anteil der mittleren Unternehmen (bis 249 Beschäftigte) und der der Kleinst- bzw. Kleinunternehmen (bis 49 Beschäftigte) geringer ausfällt. Von 616 Betrieben wurden Angaben zur Betriebsgröße gemacht, darunter sind 422 große Unternehmen, 126 mittelgroße sowie 71 Kleinbetriebe. Die prozentualen Häufigkeiten sind in Abbildung 1 dargestellt.

BETEILIGUNG UND BETRIEBSGRÖÖE

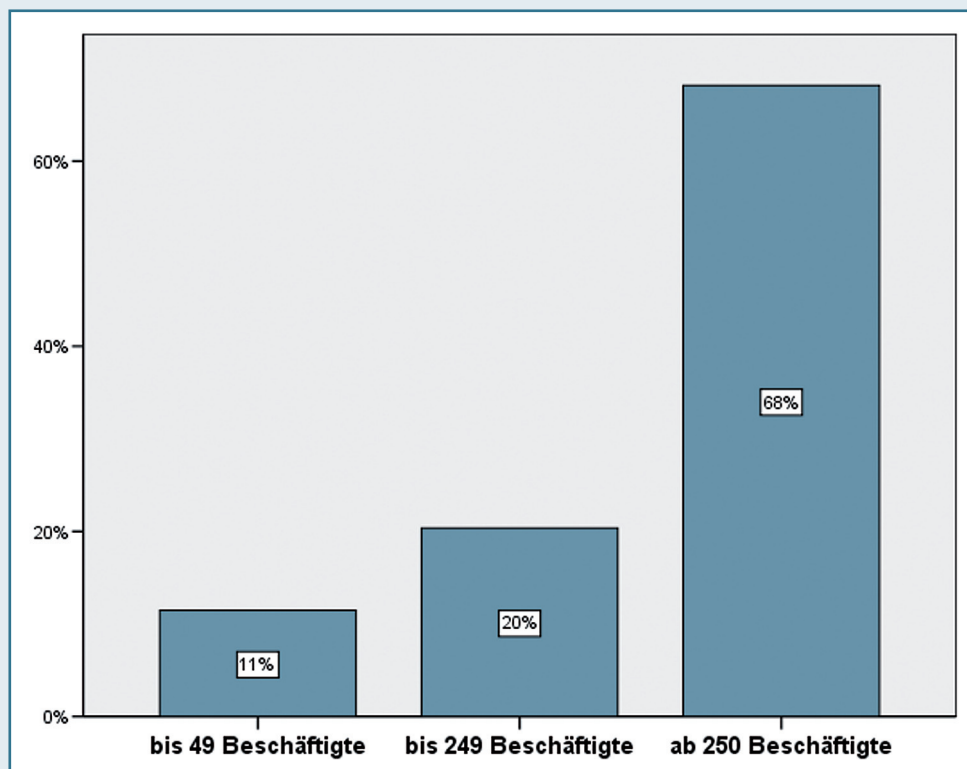


Abb. 1

Auf die Frage nach dem prozentualen Anteil der Belegschaft, die älter als 50 Jahre sind, gibt fast ein Drittel der Befragten an, dass bis zu 30% der Belegschaft in ihrem Betrieb älter als 50 Jahre sind, in fast jedem vierten Betrieb sogar bis zu 40%. Bei diesen Daten, ebenso wie bei den Angaben zum Anteil Schwerbehinderter, ist zu berücksichtigen, dass die Zahlen wahrscheinlich nicht in jedem Fall auf betrieblichen Statistiken beruhen.

PROZENTUALER ANTEIL DER BELEGESCHAFT, DIE ÄLTER ALS 50 JAHRE IST

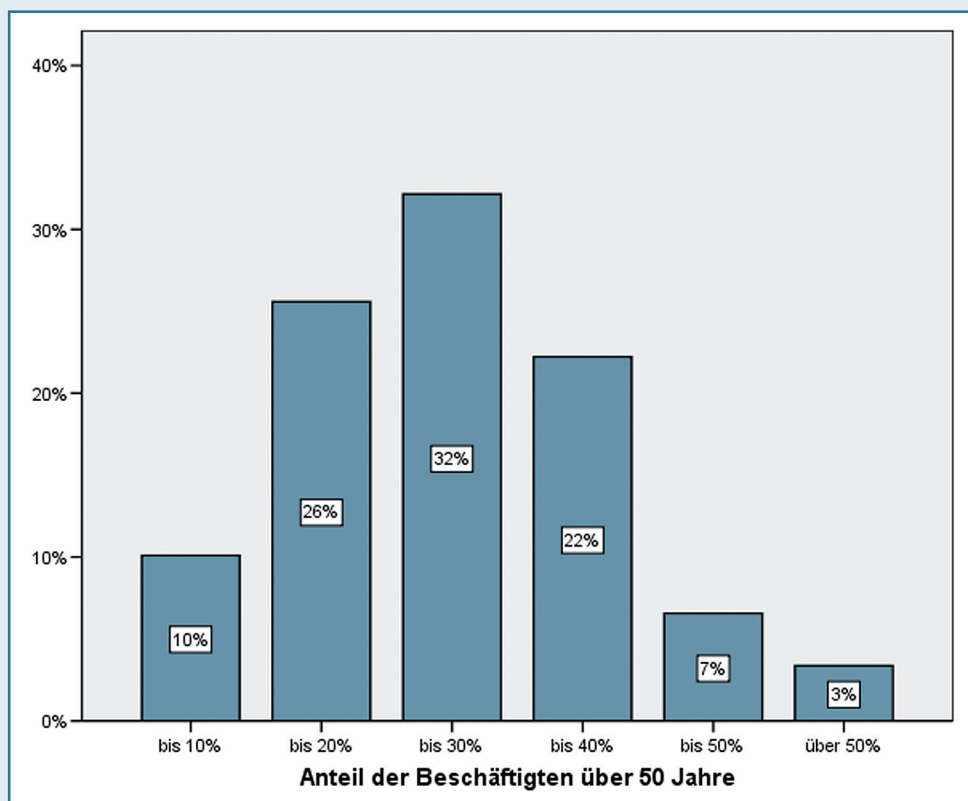


Abb. 2

18% der Befragten geben an, dass der Anteil der schwerbehinderten Beschäftigten in ihrem Betrieb weniger als 2% beträgt, jeweils 41% der Betriebe gehen von 2 -5% bzw. mehr als 5% schwerbehinderten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus.

Tabelle 2 verdeutlicht den Zusammenhang zwischen Branche und Betriebsgröße. Während Kleinst- und Kleinbetriebe zu 46% dem Handwerk und zu 25% dem Dienstleistungssektor angehören, fällt die Verteilung der mittleren und großen Unternehmen auf die verschiedenen Branchen insgesamt gleichmäßiger aus.

BRANCHE UND BETRIEBSGRÖÖE

Branche		Betriebsgröße			
		bis 49 Beschäftigte	bis 249 Beschäftigte	ab 250 Beschäftigte	Gesamt
Handwerk	Anzahl	33	10	11	54
	% von Betriebsgröße	46,5%	8,0%	2,6%	8,8%
Handel	Anzahl	2	2	12	16
	% von Betriebsgröße	2,8%	1,6%	2,9%	2,6%
Fertigung	Anzahl	8	40	120	168
	% von Betriebsgröße	11,3%	32,0%	28,6%	27,3%
Dienstleistung	Anzahl	18	27	93	138
	% von Betriebsgröße	25,4%	21,6%	22,1%	22,4%
Verwaltung	Anzahl	3	27	86	116
	% von Betriebsgröße	4,2%	21,6%	20,5%	18,8%
Sonstiges	Anzahl	7	19	98	124
	% von Betriebsgröße	9,9%	15,2%	23,3%	20,1%
Gesamt	Anzahl	71	125	420	616
	% von Betriebsgröße	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tab. 2

In der Kategorie „Sonstiges“ finden sich v. a. Nennungen aus dem Bereich der Automobil- und Chemieindustrie, der Energiebranche sowie Krankenhäuser, Schulen, Universitäten, Polizei und Verkehr.

Regionale Bezüge

Mehr als die Hälfte (52,3%) der Betriebe ist in Großstädten ab 100.000 Einwohner angesiedelt, 27,7% in mittelgroßen Städten mit 20.000 – 100.000 Einwohnern, 14,4% in Kleinstädten mit 5000 – 20.000 Einwohnern und die übrigen in ländlichen Gegenden.

Die in Abbildung 3 dargestellte Beteiligung an der Befragung, aufgeschlüsselt nach Bundesländern, verdeutlicht, dass sich überwiegend Betriebe und Unternehmen der alten Bundesländer ansprechen ließen.

BETEILIGUNG UND BUNDESLÄNDER

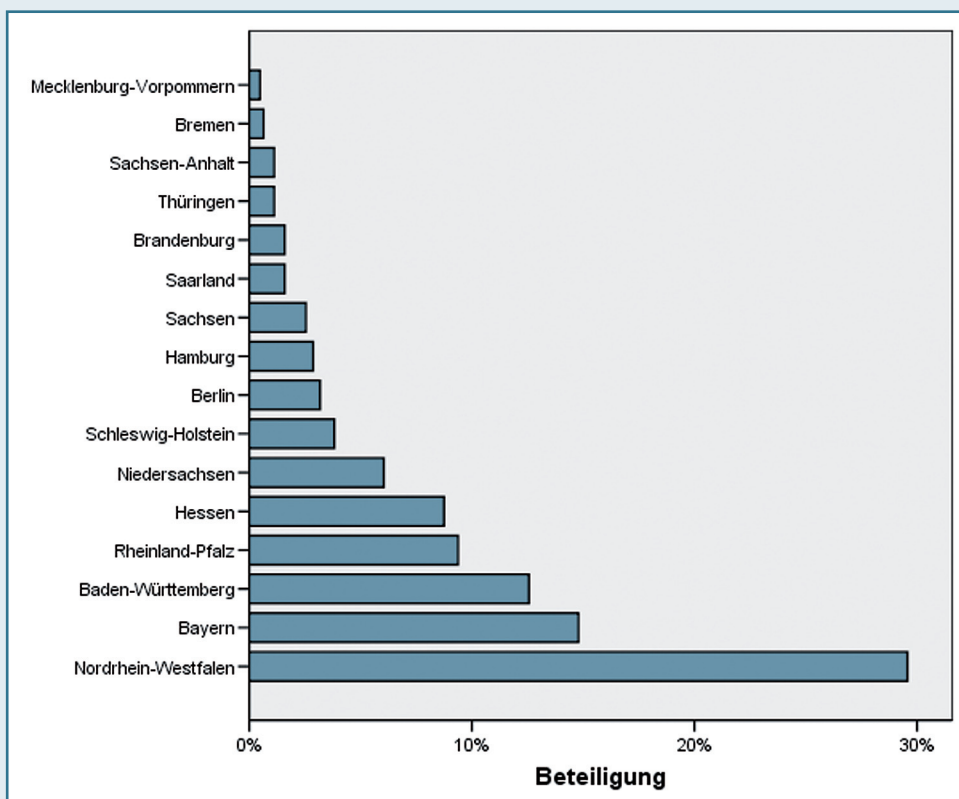


Abb. 3

3.2 Bundesweite Befragung in der Zeitschrift „Behinderte Menschen im Beruf“ (ZB)

An dieser Befragung beteiligten sich bis zum Stichtag 1. September 474 Personen¹. Von diesen Befragten gehören 311 großen Unternehmen an, 123 Unternehmen mittlerer Größe und 29 vertreten Kleinst- und Kleinunternehmen. Die Verteilung der prozentualen Häufigkeiten ist in Abbildung 4 dargestellt.

¹ Da der Rücklauf noch andauert, wird für diese Befragung eine gesonderte Auswertung erfolgen.

BETEILIGUNG UND BETRIEBSGRÖÖE

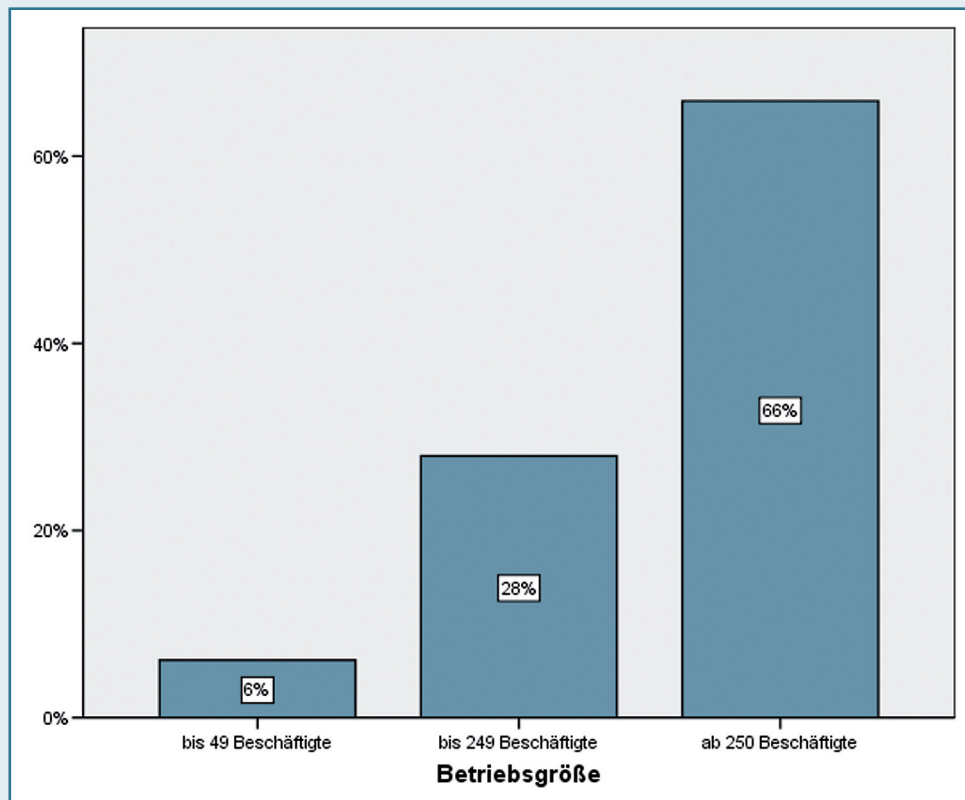


Abb. 4

Der Zusammenhang von Branche und Betriebsgröße ist in Tabelle 3 dargestellt. Da bei dieser Befragung die Branche frei angegeben werden konnte, ergab sich bei der anschließenden Kategorisierung der Daten eine zusätzliche Kategorie „Wissenschaft und Bildung“.

BRANCHE UND BETRIEBSGRÖÖE

Branche		Betriebsgröße			
		bis 49 Beschäftigte	bis 249 Beschäftigte	ab 250 Beschäftigte	Gesamt
Handwerk	Anzahl	3	8	7	18
	% von Betriebsgröße	10,3%	6,3%	2,3%	3,9%
Handel	Anzahl	3	11	26	40
	% von Betriebsgröße	10,3%	8,6%	8,4%	8,6%
Fertigung	Anzahl	3	19	92	114
	% von Betriebsgröße	10,3%	14,8%	29,8%	24,5%
Dienstleistung	Anzahl	9	28	72	109
	% von Betriebsgröße	31,0%	21,9%	23,3%	23,4%
Verwaltung	Anzahl	8	48	91	147
	% von Betriebsgröße	27,6%	37,5%	29,4%	31,5%
Sonstiges	Anzahl	1	8	14	23
	% von Betriebsgröße	3,4%	6,3%	4,5%	4,9%
Wissenschaft und Bildung	Anzahl	2	6	7	15
	% von Betriebsgröße	6,9%	4,7%	2,3%	3,2%
Gesamt	Anzahl	29	128	309	466
	% von Betriebsgröße	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tab. 3

57% der Befragten beziffern den Anteil schwerbehinderter Beschäftigter in ihrem Betrieb auf mehr als 5%, 39% auf 2 - 5% und bei 6% der Befragten liegt er unter 2%. Hierin zeigt sich u.a. das Charakteristikum dieser Stichprobe, die in der Zeitschrift „Behinderte Menschen im Beruf“ (ZB) angesprochen wurde.

3.3 Interviews mit Expertinnen und Experten der Projekte zur Initiative des BMAS „job-Jobs ohne Barrieren“ zum § 84 Abs. 2 SGB IX

Seit 2004 fördert das BMAS mit der Initiative „job – Jobs ohne Barrieren“ Projekte, mit denen erreicht werden soll, dass „- auch in wirtschaftlich und

konjunkturell schwierigen Zeiten - (...) behinderte und schwerbehinderte Menschen die Chance auf Teilhabe am Arbeitsleben besser realisieren können.“ (vgl. http://www.bmas.de/coremedia/generator/13106/initiative_jobs_ohne_barrieren.html).

Im Rahmen dieser Initiative gab es zahlreiche Projekte und Aktivitäten von Unternehmen, Verbänden und Organisationen, die sich in verschiedener Art und Weise mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement beschäftigten. Zur Zeit der Datenerhebung für dieses Forschungsprojekt, kamen 21 Projekte in Frage, von denen sich 16 Projektleiterinnen und Projektleiter zu einem Interview bereit erklärten. Tabelle 4 zeigt eine Zusammenstellung der Projektträger, die sich beteiligten. Die Interviews wurden im ersten Halbjahr 2007 durchgeführt.

TEILNEHMENDE PROJEKTTRÄGER DER INITIATIVE „JOB- JOBS OHNE BARRIEREN“

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke (ARGE), Berlin, in Kooperation mit dem Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln (IQPR)
ARINET GmbH, Hamburg
Berufsförderungswerk Leipzig
Berufsgenossenschaften für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Delmenhorst
Bosch GmbH in Kooperation mit Walter AG Tübingen und ISO-Institut Saarbrücken
Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
DGB Bildungswerk Düsseldorf e.V.
Fleischerei-Berufsgenossenschaft in Kooperation mit der IKK Südwest-Direkt und der Fleischerinnung des Saarlandes, Mainz
Fortbildungsakademie der Wirtschaft (FAW) gGmbH, Bereichsleitung Sachsen/Thüringen, Leipzig
Katholische Jugendfürsorge der Diözese Regensburg e.V. , Regensburg:
Kooperationsprojekt zwischen der FAW gGmbH und der Arbeitgebervereinigung UV Nord, Hamburg
Netzwerk Dienstleistungen Oberhausen NWDO e.V. durchgeführt von MundA GmbH, Essen
pebb GmbH, Ober-Hilbersheim
Return2work und Chemion Logistik GmbH, Duisburg
Siemens VDO Automotive AG, Regensburg
Berufsförderungswerk Hamburg (Projekt außerhalb der Förderung „job – Jobs ohne Barrieren“)

Tab. 4

3.4 Interviews mit betrieblichen Expertinnen und Experten

Nach einer Vorauswahl wurden vier Betriebe in die Erhebung einbezogen. Die Interviews fanden von Juli bis September 2007 statt.

Betrieb 1:

Ein mittelständisches Unternehmen der Metallverarbeitung, das am Standort ca. 800 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt. Der Betrieb hat bereits vor zwei Jahren ein Betriebliches Eingliederungsmanagement eingeführt. Durch die Art der Produktion, Blechverarbeitung, kommt es zu gesundheitlichen Belastungen insbesondere durch Lärmeinwirkungen und Vibrationen. Das Betriebliche Eingliederungsmanagement wird von einem Kern-Team gesteuert, dem ein Vertreter der Personalabteilung, die Schwerbehindertenvertretung und der Betriebsarzt angehören. Dieses Kern-Team wählt die Fälle der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus, mit denen das BEM durchgeführt werden soll, es organisiert die Kontaktaufnahme und Information der betroffenen Beschäftigten und stellt fallbezogen jeweils ein Integrationsteam zusammen. Bislang wurden 86 Fälle bearbeitet.

Betrieb 2:

Hier handelt es sich um ein Krankenhaus in öffentlicher Trägerschaft mit ca. 3400 Beschäftigten. Branchentypische Belastungen sind Rückenleiden durch das Heben und Bewegen von Patientinnen und Patienten sowie psychische Belastungen aufgrund von Stress und zeitlichen Belastungen. In diesem Krankenhaus wurde vor ca. zwei Jahren damit begonnen, Betriebliches Eingliederungsmanagement durchzuführen. Allerdings konnte noch keine Dienstvereinbarung hierzu abgeschlossen werden, was in der Praxis erhebliche Einschränkungen mit sich bringt.

Betrieb 3:

Betrieb drei ist ein mittelständisches Unternehmen aus dem Bereich Maschinenbau. Knapp 1500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter produzieren in drei unterschiedlichen Produktfeldern, davon etwas über 1000 am Standort. Das Unternehmen betreibt bereits seit mehreren Jahren ein ausdifferenziertes System des Gesundheitsmanagements. Das Betriebliche Eingliederungsmanagement wurde in dieses System integriert.

Betrieb 4:

Bei Betrieb vier handelt es sich um ein Unternehmen aus dem Bereich der Sozialen Arbeit mit ca. 200 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Seit 2006 wird Betriebliches Eingliederungsmanagement angeboten. Ein Integrationsteam, bestehend aus Personalabteilung und Betriebsrat, ist eingeführt. Das Integrationsteam hat bisher 2 Fälle des Betrieblichen Eingliederungsmanagements abgeschlossen und steht damit eher noch am Beginn der Implementierung.

4 Ergebnisse

4.1 Verbreitung und Umsetzungsstand

4.1.1 Bundesweite schriftliche und Online-Befragung von Betrieben, Unternehmen und Dienststellen

Von insgesamt 630 befragten Betrieben, Unternehmen und Dienststellen haben 429 (69%) das Betriebliche Eingliederungsmanagement bereits thematisiert. 300 (48%) Betriebe, Unternehmen und Dienststellen führen das BEM durch und fast die Hälfte derjenigen, bei denen das noch nicht der Fall ist, plant die Implementierung in der nächsten Zeit.

Zusammenhang von Betriebsgröße und BEM

Da von einem Zusammenhang zwischen Betriebsgröße und Bekanntheit des BEM auszugehen ist, wurde eine Auswertung getrennt nach Betriebsgröße vorgenommen.

Während die Mehrheit der großen Unternehmen und mehr als die Hälfte der mittelgroßen Unternehmen das BEM bereits thematisiert haben, ist dies nur bei 30% der kleinen Betriebe der Fall.

BETRIEBE MIT BEM

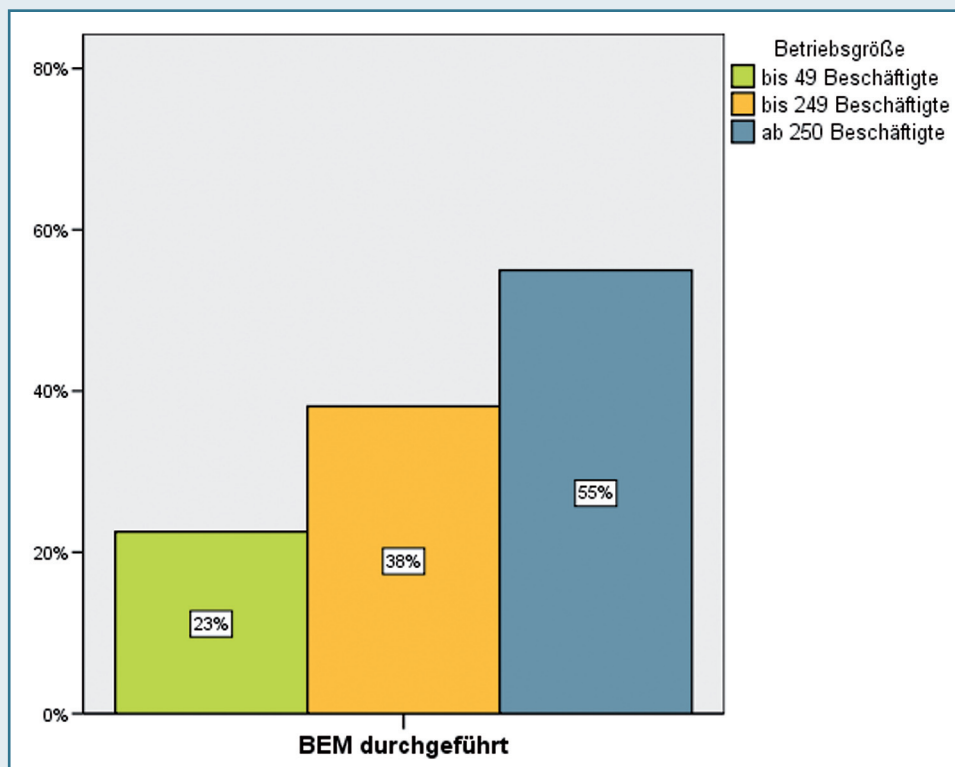


Abb. 5

Abbildung 5 stellt den Zusammenhang zwischen Betriebsgröße und Durchführung eines BEM grafisch dar. Mehr als die Hälfte der großen und 38% der mittelgroßen Unternehmen führt das BEM bereits durch, jedoch auch fast jeder vierte Kleinbetrieb.

17% der kleinen, 40% der mittelgroßen und 59% der großen Betriebe, die noch kein BEM durchführen, planen dies in der nächsten Zeit.

Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Befragungsteilnahme derjenigen Betriebe, die noch kein BEM durchführen, da dies als Interesse an der Methode betrachtet werden kann.

Insbesondere bei den Kleinst- und Kleinbetrieben, von denen 61% das BEM weder thematisiert, durchgeführt oder geplant haben, wie in Abbildung 6 dargestellt, wird dies besonders deutlich.

BEM THEMATISIERT, GEPLANT ODER DURCHGEFÜHRT

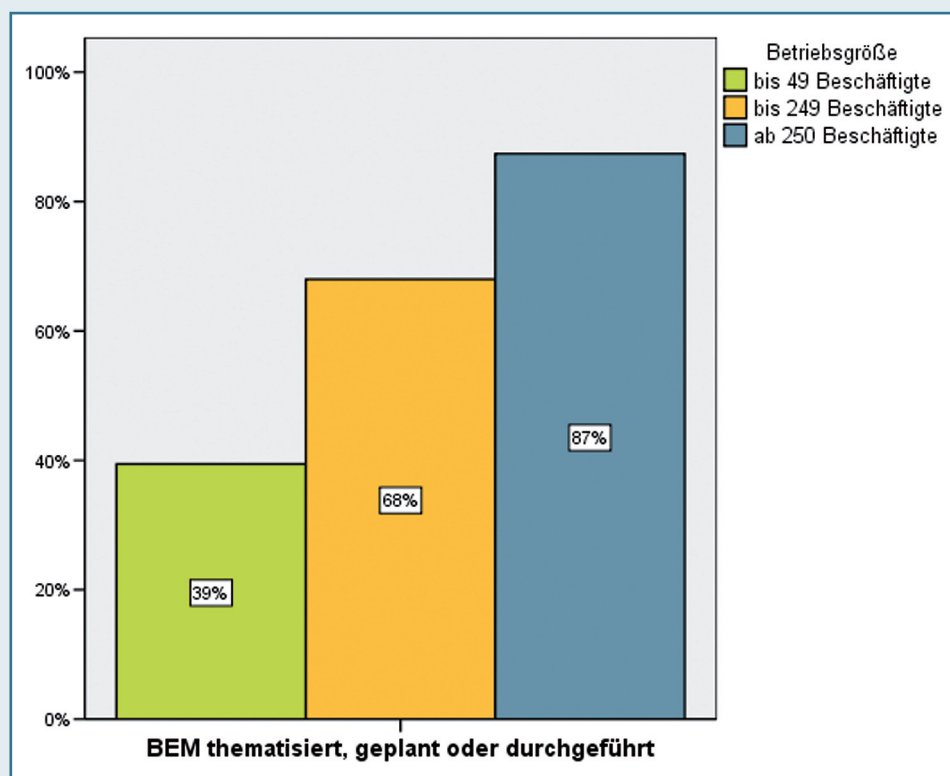


Abb. 6

Zusammenhang zwischen Betriebsgröße, Altersstruktur, dem Anteil schwerbehinderter Beschäftigter und der Durchführung eines BEM

Die in Tabelle 5 dargestellte Korrelationsmatrix verdeutlicht, dass die betrieblichen Strukturmerkmale Betriebsgröße, Alter der Beschäftigten und der Anteil Schwerbehinderter in signifikantem Zusammenhang zum BEM stehen. Ebenso zeigt sich erwartungsgemäß eine Beziehung zwischen dem Alter und dem Anteil Schwerbehinderter sowie der Betriebsgröße und dem Anteil Schwerbehinderter.

KORRELATIONSMATRIX BEM, ALTER, ANTEIL SCHWERBEHINDERTER, BETRIEBSGRÖßE

	BEM	Prozentualer Anteil Beschäftigter, die älter als 50 Jahre sind	Prozentualer Anteil Schwerbehinderter
Prozentualer Anteil Beschäftigter, die älter als 50 Jahre sind	.15**		
Prozentualer Anteil Schwerbehinderter	.23**	.33**	
Betriebsgröße	.23**	.17**	.37**

Tab. 5

** = $p \leq .01$ (zweiseitig)

4.1.2 Bundesweite Befragung in der Zeitschrift „Behinderte Menschen im Beruf“ (ZB)

Von insgesamt 474 Betrieben, Unternehmen und Dienststellen führen 197 (42%) das BEM bereits durch und 97 (21%) planen die Einführung.

Abbildung 7 stellt den Zusammenhang zwischen Betriebsgröße und Durchführung des BEM grafisch dar.

Da bei dieser Befragung Aspekte der Beteiligung der Schwerbehindertenvertretungen beim BEM bzw. eine Erweiterung des Tätigkeitsspektrums durch die Einführung desselben von besonderem Interesse ist, wurde danach gefragt, ob mehrheitlich der Personal-/ Betriebsrat oder die Schwerbehindertenvertretung mit dem BEM befasst sind.

BEM UND BETRIEBSGRÖÖE

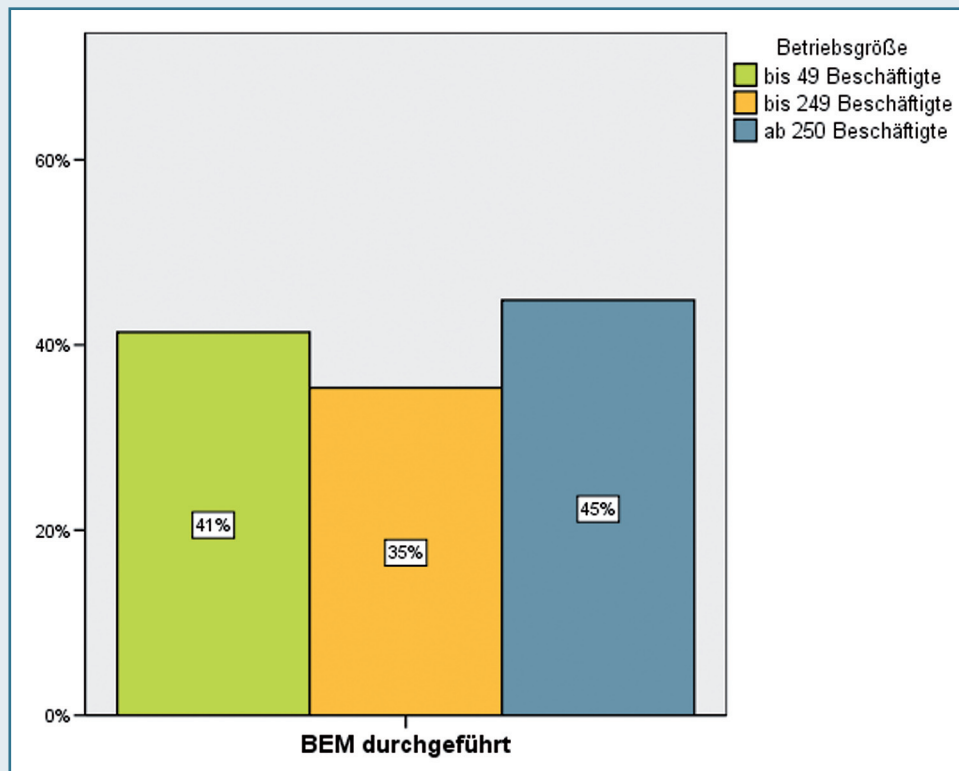


Abb. 7

Abbildung 8 verdeutlicht, dass die befragten Schwerbehindertenvertretungen intensiv in die Arbeit mit dem BEM eingebunden sind.

WER HAT MEHRHEITLICH MIT DER EINFÜHRUNG DES BEM ZU TUN, DIE SCHWERBEHINDERTENVERTRETUNG ODER DER PERSONAL-/ BETRIEBSRAT?

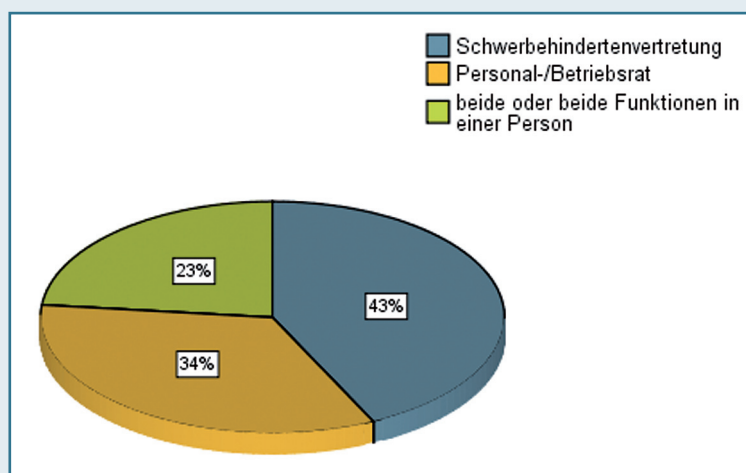


Abb. 8

Weiterhin gibt die Mehrheit der Befragten an, dass die Schwerbehinder-
tenvertretung frühzeitig über das BEM informiert (77%) bzw. einbezogen
(79%) wird.

Inwiefern sich die Arbeit der Schwerbehindertenvertretungen durch die
Einführung des BEM verändert, wurde ebenfalls erfragt. Ein großer An-
teil der Nennungen (vgl. Abb. 9) fällt in die Kategorie „sonstige Auswir-
kungen“. In den Ausführungen hierzu wird häufig darauf hingewiesen,
dass noch keine Erfahrungen vorliegen, der Arbeitsaufwand größer ge-
worden ist, sich nichts verändert hat, aber auch Anmerkungen zu Hinder-
nissen und Problemen bei der Integrationsarbeit.

Eine bessere Zusammenarbeit mit anderen betrieblichen Akteuren ist die
am zweithäufigsten genannte Kategorie, gefolgt von einer höheren Effek-
tivität bei der Integration schwerbehinderter Beschäftigter.

AUSWIRKUNGEN DES BEM AUF DIE ARBEIT DER SCHWERBEHINDERTENVERTRETUNGEN

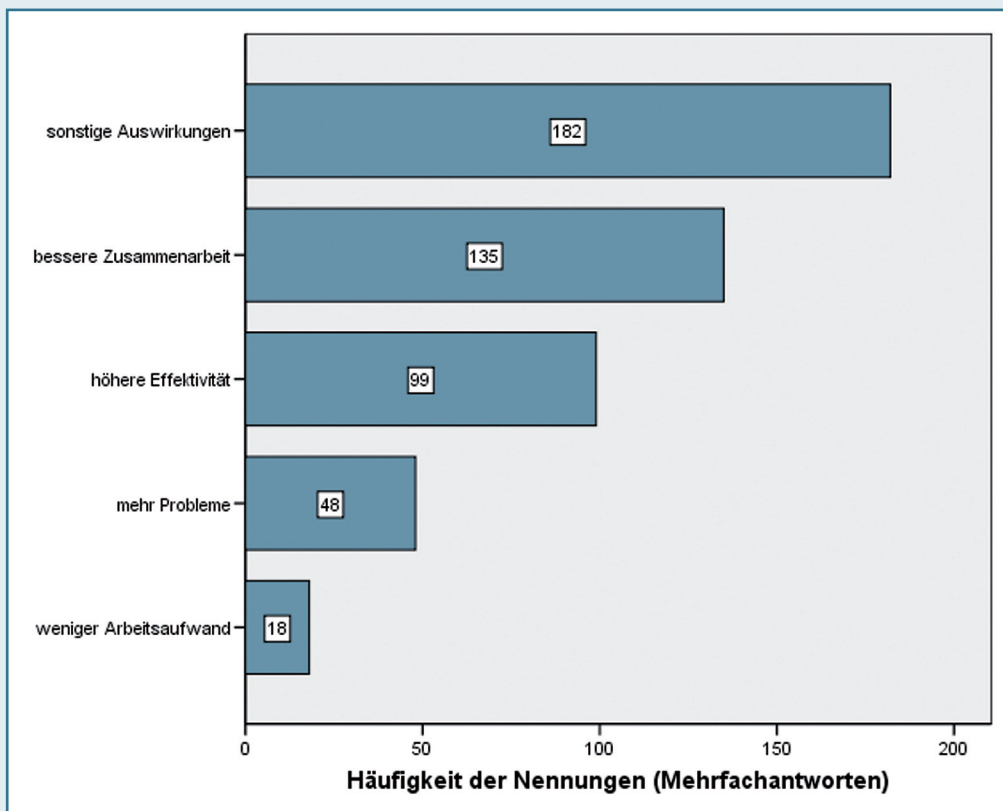


Abb. 9

4.1.3 Interviews mit Expertinnen und Experten der Projekte zur Initiative des BMAS „job-Jobs ohne Barrieren“ zum § 84 Abs. 2 SGB IX

Ingesamt wurden nach Angaben der Expertinnen bzw. Experten über die Aktivitäten der Projekte in „job – Jobs ohne Barrieren“ ca. 4000 Betriebe und Unternehmen aus unterschiedlichen Branchen im gesamten Bundesgebiet angesprochen. Die Intensität der Kontaktaufnahme variierte erheblich, die Kontakte wurden über Rundschreiben, Informationsveranstaltungen, direkte Ansprache und Telefonansprache hergestellt. Über die Anzahl der Unternehmen, die an den Projekten teilgenommen haben, existieren keine genauen Zahlen, die Schätzung liegt zwischen 250 – 500 Unternehmen. Die Projekte wurden in verschiedenen Regionen der Bundesrepublik angeboten, vorwiegend in den Ballungsräumen, Nordrhein-Westfalen und Hamburg.

Im Modellprojekt der Deutschen Rentenversicherung Bund zum BEM wurden in einer repräsentativen Erhebung 317 Arbeitgeber in der Region Teltow und Berlin-Lichterfelde telefonisch kontaktiert. Von diesen Arbeitgebern erklärten sich 114 zu einem telefonischen und 104 zu einem persönlichen Interview bereit. 90% der befragten Unternehmen hatten noch kein Betriebliches Eingliederungsmanagement durchgeführt.

Zum Zusammenhang zwischen der Altersstruktur der Beschäftigten in den Betrieben und dem Interesse an BEM existieren geteilte Meinungen. Einige der Expertinnen und Experten sehen keinen Zusammenhang und wenn, dann nur in Verbindung mit anderen Faktoren, wie schon bestehenden gesundheitlichen Problemen bzw. Risiken, in bestimmten Branchen mit hoher, nicht kompensierbarer kumulativer Arbeitsbelastung sowie bei festen quasi unkündbaren Stammebelegschaften. Im Besonderen existiert nach Ansicht der Expertinnen und Experten kein Zusammenhang zwischen der Schwerbehindertenquote und dem Interesse an BEM. Jedoch wird die Auseinandersetzung mit dem Thema BEM von den betrieblichen Interessenvertretern, vornehmlich der Vertretung der Schwerbehinderten vorangetrieben.

Obwohl die Betriebe, die kein Interesse an der Thematik zeigten, in der Mehrzahl waren, kommen die Expertinnen und Experten zu dem Urteil, dass das Interesse am BEM insgesamt zunimmt.

Zusammenfassung

An der bundesweiten schriftlichen und Online-Befragung beteiligten sich 630 Vertreter aus Betrieben, Unternehmen und Dienststellen, an der

Befragung in der Zeitschrift „Behinderte Menschen im Beruf“ (ZB) nahmen 474 Personen teil. In beiden Stichproben findet sich erwartungsgemäß ein höherer Anteil großer und mittlerer Unternehmen. Vertiefende Interviews wurden mit 16 Expertinnen und Experten der Initiative „job -Jobs ohne Barrieren“ sowie mit verschiedenen, am BEM beteiligten Akteuren, in vier Unternehmen durchgeführt.

48% der Unternehmen in der Online- und 42% in der ZB-Befragung führen das BEM bereits durch. Die große Beteiligung derjenigen Betriebe, insbesondere der kleinen und mittleren Unternehmen, die das BEM weder thematisiert, durchgeführt oder geplant haben, lässt trotzdem auf Interesse an der Thematik schließen.

In der Online-Befragung findet sich im Gegensatz zur Auffassung der Interviewten aus der Initiative „job-Jobs ohne Barrieren“ ein positiver korrelativer Zusammenhang zwischen der Durchführung des BEM und dem Anteil älterer sowie schwerbehinderter Beschäftigter. Übereinstimmend zeigt sich über die verschiedenen Methoden hinweg, dass die Schwerbehindertenvertretung engagiert an der Ein- und Durchführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements beteiligt ist.

4.2 Methoden im BEM

Mit der Neufassung des § 84 Abs. 2 SGB IX wurde die Pflicht auf eine frühe Prävention und Ausdehnung der Prävention auf alle erkrankten Beschäftigten eines Unternehmens begründet. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit für die Arbeitgeber, über das Angebot von bestehenden Einzelmaßnahmen hinaus gewisse Regelungen zu treffen und Zuständigkeiten zu klären. Demnach wird in der Befragung zwischen strukturellen und formalen Methoden des BEM im Sinne der Bestimmungen des § 84 Abs. 2 und Integrationsmaßnahmen im Einzelfall unterschieden.

Im Folgenden werden zunächst die formalen und strukturellen Methoden und danach die Maßnahmen im Einzelfall dargestellt, abschließend die Ergebnisse einer multivariaten Untersuchung des Zusammenhangs zwischen betrieblichen Maßnahmen zur Integration erkrankter Beschäftigter und der Durchführung eines BEM.

Die Verbreitung der Methoden wird differenziert dargestellt nach der Betriebsgröße und dem Umsetzungsstand des BEM, wobei unterschieden wird zwischen Betrieben, die das BEM thematisiert oder geplant haben und solchen, die das BEM bereits einmal durchgeführt haben. Zum einen

ist es prinzipiell von Interesse zu untersuchen, ob es Unterschiede in der Vorgehensweise der Unternehmen nach Betriebsgröße gibt, zum anderen macht die Berücksichtigung der Teilnehmer, die BEM nicht durchgeführt, sondern thematisiert oder geplant haben und dennoch Methoden der beruflichen Wiedereingliederung einsetzen, eine Differenzierung nach dem BEM-Umsetzungsstand notwendig.

Mit der Differenzierung im Hinblick auf eine leistungsgerechte Wiedereingliederung werden Aspekte überprüft, die mit einer erfolgreichen Wiedereingliederung zusammenhängen. Da die Teilnehmerzahl durch Filterfragen variiert und sich teilweise reduziert, wird im Folgenden jeweils die Stichprobengröße angegeben.

Insgesamt haben sich 488 Betriebe bzw. Dienststellen, die BEM entweder thematisiert, geplant oder bereits durchgeführt haben, zu den Methoden des BEM geäußert. Die Grundgesamtheit für die Analyse zur leistungsgerechten Eingliederung von BEM-Fällen bilden 215 Betriebe oder Dienststellen, da alle Betriebe ausgeschlossen wurden, die auf die Frage, ob bei BEM-Fällen ein „leistungsgerechter Einsatz des Beschäftigten“ erreicht werden konnte, mit „zum Teil“ geantwortet hatten.

Zur Untersuchung der Integrationsmaßnahmen im Einzelfall sowie bei einzelnen Fragestellungen, bspw. der Frage nach dem Integrationsteam und einer Integrations- oder Dienstvereinbarung, wird auf die Gesamtstichprobe von 630 Teilnehmern zurückgegriffen.

Die Bedeutung der Betriebsgröße, des Umsetzungsstands des BEM sowie einer leistungsgerechten Wiedereingliederung für die Verbreitung und inhaltliche Ausrichtung der Methoden wird über relative Häufigkeiten ermittelt und anhand des CHI²-Verfahrens getestet. Das Signifikanzniveau wird mit $p \leq 0.01$ festgelegt.

Die Ergebnisse der bundesweiten schriftlichen bzw. Online-Befragung, werden ergänzt durch die Befragung der Expertinnen und Experten der Initiative „job-Jobs ohne Barrieren“.

4.2.1 Kommunikation

Die Ein- und Durchführung eines neuen Verfahrens, das die Zusammenarbeit und Akzeptanz verschiedener betrieblicher Akteure sowie der Beschäftigten erfordert, benötigt Information und Transparenz. Zu der Frage: „Wie wurde die Belegschaft über das BEM informiert?“, haben sich

484 Personen geäußert. Aus dem Bezug zur Teilnehmerzahl ergibt sich der prozentuale Anteil der Vorgehensweise in den Betrieben.

INFORMATION ZUM BEM

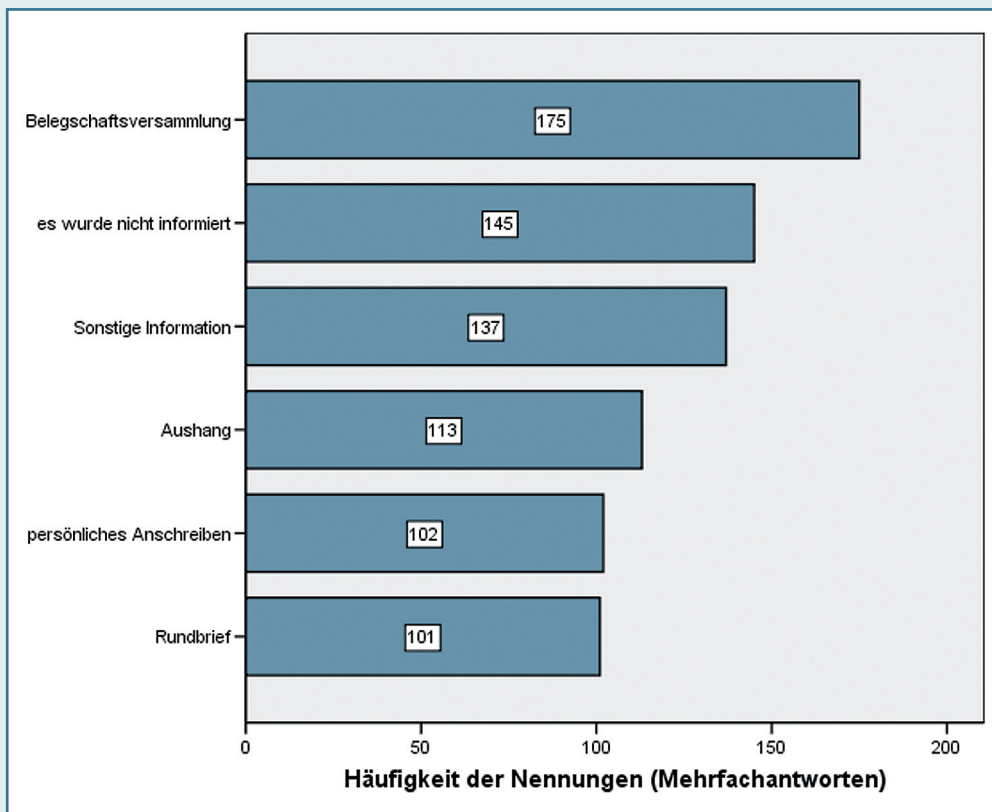


Abb. 10

Die bundesweite Online-Befragung zeigt, dass in der Regel mehrere Informationsstrategien genutzt werden. Favorisiert wird die Informationsvermittlung in Belegschaftsversammlungen. Allerdings ist besonders hervorzuheben, dass 30% der Befragten angeben, die Belegschaft wurde überhaupt nicht informiert. Differenziert nach Betriebsgröße, in Klein-, Mittel- und Großbetriebe, zeigt sich kein signifikanter Unterschied in der prozentualen Häufigkeitsverteilung der Nennungen. Demnach hat die Betriebsgröße keinen Einfluss auf die Kommunikation des BEM. Interessant ist, dass sich für die Gruppe der Unternehmen, die eine leistungsgerechte Wiedereingliederung erreicht haben, Effekte zeigen lassen. Alle Möglichkeiten der Verbreitung werden signifikant häufiger genutzt und es wurde seltener nicht informiert (22%) (N=215).

Die Expertenbefragung bestätigt die Ergebnisse der bundesweiten Befragung dahingehend, dass die Betriebe, mit denen zusammengearbeitet wurde, ihre Belegschaften auf verschiedenen Wegen unterrichten. Von den Betrieben werden Artikel, Flyer und Plakate genutzt und in

Informationsveranstaltungen oder auf Personal- und Betriebsversammlungen zu BEM informiert. Kleine Betriebe bevorzugen ihrer Erfahrung nach die persönliche Ansprache der betroffenen Personen. Darüber hinaus betonen die Expertinnen und Experten die Bedeutung einer umfassenden und guten Aufklärung für die Akzeptanz auf Seiten der Beschäftigten.

Zusammenfassend informieren demnach mehr als zwei Drittel der Betriebe ihre Belegschaften zum BEM. Sie nutzen dafür verschiedene Möglichkeiten, wobei kein Verfahren im Vordergrund steht. Betriebe, die BEM durchführen oder die einen leistungsgerechten Einsatz ihrer BEM-Fälle erreicht haben, informieren zwar insgesamt häufiger, jedoch zeigt sich auch hier, dass ein Fünftel der Betriebe bzw. Dienststellen überhaupt nicht informiert, obwohl dies für die Akzeptanz des BEM eine herausragende Rolle spielt.

4.2.2 Gesetzliche Vorgaben und Datenschutz

Mit dem § 84 Abs. 2 SGB IX wurde die Pflicht der Arbeitgeber hinsichtlich betrieblicher Wiedereingliederung präzisiert und erweitert. Diese Vorgaben erfordern ein neues Engagement verschiedener betrieblicher Akteure wie z. B. der Personalabteilungen und umfassende Regelungen der Vorgänge. Im Besonderen werden hier die Überwachung der 6-Wochenfrist, die Ansprache der betroffenen Person, die Freiwilligkeit und der Datenschutz thematisiert.

Überwachung der 6-Wochenfrist

Auf die Frage: „Gibt es eine Person, die im Sinne des § 84 Abs. 2 SGB IX die Arbeitsunfähigkeitsdaten der Beschäftigten hinsichtlich der 6 Wochenfrist überwacht?“, haben 475 Personen geantwortet. Die Auswertung des Krankenstandes wird in 67% der Betriebe oder Dienststellen von einer dafür zuständigen Person durchgeführt, wobei die Betriebsgröße keinen Effekt aufzeigt. Indessen gibt es in 77% der Betriebe, die BEM durchgeführt sowie in 82% der Betriebe, die eine erfolgreiche Wiedereingliederung erreicht haben, signifikant häufiger eine Person für die Auswertung der AU-Daten.

Zusammenfassend zeigt sich, dass zwei Drittel aller Betriebe die AU-Daten hinsichtlich der 6-Wochenfrist auswerten. Außerdem werten diejenigen Betriebe, die das BEM bereits durchgeführt haben häufiger aus (77%) und am häufigsten erfolgt dies in Betrieben, die bei ihren BEM-Fällen einen leistungsgerechten Einsatz erreicht haben (82%).

ERFOLGREICHE WIEDEREINGLIEDERUNG UND ÜBERWACHUNG DER 6-WOCHENFRIST

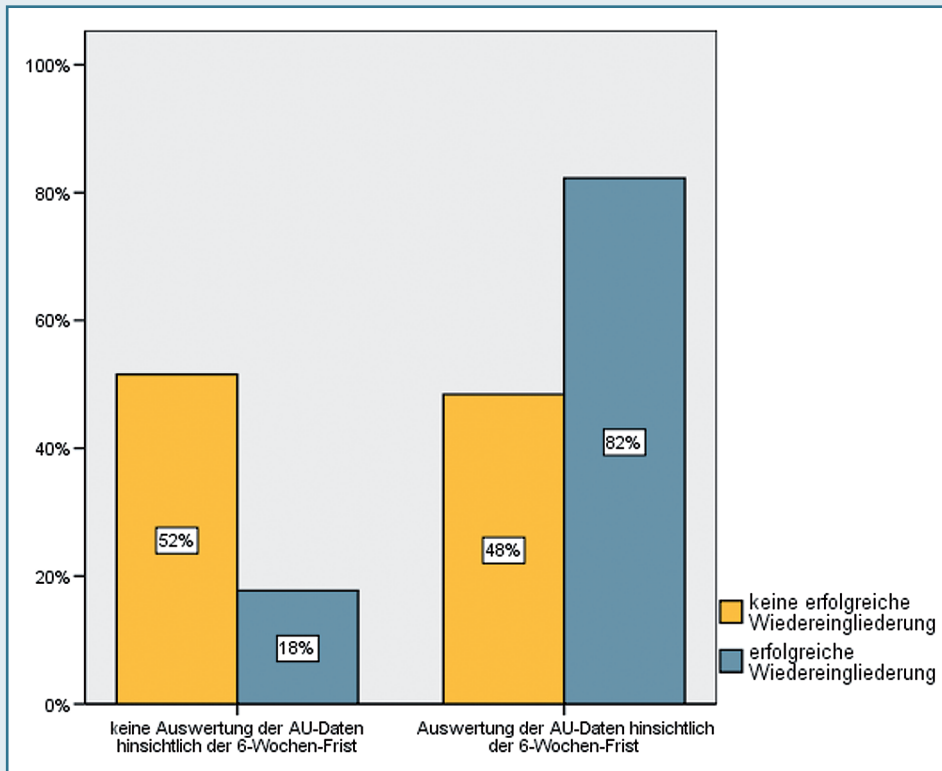


Abb. 11

Ansprache der erkrankten Beschäftigten nach 6 Wochen

Auf die Frage: „Werden erkrankte Beschäftigte nach 6 Wochen angesprochen?“, haben 473 Teilnehmerinnen und Teilnehmer geantwortet. Die Ansprache der erkrankten Beschäftigten erfolgt in 73% der Betriebe (Bezugsgröße N=473 Betriebe) nach 6 Wochen. Hinsichtlich der Betriebsgröße werden keine Unterschiede deutlich.

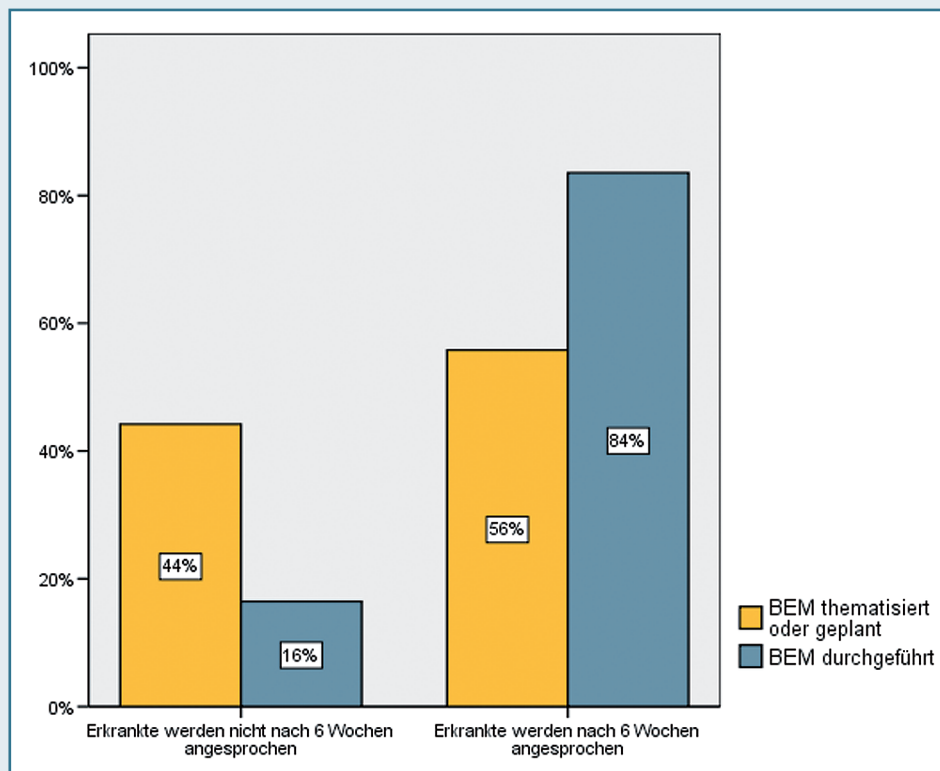
BEM UMSETZUNG UND DIE ANSPRACHE DER ERKRANKTEN BESCHÄFTIGTEN NACH 6 WOCHEN

Abb. 12

Die Ansprache der erkrankten Beschäftigten hängt eng mit dem Umsetzungsstand des BEM im Betrieb zusammen. Betriebe, die das BEM bereits durchführen, sprechen die erkrankten Mitarbeiter signifikant häufiger nach 6 Wochen an, als Betriebe oder Dienststellen, die das BEM nur thematisiert oder geplant haben.

LEISTUNGSGERECHTE WIEDEREINGLIEDERUNG UND DIE ANSPRACHE DER ERKRANKTEN BESCHÄFTIGTEN NACH 6 WOCHEN (N=207)

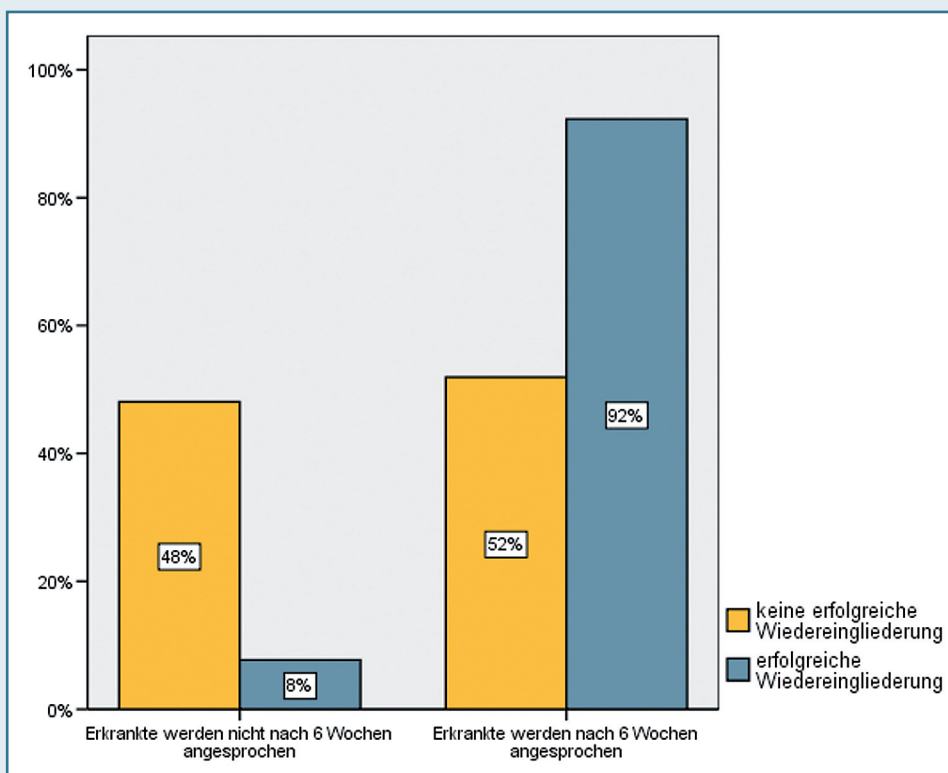


Abb. 13

Von den Betrieben oder Dienststellen, die angeben, den leistungsgerechten Einsatz ihrer BEM-Fälle erreicht zu haben, sprechen 92% ihre erkrankten Beschäftigten nach 6 Wochen an. Sie unterscheiden sich damit signifikant von denjenigen Betrieben oder Dienststellen, die keine erfolgreiche Wiedereingliederung erreicht haben, da diese nur zu 52% erkrankte Beschäftigte aktiv nach 6 Wochen ansprechen.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass erkrankte Beschäftigte in drei Viertel aller Betriebe gemäß der 6-Wochenfrist angesprochen werden. In Betrieben, die BEM durchführen, liegt dieser Anteil dagegen signifikant höher und nahezu alle Betriebe, die eine erfolgreiche Wiedereingliederung erreicht haben, führen entsprechende Gespräche durch.

Erstansprache im Erkrankungsfall

Von den Betrieben, die erkrankte Beschäftigte nach 6 Wochen ansprechen, haben sich 348 zu der Frage geäußert: „Durch wen erfolgt die Erstansprache im Erkrankungsfall?“. Es werden mehrere Ansprechpartner angegeben (vgl. Abb. 14). Mehrheitlich erfolgt die Erstansprache im Erkrankungsfall durch die Personalabteilung, gefolgt vom direkten Vorgesetzten und durch den Betriebs- bzw. Personalrat, seltener durch die Schwerbehindertenvertretung oder durch sonstige Personen wie beispielsweise den sozialen Dienst, oder den betriebsärztlichen Dienst und die Geschäftsführung. Einige Befragte geben auch die Disability Manager als Erstansprechperson an. Obwohl die Disability Manager am seltensten erwähnt werden, existiert allein bei diesen ein signifikanter Zusammenhang zwischen Erstansprache und der Zustimmung der betroffenen Personen zu einem BEM.

ZUSTÄNDIGE PERSONEN FÜR DIE ERSTANSPRACHE IM ERKRANKUNGSFALL (N=348)

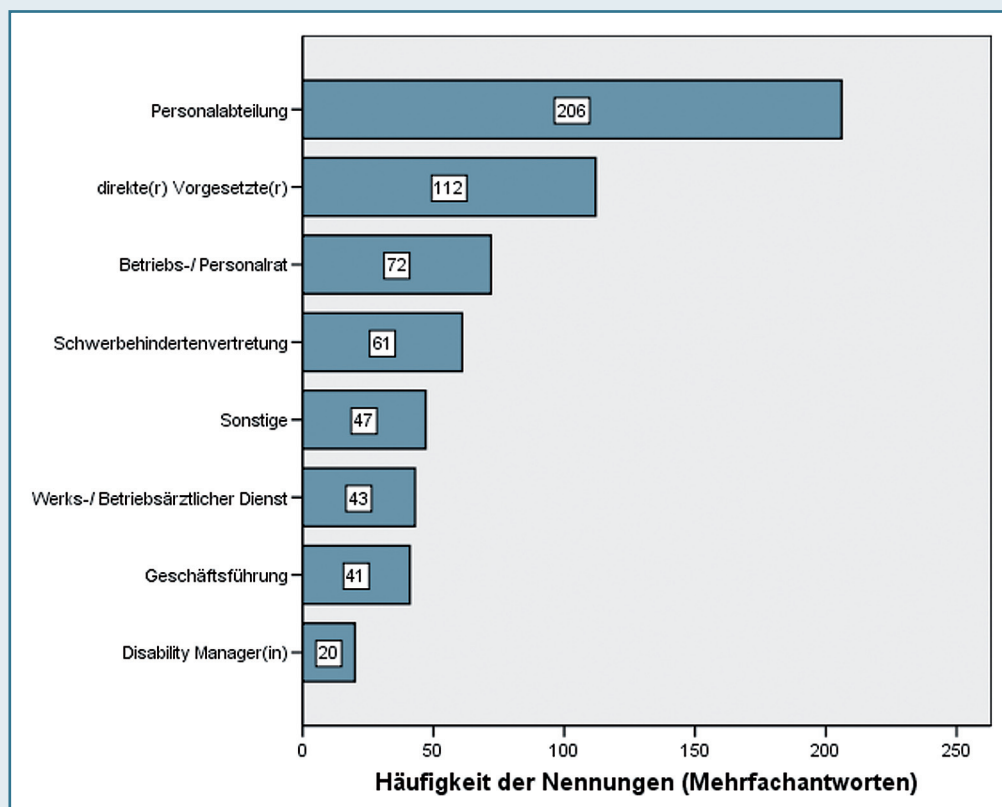


Abb. 14

Aus dem Bezug zur Teilnehmerzahl ergibt sich der prozentuale Anteil der Ansprechpersonen in den Betrieben.

Form der Erstsprache

Auf die Frage: „Wie erfolgt die Erstsprache der erkrankten Beschäftigten?“ haben 320 Betriebe, die erkrankte Beschäftigte ansprechen, geantwortet. Die Erstsprache geschieht in 48% der Fälle in schriftlicher Form, in 35% im direkten Gespräch und in 7% telefonisch. In Kleinbetrieben erfolgt die Erstsprache erwartungsgemäß am häufigsten im direkten Gespräch, in Großbetrieben am häufigsten schriftlich.

Hinweis auf die Freiwilligkeit der Teilnahme am BEM

Auf die Frage: „Wird die betroffene Person auf die Freiwilligkeit der Teilnahme am BEM hingewiesen?“, haben 452 Betriebe geantwortet. Die betroffenen Personen werden von 79% der Betriebe bzw. Dienststellen auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen. Erstaunlich und bedenklich ist, dass 21% angeben, die Betroffenen nicht darüber zu informieren.

HINWEIS AUF DIE FREIWILLIGKEIT DER TEILNAHME AM BEM

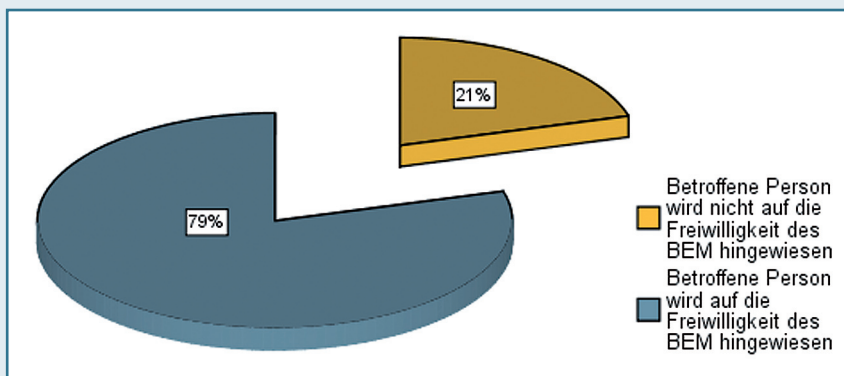


Abb. 15

Dabei ergibt sich kein Unterschied zwischen den Betriebsgrößen. Von den Betrieben, die über die Planungsphase hinaus sind und das BEM durchführen, erfolgt der Hinweis auf die Freiwilligkeit der Teilnahme in 91% der Fälle.

Von denjenigen, die Ihre Mitarbeiter informieren, antworten 361 auf die Frage: „Wer informiert die betroffene Person über die Freiwilligkeit der Teilnahme am Betrieblichen Eingliederungsmanagement?“.

DIE ZUSTÄNDIGEN PERSONEN FÜR DEN HINWEIS AUF FREIWILLIGKEIT

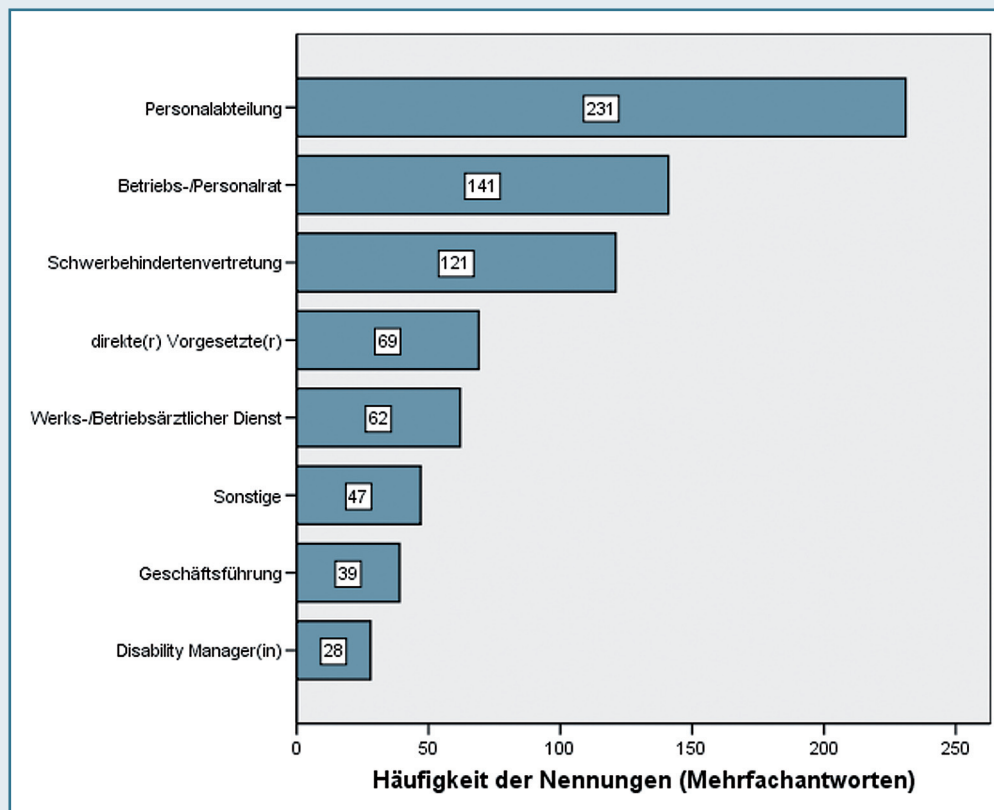


Abb. 16

Der Hinweis auf die Freiwilligkeit erfolgt mehrheitlich durch die Personalabteilung, gefolgt von den Betriebs- bzw. Personalräten und durch die Schwerbehindertenvertretung, seltener durch die direkten Vorgesetzten, die Werks- und Betriebsärzte sowie durch sonstige Personen, wie z. B. den Sozialdienst.

Im Vergleich zum Verfahrensschritt „Erstansprache“ sind beim Hinweis auf die Freiwilligkeit die betriebliche Interessenvertretung und die Schwerbehindertenvertretung stärker beteiligt.

In Kleinbetrieben erfolgt der Hinweis signifikant häufiger durch die Geschäftsführung mit 48% (im Vergleich zu 6% in Großbetrieben), in den Großbetrieben durch die Personalabteilung mit 68% (im Vergleich zu 40% in Kleinbetrieben). Außerdem ist das Engagement des werks- und betriebsärztlichen Dienstes in Klein- und Mittelbetrieben deutlich seltener als in Großbetrieben. Die Disability Manager sind signifikant häufiger in den Betrieben oder Dienststellen aktiv, die BEM bereits durchführen und stellen eine zahlenmäßig kleine, aber dennoch wichtige Akteursgruppe dar.

Hinweis auf die Verwendung der Daten

Zu der Frage: „Wird die betroffene Person auf Art, Umfang und Verwendung der im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements erhobenen Daten hingewiesen?“, haben sich 422 Betriebe geäußert. Die betroffene Person wird in 69% der Betriebe bzw. Dienststellen über die Art der Datenerhebung, den Umfang und die Verwendung der Daten beim BEM unterrichtet.

HINWEIS AUF DIE VERWENDUNG DER DATEN

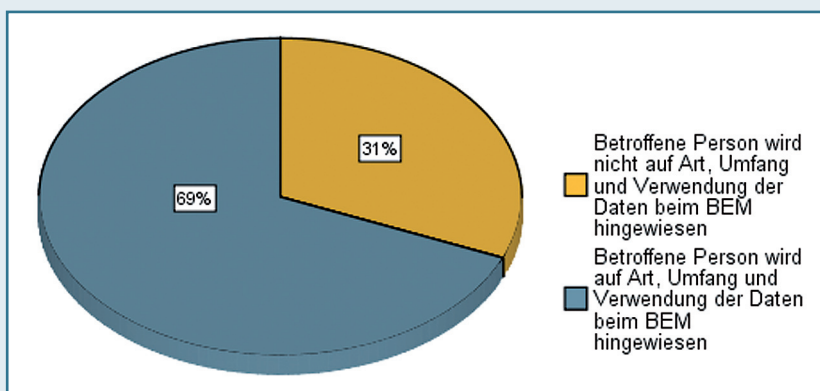


Abb. 17

Dabei zeigt sich kein Unterschied zwischen den Betriebsgrößen. Bemerkenswert ist, dass fast ein Drittel angibt, die Betroffenen nicht über die Verwendung der Daten zu informieren.

Zugang zu den Daten

Auf die Frage: „Wer hat Zugang zu den im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements erhobenen Daten?“, haben 484 Teilnehmerinnen und Teilnehmer geantwortet.

PERSONEN DIE ZUGANG ZU DEN DATEN HABEN

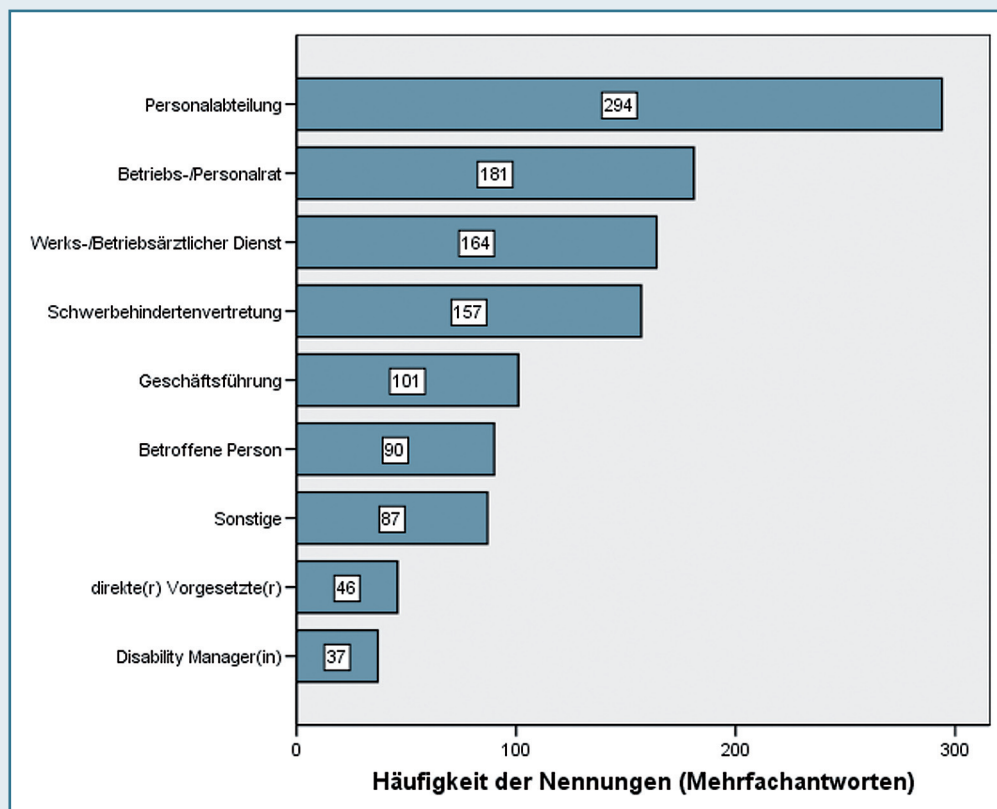


Abb. 18

Im Vordergrund des Zugangs steht die Personalabteilung und bei den kleinen Betrieben zusätzlich die Geschäftsführung sowie die direkten Vorgesetzten. Für den Fall der erfolgreichen Wiedereingliederung gewinnen der Betriebs- und Personalrat, die Schwerbehindertenvertretung sowie der werks- und betriebsärztliche Dienst an Bedeutung.

Die Aufbewahrung der Daten nach Abschluss des Verfahrens

Zu der Frage: „Wie wird mit den Daten nach Abschluss des BEM verfahren?“, haben sich 484 Personen geäußert.

AUFBEWAHRUNG DER DATEN

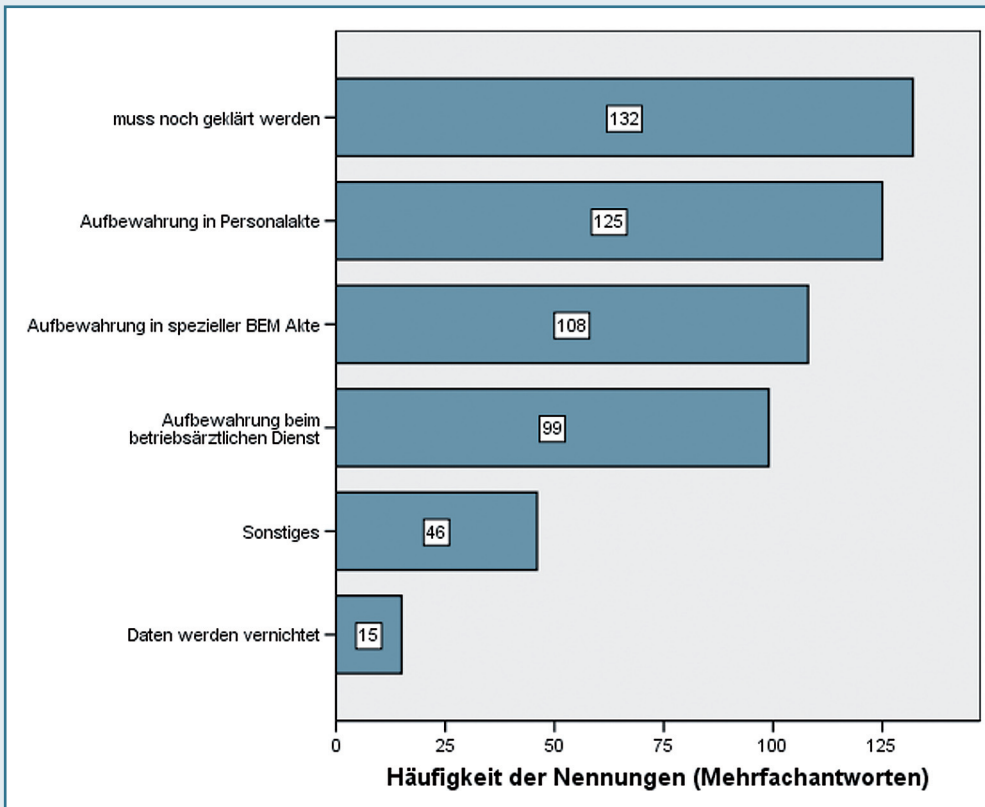


Abb. 19

Die Aufbewahrung der Daten erfolgt auf unterschiedliche Weise, wobei keine Präferenz festzustellen ist. Am häufigsten wird genannt, dass die Aufbewahrung der Daten noch nicht geklärt ist. Zwischen großen Betrieben und KMU zeigen sich Unterschiede, da kleine Betriebe die Daten mit 48% signifikant häufiger in der Personalakte aufbewahren als die Großbetriebe (23%). In Großbetrieben dagegen werden die Daten mit 24% signifikant häufiger beim betriebs- und werksärztlichen Dienst verwahrt im Vergleich zu 7% in Kleinbetrieben und 11% in Mittelbetrieben.

4.2.3 Systematisierung und strukturelle Bedingungen

Die Professionalisierung des Umgangs mit erkrankten und von Behinderung bedrohten Beschäftigten erfordert eine gewisse Systematisierung

und die Schaffung verbindlicher Strukturen und Abläufe. Dazu gehören die Standardisierung des BEM, das Vorhandensein eines Integrationsteams sowie die Integrations-, Betriebs- oder Dienstvereinbarung.

Standardisierung des BEM

Auf die Frage: „Gibt es ein standardisiertes Vorgehen für die Arbeit mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement?“, haben 484 Personen geantwortet.

MERKMALE EINES STANDARDISIERTEN BEM

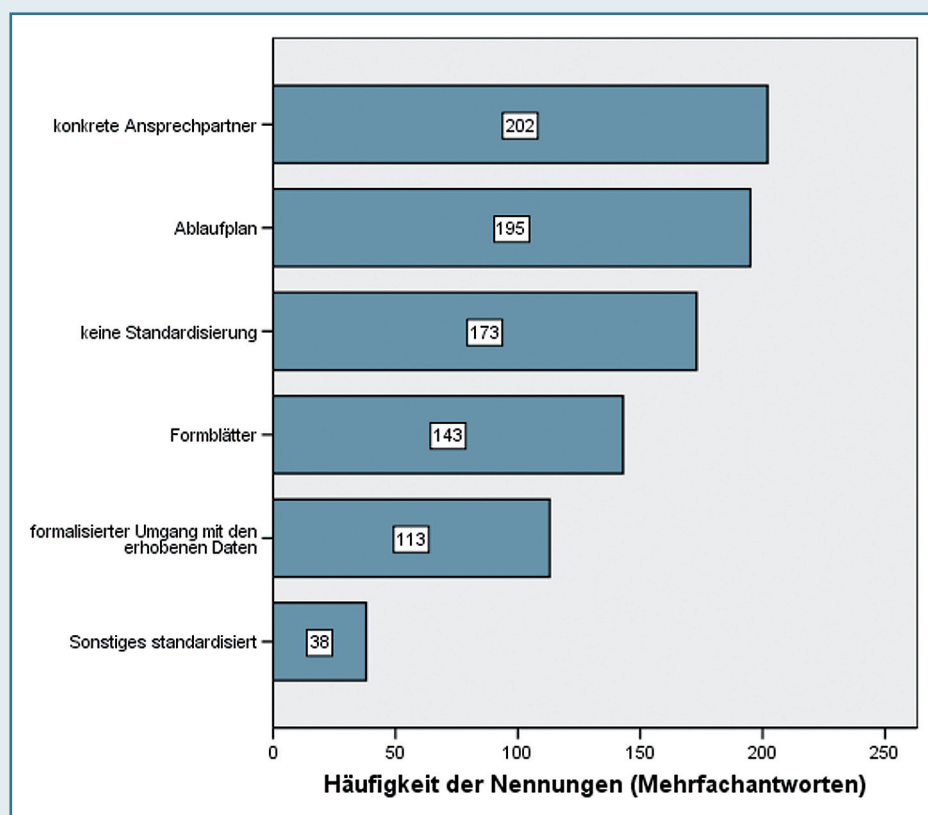


Abb. 20

In 40% der Betriebe oder Dienststellen gibt es ein standardisiertes Vorgehen für die Arbeit mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement in Form eines Ablaufplans, in 30% anhand von Formblättern, 41% der Betriebe oder Dienststellen haben konkrete Ansprechpartner, in 36% existieren keine Formen der Standardisierung, in 23% der Betriebe oder Dienststellen gibt es einen formalisierten Umgang mit den Daten und 8% geben Sonstiges an, z.B. „ist mir nicht bekannt“, „wird noch erarbeitet“ oder „muss noch geklärt werden“. Insgesamt spielen Ablaufpläne und eine konkrete Ansprechperson eine herausragende Rolle. Alle Formen der Standardisierung kommen signifikant häufiger bei den Betrieben zur Anwendung, die

über die Planungsphase hinaus sind, bzw. eine leistungsgerechte Wiedereingliederung erreicht haben.

Integrationsteam

Auf die Frage: „Gibt es in diesem Betrieb dieser Dienststelle ein Integrationsteam?“, haben 624 Personen geantwortet. In 37% aller Betriebe bzw. Dienststellen, gibt es ein Integrationsteam. Großbetriebe haben mit 44% signifikant häufiger ein Integrationsteam als Kleinbetriebe mit 16%. Bei den Betrieben oder Dienststellen, in denen das BEM durchgeführt wird, existiert ein Integrationsteam signifikant häufiger als in Betrieben oder Dienststellen, die ein BEM bisher nur thematisiert oder geplant haben. Demnach ist das Integrationsteam in zwei Dritteln der Betriebe, die das BEM bereits durchführen bzw. eine erfolgreiche Wiedereingliederung erreicht haben, ein fester Bestandteil der BEM-Strukturen.

In den Experteninterviews wird von Integrationsteams sowohl für den Einzelfall als auch von dauerhaften Einrichtungen berichtet. Bei den kleineren Unternehmen spielen die Integrationsteams eine untergeordnete Rolle, dennoch gibt es in Einzelfällen durchaus Fallbesprechungen mit mehreren Beteiligten.

Integrations-, Betriebs- und Dienstvereinbarung

Zu der Frage: „Ist das BEM ein Bestandteil einer Integrations-, Betriebs- oder Dienstvereinbarung?“, haben sich 456 Teilnehmerinnen und Teilnehmer geäußert. Das BEM ist in 29% der Betriebe oder Dienststellen Bestandteil einer Integrationsvereinbarung und in 38% Bestandteil einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung. Die Betriebsgröße macht hier keinen Unterschied. Es zeigen sich Unterschiede zwischen der Gruppe der Betriebe, die BEM-Fälle leistungsgerecht eingliedern und der Gruppe von Betrieben, die dies nicht erreicht haben: BEM ist signifikant häufiger Bestandteil einer Integrationsvereinbarung (mit 34% zu 19%) oder einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung (mit 44% zu 26%) in den Betrieben, in denen eine leistungsgerechte Wiedereingliederung gelungen ist. Existiert eine Betriebs- oder Dienstvereinbarung, geben 53% der Betriebe eine erfolgreiche Wiedereingliederung als Ergebnis der BEM-Fälle an, verglichen mit 33% der Betriebe, die keine Betriebs- oder Dienstvereinbarung zum BEM haben.

4.2.4 Externe Unterstützung

Externe Partner wie die Integrationsämter, Rehabilitationsträger und andere sind aufgefordert, den Prozess der betrieblichen Wiedereingliederung zu

unterstützen. Auf die Frage: „Nutzt der Betrieb bzw. diese Dienststelle bei der Durchführung des BEM externe Unterstützung?“, haben 451 Betriebe geantwortet. Externe Unterstützung wird von 54% der Betriebe oder Dienststellen in Anspruch genommen. Dabei existiert kein Unterschied zwischen den Betriebsgrößen. Die Betriebe, die das Planungsstadium hinter sich haben und BEM durchführen, nutzen die externe Unterstützung signifikant häufiger (mit 59% zu 44%) als diejenigen ohne BEM. Die Betriebe oder Dienststellen, die eine leistungsgerechte Wiedereingliederung erreicht haben, nehmen externe Dienstleistung mit 66% zu 41% ebenfalls signifikant häufiger in Anspruch als diejenigen, die keinen leistungsgerechten Einsatz erreicht haben.

Von den Betrieben, die Unterstützung in Anspruch genommen haben, äußern sich 244 zu der Frage: „Bei welcher Institution holt sich der Betrieb bzw. diese Dienststelle Unterstützung?“

INSTITUTIONEN DER UNTERSTÜTZUNG

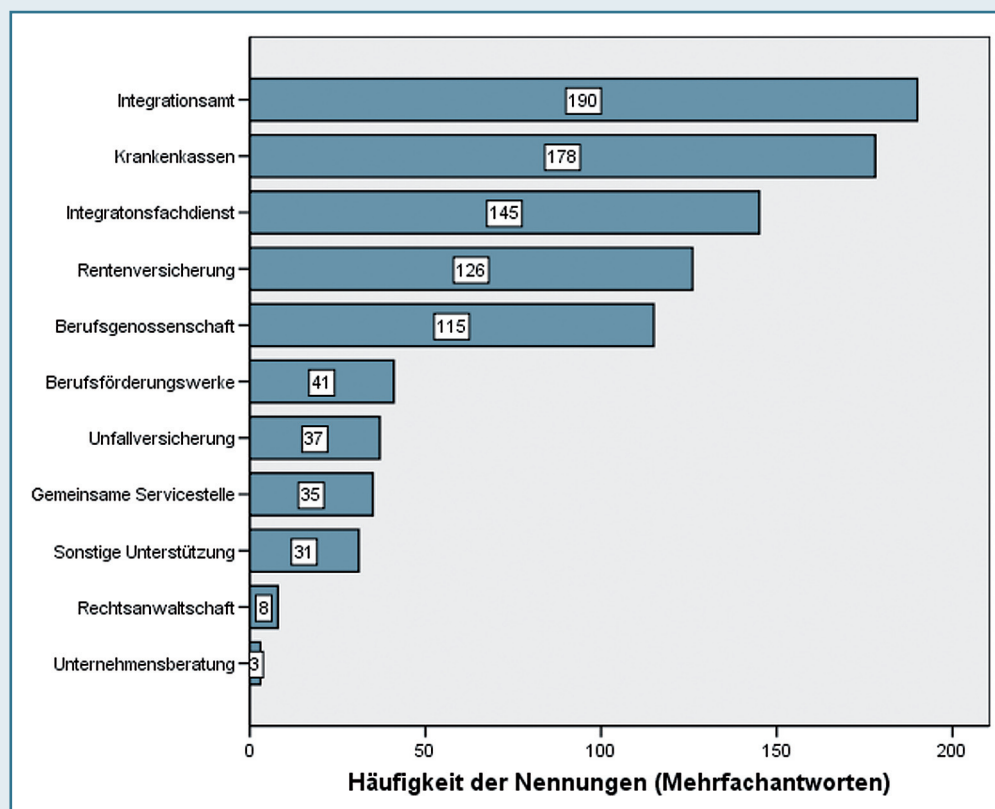


Abb. 21

Mehrheitlich wenden sich Betriebe oder Dienststellen an die Integrationsämter und nehmen die Unterstützung der Krankenkassen in Anspruch, suchen die Unterstützung der Integrationsfachdienste, der

Rentenversicherung oder auch der Berufsgenossenschaften. Seltener wenden sie sich an die Berufsförderungswerke, an die Unfallversicherung, die gemeinsame Servicestelle, Rechtsanwaltschaft oder Unternehmensberatungen.

Die Expertinnen und Experten der Initiative „job-Jobs ohne Barrieren“ können zur externen Unterstützung keine zu verallgemeinernden Angaben machen. Wenn Hilfe in Anspruch genommen wird, dann vorwiegend im Einzelfall. Ansonsten berichten sie, dass mehrfach Fachanwälte, das Integrationsamt und die Krankenkassen zur Unterstützung herangezogen werden, während die allgemeinen Servicestellen oft nicht bekannt sind. Vereinzelt werden die Rentenversicherung, Berufsgenossenschaften, Selbsthilfegruppen, Arbeitgeberverband, Fachverlage und betriebs- oder werksärztlicher Dienst erwähnt. Die Zufriedenheit mit der Unterstützung wird sehr unterschiedlich bewertet, die großen Betriebe sind zum größten Teil sehr zufrieden, die kleineren Betriebe bemängeln ein zu geringes Engagement der Rehabilitationsträger. Im Besonderen wird die individuelle Unterstützung im Einzelfall vermisst. Häufig wünschen sich vor allem die kleineren Betriebe oder Dienststellen eine Dienstleistung aus einer Hand, eine Hotline oder einen persönlichen Ansprechpartner.

Bonus

Zu der Frage: „Hat dieser Betrieb bzw. diese Dienststelle einen Bonus bei den Rehabilitationsträgern und Integrationsämtern beantragt?“, haben sich 438 Betriebe geäußert. Einen Bonus bei den Rehabilitationsträgern oder den Integrationsämtern haben nur 11% der Betriebe oder Dienststellen beantragt. Die Betriebsgröße spielt dabei keine Rolle. Bei einer leistungsgerechten Wiedereingliederung hingegen wird ein Bonus mit 19% im Vergleich zu 6% deutlich häufiger beantragt.

Von den Expertinnen und Experten wurde vorwiegend Kritik am Bonus-system geäußert. Die Vergabepaxis führt ihrer Ansicht nach dazu, dass nur vereinzelt Betriebe in den Genuss eines Bonus kommen und deshalb keine Breitenwirkung zu erwarten ist. Trotzdem ist der Bonus wichtig, allerdings unter dem Vorbehalt, dass Prämien zukünftig an die Ergebnisse eines BEM geknüpft sein müssten und nicht nur an die Einrichtung eines BEM. Zudem wird das System der Bonusvergabe als bislang zu kompliziert empfunden und die Bedeutung praktischer Hilfestellungen, wie umfangreicher Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Lohnkosten- und Eingliederungszuschüsse, als wichtiger erachtet. Im Besonderen gilt das für kleine Betriebe.

4.2.5 Maßnahmen im Einzelfall

Die Maßnahmen im Einzelfall werden über die gesamte Stichprobe der Online-Befragung beschrieben, eingeschlossen sind also auch jene Betriebe oder Dienststellen, die das BEM weder thematisiert, geplant noch durchgeführt haben. Die Maßnahmen werden zahlreich und umfangreich angeboten. Auf die Frage: „Welche konkreten Maßnahmen zur Integration erkrankter Beschäftigter bietet dieser Betrieb bzw. diese Dienststelle an?“, haben 630 Betriebe und Dienststellen folgendermaßen geantwortet.

MABNAHMEN DER BERUFLICHEN INTEGRATION

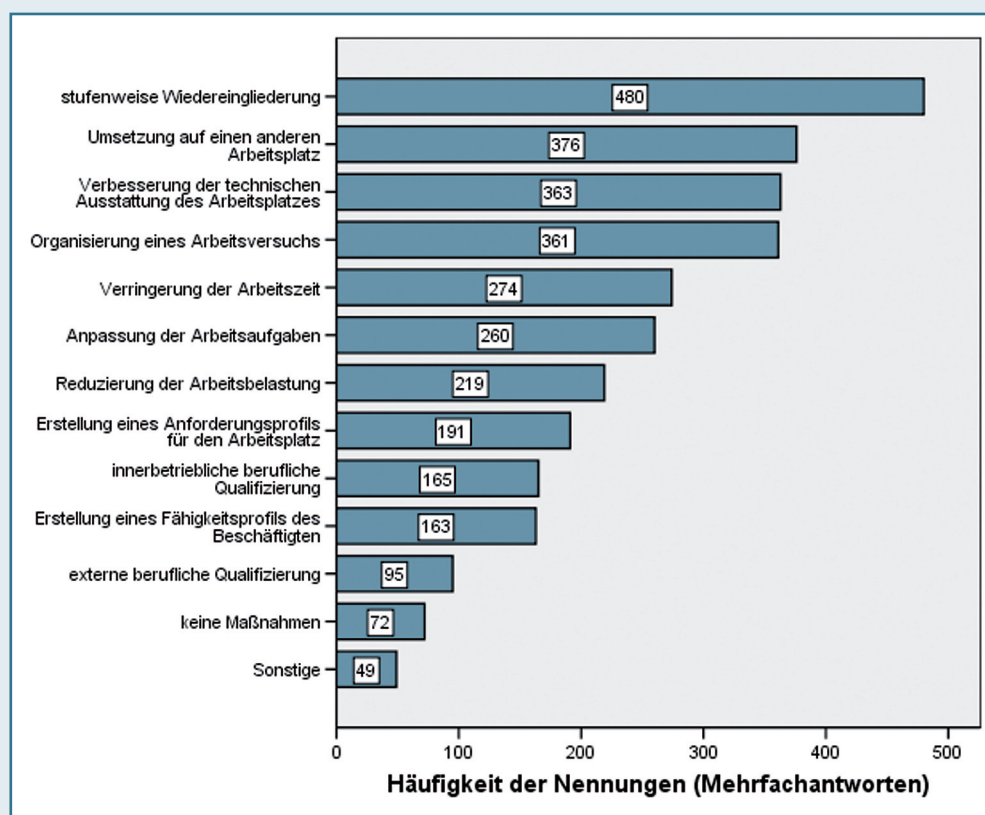


Abb. 22

Die stufenweise Wiedereingliederung, die Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz, die Verbesserung der technischen Ausstattung, Organisierung eines Arbeitsversuchs und Verringerung der Arbeitszeit werden als Maßnahmen sehr häufig genannt.

Alle Maßnahmen der beruflichen Integration werden von den Großbetrieben sowie von den Betrieben, die das BEM bereits durchführen, signifikant häufiger angeboten. Darüber hinaus kommen ebenfalls bei den Betrieben, die eine leistungsgerechte Wiedereingliederung erreicht haben, alle Maßnahmen der beruflichen Integration signifikant häufiger zur Anwendung.

Die Verbreitung der Integrationsmaßnahmen spiegelt die mögliche Passung dieser Instrumente für die Belange der Großbetriebe wieder. Denn die Ergebnisse müssen immer unter dem Gesichtspunkt interpretiert werden, dass Großbetriebe in dieser Studie am zahlreichsten vertreten sind. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass viele der Maßnahmen sowie die finanzielle Unterstützung durch die Rehabilitationsträger in den Klein- und Mittelbetrieben nicht bekannt sind oder Instrumente aufgrund eines mangelnden Handlungsspielraumes nicht in Betracht gezogen werden. Hinweise zur Bedeutung der Maßnahmen für den Einzelfall können aus diesen Ergebnissen nicht abgeleitet werden.

Dennoch gibt es Integrationsmaßnahmen, die von allen Betrieben angeboten werden können, und möglicherweise auf eine gewisse Praktikabilität für den Einzelfall hinweisen. Das am häufigsten genannte Instrument ist die stufenweise Wiedereingliederung, die in nahezu allen Großbetrieben sowie von gut einem Drittel der Kleinbetriebe angeboten wird. Arbeitsversuche und die Verbesserung der technischen Ausstattung kommen ebenfalls in den Klein-, Mittel- und Großbetrieben zur Anwendung. In kleinen Betrieben nimmt die Anpassung der Arbeitsaufgaben eine herausragende Stellung ein. Dies spiegelt möglicherweise das Engagement der Kleinbetriebe zur beruflichen Integration im Rahmen ihrer Möglichkeiten wider. Trotzdem erfordert der Umstand, dass mehr als ein Drittel der Kleinbetriebe keine Maßnahmen vorhalten kann, weitere Analysen und zeigt Unterstützungsbedarf dieser Zielgruppe auf.

Für die Betriebe, die BEM durchführen und diejenigen, die eine leistungsgerechte Wiedereingliederung erreicht haben, ist außerdem die Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz von Interesse. Die Erstellung eines Fähigkeitsprofils wird insgesamt eher selten angeboten, gewinnt aber an Bedeutung bei erfolgreicher Wiedereingliederung und ist folglich, aufgrund der Zusammensetzung der Stichprobe, im Besonderen für die Großbetriebe relevant.

Von den Expertinnen und Experten wird betont, dass die Maßnahmen abhängig sind von den Gegebenheiten und ganz unterschiedliche Verfahren zur Anwendung kommen. Demnach werden in der Regel die Maßnahmen an den Erfordernissen des Einzelfalls ausgerichtet. Das am meisten verbreitete Instrument ist die stufenweise Wiedereingliederung, darüber hinaus werden Arbeitsplatzumgestaltung, Arbeitsplatzanpassung, Reduzierung der Arbeitsbelastung oder Veränderung der Arbeitszeit, innerbetriebliche Umsetzungen und Qualifizierung genannt.

Außerdem werden unkonventionelle Maßnahmen wie z.B. unterstützende Netzwerke, für den Umgang mit psychischen Erkrankungen, Entschuldung oder Hilfe im privaten Bereich, durchgeführt. In Einzelfällen gab es präventive Bemühungen durch konkrete Begleitung am Arbeitsplatz und betriebliche Gesundheitsförderung. Vor allem Großbetriebe halten darüber hinaus komplexe hausinterne Lösungen vor.

Insgesamt werden die Maßnahmen der beruflichen Integration umfangreich und zahlreich angeboten. Das Angebot der kleinen Betriebe ist deutlich geringer, dennoch werden diese Betriebe aktiv mit Maßnahmen, die im Rahmen ihrer Möglichkeiten umsetzbar sind, wie bspw. in der Anpassung der Arbeitsaufgaben. Bezüglich der anderen Instrumente fehlt vielleicht die Kenntnis über mögliche Unterstützungsangebote. Eine herausragende Bedeutung kommt der Erfassung der Fähigkeiten der Beschäftigten für die Großbetriebe zu. Hinweise auf die Bedeutung der Maßnahmen für die Integration im Einzelfall können aus diesen Ergebnissen nicht abgeleitet werden. Wie die Expertinnen und Experten betonen, sind die Maßnahmen immer abhängig von den jeweiligen Gegebenheiten des Einzelfalles, weswegen sich eine Generalisierung nicht anbietet.

4.2.6 Multivariate Untersuchung des Zusammenhangs zwischen betrieblichen Maßnahmen zur Integration erkrankter Beschäftigter und der Durchführung des BEM

Da sich zwischen den betrieblichen Maßnahmen zur Integration erkrankter Beschäftigter und der Durchführung des BEM signifikante Korrelationen zeigen², werden die Daten über die univariate Beschreibung hinaus, multivariat analysiert. Die Untersuchung erfolgt faktorenanalytisch, da mit diesem Verfahren die korrelativen Beziehungen zwischen einer Vielzahl von Variablen auf eine wenige, diesen Zusammenhängen zugrundeliegende Dimensionen reduziert werden können.

Mit der durchgeführten Hauptkomponentenanalyse ergeben sich 5 Faktoren mit einem Eigenwert größer 1, die zusammen 59% der Gesamtvarianz erklären. Der erste Faktor (Eigenwert 6,2), der im Folgenden genauer beschrieben wird, klärt 33% der gesamten Varianz auf. In Tabelle 6 ist der nach der Höhe der Korrelationen geordnete bipolare Faktor dargestellt.

2 Auf die Darstellung der Korrelationen wird aufgrund der Größe der Matrix verzichtet.

Große Betriebe, die frühzeitig aktiv werden und Maßnahmen zur Integration kranker Beschäftigter durchführen, stehen kleineren Betrieben, die keine Maßnahmen durchführen und bei erkrankten Beschäftigten gar nicht bzw. spät aktiv werden, (bipolar) gegenüber.

Die Durchführung eines BEM steht demnach in Zusammenhang mit den im Betrieb vorhandenen Integrationsmaßnahmen für kranke Beschäftigte, einer frühzeitigen Aktivität, der Größe des Betriebes, dem Vorhandensein eines Integrationsteams und weiteren betrieblichen Strukturen für den Bereich „Gesundheit“ bzw. gesundes „Altern im Betrieb“. Interessant ist, dass in Betrieben mit diesen Strukturen die Durchführung von Krankerückkehrgesprächen mit einer hohen Akzeptanz der Beschäftigten gegenüber diesem Instrument einhergeht.

Das Ergebnis dieser Analyse zeigt, dass die Ein- bzw. Durchführung des BEM nicht nur von der Betriebsgröße abhängt, sondern auch von weiteren betrieblichen Gesundheitsstrukturen.

Dass alle Integrationsmaßnahmen mit dem Faktorpol „Integration“ korrelieren und sich bezüglich deren Höhe nur geringfügig unterscheiden, verdeutlicht die Wichtigkeit jeder dieser Interventionen für die Eingliederung erkrankter Beschäftigter.

Da die übrigen Faktoren im Gegensatz zum ersten Faktor sehr spezifisch sind und wenig zur weiteren Aufhellung des Sachverhalts beitragen, werden sie an dieser Stelle nicht beschrieben.

POLARITÄTEN DES FAKTORS INTEGRATIONSMAßNAHMEN VS. KEINE MAßNAHMEN

Integrationsmaßnahmen und BEM	
Variable	Korrelation
Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz	0,70
Organisierung eines Arbeitsversuchs	0,69
Verbesserung der technischen Ausstattung des Arbeitsplatzes	0,68
Anpassung der Arbeitsaufgaben	0,68
Erstellung eines Anforderungsprofils für den Arbeitsplatz	0,67
Erstellung eines Fähigkeitsprofils des Beschäftigten	0,65
stufenweise Wiedereingliederung	0,64
Integrationsteam	0,64
Reduzierung der Arbeitsbelastung	0,62
innerbetriebliche berufliche Qualifizierung	0,60
BEM durchgeführt	0,59
Verringerung der Arbeitszeit	0,55
externe berufliche Qualifizierung	0,50
betriebliche Strukturen für Gesundheit	0,48
Betriebsgröße	0,40
Durchführung von Krankenrückkehrgesprächen	0,29
hohe Akzeptanz der Mitarbeiter/innen gegenüber Krankenrückkehrgesprächen	0,22
keine Integrationsmaßnahmen	
Variable	Korrelation
Betrieb/ Dienststelle wird bei erkrankten Beschäftigten spät oder gar nicht aktiv	-0,26
keine Maßnahmen zur Integration kranker Beschäftigter	-0,58

Tab. 6

Zusammenfassung

Die Ergebnisse unterstreichen den unterschiedlichen Umsetzungsstand des Betrieblichen Eingliederungsmanagements hinsichtlich der verschiedenen Verfahrensmerkmale sowie der praktizierten Methoden. Die Daten verdeutlichen folgende Zusammenhangsmuster:

Betriebe, die BEM-Fälle mit einem leistungsgerechten Einsatz abschließen, informieren ihre Beschäftigten besser und nehmen rechtzeitig Kontakt zu den betroffenen Beschäftigten auf. Sie klären die erkrankten

Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter über die Freiwilligkeit der Teilnahme am BEM sowie über die Fragen des Datenschutzes auf und haben das BEM in einer Dienst- oder Betriebsvereinbarung geregelt. Außerdem bieten sie zahlreiche Maßnahmen zur betrieblichen Integration im Einzelfall an. Dennoch zeigt sich in Bezug auf den Datenschutz Handlungsbedarf, denn häufig besteht noch Unsicherheit über die Aufbewahrung der Daten oder die betroffenen Beschäftigten werden nicht hinreichend über deren Verwendung unterrichtet. Hinsichtlich konkreter Integrationsmaßnahmen erweisen sich Großbetriebe engagierter als Kleinbetriebe. Dies wird auch in einer multivariaten Analyse bestätigt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Ein- und Durchführung des BEM nicht nur mit der Betriebsgröße zusammenhängt, sondern auch mit den (vorhandenen) Integrationsmöglichkeiten für erkrankte Beschäftigte, einer frühzeitigen Aktivität und weiteren betrieblichen Strukturen für den Bereich Gesundheit bzw. gesundes Altern.

4.3 Bereitschaft der Arbeitgeber zur Schaffung von Rahmenbedingungen für gesundes Altern im Betrieb durch BEM und andere Präventionsmaßnahmen

Die dritte Fragestellung des Forschungsauftrags bezieht sich auf die Bereitschaft der Arbeitgeber, durch Gesundheitsprävention und Betriebliches Eingliederungsmanagement Rahmenbedingungen für ein gesünderes Altern im Betrieb zu schaffen. Damit wird der Fokus der Untersuchung auf die Einstellung der Arbeitgeber zu Themen der Integration als einer entscheidenden Voraussetzung für die Realisierungsmöglichkeiten eines BEM gerichtet. Eine Annäherung an die Einstellung der Arbeitgeber legt nahe, nicht nur auf das BEM als spezifische Präventionsmaßnahme zu fokussieren, sondern auch die Einstellung zur Gesundheitsprävention und zu entsprechenden betrieblichen Rahmenbedingungen, besonders für ältere Beschäftigte, zu berücksichtigen.

Prävention dient der Vorbeugung vor bekannten Erkrankungen, soll die Verschlechterung von Erkrankung verhindern und die Menschen stärken, damit sie für noch nicht bekannte Gefährdungen gerüstet sind. Aufgabe von Rehabilitation ist, die Teilhabe von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen am gesellschaftlichen und beruflichen Leben zu gewährleisten. Im Betrieblichen Eingliederungsmanagement sind Prävention und Rehabilitation miteinander verbunden, bestehende Arbeitsunfähigkeit soll überwunden, eine zukünftige Gefährdung vermieden und der Arbeitsplatz erhalten werden.

Deshalb sollte BEM nicht als ein isoliertes Instrument der beruflichen Integration verstanden werden, sondern als ein Bestandteil betrieblicher Präventionskultur. Prävention wird differenziert nach den Ansatzpunkten ihrer Maßnahmen. Entweder setzen die Maßnahmen am Verhalten des Menschen an oder sie beziehen sich auf dessen Umgebung. Diesen beiden Ansätzen liegen zwei unterschiedliche Einschätzungen zugrunde. Vertreter des einen Ansatzes sind der Ansicht, dass das eigene Verhalten verantwortlich ist für Gesundheit oder Krankheit und demnach eine Verhaltensänderung am Individuum eine Veränderung herbeiführt. Vertreter des anderen Ansatzes sind überzeugt, dass materielle und immaterielle Lebens- und Arbeitsbedingungen das individuelle Leben bestimmen. Letztendlich dürften es beide Faktoren sein, die für ein gesundes Leben oder Arbeitsleben von Bedeutung sind.

Präventionsmaßnahmen im Unternehmen sind in der Regel nicht am Einzelfall orientiert, sondern umfassen eine Palette von Maßnahmen, die allgemeinen Zielen dienen, wie der Verhütung von Zivilisationskrankheiten, Adipositas, Herz-Kreislaufkrankungen oder Stress. Die Maßnahmen, die bezogen auf die Arbeitswelt an den Bedingungen ansetzen, thematisieren materielle Arbeitsbedingungen, wie z.B. die körperliche Schwere der Arbeit sowie immaterielle Arbeitsbedingungen, die sich auf die inhaltliche Bedeutung der Arbeit und die Organisationsbedingungen wie Unternehmens- und Führungskultur beziehen. Darüber hinaus gehören zu einer umfassenden betrieblichen Prävention auch Personen, die sich als Ansprechpartner für Gesundheitsfragen verstehen sowie Strukturen, die sich systematisch mit gesundheitlichen Fragen und Fragen der Integration beschäftigen. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung sind das auch Strukturen und Leitlinien, die das zunehmend höhere Alter der Beschäftigten berücksichtigen.

Im Folgenden wird unterschieden zwischen Strukturen und Personen, die als Ansprechpartner für ein gesundes Altern in Frage kommen, Information zu verhaltensbezogener Prävention, Maßnahmen verhaltensbezogener Prävention sowie Maßnahmen der gesundheitsförderlichen Arbeits- und Organisationsgestaltung.

Wie im vorhergehenden Kapitel wird die Bereitschaft der Arbeitgeber, Rahmenbedingungen für BEM und ein gesundes Altern zu schaffen, differenziert betrachtet. Es wird unterschieden nach Betriebsgröße und dem Umsetzungsstand des BEM. Im Besonderen wird untersucht, ob es Hinweise

auf einen Zusammenhang zwischen Strukturen und Maßnahmen der Prävention und erfolgreicher leistungsgerechter beruflicher Wiedereingliederung gibt.

Die Analyse erfolgt unter Berücksichtigung von 630 Betrieben. Die Grundgesamtheit für die Analyse leistungsgerechter Wiedereingliederung liegt durch den Ausschluss der Betriebe, die eine leistungsgerechte Wiedereingliederung zum Teil erreicht haben, bei 215 Betrieben. Da sich nicht immer alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu den Fragen äußern, wird auf die jeweilige Anzahl verwiesen.

Die Bedeutsamkeit der Betriebsgröße, des Umsetzungsstandes des BEM sowie einer leistungsgerechten Wiedereingliederung im Hinblick auf die Bereitschaft der Arbeitgeber, Rahmenbedingungen für BEM und ein gesundes Altern zu schaffen, wird über relative Häufigkeiten ermittelt und anhand des χ^2 Verfahrens getestet. Das Signifikanzniveau wird mit $p \leq 0.01$ festgelegt.

Betriebliche Strukturen für den Bereich Gesundheit oder gesundes Altern

Zu der Frage: „Gibt es in diesem Betrieb dieser Dienststelle Ansprechpersonen oder Strukturen für den Bereich Gesundheit bzw. gesundes Altern im Betrieb?“, haben sich 527 Teilnehmerinnen und Teilnehmer geäußert.

Bezogen auf diese Gruppe existieren in 56% der Betriebe Ansprechpersonen oder Strukturen für ein gesundes Altern. Mit 78% sind diese in Großbetrieben signifikant häufiger vorhanden, im Vergleich zu 33% in Klein- und 53% in Mittelbetrieben.

In 40% der Betriebe wird ein Betriebliches Gesundheitsmanagement durchgeführt, 32% kooperieren mit Reha-Trägern und in 16% der Betriebe existieren Unternehmensleitlinien zur sozialen Verantwortung. Eine individuelle Arbeitsplanung bspw. die flexible Gestaltung von Arbeitszeit, Arbeitspensum und Arbeitsrhythmus bieten 21% der Betriebe an. Eher selten findet sich dagegen ein kooperativer Führungsstil (9%) oder Diversity Management (8%). Auch altersgerechte Weiterbildungskonzepte und entsprechende Unternehmensleitlinien für eine altersgerechte Personalentwicklung gibt es nur in 7% der Betriebe oder Dienststellen.

Betriebe, die eine leistungsgerechte Wiedereingliederung erreicht haben, geben den werks- oder betriebsärztlichen Dienst signifikant häufiger mit 92% als Ansprechpartner an, im Verhältnis zu 75% der Betriebe, die keine

leistungsgerechte Wiedereingliederung erreicht haben. Außerdem wird Betriebliches Gesundheitsmanagement mit 62% zu 31% signifikant häufiger betrieben und in 50% zu 22% der Betriebe existieren deutlich häufiger Kooperationen mit Reha-Trägern. Im Besonderen zeigen Unternehmensleitlinien für eine altersgerechte Personalentwicklung mit 13% zu 2% und die altersgerechten Weiterbildungskonzepte mit 15% zu 2% einen signifikanten Unterschied. Die beiden letzten Ergebnisse weisen auf einen Zusammenhang zwischen BEM und ansteigendem Alter der erwerbstätigen Beschäftigten hin. Obwohl diese Methoden selten angewendet werden, besitzen sie eine hervorgehobene Bedeutung für die betriebliche Wiedereingliederung.

Informationen zur Gesundheitsprävention

Auf die Frage: „Welche Informationsveranstaltungen oder Broschüren gibt es in diesem Betrieb dieser Dienststelle?“, haben 630 Teilnehmerinnen und Teilnehmer geantwortet. Mehrfachantworten waren möglich.

Mit Bezug auf die Anzahl der Betriebe bieten 47% der Betriebe oder Dienststellen Informationen zu Sucht, 45% zu Bewegung, 36% zu Ernährung, 35% zu Stressbewältigung und 20% zu psychischen Erkrankungen an. Sonstige Informationen, z.B. zu verschiedenen Krankheitsbildern, gibt es in 13% der Betriebe. 34% der Betriebe oder Dienststellen bieten keine Informationen. Zwischen den Betriebsgrößen gibt es bezüglich aller Angebote signifikante Unterschiede. Großbetriebe bieten die Informationen signifikant häufiger an.

Angebote zu Präventionsmaßnahmen

Auf die Frage: „Welche Maßnahmen der Gesundheitsprävention gibt es in diesem Betrieb dieser Dienststelle?“, haben 630 Teilnehmerinnen und Teilnehmer geantwortet.

In Bezug auf die Anzahl der Betriebe machen 45% Bewegungsangebote, 36% bieten Maßnahmen zur Suchtprävention, 29% Stressbewältigungsseminare, 25% Ernährungsberatung oder -kurse sowie 25% psychologische Beratung an. Sonstige Maßnahmen wie Gesundheitstage, Vorsorgeuntersuchungen und Sozialberatung finden in 15% der Betriebe statt. 34% der Betriebe bieten keine Maßnahmen zur Gesundheitsprävention an.

MAßNAHMEN DER GESUNDHEITSPRÄVENTION

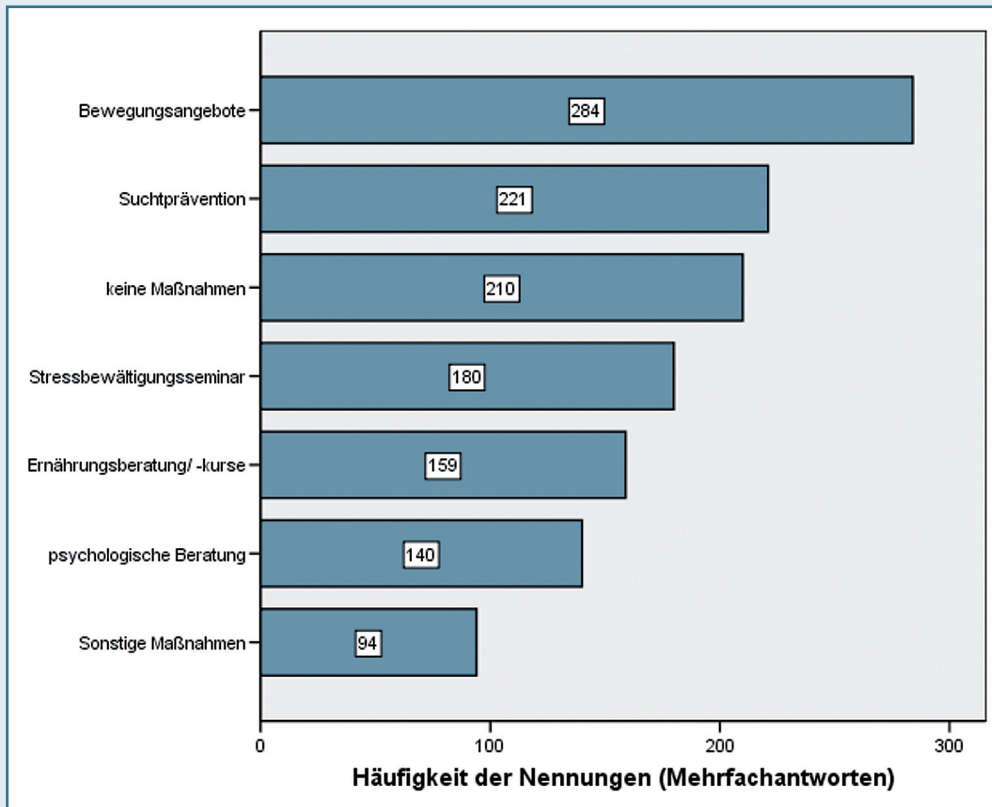


Abb. 23

Arbeits- und Organisationsgestaltung

Auf die Frage: „Welche Maßnahmen der gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung gibt es in diesem Betrieb dieser Dienststelle?“, haben 630 Teilnehmerinnen und Teilnehmer geantwortet.

58% der Betriebe oder Dienststellen sorgen für eine ergonomische Gestaltung der Arbeitsplätze; 40% geben an, ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei wichtigen Fragen, die deren Arbeit betreffen, zu beteiligen. 37% der Betriebe ermöglichen eine individuelle Gestaltung von Arbeitsabläufen, 32% erfassen den Qualifizierungsbedarf der Beschäftigten und 29% die Anforderungsprofile der Arbeitsplätze.

MAßNAHMEN DER GESUNDHEITSFÖRDERLICHEN ARBEITS- UND ORGANISATIONSGESTALTUNG

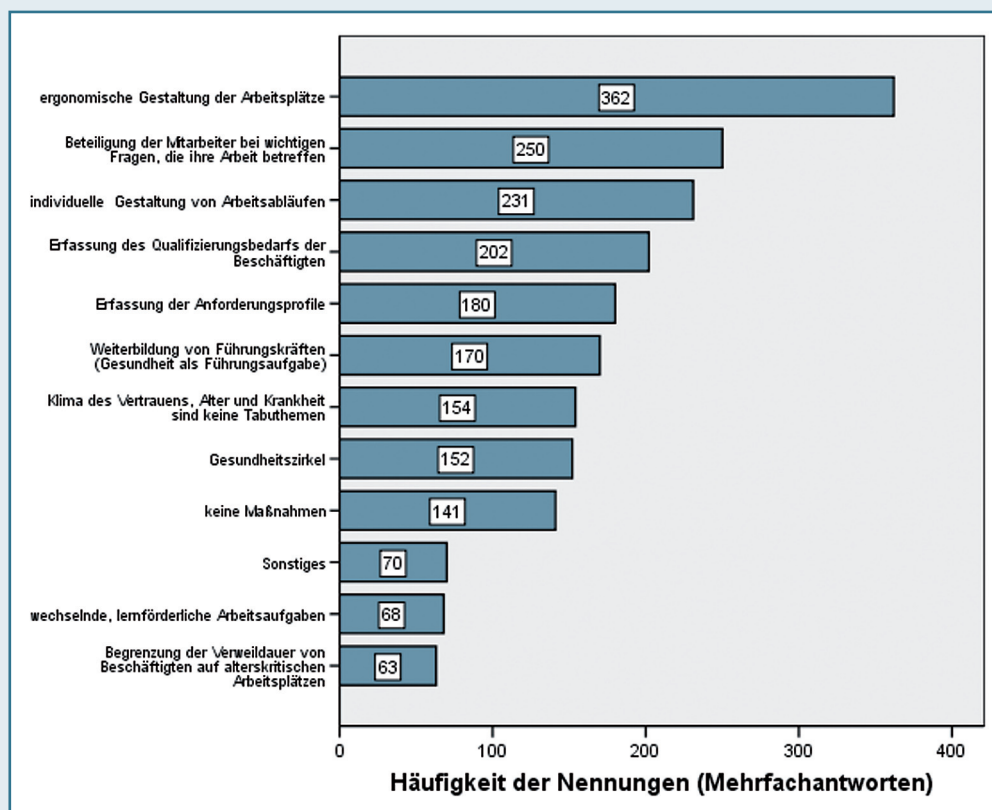


Abb. 24

Darüber hinaus findet in 27% der Betriebe eine Weiterbildung von Führungskräften statt. Ein Klima des Vertrauens, in dem Alter und Krankheit keine Tabuthemen sind, sowie Gesundheitszirkel bieten jeweils 24% der Betriebe an. Sonstige Maßnahmen der gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung wie Altersstrukturanalysen, Arbeitsplatzbegehungen, Teamentwicklung oder Therapie am Arbeitsplatz sowie wechselnde, lernförderliche Arbeitsaufgaben werden in 11% der Betriebe praktiziert, die Begrenzung der Verweildauer von Beschäftigten auf alterskritischen Arbeitsplätzen erfolgt in 10% der Betriebe. 22% bieten keine Maßnahmen der gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung an.

Die Begrenzung der Verweildauer auf alterskritischen Arbeitsplätzen, die ergonomische Gestaltung der Arbeitsplätze, die Weiterbildung der Führungskräfte, die Erfassung der Anforderungsprofile sowie des Qualifizierungsbedarfs der Beschäftigten und Gesundheitszirkel werden von den Großbetrieben signifikant häufiger angegeben. Das bedeutet nicht, dass Kleinbetriebe untätig sind, sie bieten einige Maßnahmen sogar häufiger, wenn auch nicht signifikant häufiger an. Die individuelle Gestaltung der Arbeitsabläufe, wechselnde lernförderliche Arbeitsaufgaben, die

Beteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei Fragen die ihre Arbeit betreffen, sowie ein Klima des Vertrauens, bei dem Alter und Krankheit keine Tabuthemen sind, finden sich in Kleinbetrieben häufiger als in Großbetrieben.

Insgesamt sind Maßnahmen der gesundheitsförderlichen Arbeits- und Organisationsgestaltung häufiger verbreitet als Maßnahmen der Gesundheitsprävention bzw. Verhaltensprävention. In über der Hälfte der Betriebe wird eine ergonomische Gestaltung der Arbeitsplätze angeboten. Darüber hinaus liefern die Ergebnisse zur gesundheitsförderlichen Arbeits- und Organisationsgestaltung einen Hinweis auf die Bedeutung differentieller Arbeitsgestaltung. Das Angebot der Betriebe ist im Wesentlichen durch die betrieblichen Rahmenbedingungen und die Anforderungen der Arbeitsaufgaben determiniert. Dementsprechend werden die kleinen Betriebe im Rahmen ihrer Möglichkeiten aktiv. Außerdem bieten die Betriebe, die das BEM durchführen bzw. eine erfolgreiche Wiedereingliederung erreicht haben, deutlich häufiger Maßnahmen der Arbeitsgestaltung an.

Die Ergebnisse der Expertenbefragung liefern ein kritisches Bild. Zwar gibt es ein Interesse am Thema Gesundheit, jedoch ist die Bereitschaft, Rahmenbedingungen für ein gesünderes Altern einzurichten, kaum erkennbar. Prävention wird in den Betrieben kaum thematisiert und ist wenig verbreitet. Nur eine Minderheit der Unternehmen hat nach Auffassung der Expertinnen und Experten bisher realisiert, dass sie etwas für die Gesundheit der Mitarbeiter tun muss und der demografische Wandel auch ihre Belegschaft betrifft. Sowohl bei den Betrieben als auch bei vielen Beschäftigten fehlt es an Verständnis für Fragen der Prävention und vorausschauende Planungen. Das Engagement der Betriebe für Prävention, wenn es denn vorhanden ist, wird in erster Linie betriebswirtschaftlich begründet. Als Ziele gelten, die Produktivität zu erhalten und den Krankenstand zu reduzieren. Nur vereinzelt wird die Herausforderung einer längeren Lebensarbeitszeit thematisiert oder aus Einsicht in die Notwendigkeit von Prävention gehandelt. Zudem beeinflussen andere Faktoren das Präventions-Engagement der Betriebe, wie z.B. die Branche oder die Verfügbarkeit von geeignetem Personal. Branchen, in denen schwere körperliche Arbeit verrichtet wird, sind vermehrt mit gesundheitlichen Problemen ihrer Mitarbeiter konfrontiert und sensibilisiert. Unternehmen, die Probleme haben, geeignetes Personal zu finden, sind auf ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer angewiesen und nutzen ihr Engagement für Prävention als Wettbewerbsfaktor, um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anzuwerben. Darüber hinaus sind die Expertinnen und Experten sich einig, dass zuzüglich des Zusammenhangs zwischen der Einstellung zu Prävention

und BEM ein eindeutiger Zusammenhang besteht zwischen einer fürsorglichen, sozial engagierten Unternehmenskultur und der Bereitschaft, BEM einzuführen.

Zusammenfassung

Die Bereitschaft der Arbeitgeber, Rahmenbedingungen für BEM und ein gesundes Altern zu schaffen, ist in Anfängen gegeben. Obwohl Strukturen und Ansprechpartner – vor allem bei größeren Unternehmen – durchaus vorhanden sind, werden bei der Umsetzung gegenwärtig meist nur Teilaspekte realisiert. Maßnahmen, die sich auf die Arbeits- und Organisationsgestaltung beziehen, sind etwas verbreiteter als Maßnahmen, die an der Verhaltensebene der Beschäftigten ansetzen. Insbesondere spielt die ergonomische Gestaltung der Arbeitsplätze den Vorreiter der präventiven Maßnahmen. Exemplarisch für das Fehlen von geeigneten Rahmenbedingungen kann hingegen stehen, dass nur 10% der Betriebe die Verweildauer auf alterskritischen Arbeitsplätzen begrenzen, was im Umkehrschluss bedeutet, dass in 90% der Betriebe die Beschäftigten solange auf einem Arbeitsplatz bleiben, bis gesundheitliche Probleme ein Weiterarbeiten unmöglich machen.

Insgesamt deuten die Ergebnisse auf eine besondere Bedeutung der Präventionskultur für die betriebliche Wiedereingliederung hin. Betriebe, die erfolgreich in der Wiedereingliederung erkrankter Beschäftigter sind, weisen bei allen Rahmenbedingungen für ein gesundheitsförderliches Altern, für Verhaltensprävention und Arbeits- und Organisationsgestaltung das höchste Engagement auf.

4.4 Bereitschaft der Arbeitnehmer am BEM teilzunehmen und Maßnahmen des BEM zuzustimmen

Die Ein- und Durchführung eines BEM ist entsprechend der gesetzlichen Vorgaben Pflicht für den Arbeitgeber, hat jedoch unmittelbar Auswirkungen auf betroffene Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Die Bereitschaft der Betroffenen, an einen BEM teilzunehmen, ist deshalb ein wichtiger Indikator für die Qualität und für die Erfolgsaussichten des BEM. In diesem Kapitel werden folgende Teilaspekte dieser Bereitschaft näher betrachtet:

- » Bereitschaft der betroffenen Beschäftigten, dem BEM zuzustimmen
- » Bedeutung der Vertrauenskultur für diese Bereitschaft
- » Bereitschaft der betroffenen Beschäftigten, an konkreten Maßnahmen der beruflichen Wiedereingliederung teilzunehmen
- » Möglichkeiten der Förderung der Bereitschaft der Beschäftigten zur Zustimmung zum BEM

Datenquellen für diese Fragestellungen sind vor allem die Angaben aus der bundesweiten Befragung und die Expertengespräche. Ergänzend dazu fließen – je nach Fragestellung – Ergebnisse der Befragung in der Zeitschrift „Behinderte Menschen im Beruf“ (ZB) und der vertiefenden Interviews in Betrieben in die Darstellung mit ein.

Information über Freiwilligkeit bei der Zustimmung zum BEM

Der Gesetzgeber, der die Regelung eines BEM im Sozialgesetzbuch IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen), § 84 (Prävention) Abs. 2 festgelegt hat, betont unmissverständlich die Bedeutung der Zustimmung der betroffenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zum BEM:

„Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber ... **mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person** die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (Betriebliches Eingliederungsmanagement).“ (SGB IX, § 84 Abs. 2, 1. Satz; Hervorhebung durch die Verfasser)

Der Gesetzgeber setzt damit den Grundgedanken der Selbstbestimmung des SGB IX auch im § 84 um. Doch nicht nur dieser eindeutige Auftrag des

Gesetzgebers, auch zahlreiche Studien zeigen in diesem Kontext, welche Bedeutung der Freiwilligkeit und der Selbstbestimmung im Arbeitsleben zukommen, die eben die Möglichkeit offen halten, „Nein“ sagen zu können und damit der Selbstverantwortlichkeit Rechnung tragen. So weisen z.B. Gagne und Deci (2005), basierend auf der Selbstbestimmungstheorie der Motivation nach, dass die Förderung von Autonomie und Kompetenzerleben der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Arbeitsplatz leistungssteigernd wirken und zu einem erhöhten Wohlbefinden beitragen können.

Auch in einem Projektbericht aus der Initiative „job - Jobs ohne Barrieren“ wird auf die Bedeutung der Selbstverantwortlichkeit hingewiesen (Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (iso), 2006, S. 19): „Die Selbstverantwortung aller beteiligten Akteure bildet eine wesentliche Grundlage im Rahmen des Integrationsmanagements. Auch die Beschäftigten müssen hier einbezogen werden und ihren Part übernehmen.“ Der Freiwilligkeit bei der Zustimmung zum BEM genüge zu leisten, heißt daher nicht nur, dem gesetzlichen Auftrag nachzukommen, sondern auch, die Chancen auf eine erfolgreiche Durchführung eines BEM zu erhöhen.

Die Teilnehmenden an der bundesweiten Befragung haben zur Frage nach der Freiwilligkeit Stellung genommen. In den Betrieben, in denen BEM thematisiert, geplant oder durchgeführt wurde, weisen knapp 80% der Betriebe die betroffenen Beschäftigten auf die Freiwilligkeit ihrer Zustimmung zu einem BEM hin, in jedem fünften Betrieb jedoch fehlt dieser Hinweis. Für diese 20% der Betriebe kann festgestellt werden, dass sie die entsprechenden gesetzlichen Vorgaben in diesem Punkt nicht erfüllen. Darüber hinaus bestehen offensichtlich gewisse Unterschiede in der Wahrnehmung des Verfahrensmerkmals „Hinweis auf die Freiwilligkeit“: Während die Geschäftsführung, Personalabteilung und die Beauftragten des Arbeitgebers die Aufklärungsquote mit 90% benennen, geben die Betriebs- und Personalräte sowie die Schwerbehindertenvertretungen an, dass nur in 70% der Betriebe eine Aufklärung über die Freiwilligkeit erfolgt.

Auf die Frage, durch wen der Hinweis auf die Freiwilligkeit zum BEM erfolgt, waren Mehrfachantworten möglich. Demnach wird am häufigsten die Personalabteilung (64%) genannt, gefolgt von den Betriebs- und Personalräten (39%) und den Schwerbehindertenvertretungen (34%). Durch die direkten Vorgesetzten erfolgt in knapp jedem fünften Betrieb der Hinweis auf die Freiwilligkeit, durch den Werks- oder Betriebsärztlichen Dienst in 17%.

Die Geschäftsführung, außer in Kleinbetrieben, sowie andere betriebliche Akteure spielen in diesem Zusammenhang eine eher untergeordnete Rolle.

4.4.1 Bereitschaft der betroffenen Beschäftigten einem BEM zuzustimmen

Durch die gesetzlich vorgesehene Freiwilligkeit hinsichtlich der Zustimmung zu einem BEM ergeben sich für die betroffenen Beschäftigten zwei Möglichkeiten – vorausgesetzt, sie wurden über diese Freiwilligkeit informiert. Sie können dem BEM zustimmen und damit das eigentliche BEM-Verfahren in Gang setzen (wobei diese Zustimmung jederzeit zurückgezogen werden kann) oder sie können die Zustimmung verweigern.

Die folgende Tabelle zeigt, wie die Befragten der bundesweiten Online-Erhebung die Bereitschaft der betroffenen Beschäftigten, dem BEM zuzustimmen, eingeschätzt haben:

EINSCHÄTZUNG DER ZUSTIMMUNG ZU EINEM BEM

		Grad der Zustimmung					Gesamt
		sehr niedrig	eher niedrig	neutral	eher hoch	sehr hoch	
Einschätzungen	Häufigkeit	29	75	160	127	29	420
	Prozent	6,9%	17,9%	38,1%	30,2%	6,9%	100,0%

Tab. 7

Etwa ein Viertel der Befragten schätzt die Bereitschaft zur Zustimmung sehr niedrig bzw. eher niedrig ein. Folglich besteht nach Einschätzung der Befragten bei den Betroffenen eine insgesamt eher neutrale bis positive Haltung zum BEM.

Vergleicht man die Gruppe der Arbeitgeber und deren Vertreter (Geschäftsführung/ Unternehmensleitung, Personalabteilung, Beauftragte(r) des Arbeitgebers mit der Gruppe der Interessenvertreter (Betriebs-, Personalrat, Schwerbehindertenvertretung), so zeigt sich folgendes Bild: Arbeitgeber und deren Vertreter schätzen die Zustimmung der betroffenen Beschäftigten zu einem BEM demnach deutlich positiver ein als die Gruppe der Interessenvertreter.

Auch in den Expertengesprächen wurde danach gefragt, wie der Grad der Zustimmung zu einem BEM eingeschätzt wird, bzw. welche konkreten Erfahrungen die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner mit der

Zustimmung oder Ablehnung von BEM-Maßnahmen haben und welche Faktoren ihres Erachtens diese Zustimmung beeinflussen. Abweichend von den Angaben der bundesweiten Befragung wird der Grad der Zustimmung von den meisten der Expertinnen und Experten als überwiegend hoch beurteilt. Konkrete Zahlen aus zwei Unternehmen bzw. Dienstleistungseinrichtungen, die im Rahmen der Initiative „job – Jobs ohne Barrieren“ ein BEM implementiert haben, scheinen diese Aussagen zu bestätigen: „Wir hatten seit März letzten Jahres ca. 15 Fälle behandelt und da war einer dabei, der nicht zugestimmt hat.“

Einschätzung der Zustimmung zum BEM differenziert nach Betriebsgröße

Die Einschätzung der Bereitschaft zur Zustimmung zu einem BEM unterscheidet sich, je nach Größe des Betriebes:

Die Gruppe der Kleinbetriebe bildet anteilmäßig nur knapp 6% der Betriebe mit gültigen Antworten. Ein Vergleich der ablehnenden mit der zustimmenden Seite zeigt, dass in dieser Gruppe die Zustimmung besonders hoch ist: Nur 2 Betriebe schätzen sie niedrig ein, während 15 Betriebe von einer hohen Zustimmung ausgehen. Zwar lässt die niedrige Gesamtzahl der Betriebe in dieser Größenordnung keine signifikante Aussage über einen Zusammenhang zwischen der Zustimmung zu einem BEM und der Betriebsgröße zu, doch deutet sich hier durchaus ein Trend an. Dass sich gerade kleine Betriebe auf der Grundlage einer persönlichen und wertschätzenden Beziehung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer im Krankheitsfall um die Mitarbeiterin bzw. den Mitarbeiter kümmern – auch unabhängig von einem strukturierten BEM-Verfahren –, diese Einschätzung wird auch von der Expertenrunde geteilt:

„Ein Grund bei kleineren Betrieben, wo es noch einen sehr hohen persönlichen Kontakt gibt zwischen Inhaber und Beschäftigten, ist oft die Verantwortung: ‚Ich kenn den, der arbeitet schon seit zwanzig Jahren hier, der hat schon bei meinem Vater gearbeitet, da muss man doch was machen! Die sind mit ihren Möglichkeiten oft schon am Ende und meinen: ‚Da muss man doch was machen!‘“ (Auszug aus einem Experteninterview). Die Zustimmung zu einem BEM fällt dann natürlich nicht schwer, wenn dieses BEM auf einer Unternehmenskultur des „sich Kümmerns“ basiert.

Bei den mittelgroßen Betrieben (18% der gültigen Angaben) hingegen überwiegt die positive Zustimmung nur knapp: 27 Betriebe beschreiben sie als niedrig, 31 als hoch.

Möglicherweise wirken sich bei Betrieben dieser Größenordnung einerseits bereits eine größere Unpersönlichkeit und andererseits das Fehlen einer starken Interessenvertretung und damit ein geringer Schutz nachteilig auf die Bereitschaft zur Teilnahme am BEM aus.

Als überwiegend hoch wird die Zustimmung in den Großbetrieben gesehen (76% der Betriebe); hier stehen 119 Betriebe mit einer positiven Einschätzung 73 Betrieben mit einer negativen Einschätzung der Zustimmung gegenüber. Die Möglichkeiten der Information und Kommunikation zum Thema „BEM“ von Seiten der Belegschaft, tarifvertragliche Regelungen zum Schutz der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und eine starke Interessenvertretung könnten Gründe dafür sein, dass die Bereitschaft in den Großbetrieben positiver eingeschätzt wird als in den mittelgroßen Betrieben.

Fehlende Bereitschaft in Folge negativer Auswirkungen und Ängste der Beschäftigten zum BEM

Die Auswertung der Fragen nach negativen Auswirkungen durch ein BEM in der bundesweiten Befragung bzw. nach den Ängsten der Beschäftigten in den Experteninterviews mit den Projektleiterinnen und Projektleitern sowie mit verschiedenen betrieblichen Akteuren lässt mögliche Gründe für die zum Teil „sehr negative“ Bereitschaft zur Zustimmung erkennen.

Immerhin 29% der Befragten bejahen die Frage, ob es ihrer Meinung nach durch das BEM auch zu negativen Auswirkungen kommt. Dabei wird die Angst vor einem Arbeitsplatzverlust bzw. vor einer „Abschiebung“ in einen vorzeitigen Ruhestand von allen negativen Auswirkungen am häufigsten genannt. Von 96 Befragten, die dazu Angaben gemacht haben, weisen 23 auf diese Sorge hin. Einer der Befragten äußert sich differenziert zu einem möglichen Zusammenhang zwischen mangelnder Transparenz des Verfahrens und der Sorge vor einem Arbeitsplatzverlust: „Bedingt durch mangelnde Transparenz (d. h. willkürliche Handhabung) des BEM zeigt sich auf Seiten der betroffenen Beschäftigten eine deutliche und zum Teil verbalisierte Angst, die ein zusätzliches Problem zu dem bereits vorhandenen gesundheitlichen darstellt. „Wenn ich nicht mitmache, werde ich gekündigt und wenn ich mitmache, dann liefere ich mich aus und werde auch gekündigt“.

Immerhin acht der Befragten geben an, dass das BEM als Instrument für eine krankheitsbedingte Kündigung bereits missbraucht oder zumindest ein entsprechender Versuch von Seiten der Unternehmensführung

unternommen wurde. Dies ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass die Ängste der Beschäftigten zum Teil durchaus begründet sind.

Die Ansichten und Erfahrungen der meisten Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner der Experteninterviews untermauern diese Ergebnisse der bundesweiten Befragung, wonach die meisten Bedenken der Beschäftigten zum Thema „BEM“ in der Angst um den Arbeitsplatz bestehen: „Es ist häufig so, dass zunächst mal die Sorgen auf der Tagesordnung stehen, (...) nämlich die Angst um den Arbeitsplatz, ganz klar (...). Die Sorge um den Arbeitsplatz ist sicherlich sehr groß (...).“

Dass sich die Sorge um den Arbeitsplatz negativ auf die Akzeptanz eines BEM auswirken kann, darauf verweist der Abschlussbericht des EIBE-Projektes. „Die vergleichsweise geringe Akzeptanz bei den Beschäftigten ist – dies zeigten Interviews mit den Betroffenen und den Akteuren und Akteurinnen – zum einen auf mangelnde Kenntnisse zum betrieblichen Eingliederungsmanagement zurückzuführen, andererseits drückt sich darin auch die Sorge der Beschäftigten vor dem Verlust des Arbeitsplatzes aus, gerade wenn ihre Arbeitsunfähigkeit thematisiert und mögliche Gründe benannt werden sollen“ (Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke & Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH, 2007, S. 71). Aber auch ungeklärte Fragen rund um den Datenschutz bereiten den Betroffenen Sorgen, wie ein Gesprächspartner, stellvertretend für viele, verdeutlicht: „Datenschutz ist eine Schwierigkeit. Da kommt jetzt jemand vom Arbeitgeber und um mir helfen zu können, muss ich ihm dann sagen, was ich habe? Datenschutz ist eine der größten Vorbehalte auf Arbeitnehmerseite.“

Die Frage, wie das Thema „Datenschutz“ bzw. „Datenmissbrauch“ von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gewertet wird, hängt – wie die Bereitschaft zur Zustimmung auch – nach Ansicht vieler Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner entscheidend von der Kultur ab, die im Unternehmen gelebt wird: „Bedenken sind dann eben der Datenschutz, oder dass es genutzt wird, um eine Kündigung zu rechtfertigen. Das kommt aber auf die Unternehmenskultur an. Wenn die sowieso schon schlecht ist, dann ist auch die Bereitschaft nicht hoch, mich zu öffnen, wenn ich nicht das Gefühl habe, dass mein Arbeitgeber es ernst meint mit dieser Hilfe.“

Diese genannten negativen Auswirkungen zeigen – sozusagen im Umkehrschluss –, dass das Vertrauen der Beschäftigten zu einem BEM und damit auch die Zustimmung der Betroffenen gewonnen werden kann durch das Bemühen der Betriebe, dieses Instrument entsprechend der Intention des

§ 84 Abs. 2 zur Wiedereingliederung erkrankter Beschäftigter zu nutzen und als solches zu kommunizieren. Dazu gehört auch Transparenz des Verfahrens, ebenso wie ein verantwortungsvoller Umgang mit den vertraulichen Daten und umfassende Information der Beschäftigten.

Krankenrückkehrgespräche und BEM – Ein Vergleich der Zustimmungsbereitschaft

BEM wird nicht selten in Verbindung gebracht mit der bisherigen Praxis von Betrieben, auf gesundheitliche Probleme der Beschäftigten mit Krankenrückkehrgesprächen zu reagieren.

Von 620 Befragten geben fast zwei Drittel an, dass Krankenrückkehrgespräche angeboten werden, während nur knapp die Hälfte BEM bereits mindestens einmal durchgeführt haben. Nach wie vor gibt es demnach mehr Betriebe, die Krankenrückkehrgespräche führen, als solche, die ein BEM anbieten. Insgesamt haben allerdings bereits 80% der Betriebe BEM bereits thematisiert, geplant oder durchgeführt; so gesehen besteht die berechnete Erwartung, dass das BEM künftig mehr Verbreitung finden wird als Krankenrückkehrgespräche.

Wie hoch die Akzeptanz der Krankenrückkehrgespräche auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingeschätzt wird – im direkten Vergleich zur Einschätzung der Zustimmung zum BEM – zeigt ein Vergleich der zustimmenden und der ablehnenden Seite zwischen diesen Angaben:

EXTREMWERTEVERGLEICH DER AKZEPTANZ GEGENÜBER BEM UND KRANKENRÜCKKEHRGESPÄCHEN

		Ausprägung der Akzeptanz			
		sehr niedrig-eher niedrig	neutral	eher hoch-sehr hoch	Gesamt
BEM	Häufigkeit	104	160	156	420
	Prozent	24,8%	38,1%	31,1%	100,0%
Krankenrückkehrgespräche	Häufigkeit	172	134	78	384
	Prozent	44,8%	34,9%	20,3%	100,0%

Tab. 8

Während also die Zustimmung zu einem BEM als überwiegend neutral bis positiv eingeschätzt wird, wird die Akzeptanz der Krankenrückkehrgespräche deutlich negativer bewertet.

Dies entspricht einer ambivalenten bis kritischen Haltung gegenüber diesem Instrument, die auch in anderen Studien nachgewiesen wurde (vgl. u.a. Pfaff, 2002). Dass diese Einschätzung der Akzeptanz von Krankenrückkehrgesprächen durch die verschiedenen betrieblichen Akteure unterschiedlich erfolgt, zeigt die Auswertung der bundesweiten Befragung:

Der Vergleich auch hier zwischen der Gruppe der Arbeitgeber und deren Vertreter (Geschäftsführung, Personalabteilung, die Beauftragten des Arbeitgebers) und der Gruppe der Interessenvertreter (Betriebs-, Personalrat, Schwerbehindertenvertretung) ergibt deutliche Aussagen: Während die Zustimmung zu den Krankenrückkehrgesprächen von Arbeitgebern und deren Vertretern zu gleichen Teilen negativ wie positiv eingeschätzt wird, erfolgt bei den Interessenvertretern eine deutlich negativere Einschätzung: Von 246 beurteilen 54% die Zustimmung als niedrig und nur 14% als hoch.

Die Auswertung der Akzeptanz der Krankenrückkehrgespräche differenziert nach Betriebsgröße zeigt, dass in Kleinbetrieben die Zustimmung am höchsten ist, während diese in Großbetrieben niedriger ausfällt und noch deutlich niedriger in mittelgroßen Betrieben.

Zustimmungsbereitschaft der Arbeitnehmer und die Information und Aufklärung zum BEM

Von besonders großer Bedeutung für die Zustimmung wird in den Experteninterviews immer wieder die Information und Aufklärung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum BEM genannt. Auch eine umfassende Information über und eine gelungene Kommunikation zum Thema „BEM“ wird von den meisten Expertinnen und Experten als wichtiger Faktor in Zusammenhang mit der Zustimmung betroffener Beschäftigter angesehen.

Beispielhaft für viele, antwortet ein Gesprächspartner auf die Frage, wovon diese Zustimmung seiner Meinung nach am meisten abhängt: „Ganz, ganz stark davon, wie es von Arbeitgeberseite im Vorwege kommuniziert und präsentiert wird. Dass es auch eine gemeinsame Haltung gibt zwischen Arbeitgeber und Betriebsrat (...).“

Ein anderer Gesprächspartner meint in diesem Zusammenhang: „Ich denke, die Zustimmung der Mitarbeiter hängt im Wesentlichen von der Art der Ansprache ab. Das ist das, was wir festgestellt haben. Jetzt nachdem wir das Projekt durchgeführt haben, würde ich BEM hauptsächlich als Kommunikationsinstrument beschreiben.“

Auch aus diesem Grunde wurde in einem Projekt aus „job - Jobs ohne Barrieren“, welches sich die Implementierung eines BEM in einem Großbetrieb zur Aufgabe gemacht hat, großer Wert auf Information gelegt (Return2work - Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH, 2006).

4.4.2 Bedeutung einer Vertrauenskultur für die Zustimmungsbereitschaft zum BEM

Wie in den Experteninterviews deutlich wurde, wird als weitere, besonders wichtige und grundlegende Voraussetzung für die Zustimmung von betroffenen Beschäftigten zum BEM ein vertrauensvolles Verhältnis von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Arbeitgebern genannt. Diese Zustimmung zum BEM steht und fällt – so eine Expertin im Gespräch – „mit dem Vertrauen, das die Beschäftigten in das Unternehmen oder den Betrieb haben können“. Stellvertretend für die Ansicht der meisten Gesprächspartner, sind folgende zwei Aussagen aus den Experteninterviews zur Frage, wovon die Bereitschaft zur Zustimmung abhängt, anzusehen:

„Von dem Erkennen, dass der Arbeitgeber das BEM einführt aus der Fürsorgeverpflichtung mir gegenüber heraus und nicht daraus heraus, um mir übermorgen rechtssicher die krankheitsbedingte Kündigung zukommen zu lassen.“

„Ich meine, die Zustimmung der betroffenen Mitarbeiter hängt entscheidend von dem Verhältnis zum Arbeitgeber ab, welche nicht selten auf Erfahrungen beruht. Auch die Arbeitnehmer können in der Regel recht realistisch einschätzen, ob sie mit ihren gesundheitlichen Einschränkungen im Unternehmen eine Weiterbeschäftigungsmöglichkeit haben werden oder nicht. Dort, wo die Mitarbeiter dem Arbeitgeber vertrauen, werden sie dem BEM eher zustimmen als in den Unternehmen, wo gegenseitiges Misstrauen vorherrscht.“

Eng verknüpft mit einem wertschätzenden Vertrauensverhältnis zwischen Arbeitgebern und Beschäftigten sind die positiven Erwartungen, die nach Ansicht der Expertinnen und Experten von den Betroffenen an ein BEM gestellt werden. Auch hier wird vor allem genannt – unter umgekehrten Vorzeichen wie bei den Ängsten zum BEM – der Erhalt des Arbeitsplatzes (Rückkehr an den Arbeitsplatz), aber auch die unspezifische Hoffnung auf Unterstützung durch den Betrieb im Krankheitsfall:

„Die positiven Erwartungen sind sicherlich bei Mitarbeitern, die tatsächlich länger krank sind, die Hoffnung, dass das Unternehmen sich kümmert, dass etwas für den Arbeitsplatz getan wird, dass ihm umgekehrt vielleicht eine Kündigung erspart wird.“

„Und warum möchte ein Arbeitnehmer ein Betriebliches Eingliederungsmanagement haben? Liegt auch klar auf der Hand: man möchte die dramatische Situation durchbrechen, wo man sagt: ‚Ich bin krank, ich weiß es selbst, ich kann diesen Job nicht mehr machen, aber ich weiß auch nicht, wie ich aus diesem Tunnel rauskomme.‘ Dort sucht man Hilfestellung.“
Antworten aus den vertiefenden Interviews bestätigen diese Erfahrungen: „Ein Kollege sagte: „Ich möchte meinen Arbeitsplatz erhalten.“

Einhellig besteht nach Ansicht der Expertenrunde ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen den Faktoren „Angst vor Arbeitsplatzverlust“ bzw. „Hoffnung auf Arbeitsplatzergänzung“ und „BEM“, je nach dem, ob die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter das BEM eher als Instrument sehen, das im Krankheitsfall eine Kündigung beschleunigen kann, oder aber als Chance, durch geeignete Maßnahmen, den Arbeitsplatz zu erhalten und eine langfristige Integration zu ermöglichen.

Um zu überprüfen, ob diese Aussage hinsichtlich der Bedeutung einer wertschätzenden Unternehmenskultur durch die Ergebnisse der bundesweiten Befragung bestätigt werden kann, wurde versucht, eine Annäherung an das Konstrukt „Vertrauenskultur“ vorzunehmen. Dazu wurden folgende Variablen aus verschiedenen Fragezusammenhängen ausgewählt und in Beziehung zum Zustimmungsverhalten zum BEM gesetzt:

- » Unternehmensleitlinien zur sozialen Verantwortung
- » kooperativer Führungsstil
- » Beteiligung der Mitarbeiter bei wichtigen Fragen, die ihre Arbeit betreffen
- » Klima des Vertrauens, Alter und Krankheit sind keine Tabuthemen

Bei der Analyse der korrelativen Beziehungen zwischen diesen Variablen und der Bereitschaft zur Zustimmung zum BEM finden sich signifikante Zusammenhänge³: „Klima des Vertrauens“ ($r = .22$), „Unternehmensleitlinien zur sozialen Verantwortung“ ($r = .19$), „Beteiligung der Mitarbeiter bei wichtigen Fragen, die ihre Arbeit betreffen“ ($r = .17$), „kooperativer

³ Die Korrelationen sind auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Führungsstil“ ($r = .17$). Dieses Ergebnis unterstützt somit die Einschätzung der Expertenrunde, dass sich eine wertschätzende Unternehmenskultur positiv auf die Bereitschaft zur Zustimmung auswirken kann. Der Zusammenhang zwischen dem Konstrukt „Vertrauenskultur“ im Sinne der o.g. Variablen und der Zustimmung zum BEM sollte allerdings in weiteren Untersuchungen überprüft werden.

Die Erfahrung, dass die Unternehmenskultur einen Einfluss auf den Erfolg eines BEM hat, wird auch im Abschlussbericht des Projektes „Von der Integrationsvereinbarung zum Integrationsmanagement. Aktivierung und Qualifizierung von betrieblichen Leitungs- und Führungskräften“ genannt:

„Langfristig ausgerichtete Strategien zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit behinderter und gesundheitlich beeinträchtigter Mitarbeiter/-innen müssen schließlich offen und dialogorientiert sein, um die Beteiligung der Beschäftigten selbst sicherzustellen. Dies wiederum erfordert insgesamt eine Unternehmenskultur, die sich durch Umgangsweisen auszeichnet wie kollegiales und unterstützendes Klima am Arbeitsplatz; glaubwürdiges und beteiligungsorientiertes Führungsverhalten; grundsätzliche Offenheit von Personalverantwortlichen gegenüber Veränderungsvorschlägen der Beschäftigten; Sensibilität gegenüber Diskriminierungen und offensives Gegensteuern“ (Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V., 2006, S. 7).

Auch in einem anderen Projektbericht wird auf den Faktor „Vertrauenskultur“ als wichtige Voraussetzung für das Gelingen des BEM verwiesen (ARINET GmbH – Das Arbeitsintegrationsnetzwerk für Hamburg, 2006, S. 6): „Wertschätzung, Akzeptanz, Offenheit, Transparenz und Führungsstärke sind hilfreiche Begleiter zur Realisierung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements. Hier sollten Konzepte (...) ansetzen.“

4.4.3 Bereitschaft betroffener Beschäftigter, an konkreten Maßnahmen der beruflichen Wiedereingliederung teilzunehmen

Die bisher dargestellte Bereitschaft Betroffener, am BEM teilzunehmen, wird nun untersucht hinsichtlich der Bereitschaft, an konkreten Maßnahmen der beruflichen Wiedereingliederung teilzunehmen.

Die Angebote zur beruflichen Wiedereingliederung werden betroffenen Beschäftigten von vielen Betrieben unterbreitet, unabhängig davon, ob diese ein BEM im Sinne des § 84 Abs. 2 SGB IX implementiert haben oder nicht. Die im Folgenden dargestellte Bereitschaft Betroffener, diese anzunehmen, nimmt daher Bezug auf Angaben aller Befragten.

Am häufigsten werden den betroffenen Beschäftigten, die stufenweise Wiedereingliederung, die Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz, die Verbesserung der technischen Ausstattung des Arbeitsplatzes und die Organisation eines Arbeitsversuches angeboten. Ein möglicher Grund für den hohen Stellenwert und Bekanntheitsgrad der stufenweisen Wiedereingliederung (§ 74 SGB V, § 28 SGB IX) kann darin begründet liegen, dass diese Maßnahme im Rahmen der medizinischen Rehabilitation angeboten wird und die Krankenkasse die Kosten trägt. Am seltensten werden eine externe berufliche Qualifizierung, die Erstellung eines Fähigkeitsprofils des Beschäftigten und eine innerbetriebliche Qualifizierung angeboten.

Die stufenweise Wiedereingliederung wird nicht nur am häufigsten von den Betrieben angeboten, sie erfährt auch die höchste Zustimmung von den Betroffenen, gefolgt von der Verbesserung der technischen Ausstattung des Arbeitsplatzes und der Organisation eines Arbeitsversuches. Die externe berufliche Qualifizierung wiederum wird nach Einschätzung der bundesweiten Befragten nicht nur selten angeboten, diese Maßnahme wird von den betroffenen Beschäftigten auch am wenigsten angenommen. Diese Aussage wird im Abschlussbericht eines der „job – Jobs ohne Barrieren“-Projekte „Prävention und Beschäftigungssicherung in kleinen Unternehmen der Dienstleistungsbranche im Raum Oberhausen und Umgebung PRÄBOB“ bestätigt. „Die durchgeführten Maßnahmen wurden zum Teil mit großem Interesse angenommen. Maßnahmen, die einen höheren Einsatz und eigenes Engagement der Mitarbeiter forderten, stießen eher auf Ablehnung (...)“ (Netzwerk Dienstleistungen Oberhausen NWDO e.V. o. J., S. 15).

Auch die Verringerung der Arbeitszeit findet – so die Ergebnisse der bundesweiten Befragung – wenig Zuspruch, ebenso wie die Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz. Das kann nach Ansicht einiger Expertinnen und Experten daran liegen, dass beide Maßnahmen in der Regel mit Lohn- einbußen einhergehen, wenn z.B. die Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz mit einer niedrigeren Lohneingruppierung verbunden ist: „Es wird dann interessant, wenn es in Richtung Einkommensverlust geht. Einkommensverluste auch dann, wenn ich krankheitsbedingt nicht mehr leitend tätig sein kann, sondern nur noch mitarbeiten. Dass das ein Prozess

ist, der nicht immer einfach ist, dass das eine Moderation braucht, das ist ein Zusammenhang, der notwendig ist.“

Ebenso sieht ein Gesprächspartner der vertiefenden Interviews mögliche Einkommenseinbußen als Hindernis für die Bereitschaft zur Zustimmung von BEM-Maßnahmen: „Die Arbeitnehmer möchten keinen oder nur geringe finanzielle Verluste, das funktioniert aber im Bereich Pflege oft nicht, da hier eventuell Zulagen wegfallen.“

4.4.4 Möglichkeiten der Förderung der Zustimmungsbereitschaft der Beschäftigten zum BEM

Die Auswertung der Antworten aus der bundesweiten Online-Befragung, wie nach Ansicht der Befragten die Bereitschaft der betroffenen Beschäftigten gesteigert werden könnte, bestätigen die oben dargestellten Ergebnisse. Demnach können bestimmte Faktoren, wie Information über das BEM und eine vertrauensvolle Unternehmenskultur entscheidenden Einfluss auf die Bereitschaft der betroffenen Beschäftigten nehmen. Information und Aufklärung werden als entscheidende Faktoren in Bezug auf eine Verbesserung der Akzeptanz bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern angesehen.

Den Ängsten und Sorgen der Beschäftigten und damit verbunden einer mangelnden Bereitschaft zur Zustimmung zu einem BEM kann auch – so viele der Befragten – durch vertrauensbildende Maßnahmen im Betrieb und eine entsprechend positive Unternehmenskultur, entgegengewirkt werden. 54 Personen der Online-Befragung äußern, dass ihrer Ansicht nach die Akzeptanz eines BEM entscheidend davon abhängt, ob die Beschäftigten einen wertschätzenden Umgang mit der Belegschaft im Allgemeinen und mit erkrankten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Besonderen erleben. Auch eine klare Regelung des Verfahrensablaufs eines BEM trage zu mehr Transparenz und damit zu einer erhöhten Bereitschaft zur Zustimmung bei. Diese könne insbesondere durch eine Integrationsvereinbarung oder eine Dienst- oder Betriebsvereinbarung erreicht werden. Als weitere Möglichkeit, die Bereitschaft der Beschäftigten zum BEM zu stärken, wird die Kommunikation positiv verlaufener „BEM-Fälle“ genannt. Die Bekanntmachung „erfolgreicher Fälle im Kollegenkreis“ nehme den betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Angst und verbessere die Akzeptanz eines BEM.

Schließlich betonen die Befragten die Bedeutung der Erstsprache, die, je persönlicher und vertrauenswürdiger sie erfolge, entscheidenden Einfluss

auf die Zustimmung durch den Betroffenen zu einem BEM nehme. Dies könne z.B. erreicht werden durch „ein freundliches Anschreiben mit Erläuterung über Verfahren, Ziele und Möglichkeiten eines BEM“.

In diesem Zusammenhang wird auch darauf hingewiesen, wie wichtig kompetente und Vertrauen erweckende Ansprechpersonen für die Beschäftigten sind: „Die persönliche Ansprache des betroffenen Mitarbeiters durch eine neutrale Ansprechperson, die zur Verschwiegenheit verpflichtet ist. Diese Ansprechpersonen sind nicht die direkten Vorgesetzten.“ Ebenso viele Befragte verweisen auf die Miteinbeziehung der Interessenvertretung oder des betriebsärztlichen Dienstes: „Erstgespräche nur über Interessenvertretung oder Betriebsarzt.“

Mit großer Mehrheit und übereinstimmend mit den Ergebnissen der bundesweiten Befragung, gehen auch die Expertinnen und Experten davon aus, dass eine positive Haltung von Seiten der Belegschaften zum Thema „BEM“ gefördert werden kann durch Information und Aufklärung, die Bekanntmachung positiv verlaufener „BEM-Fälle“ im Betrieb sowie durch Schaffung einer Vertrauenskultur zwischen Arbeitgebern und Beschäftigten.

Zusammenfassung

Die Ergebnisse zur Frage nach der Bereitschaft betroffener Beschäftigter, einem BEM zuzustimmen bzw. daran teilzunehmen, lassen sich zu folgenden Aussagen zusammenfassen.

Die Bereitschaft zur Teilnahme an einem BEM durch Betroffene setzt nach § 84 Abs. 2 SGB IX die Freiwilligkeit bei der Zustimmung zu diesem Verfahren voraus. Dass dieser Hinweis auf die Freiwilligkeit bei jedem fünften Betroffenen unterbleibt, zeigt, dass an diesem entscheidenden Punkt die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben in der betrieblichen Praxis des BEM noch nicht ausreichend erfolgt.

Die Bereitschaft der betroffenen Beschäftigten, einem BEM zuzustimmen wird insgesamt als neutral bis positiv (75%) bewertet. Allerdings lässt sich die Einschätzung der Zustimmungsbereitschaft zum BEM deutlich nach der betrieblichen Funktion der Befragten differenzieren. Von Arbeitgebern und deren Vertretern wird die Zustimmung deutlich positiver eingeschätzt als von der Gruppe der Interessenvertreter. Ein direkter Vergleich zu den sehr häufig durchgeführten Krankenrückkehrgesprächen unterstreicht die höhere Akzeptanz eines BEM.

Angebote zur beruflichen Wiedereingliederung durch die Betriebe, unabhängig davon, ob ein Betrieb bereits ein BEM durchgeführt hat oder nicht, unterscheiden sich deutlich durch die Häufigkeit, mit der sie angeboten werden wie auch durch ihre Akzeptanz bei den Betroffenen. Am häufigsten wird die stufenweise Wiedereingliederung, die auch die höchste Zustimmung bekommt, angeboten. Am seltensten erfolgt die externe berufliche Qualifizierung, die die geringste Zustimmung erfährt.

Vor allem von Seiten der Betriebs- und Personalräte und der Schwerbehindertenvertretung wird die Bereitschaft zur Zustimmung zum BEM kritisch betrachtet. Diese eher negative Einschätzung spiegelt die in den Expertengesprächen genannten Ängste von Seiten der Beschäftigten wieder; diese Ängste beziehen sich vor allem auf die Sorge um den Erhalt des Arbeitsplatzes, das Gefühl, im Krankheitsfall kontrolliert und unter Druck gesetzt zu werden und die Probleme des Datenschutzes.

Zudem liefern die Ergebnisse der Online-Befragung einen entscheidenden Hinweis auf die Bedeutung des „Vertrauens zum Betrieb“ und der Information über BEM für die Bereitschaft der betroffenen Personen zur Zustimmung zu einem BEM. Die Auswertung der Gespräche mit den Expertinnen und Experten der Initiative „job - Jobs ohne Barrieren“ weisen ebenfalls auf diesen Zusammenhang hin. Demnach kann die Kooperationsbereitschaft gefördert werden durch eine umfassende Information und Aufklärung zum BEM, eine vertrauensvolle Unternehmenskultur und die Bekanntmachung positiv verlaufener „BEM-Fälle“ in den Betrieben.

4.5 Auswirkungen der eingesetzten Verfahren im BEM

Maßnahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements sollen präventive Wirkungen haben. Nach den Vorgaben des § 84 Abs. 2 SGB IX sind die Ziele des Betrieblichen Eingliederungsmanagements

- » Arbeitsunfähigkeit überwinden,
- » erneuter Arbeitsunfähigkeit vorbeugen und den
- » Arbeitsplatz erhalten.

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement setzt zunächst bei einzelnen betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an. Die Maßnahmen sollen sich positiv auf deren Erwerbsbeteiligung auswirken und einer weiteren Verschlechterung der gesundheitlichen Situation sowie dem krankheitsbedingten Verlust des Arbeitsplatzes vorbeugen.

Gleichzeitig wird postuliert, dass das Betriebliche Eingliederungsmanagement Auswirkungen für den Betrieb und für die Volkswirtschaft insgesamt habe. In beiden Betrachtungsweisen, so wird häufig weiter angenommen, überwiege der Nutzen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements seine Kosten.

Anlässlich der dritten Schwerpunktveranstaltung der Initiative „job - Jobs ohne Barrieren“, unter dem Titel „Betriebliche Prävention - was tun?“ am 1. Juli in Berlin, erklärt der Parlamentarische Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Franz Thönnies:

„Die betriebliche Prävention dient nicht nur den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, sondern vor allem auch den Interessen der Unternehmen. Angesichts der demographischen Entwicklung wird das Durchschnittsalter der Beschäftigten deutlich ansteigen. Bereits im Jahre 2020 wird der Anteil der 50- bis 64-Jährigen in Deutschland 39% des gesamten Arbeitskräftepotenzials ausmachen. Prävention ist also mehr und mehr ein Wettbewerbsfaktor für die Unternehmen. Auch die Kosten für Lohnfortzahlungen, die trotz der derzeitigen sehr niedrigen Krankenstände jedes Jahr rund 30 Milliarden Euro betragen, werden sich durch eine effektive Prävention nachhaltig senken lassen.“ (Quelle: <http://www.dvfr.de/pages/article/1484.aspx>)

Betriebliches Eingliederungsmanagement findet im betrieblichen Kontext statt. Zu seiner Umsetzung müssen betriebliche Mittel aufgewendet werden. Die Effizienz der eingesetzten Mittel ist nicht in jedem Fall direkt evident. Insbesondere bei seiner Einführung steht das Betriebliche

Eingliederungsmanagement unter einem Rechtfertigungszwang, besonders in solchen Organisationen, die sich bislang wenig mit Präventionsarbeit und betrieblichem Gesundheitsmanagement befasst haben.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund (2007) schreibt:

„Lohnt sich Betriebliches Eingliederungsmanagement?

Vom Betrieblichen Eingliederungsmanagement profitieren nicht nur die Beschäftigten, sondern auch die Arbeitgeber. Gesunde, motivierte und gut qualifizierte Mitarbeiter stellen eine wesentliche Ressource eines Unternehmens dar. Sie erzielen bessere Arbeitsergebnisse und steigern damit den Profit. Durch das Betriebliche Eingliederungsmanagement werden auf Dauer längere Ausfälle durch Arbeitsunfähigkeit vermieden und die damit verbundenen Kosten (z.B. Einstellung und Einarbeitung von Ersatzkräften) verringert. Zudem bleiben dem Unternehmen das Wissen, die Fähigkeiten und Fertigkeiten des Mitarbeiters erhalten.“ (Quelle: http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn_10064/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/02__arbeitgeber__steuerberater/07__betriebliche__eingliederung/was__ist__BE.html)

Im Rahmen des Forschungsauftrags ist darzustellen und zu diskutieren,

- » was geeignete Kriterien sind, um Effekte des Betrieblichen Eingliederungsmanagements zu messen,
- » welche Auswirkungen das Betriebliche Eingliederungsmanagement zeigt
- » und wie diese Auswirkungen in betriebs- und volkswirtschaftlicher Hinsicht zu bewerten sind.

4.5.1 Ein Modell der Wirkfaktoren für die Bewertung des BEM

Ein vorläufiges Modell, das für die Darstellung des Zusammenhangs zwischen Maßnahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements und seinen Auswirkungen herangezogen werden kann, sieht folgendermaßen aus:

MODELL DER WIRKFAKTOREN FÜR DIE BEWERTUNG DES BEM

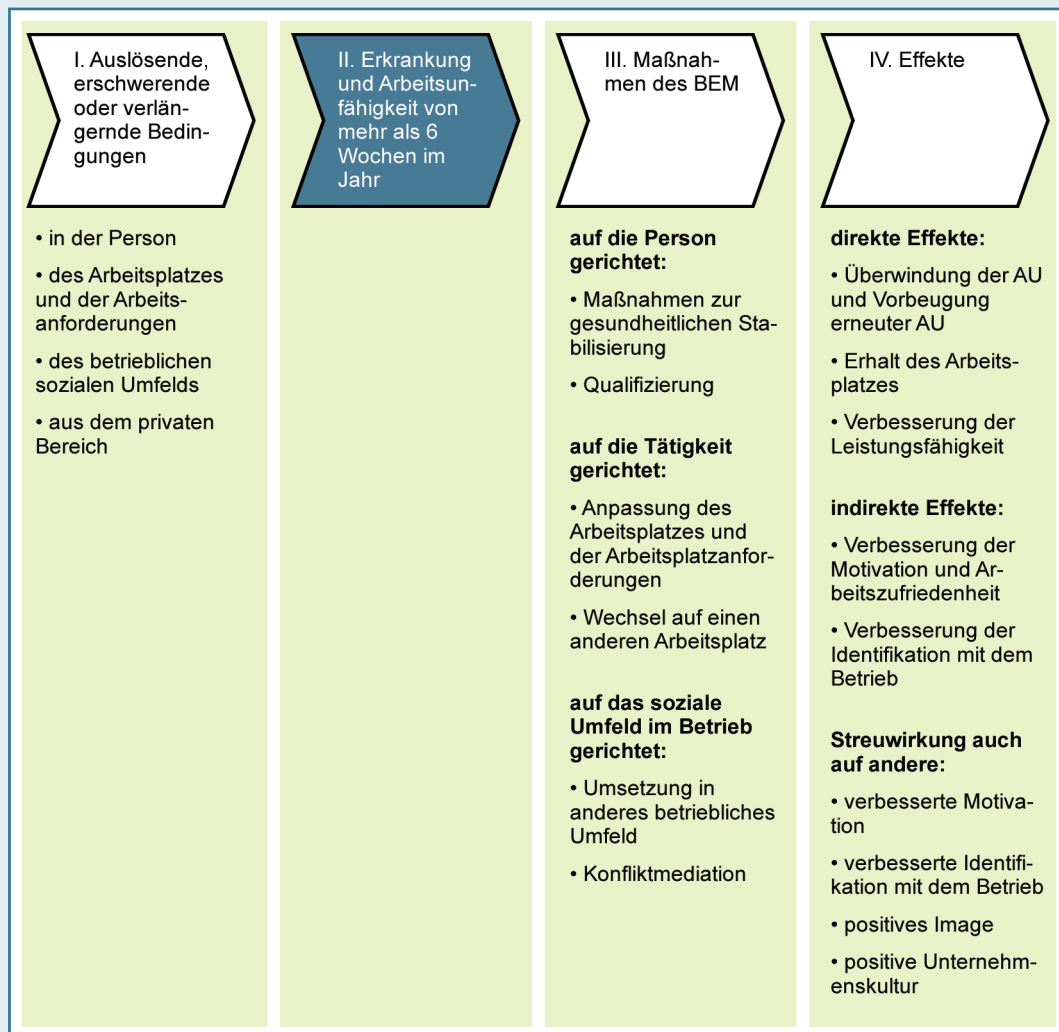


Abb. 25

I. Auslösende, erschwerende oder verlängernde Bedingungen der Erkrankung

Die Erkrankung einer Mitarbeiterin bzw. eines Mitarbeiters wird bedingt durch unterschiedliche Faktoren. Diese Faktoren können die Erkrankungen auslösen, die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erschweren oder zur Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit beitragen.

Bedingungen können sein:

- » tätigkeitsbezogene Merkmale: gesundheitliche Belastung durch die Tätigkeit
- » personenbezogene Merkmale: Motivation, Qualifikation, Commitment
- » soziale Merkmale: soziale Unterstützung durch Führungskraft, Kolleginnen bzw. Kollegen, Betriebsklima usw.

Die Erkrankung kann auch aus Umständen im privaten Umfeld der Beschäftigten resultieren, auf die der Betrieb keinen oder nur einen eingeschränkten Einfluss hat.

II. Erkrankung und Arbeitsunfähigkeit von mehr als sechs Wochen im Jahr

Das BEM wird ausgelöst durch eine Anzahl von AU-Tagen, die im Betrieb als kritisches Maß definiert werden. Dabei gilt nicht immer die vom Gesetzgeber genannte 6-Wochen-Frist, frühere und spätere Auslöser kommen vor. Die AU-Tage müssen nicht einer Erkrankung oder Folgeerkrankungen derselben Diagnose geschuldet sein. Vielmehr können die Erkrankungen auch voneinander unabhängig sein. Die erste Funktion des BEM ist das Aufmerksamwerden auf ein auffällig zeitintensives Krankheitsgeschehen, unabhängig von möglichen Ursachen.

III. Maßnahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements

Maßnahmen des BEM zielen darauf ab, die AU-Dauer zu verkürzen, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und den Arbeitsplatz zu erhalten. Dies erfolgt in der Annahme, dass betriebliche Maßnahmen einen Einfluss auf das Krankheitsgeschehen der betroffenen Mitarbeiterin bzw. des betroffenen Mitarbeiters haben. Die Maßnahmen des BEM sollen einwirken auf Bedingungen, die die AU auslösen, die Erkrankung erschweren oder verlängern oder eine dauerhafte Überwindung verhindern und somit zum Verlust des Arbeitsplatzes beitragen. Die Ansatzpunkte des BEM (tätigkeitsbezogen, personenbezogen oder bezogen auf das soziale Umfeld) können individuell sehr unterschiedlich sein. Möglicherweise gibt es je nach Akteursperspektive unterschiedliche (implizite) Ursachenzuschreibungen und damit unterschiedliche Handlungspräferenzen.

IV. Auswirkungen des BEM

Neben der Reduzierung von AU-Tagen sollen die Maßnahmen des BEM die Leistungsfähigkeit wieder herstellen. Dass dies zumindest in einem

ausreichenden Ausmaß gelingt, ist Voraussetzung für die weitere Erwerbsbeteiligung der betroffenen Personen.

Als weitere Wirkung der Maßnahmen des BEM kann die Motivation und Arbeitszufriedenheit wieder steigen (siehe Forschungsfrage 4: Bereitschaft der Arbeitnehmer, Maßnahmen des BEM zuzustimmen). Das Prinzip der Freiwilligkeit, das vom Gesetzgeber im BEM festgelegt ist, soll hierzu beitragen. Als indirekte Wirkung, die aber beispielsweise in den betrieblichen Vertiefungsinterviews genannt werden, sind die Auswirkungen von BEM-Maßnahmen auf nicht direkt beteiligte Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter über die Unternehmenskultur, das Commitment der Beschäftigten, die Identifikation mit dem Unternehmen usw. zu nennen.

4.5.2 Erfolgskriterien des BEM: Fehltage, Leistungsfähigkeit und Erwerbsbeteiligung

Fehltage

Erfolgreiches Betriebliches Eingliederungsmanagement muss sich qua definitionem in einer Reduzierung der Arbeitsunfähigkeitszeiten niederschlagen. Arbeitsunfähigkeitszeiten von mehr als sechs Wochen im Zeitraum eines Jahres sind Auslöser für das Betriebliche Eingliederungsmanagement. Eine erfolgreiche Beendigung des BEM hat demzufolge als Kriterium, dass die Zeit von sechs Wochen Arbeitsunfähigkeitszeit in einem Beobachtungszeitraum von zwölf Monaten unterschritten wird.

Auch in der betrieblichen Wahrnehmung werden Fehltage als das mit Abstand häufigste Kriterium genannt, um zu bewerten, ob die Maßnahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements erfolgreich sind oder nicht.

Dabei müssen die Fälle der betroffenen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter im BEM die Bezugsgröße dieser Bewertung sein, nicht eine allgemeine Entwicklung von Fehlzeitenquoten im Betrieb. Diese unterliegen auch anderen Einflussgrößen, sodass Effekte des Betrieblichen Eingliederungsmanagements überdeckt würden. So sinken seit Jahren die durchschnittlichen Krankenstandsquoten in den bundesdeutschen Unternehmen und Behörden. Der Bundesverband der Betriebskrankenkassen berichtet in seinem Gesundheitsreport 2006 von einem Tiefststand der Krankenstandsquote seit vielen Jahren: Die Krankenstandsquote liegt für das Jahr bei 3,5%,

das entspricht 12,6 Arbeitsunfähigkeitstagen, wobei in der Zählweise der Krankenkassen damit Kalendertage gemeint sind (BKK Bundesverband, 2006).

Eine nähere Analyse der Fehltage weist nach, dass ein großer Teil der Fehlzeiten von einer relativ kleinen Gruppe von kranken (langzeit- und langzeit-mehrfachkranken) Beschäftigten verursacht wird: 20% der AU-Tage des Jahres 2005 aller AOK-Mitglieder entfiel auf 1% der Mitglieder, die Hälfte der AU-Tage wird von 6% der Mitglieder verursacht und 18% der AOK-Mitglieder verursachen 80% der AU-Tage (vgl. Vetter et al 2007, S.211; Gesundheitsreport des BKK Bundesverband, 2006). Würden diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereits jetzt in Maßnahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements aufgenommen und zumindest teilweise erfolgreich eingegliedert, könnte der Anteil des Betrieblichen Eingliederungsmanagements an der Senkung der Krankenstandsquote analysierbar sein. Da aber das Betriebliche Eingliederungsmanagement derzeit – auf die Fläche betrachtet – in vielen Betrieben noch im Aufbau ist, erst seit kurzem Fälle bearbeitet werden und es in einem Teil der Betriebe noch nicht existiert, sind die Auswirkungen auf die Krankenstandsquote vermutlich noch gering.

Leistungsfähigkeit

Die Leistungsfähigkeit von Beschäftigten mit gesundheitlichen Einschränkungen ist reduziert. Baase (2007) berichtet von selbsteingeschätzten Reduzierungen der Leistungsfähigkeit bei chronisch kranken Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zwischen 17,8% und 36,4%. Selbst wenn der Personenkreis der betroffenen Personen, die in Maßnahmen des BEM sind, nicht deckungsgleich ist mit chronisch kranken Menschen, muss immer dann von einer deutlichen Reduzierung der Leistungsfähigkeit ausgegangen werden, wenn eine gesundheitlich eingeschränkte Person nicht auf einem Arbeitsplatz eingesetzt ist, auf dem ihre Einschränkungen berücksichtigt werden. Unter dem Gesichtspunkt der Bewertung des Ausmaßes, in dem Leistungseinschränkungen aufgrund nicht adäquater Arbeitsgestaltung Kosten verursachen, ist es allerdings problematisch, dass diese Leistungseinschränkungen nicht oder nur mit erheblichem Aufwand und negativen Auswirkungen auf das Vertrauen und die Kooperationsbereitschaft der Betroffenen erfasst werden können. Erhöhung der Fehlerquote, häufigere Kurzpausen, geringere Konzentrationsspanne, reduziertes Arbeitstempo, eingeschränkte Kreativität, negative Auswirkungen auf die Teamfähigkeit

usw. sind die Auswirkungen, die erfasst werden müssten. Instrumente könnten beispielsweise MELBA oder andere sein. Eine solche Erfassung wird in der Regel von den betriebsinternen Akteuren nicht geleistet.

Aus anderen Untersuchungen ist bekannt, dass Unternehmen bei einem nicht adäquaten Einsatz gesundheitlich beeinträchtigter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter das Ausmaß der Leistungseinschränkungen pauschal mit 25% ansetzen (Magin, 2004).

In Kostensätze umgerechnet ergibt sich aus dieser geschätzten Quote für den Betrieb eine (sehr) hohe finanzielle Bedeutung des Aspekts „Leistungsfähigkeit“ durch leistungsgerechten Einsatz, die den Kosten durch Arbeitsunfähigkeit nicht nachsteht. Eine einfache Rechnung verdeutlicht diesen Sachverhalt:

KOSTENSÄTZE

Durchschnittliche monatliche Lohnkosten (Quelle: Statistisches Bundesamt. Statistisches Jahrbuch 2006. Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung, S. 644)	2735 €
Wert der Arbeitsleistung monatlich (angesetzt wird Faktor 2, vgl. Fritz, 2006, S. 39)	5470 €
Davon ca. 25% Verlust an Leistungsfähigkeit	≈1350 €

Tab. 9

Nach dieser Modellrechnung ist der Nutzen, den der Betrieb von einem bzw. einer gesundheitlich beeinträchtigten Beschäftigten hat, im Durchschnitt etwa 1350 € pro Monat höher, wenn dessen bzw. deren Leistungsfähigkeit z.B. durch geeignete Maßnahmen des BEM wieder voll hergestellt ist. Selbst in den Fällen, in denen keine volle Leistungsfähigkeit erreicht wird, kann von einer verbesserten Nutzen-Bilanz ausgegangen werden.

Die Leistungsfähigkeit wird durch Wechsel des Arbeitsplatzes, Veränderung der Ausstattung des Arbeitsplatzes oder Veränderung des Aufgabenzuschnitts erreicht. Unter Umständen kann die Leistungsfähigkeit auch dadurch erhöht werden, dass eine Mitarbeiterin bzw. ein Mitarbeiter die Arbeitszeit reduziert und in der Teilzeittätigkeit in der Lage ist, ohne Leistungsabstriche zu arbeiten.

Leistungsfähigkeit setzt einen leistungs- und einschränkungsgerechten Einsatz voraus. Dies ist wiederum eine Voraussetzung dafür, dass betroffene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter keine weiteren überbelastenden Situa-

tionen am Arbeitsplatz erleben, sodass die Arbeitsunfähigkeitszeiten, die auf die Überlastung zurückgehen, reduziert werden. Nach Schätzungen von Bödeker et. al. (2002) sind etwa 30% des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens auf Überlastungen im Arbeitsleben zurückzuführen.

Es ist zu erwarten, dass nicht nur Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der ergonomischen Arbeitsgestaltung zu einer Reduzierung dieses Anteils führen können, sondern auch die systematische Auswertung von BEM-Fällen und deren Zusammenhängen mit Belastungen des Arbeitsplatzes. Die Wechselwirkung des BEM mit Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung kann zu einer Reduzierung der Arbeitsbelastungen beitragen.

Es kann auch eher eine vorzeitige Rückkehr auf den Arbeitsplatz forciert werden, wenn dieser die gesundheitlichen Einschränkungen der betroffenen Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters berücksichtigt. Nicht zuletzt ist der leistungs- bzw. einschränkungsgerechte Einsatz die Voraussetzung dafür, dass ein gesundheitlich eingeschränkter Mensch im Erwerbsleben verbleibt.

Insofern kann die Leistungsfähigkeit einerseits verstanden werden als die Vorbedingung, um die Ziele des Betrieblichen Eingliederungsmanagements zu erreichen und andererseits ist das Erreichen eines leistungsgerechten Einsatzes das Kriterium für den erfolgreichen Abschluss des BEM.

Erwerbsbeteiligung

Das dritte Bewertungskriterium für das Betriebliche Eingliederungsmanagement nimmt die Erwerbsbeteiligung der gesundheitlich eingeschränkten Beschäftigten in den Blick. Der angenommene Zusammenhang ist einfach: Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter mit schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen werden, falls sich der Gesundheitszustand nicht verbessert, krankheitsbedingt gekündigt. Der Gesundheitszustand kann sich spontan verbessern oder er kann durch medizinische Maßnahmen oder auch Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation verbessert werden.

Erfahrungen aus den Jahren vor Einführung des § 84 Abs. 2 SGB IX zeigen, dass insbesondere bei schwerwiegend langzeiterkrankten und chronisch erkrankten Menschen die bisherigen Maßnahmen und Handlungsstrategien nicht ausreichen, um den Verbleib auf dem Arbeitsplatz oder eine Rückkehr auf den Arbeitsplatz zu sichern. In ihrem Bericht über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe vom 16.12.2004

schreibt die Bundesregierung über die Bedeutung der betrieblichen Prävention: „Frühverrentung wird vorgebeugt und damit ein wesentlicher Beitrag zur Verlängerung der effektiven Lebensarbeitszeit geleistet. Die betriebliche Prävention ist besonders wichtig für die Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Betrieb. Rechtzeitig eingeleitete Rehabilitationsmaßnahmen können sie vor Entlassung schützen und ihre Arbeitsplätze sichern.“

Auch Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation können in ihrem Beitrag zur Sicherung der Erwerbsbeteiligung erkrankter Beschäftigter verbessert werden, wenn die betrieblichen Anforderungen an die betroffenen Beschäftigten im Wiedereingliederungsprozess berücksichtigt werden. Die stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 SGB V bzw. § 28 SGB IX ist als geeignetes Instrument entwickelt worden, um den Reintegrationsprozess nach einer Langzeiterkrankung stufenweise gestalten zu können, damit die betroffene Person die betrieblichen Anforderungen wieder erreichen kann.

Die Zahl krankheitsbedingter Kündigungen wird aus betrieblicher Sicht selten als Bewertungskriterium für das Betriebliche Eingliederungsmanagement verwendet. Dies liegt vermutlich daran, dass krankheitsbedingte Kündigungen eher ein Tabu-Thema sind, über das im Betrieb nicht gesprochen wird.

In den Interviews und vertiefenden Analysen in den Betrieben wurde die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Betrieblichem Eingliederungsmanagement und Vermeiden von krankheitsbedingten Kündigungen gestellt. Dabei wird von den Expertinnen und Experten wie auch von den betrieblichen Praktikerinnen und Praktikern in den Stellungnahmen betont, dass das Betriebliche Eingliederungsmanagement prinzipiell ergebnisoffen ist, d.h. es kann trotz Betrieblichen Eingliederungsmanagements durchaus zu einer krankheitsbedingten Kündigung kommen. Allerdings wird dann aufgezeigt, dass ohne Betriebliches Eingliederungsmanagement die Alternative zur Weiterbeschäftigung in nicht wenigen Fällen tatsächlich die krankheitsbedingte Kündigung gewesen wäre. Diese alternative Entscheidungssituation als Ausgangspunkt eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements wird jedoch in der Regel nicht so offen formuliert.

Mit der Frage der Erwerbsbeteiligung reichen die Auswirkungen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements deutlich vom betriebswirtschaftlichen Bereich in den volkswirtschaftlichen Bereich: Durch Arbeitsunfähigkeit und gegebenenfalls krankheitsbedingte Kündigungen entstehen den

sozialen Sicherungssystemen erhebliche Kosten, zudem gehen Beitragszahler verloren.

In der Betrachtung und Analyse von Effekten des Betrieblichen Eingliederungsmanagements auf die Erwerbsbeteiligung können als Anhaltspunkt die Statistiken der BIH herangezogen werden: Betriebliches Eingliederungsmanagement ist Teil der Präventionspflichten des Arbeitgebers. Die Erfüllung dieser Präventionsverpflichtung wird im Rahmen von Kündigungsschutzverfahren regelmäßig überprüft und zur Voraussetzung für die Zustimmung gemacht. Nach dem Jahresbericht 2005/2006 der BIH waren in 13% der Fälle einer ordentlichen Kündigung mit Fehlzeiten wegen Arbeitsunfähigkeit begründet, in weiteren 12% waren Leistungseinschränkungen wegen Krankheit und Behinderung der Grund (von einer Gesamtzahl von 27.385 Fällen). Mit diesen Zahlen sind nur die Fälle schwerbehinderter Beschäftigter erfasst. Von den in 2005 abgeschlossenen Kündigungsverfahren (gesamt 32.764) endeten 23% mit dem Erhalt des Arbeitsplatzes, 77% mit dem Verlust des Arbeitsplatzes. Wenn ca. 25% der Kündigungsverfahren mit Ursachen begründet werden, die auslösend für Maßnahmen des BEM oder zumindest damit zusammenhängend sind, so müsste sich erfolgreiches Betriebliches Eingliederungsmanagement deutlich spürbar im Sinne einer Verbesserung dieses Verhältnisses auswirken (Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, 2007).

4.5.3 Berichtete Effekte des Betrieblichen Eingliederungsmanagements

In der Folge werden die Effekte dargestellt, die mit den verschiedenen Erhebungsmethoden dieser Studie erfasst wurden.

Berichtete Auswirkungen auf die Reduzierung von Fehltagen

Die Maßnahmen des BEM zielen auf die Reduzierung der krankheitsbedingten Fehlzeiten ab. Dass dieser Effekt erreichbar ist, wird von 36% (absolut: 108) der Befragten der Online-Befragung bestätigt.

Aus den ergänzenden Textangaben wird deutlich, dass es aufgrund der geringen Fallzahlen und kurzen Bearbeitungszeit noch zu früh ist, um Effekte des BEM erwarten zu können.

Die befragten Expertinnen und Experten der Initiative „job-Jobs ohne Barrieren“ bestätigen diesen Effekt:

„Ja. Die Mitarbeiter können durch geeignete Maßnahmen früher an den Arbeitsplatz zurückkehren (...) und der ein oder andere Mitarbeiter, der sich vielleicht doch in einem längeren Krankenstand ganz wohl gefühlt hat, kommt vielleicht auch ein bisschen früher wieder an die Arbeit, weil er plötzlich merkt: ‚Die Augen sind auf mich gerichtet‘ bzw. ‚Klar wirkt sich das positiv auf den Krankenstand aus, weil die Leute dann anders eingesetzt werden können‘.“

Auch die Gesprächspartnerinnen und -partner, die die Implementierung eines BEM im eigenen Hause durchgeführt haben, können von einem positiven Zusammenhang zwischen BEM und Reduzierung der Fehlzeiten berichten; doch auch hier wird die Bedeutung eines wohlwollenden Umgangs mit erkrankten Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern und den damit verbundenen positiven Auswirkungen auf den Integrationsprozess betont:

„Oftmals ist es ja so ein Kreislauf, dass man sagt: ‚Ich schaffe meine Arbeit nicht‘, kommt dann in ein Burnout, in eine Depression, und man mag eigentlich gar nicht mehr wieder kommen. Und dann wird sich seiner angenommen, wird mal wirklich konkret hingeguckt: ‚Können wir gemeinsam was verändern?‘ Ich denke schon, dass das eine positive Auswirkung hat auf die Arbeitsunfähigkeitszeiten, aber auch auf das Betriebsklima, was aber erst langfristig sich bemerkbar macht. Wenn man sich die Fälle anschaut, die wir jetzt betreut haben, das waren schon festgefahrene Situationen, wo sich eine Lösung ergeben hat, die alle Beteiligten zufriedengestellt hat.“

Insgesamt gesehen ist der Effekt „Rückgang des Krankenstandes“ bereits bei mehr als jedem dritten Betrieb für das Betriebliche Eingliederungsmanagement erreichbar. Angesichts des Implementierungsstandes des BEM in vielen Betrieben können weitergehende Auswirkungen auf den betrieblichen Krankenstand zumindest zum jetzigen Zeitpunkt nicht erwartet werden. Im Einzelfall wirkt sich das Betriebliche Eingliederungsmanagement durchaus auf die Senkung von Arbeitsunfähigkeitszeiten aus.

Die Ergebnisse legen es auch nahe, dass das Betriebliche Eingliederungsmanagement ein Instrument unter mehreren sein muss, wenn angestrebt wird, den Krankenstand der gesamten Belegschaft im Betrieb zu senken. Betriebliches Eingliederungsmanagement kann nach Einschätzung eines Teils der Befragten einen Beitrag zur Senkung des Krankenstandes leisten, vor allem jedoch durch die Verknüpfung mit anderen präventiven Strategien (Arbeitssicherheit, Gefährdungsbeurteilungen, Gesundheitsmanagement).

Berichtete Auswirkungen auf den leistungsgerechten Einsatz gesundheitlich beeinträchtigter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Maßnahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements zielen auf nachhaltige Lösungen ab, deren Voraussetzung das Erreichen eines leistungsgerechten Einsatzes ist. Können die bisherigen Erfahrungen bestätigen, dass dieses Ziel erreichbar ist und in der überwiegenden Zahl der Fälle auch erreicht wird?

In der Online-Befragung wurde nach den Ergebnissen bei den durchgeführten Fällen gefragt. Die Tabelle zeigt die Ergebnisse zum leistungsgerechten Einsatz in Betrieben, die das BEM durchführen:

LEISTUNGSGERECHTER EINSATZ IN BEM-FÄLLEN

leistungsgerechter Einsatz in BEM-Fällen	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
nein	38	12,7%
zumTeil	201	67,0%
ja	61	20,3%
gesamt	300	100,0%

Tab. 10

Wenn mit „zum Teil“ geantwortet wurde, bestand die Möglichkeit, in Prozentangaben den Teil der BEM-Fälle zu benennen, bei dem ein leistungsgerechter Einsatz erreicht werden konnte.

58% derjenigen, die mit „zum Teil“ geantwortet haben, geben Erfolgsquoten unter 50% an.

Diese Angaben belegen, dass in etwa der Hälfte der durchgeführten BEM-Fälle ein leistungsgerechter Einsatz erreicht werden konnte, in der anderen Hälfte jedoch nicht. Das bestätigt zum einen die Wirksamkeit des Betrieblichen Eingliederungsmanagements eindrucksvoll, andererseits macht es auch Grenzen deutlich, die zumindest zum jetzigen Zeitpunkt bestehen. Eine unmittelbare Deutung, dass die Hälfte der ohne leistungsgerechten Einsatz abgeschlossenen Fälle aus der „Schwere der Fälle“ resultiert, ist nicht haltbar.

Im jeweiligen Einzelfall kann das Ergebnis Verschiedenes bedeuten:

- » Die betroffene Person ist weiterhin auf einem Arbeitsplatz eingesetzt, dessen Anforderungen ihre gesundheitlichen Einschränkungen nicht ausreichend berücksichtigen. Das BEM ist ohne Erfolg abgeschlossen. Es besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für erneute Erkrankungen. Eine Kündigung aus Krankheitsgründen ist für die Zukunft nicht auszuschließen.
- » Da ein leistungsgerechter Einsatz nicht erreicht werden konnte, duldet der Betrieb eine – meist zeitlich befristete – „Schon-Beschäftigung“ mit Anforderungen, die unter der Wirtschaftlichkeitsgrenze liegen. Dies kommt u.a. bei langjährigen, älteren Beschäftigten vor.
- » Das Arbeitsverhältnis wurde während des laufenden BEM beendet, häufig in den Varianten „Zustimmung zum Aufhebungsvertrag mit Zahlung einer Abfindung“ oder „Bewilligung einer Erwerbsunfähigkeitsrente“.
- » Das Ziel des BEM konnte nicht erreicht werden, da das Krankheitsgeschehen sich verschlechtert hat und eine Rückkehr ins Erwerbsleben derzeit nicht möglich ist.

Die befragten Expertinnen und Experten der Initiative „job-Jobs ohne Barrieren“ bestätigen weitgehend, dass die Durchführung eines BEM zu einem leistungsgerechten Einsatz von Beschäftigten führen kann. Dabei wird darauf verwiesen, dass Großbetriebe aufgrund der größeren Anzahl von Arbeitsplätzen mehr Möglichkeiten für einen leistungsgerechten Einsatz hätten als kleinere Unternehmen. Die Erfahrung eines leistungsgerechten Einsatzes von betroffenen Beschäftigten wurde auch im Rahmen der Projekte der Initiative gemacht:

„Ja, da gibt es viele Beispiele, auf jeden Fall! Und das sind die vorhin genannten positiven Beispiele, die man auf jeden Fall ... in der Belegschaft kommunizieren soll, dass man sieht da bewegt sich was und der Arbeitgeber ist tatsächlich daran interessiert, das Problem zu lösen und nicht den Mitarbeiter abzuschaffen.“

„Ja, bei einem Fall. Der ist LKW-Fahrer gewesen und hatte mehrere Bandscheibenvorfälle und kann nicht mehr LKW fahren, der wird im kaufmännischen qualifiziert (...) und wird dann im kaufmännischen Bereich (...) tätig werden. Das ist so ein schöner Vorzeige-Fall.“

„Ja. (...) Leistungsgerecht ist genau die richtige Bezeichnung, also entsprechend des Leistungsvermögens des Mitarbeiters, das wiederum vom Arbeitgeber akzeptiert wird. Das Leistungsvermögen ist sehr wohl Gegenstand eines erfolgreichen BEM und auch erlebt.“

Die Dauer eines leistungsgerechten Einsatzes stellt eine weitere Differenzierung dar, die von den Expertinnen und Experten genannt wird: Ein leistungsgerechter Einsatz über mehrere Monate ist bereits ein Erfolg. Aufgrund der kurzen Geltungsdauer vieler betrieblicher Rahmenbedingungen sind Lösungen des BEM jedoch in der Regel zeitlich begrenzt, nicht nur aus individuellen Gründen.

In den Vertiefungsinterviews in den untersuchten Betrieben wurden vor allem auch Störfaktoren und Fehlerquellen für das Erreichen des Ergebnisses „leistungsgerechter Einsatz“ erörtert. So kann es an vielen Gründen außerhalb des eigentlichen BEM-Prozesses liegen, wenn dieses Ziel nicht erreicht wird. Beispielsweise wurden Motivationsprobleme und mangelnde Mitwirkungsbereitschaft seitens des Betroffenen benannt, eigenmotivierte Kündigungen von betroffenen Beschäftigten oder die Bewilligung einer Erwerbsunfähigkeitsrente, die bereits vor der Einleitung des BEM beantragt worden war. Auch wurde teilweise von der Praxis berichtet, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in laufenden BEM-Fällen Aufhebungsverträge unterschrieben haben.

Eine Rolle am Zustandekommen dieses Ergebnisses könnte neben der mangelnden Verfügbarkeit geeigneter Arbeitsplätze, was in erster Linie kleine Unternehmen betrifft und solche Unternehmen, die über ein stark eingeschränktes Tätigkeitsspektrum verfügen, auch eine mangelnde Qualität des BEM-Prozesses selbst spielen. Sie kann verursacht sein durch unzureichende Regelungen des BEM, durch mangelnde Kompetenz oder Engagement der beteiligten betrieblichen Akteure einschließlich des betriebsärztlichen Parts oder durch fehlende, ungenügende oder nicht adäquate externe Unterstützung durch die Sozialleistungsträger.

Im Gesamten gesehen, bestätigen jedoch die Ergebnisse, dass mit Maßnahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements durchaus ein leistungsgerechter Einsatz erreichbar ist. Eine allgemeine Erfolgswahrscheinlichkeit für dieses Kriterium lässt sich nicht aufstellen, eine „Erfolgsgarantie“ des BEM kann auf der Grundlage der Daten auf keinen Fall bestätigt werden. Die Gründe, die das Ergebnis „leistungsgerechter Einsatz“ verhindern, liegen nicht nur an der Schwere der Fälle, sondern auch an den Möglichkeiten des Betriebs und an der Qualität des BEM selbst.

Berichtete Auswirkungen auf die Sicherung der Erwerbsbeteiligung

Inwieweit können Maßnahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements zur Sicherung der Erwerbsbeteiligung bei Beschäftigten mit schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen beitragen? Von 300 Befragten haben 18% angegeben, dass sich die Einrichtung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements positiv auf den Rückgang krankheitsbedingter Kündigungen ausgewirkt habe. Das heißt, jeder sechste Befragte bestätigt diesen Zusammenhang.

Ob Maßnahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements zur Vermeidung krankheitsbedingter Kündigungen beitragen können, hängt u.a. auch von der betrieblichen Situation ab. Krankheitsbedingte Kündigungen sind aufgrund verschiedener Faktoren in manchen Betrieben sehr selten, was beispielhaft dieses Zitat aus der Online-Befragung zeigt: „In den letzten Jahren gab es keine krankheitsbedingten Kündigungen.“

Von Seiten der befragten Expertinnen und Experten kann die Frage, ob sich Betriebliches Eingliederungsmanagement positiv auf die Erwerbsbeteiligung auswirkt, nicht eindeutig beantwortet werden. Die meisten sehen zwar durchaus einen Einfluss eines BEM auch auf den Rückgang krankheitsbedingter Kündigungen, ein unmittelbar kausaler Zusammenhang lässt sich jedoch nicht belegen. Die Gespräche mit Projektleiterinnen und Projektleitern von Einzelmaßnahmen in Betrieben hingegen legen diesen Zusammenhang nahe, doch auch hier wird auf die vermittelnde Bedeutung „weicher Faktoren“ wie das Betriebsklima hingewiesen. Betont wird seitens der befragten Expertinnen und Experten auch, dass ihres Erachtens der Zeitraum zwischen Einführung des Gesetzes zum BEM und dessen Bekanntmachung sowie Einführung und Durchführung in den Betrieben zu kurz ist, um über diese erwünschten mittel- und langfristigen Auswirkungen eines BEM fundierte Aussagen treffen zu können:

„Dazu ist es zu neu bei den Betrieben, die ich kenne, um das zu sagen.“

„Weiß ich nicht; dafür haben wir es nicht lange genug betrachtet, um das sagen zu können. Das wäre ja schon eine sehr gewichtige Aussage.“

Darüber hinaus wird von einigen Gesprächspartnerinnen bzw. Gesprächspartnern betont, dass die erwünschten und erhofften Effekte eines BEM nur im Verbund mit anderen ganzheitlichen Ansätzen, denen ein präventiver Charakter zu Grunde liegt, zu erreichen ist:

„Ich glaube schon, dass das einen Einfluss hat, aber einen noch größeren Einfluss hat ein Gesundheitsmanagement. Weil es einfach ein weitergehender Ansatz ist. Eingliederungsmanagement passiert immer erst dann, wenn ich schon krank geworden bin (...) Gesundheitsmanagement setzt ja dann an, das zu verhindern, dass ich – zumindest durch Arbeit – erkrankte. Und insofern finde ich das einen gravierenden Unterschied.“

Andere wiederum sehen einen indirekten Zusammenhang zwischen einem BEM und diesen Faktoren gegeben, nämlich dann, wenn ein positives Betriebsklima vorhanden ist oder das BEM zu einem verbesserten Betriebsklima beiträgt.

4.5.4 Bewertung der BEM-Effekte unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten

Verbreitung von Kosten-Nutzen-Analysen des BEM

Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung zeigen, dass eine Kosten-Nutzen-Analyse als ökonomische Betrachtung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements von der Mehrzahl der antwortenden Betriebe nicht durchgeführt wird.

VERBREITUNG VON KOSTEN-NUTZEN-ANALYSEN DES BEM

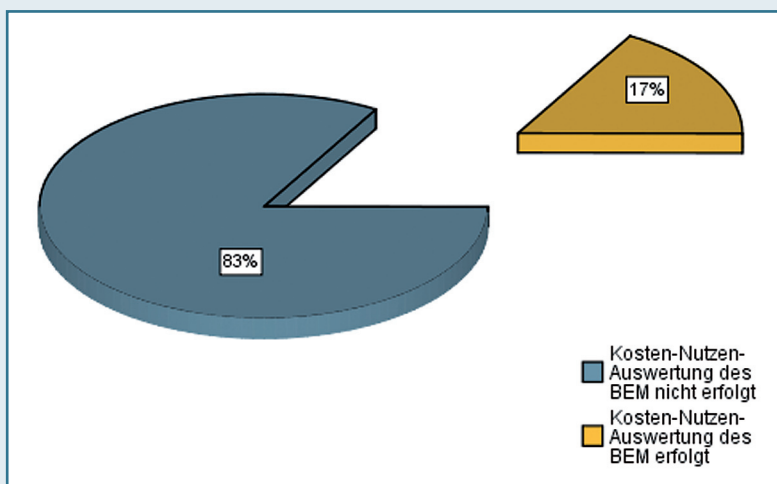


Abb. 26

Von den antwortenden Betrieben geben 47 (17%) an, Auswertungen zum Kosten-Nutzen-Verhältnis des Betrieblichen Eingliederungsmanagements zu machen, 234 (83%) führen keine Kosten-Nutzen-Analysen durch.

Aus Sicht der befragten Expertinnen und Experten und in den vertiefenden Interviews in den Betrieben bestätigt sich dieses Bild.

Von den 16 befragten Expertinnen und Experten der Initiative „job-Jobs ohne Barrieren“ antwortet eine deutliche Mehrheit verneinend auf die Frage, ob Betriebe ihres Wissens nach eine Kosten-Nutzen-Analyse zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement durchführen. Nach Einschätzung der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner wird am ehesten in großen Unternehmen eine Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt. Eine Projektleiterin berichtet von einem Betrieb, der eine Kosten-Nutzen-Analyse durchführt: „Also ich weiß es eben von dem einen Betrieb, der das schon länger macht. Da weiß ich auch, dass der das konkret gemacht hat, eine Kosten-Nutzen-Analyse, und tatsächlich auch sagen kann: Es hat mir was gebracht. Also das BEM zum einen, aber auch das zusätzliche Engagement und auch die Unternehmenskultur, meine Mitarbeiter mitentscheiden zu lassen. Und da ist auch ganz konkret das Ergebnis, dass das Unternehmen auch seinen Umsatz gesteigert hat, also auch ganz klar die Produktivität gesteigert werden konnte.“

Eine Minderheit der Unternehmen führt eine Kosten-Nutzen-Analyse zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement durch. Als Kenngrößen werden dabei herangezogen (Ergebnisse der Online-Befragung):

KENNGRÖßEN KOSTEN-NUTZEN-ANALYSE

Kenngröße	Häufigkeit (n)
Krankheitsbedingte Fehltage / Ausfallszeiten	19
Lohnfortzahlung, andere Personalkosten, die mit der AU zusammenhängen	6
Leistungsfähigkeit	2
Mitarbeiterzufriedenheit	2
verkürzte Einarbeitungszeit	1
Kosten durch Beratung	1

Tab. 11

Die mit Abstand häufigste Größe, die zur Beobachtung von Auswirkungen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements genannt werden, sind die Fehltage, gefolgt von der kostenmäßigen Bewertung von Lohnfortzahlungskosten. Das Kriterium „Leistungsfähigkeit“ wird von zwei Betrieben als Kenngröße für die Kosten-Nutzen-Analyse genannt.

In den vertiefenden Interviews in den Betrieben wird deutlich, dass einerseits innerbetrieblich die Argumentation mit dem positiven Kosten-Nutzen-Verhältnis für die Bereitstellung der für das BEM notwendigen Ressourcen

wichtig ist, und deshalb auch versucht wird, eine Kosten-Nutzen-Analyse für das Betriebliche Eingliederungsmanagement aufzubauen. Andererseits ist es in der betrieblichen Praxis weder möglich, Kostenfaktoren ausreichend abzugrenzen, noch können die Effekte, sobald sie sich nicht unmittelbar auf den einzelnen Fall beziehen, quantifiziert werden. Viele Einflussfaktoren außerhalb des BEM können eine Rolle spielen. In einem betrieblichen Interview wurde seitens der Personalabteilung dargelegt, dass die Abgrenzung von Kostenfaktoren, die mit Maßnahmen des BEM verbunden sind, mit einem vertretbaren Aufwand nicht möglich sei, ebenso sei die Zuordnung von Effekten des BEM beispielsweise auf die Arbeitsunfähigkeits-Zeiten nicht eindeutig möglich. Leistungsminderungen aufgrund nicht adäquaten Einsatzes werden nicht erfasst, dementsprechend können die Effekte des BEM hinsichtlich einer Leistungssteigerung auch nicht bewertet werden. Immaterielle Auswirkungen des BEM auf nicht unmittelbar beteiligte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, wie höhere Identifikation mit dem Betrieb, steigende Arbeitszufriedenheit usw., können die betrieblichen Praktikerinnen und Praktiker mit ihren Instrumentarien nicht in ökonomische Einheiten übersetzen. Die Verfahren einer methodisch akzeptablen Kosten-Nutzen-Analyse sind für die Betriebe zu aufwändig.

Berichtet wird auch davon, dass die Höhe der im Zusammenhang mit Maßnahmen des BEM bewilligten Fördermittel der Sozialleistungsträger ein Kriterium für die kostenmäßige Bewertung des BEM sei. Dieses scheint noch am ehesten eine Größe zu sein, die als Summe konkret ausgewiesen werden kann. Allerdings gilt hier die Einschränkung, dass der Eingang von Fördermitteln in den Betrieben nicht auf eine Kostenstelle „BEM“ gebucht wird, weswegen dieser Nutzen nicht immer eindeutig den BEM-Aktivitäten zugeordnet werden kann.

Einer der Gründe für die relativ geringe Verbreitung von Kosten-Nutzen-Analysen liegt auch wieder darin, dass das Betriebliche Eingliederungsmanagement sich in vielen Betrieben erst in der Start- oder Aufbauphase befindet. In der Online-Befragung und in den Experteninterviews weisen viele Aussagen darauf hin, dass Betriebe zunächst mit BEM starten wollen und die Kosten-Nutzen-Analyse erst auf der Grundlage einer ausreichenden Zahl von Fällen einführen wollen.

Das Fehlen einer Kosten-Nutzen-Analyse wird besonders von den Expertinnen und Experten zudem damit begründet, dass in Betrieben teilweise Vorbehalte bestehen, die Verhaltensweisen des Betriebs gegenüber gesundheitlich beeinträchtigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern offen unter ökonomischen Gesichtspunkten zu prüfen und auszuwählen.

Andere weisen darauf hin, dass sich eine Kosten-Nutzen-Analyse des Betrieblichen Eingliederungsmanagements in kleineren Betrieben möglicherweise anders darstellt als in Großbetrieben. Es wird bezweifelt, ob pauschal die Aussage getroffen werden kann, dass BEM sich unter einer reinen Kosten-Nutzen-Betrachtung für kleine Betriebe genau so rechnet wie für große Betriebe.

Das weitgehende Fehlen von Kosten-Nutzen-Analysen ist insgesamt gesehen bemerkenswert, da von den Expertinnen und Experten bestätigt wird, dass eine Kosten-Nutzen-Analyse für die argumentative Darstellung des BEM insbesondere gegenüber der Geschäftsführung hilfreich ist. Die Bereitschaft der Arbeitgeber zur Einführung von BEM hängt nach Einschätzung der Expertinnen und Experten vielfach von ökonomischen Erwägungen ab: Senkung des Krankenstands und der damit verbundenen Kosten, Steigerung der Produktivität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch leistungsgerechten Einsatz, aber auch durch höhere Arbeitszufriedenheit und Motivation. Ein Bewertungsansatz setzt sich somit aus „harten“ als auch „weichen“ Komponenten zusammen. Dies innerhalb eines praktikablen Formelsatzes unterzubringen, wird in der aktuellen Forschung zur Unternehmenssteuerung durch Sozialkapital und Kennzahlen unter den Stichworten u.a. „Saarbrücker Formel“ oder „Gesundheitsindex“ kontrovers diskutiert.

Grundlagen einer ökonomischen Evaluation des Betrieblichen Eingliederungsmanagements

Für das Betriebliche Eingliederungsmanagement fehlen Kosten-Nutzen-Rechnungen, die bei betrieblichen Praktikerinnen und Praktikern allgemein akzeptiert sind und die die wesentlichen Faktoren erfassen. Deshalb wird im Folgenden eine Annäherung an ein Analyse-Modell versucht, das den Ansätzen der ökonomischen Evaluation entspricht.

Die Methode der ökonomischen Evaluation sozialpolitischer Maßnahmen nimmt seit ca. zehn Jahren kontinuierlich an Bedeutung zu. Insbesondere im Feld der Evaluation von Gesundheitsleistungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation liegt eine zunehmende Zahl an Veröffentlichungen vor. Gemeinsame Kennzeichen dieser Studien sind, dass sie von externen Evaluationsstellen durchgeführt werden, sowie dass umfangreiche Vorher-Nachher-Erhebungen gemacht werden.

Unter diesen Vorzeichen kann von den Betrieben selbst keine ökonomische Evaluation des Betrieblichen Eingliederungsmanagement erwartet werden.

Fritz (2006, S. 26) definiert den Begriff „Ökonomische Evaluation“ folgendermaßen: Unter einer ökonomischen Evaluation „wird die vergleichende Analyse von alternativen Maßnahmen sowohl auf Seiten der Kosten als auch auf Seiten des Nutzens verstanden (...). Ist nur eine Maßnahme zu evaluieren, besteht die Alternative darin, auf die Umsetzung dieser Maßnahme zu verzichten.“

Gegenüberstellung von Kosten und Nutzen

Die folgenden Tabellen stellen Kosten und Nutzen für die Alternativen BEM und ohne BEM gegenüber:

GEGENÜBERSTELLUNG VON KOSTEN UND NUTZEN MIT BEM VS. OHNE BEM

Kosten	mit BEM	ohne BEM
Fallmanagement	meist Zusatzaufgabe für vorhandenes Personal; ansonsten ca. 1 Vollzeitstelle je 30 Fälle	entfällt
Arbeitszeit interner Beteiligter am BEM: Integrationsteam, Führungskräfte usw.	Zusatzaufgabe für vorhandenes Personal	nicht im Rahmen des BEM, jedoch fallweise umfangreicher Besprechungsaufwand
Vergütung Betriebsarzt	nach Bedarf	entfällt, soweit fallbezogen keine Beratungsleistungen erbracht werden
Arbeitsplatzanpassung, technische Hilfen	je nach Fall; u. U. reduziert um die Fördermittel	entfällt
Organisation und Durchführung von Arbeitsversuchen	Aufgabe des Fallmanagers, Zeiteinsatz Führungskraft und andere	entfallen
Qualifizierungskosten für betroffene Mitarbeiter (BEM-Fälle): Freistellung, Anleitung	Freistellungstage oder Stunden; Lehrgangskosten; evtl. reduziert um Fördermittel	entfallen
Kosten für Abfindung oder Anwaltskosten	entfallen	Anwaltskosten je nach Fall; Näherungswert für Abfindungen: 0,5 Bruttojahresgehälter ca. 15 - 20 T€
Nutzen	mit BEM	ohne BEM
Reduzierung AU-Tage	je AU-Tag ca. 300 € Wert der Arbeitsleistung	keine Reduzierung; u.U. Zunahme der AU-Tage
Leistungssteigerung durch adäquaten Einsatz (25%)	je Tag ca. 75 €	keine Leistungssteigerung
Neueinstellung und Einarbeitung	entfällt	ca. 2-3 Monatsgehälter bei Produktionsmitarbeitern
Indirekter Nutzen:		
Verbesserung der Arbeitszufriedenheit und Motivation	positive Effekte, Größenordnung kaum einzuschätzen	keine positiven Effekte
Imagefaktor, der sich auf Personalrekrutierung auswirkt	positive Effekte, Größenordnung kaum einzuschätzen	keine positiven Effekte

Tab. 12

Die Übersicht zeigt, dass verschiedene Maßnahmen unterschiedlich hohe Kosten verursachen, dass jedoch auch ein beträchtlicher Nutzen erzielt werden kann. Für die betriebliche Praxis empfiehlt es sich, aus den hauptsächlichen Kostenfaktoren und den wichtigsten Effekten Kennzahlen anzupassen.

4.5.5 Bewertung der BEM-Effekte unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten⁴

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement hat nicht nur Auswirkungen auf die Betriebe, denen vom Gesetzgeber die Umsetzung auferlegt wurde, sondern auch auf weitere beteiligte Akteure.

An erster Stelle ist die Arbeitnehmerschaft zu nennen. Zum einen hat es Einfluss auf den Prozess der beruflichen Rehabilitation der krankheitsbedingt ausfallenden Beschäftigten und zum anderen auf alle in den Betrieben beschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, wenn die Erkenntnisse, die durch das Betriebliche Eingliederungsmanagement gewonnen werden, im Sinne betrieblicher Präventionsmaßnahmen umgesetzt werden.

Daneben können Kosten und Nutzen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nicht losgelöst von den daran beteiligten externen Partnern, wie Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und anderen Rehabilitationsträgern, Agentur für Arbeit und Integrationsämter, gesehen werden. Das Betriebliche Eingliederungsmanagement hat ebenfalls Einfluss auf die Kostenstruktur dieser Institutionen und kann gegebenenfalls langfristig zur Kostensenkung beitragen.

In einer Perspektive, die auf die Einschätzung der gesamtgesellschaftlichen Wohlfahrtswirkungen abzielt, ergeben sich die Kosten dadurch, dass durch das Eingliederungsmanagement der Volkswirtschaft Mittel entnommen werden, die sonst an andere Stellen geflossen wären. Das heißt, Ressourcen stehen anderen Projekten nicht zur Verfügung oder werden aus dem privaten Sektor abgezogen. Im Rahmen dessen ergeben sich die Opportunitätskosten als entgangener Nutzen aus dem alternativen Einsatz der Ressourcen.

In einer Kosten-Nutzen-Analyse des Betrieblichen Eingliederungsmanagements aus volkswirtschaftlicher Perspektive geht es um die Frage, ob eine Maßnahme zu einer Wohlfahrtssteigerung führt und in diesem Sinne wirtschaftlich ist.

⁴ Dank gilt Dr. Arno Jakobs für die Anregungen zur ökonomischen Analyse des BEM

Die Kosten-Nutzen-Analyse setzt an die Stelle der Kosten und Erträge das Konzept der Opportunitätskosten und des gesellschaftlichen Nutzens. Da nur das dem Projekt als Nutzen gutgeschrieben werden darf, was nicht auch ohne das Projekt generiert worden wäre, ist beispielsweise zu untersuchen, ob die Personen, deren Erwerbsbeteiligung gesichert werden konnte, auch ohne die betrachtete Förderung noch im ersten Arbeitsmarkt integriert wären.

Damit sind an dieser Stelle bereits Unsicherheiten angesprochen, in deren Zusammenhang Wahrscheinlichkeiten und Erwartungswerte eine Rolle spielen.

Aus volkswirtschaftlicher Perspektive muss zwischen zwei Zuständen differenziert werden: Existenz eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements und Nichtvorhandensein.

Es sollen aufgrund der im Gesetz genannten Zielsetzungen des BEM und auf der Datenbasis dieser Studie folgende Effekte angenommen werden:

ANGENOMMENE EFFEKTE MIT BEM VS. OHNE BEM

mit BEM	ohne BEM
Arbeitsunfähigkeitszeiten werden verkürzt	Arbeitsunfähigkeitszeiten werden nicht verkürzt
erneuter Erkrankung wird vorgebeugt, dadurch Reduzierung von krankheitsbedingten Fehlzeiten	keine Vorbeugung, keine Reduzierung von krankheitsbedingten Fehlzeiten
Arbeitsplatz bleibt erhalten	Freisetzung der betroffenen Beschäftigten aufgrund von Krankheit

Tab. 13

Unter volkswirtschaftlicher Perspektive sind als Effekte zu beachten:

- » Die Auswirkungen von arbeitsbedingten Erkrankungen auf den Verbrauch von Gesundheitsgütern und Gesundheitsleistungen (Ressourcenverbrauch)
- » Die Auswirkungen der Arbeitsunfähigkeit in Form von Produktionsausfällen (Ressourcenverlust)
- » Die volkswirtschaftlichen Kosten von krankheitsbedingter Arbeitslosigkeit und Frühberentung (Transferleistungen)

- » Die Auswirkungen der durch BEM erhaltenen Erwerbsbeteiligung auf die Konsumnachfrage
- » Etwaige Auswirkungen von Verdrängungs- und Substitutionseffekten (vgl. Calmfors, L., 1994)

Aus den bisherigen Ausführungen kann tendenziell geschlossen werden, dass der Nutzen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements bei allen beteiligten Akteuren über den erwarteten Kosten und Mehrausgaben liegt. Das heißt, bei einer gesamtgesellschaftlichen Kosten-Nutzen-Analyse kann auf ein positives Saldo geschlossen werden.

In der Online-Befragung werden folgende positiven Auswirkungen des BEM genannt, die für die volkswirtschaftliche Betrachtung relevant sind:

VOLKSWIRTSCHAFTLICHE EFFEKTE DES BEM

Volkswirtschaftliche Effekte	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
Rückgang des Krankenstandes	108	36%
Engagement der Beschäftigten für den Betrieb/ die Dienststelle (Annahme der Leistungssteigerung)	89	29,7%
Rückgang krankheitsbedingter Kündigungen	54	18,0%
Rückgang der Fluktuation der Beschäftigten	14	4,7%

Tab. 14

Viele der Antwortenden, die keine derartigen Effekte benannt haben, machen darauf aufmerksam, dass dies aufgrund der kurzen Laufzeit des BEM im Betrieb bzw. in der Dienststelle noch nicht möglich sei. Die angegebenen Zahlen stellen daher mit Sicherheit Unterschätzungen dar.

Mehr als jeder dritte Befragte antwortet demnach, dass Betriebliches Eingliederungsmanagement bereits zu einem Rückgang des Krankenstandes führt. Dabei bezieht sich diese Aussage sowohl auf die direkten BEM-Fälle, bei denen qua definitionem der erfolgreiche Abschluss die Reduzierung der Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage auf unter sechs Wochen voraussetzt, als auch auf den Krankenstand in der Belegschaft allgemein. 18% der Befragten benennen als Ergebnis des Betrieblichen Eingliederungsmanagements den Rückgang krankheitsbedingter Kündigungen.

Fast 30% der antwortenden Betriebe geben an, dass BEM sich positiv auf das Engagement der Beschäftigten für den Betrieb bzw. die Dienststelle auswirke, was auch Effekte auf die Bruttowertschöpfung haben kann.

Für das Jahr 2005 schätzt die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin die Produktionsausfallkosten aufgrund Arbeitsunfähigkeit auf ca. 38 Mrd. €, den Verlust an Arbeitsproduktivität (Ausfall an Bruttowertschöpfung) auf ca. 66 Mrd. € (Quelle: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2005).

Bödeker (2007) benennt als jährliche Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen und Frühverrentungen:

JÄHRLICHE KOSTEN ARBEITSBEDINGTER ERKRANKUNGEN UND FRÜHVERRENTUNGEN NACH BÖDEKER (2007)

Arbeitsbedingte vorübergehende Krankheiten	Direkte Kosten	15 Mrd. €
	Indirekte Kosten	13 Mrd. €
Arbeitsbedingte Frühverrentung	Direkte Kosten	2 Mrd. €
	Indirekte Kosten	9 Mrd. €
Gesamt		39 Mrd. €

Tab. 15

Mit diesem finanziellen Volumen ist das volkswirtschaftliche Nutzenpotenzial von betrieblichen Präventionsmaßnahmen und speziell dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement mit Sicherheit gegeben. Bereits auf der Grundlage der vorliegenden Studie zeichnet sich der volkswirtschaftliche Nutzen ab; ist das Betriebliche Eingliederungsmanagement in noch mehr Betrieben und Dienststellen eingeführt, wird sein Beitrag zur Verringerung der volkswirtschaftlichen Kosten von arbeitsbedingten Erkrankungen und Frühverrentungen noch wesentlich deutlicher erkennbar sein.

Das Robert-Koch-Institut (2006) hat in seiner Publikation zu gesundheitsbedingten Frühberentungen im Prinzip die Bedeutung der betrieblichen Prävention für das Frühberentungsrisiko benannt:

„Betroffen und aufgefordert, das Frühberentungsrisiko und die damit verbundenen Kosten zu senken, sind sowohl die Träger der Prävention und Gesundheitserziehung, wie auch die Versicherten selbst, die Arbeitgeber und die Renten leistenden Institutionen. Ziel muss sein, den allgemeinen Gesundheitsstand der Bevölkerung zu verbessern und die Risiken für arbeitsbedingte Erkrankungen weiter zu reduzieren oder zu vermeiden. Dazu

ist das Gesundheitsbewusstsein aller Beteiligten zu fördern. Insbesondere sollte Erwerbsminderung durch Prävention und rechtzeitige Rehabilitation entgegen gewirkt werden, um die mit Frühberentungen verbundenen volkswirtschaftlichen Kosten zu senken.“ (Robert-Koch-Institut, 2006, S. 20).

Zusammenfassung

Auf der Grundlage der vorliegenden Daten, der Auswertung der Experteninterviews und der vertiefenden Studien in den Betrieben kann ausgesagt werden, dass das Betriebliche Eingliederungsmanagement geeignet ist, den Krankenstand zu senken, einen Beitrag zur Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit der betroffenen Beschäftigten zu leisten und die Erwerbsbeteiligung zu sichern. Die Daten legen nahe, dass die vom Gesetzgeber formulierten Ziele des Betrieblichen Eingliederungsmanagements in vielen Fällen, jedoch nicht immer, erreicht werden. Eine genaue Quantifizierung der betriebswirtschaftlichen Effekte im Sinne eines Return of Investment wäre auf der Datengrundlage der vorliegenden Studie mit zu vielen Schätzgrößen versehen und deshalb wenig valide. Für die volkswirtschaftliche Analyse kann festgestellt werden, dass das Betriebliche Eingliederungsmanagement im Sinne einer von Expertinnen und Experten eingeforderten Strategie in einem volkswirtschaftlich bedeutsamen Handlungsfeld wirkt. Der Nutzen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements besteht in einem erkennbaren Beitrag zur Reduzierung der Kosten, die durch arbeitsbedingte Erkrankungen und Frühberentungen entstehen.

5 Zusammenfassung und Diskussion

Hintergrund

Gesundheit am Arbeitsplatz gehört zu den wichtigsten Bereichen der Sozialpolitik der Europäischen Union. Die Europäische Kommission hat in einem Arbeitspapier im Jahr 2002 (KOM 2002, S.10) die Bedeutung von präventiven Ansätzen in der Arbeitswelt herausgestellt: „Die Gemeinschaftspolitik für Gesundheit und Sicherheit beruht auf der Förderung präventiver Konzepte, an denen alle Akteure einschließlich der Arbeitnehmer selbst beteiligt werden, um eine echte Präventionskultur zu entwickeln, die dazu führt, dass Risiken besser antizipiert und kontrolliert werden.“ Die Gemeinschaftspolitik hat diese Notwendigkeit präventiver Beschäftigungsstrategien schon in den neunziger Jahren insbesondere auch für die Zielgruppe der Arbeitnehmer mit Behinderung thematisiert. Eine „Beschäftigungsstrategie, die stark auf vorbeugende Maßnahmen und frühzeitiges, aktives Eingreifen ausgerichtet ist, hat große Bedeutung für Menschen, die einem hohen Risiko ausgesetzt sind, ihre Stelle zu verlieren, und die, wenn sie einmal arbeitslos sind, dies höchstwahrscheinlich für längere Zeit bleiben werden. Dies gilt wohl für Behinderte noch mehr als für alle anderen Arbeitnehmer, da sich in allen Mitgliedstaaten die zeitlich unbegrenzte Gewährung von Renten oder Unterstützungsleistungen zunehmend als eine Sackgasse erweist.“ (Kommission der Europäischen Gemeinschaft, 1998, S. 10). Als bedeutendste Instrumente und Strategieansätze, mit denen behinderte und gesundheitlich eingeschränkte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Erwerbsleben gehalten werden können, scheinen sich jene erwiesen zu haben, die in möglichst enger Verbindung zu regulären Beschäftigungsverhältnissen stehen.

Staatliche Steuerung

Diese Zusammenhänge aufgreifend hat der Gesetzgeber im SGB IX § 84 Abs. 2 das Betriebliche Eingliederungsmanagement eingeführt. Mit den Regelungen rund um die „Prävention“ überträgt der Gesetzgeber einen Teil der Verantwortung für die Gesundheit der Beschäftigten dem Betrieb beziehungsweise der Dienststelle, aber auch der Mitwirkung des Einzelnen. Entsprechend dem Grundgedanken der selbstbestimmten Teilhabe der Politik für behinderte Menschen, ist das Betriebliche Eingliederungsmanagement von der Zustimmung der betroffenen Beschäftigten abhängig. Auf den Einzelfall angewendet soll das Betriebliche Eingliederungsmanagement helfen, die Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und den Arbeitsplatz zu erhalten. Die Idee des Betrieblichen Eingliederungsmanagements geht aber weiter: Es geht auch

darum, eine Systematik für die Vorgehensweise zu entwickeln, die transparent ist und alle Beteiligten bei der Umsetzung im Einzelfall unterstützt. Eingliederungsmanagement umfasst risikogruppenbezogene, individuelle und vernetzte Maßnahmen der betrieblichen Prävention, Gesundheitsförderung und des Gesundheitsmanagements zur Minimierung arbeitsbezogener Gesundheitsrisiken und zur Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit für gesundheitlich beeinträchtigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bis hin zur (Re-)Integration von Mitarbeitern mit Behinderungen. So trägt das betriebliche Eingliederungsmanagement letztlich dazu bei, die Gesundheit der Belegschaft zu schützen, zu erhalten oder schnellstmöglich wiederherzustellen. Somit soll das Betriebliche Eingliederungsmanagement sowohl dem einzelnen Beschäftigten als auch seinem Arbeitgeber und den Sozialversicherungssystemen nutzen.

Der Gesetzgeber hat den Unternehmen das Betriebliche Eingliederungsmanagement per Gesetz - § 84 Abs. 2 SGB IX - auferlegt. Er greift damit lenkend zu Gunsten gesundheitlich eingeschränkter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in die betriebliche Personal- beziehungsweise Beschäftigungspolitik ein. Ob und wie diese regulative Steuerung sich tatsächlich in der Arbeitswelt zeigt, ist ein Erkenntnisinteresse, dem in dieser Studie nachgegangen wurde.

Erkenntnisinteresse und Forschungsstrategie

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wollte mit dem Forschungsauftrag Erkenntnisse gewinnen über:

1. die Verbreitung der Verfahren im Sinne des § 84 Abs. 2 SGB IX
2. die Methoden, die im Rahmen des BEM eingesetzt werden
3. die Bereitschaft von Arbeitnehmern, Maßnahmen des BEM zuzustimmen
4. die Bereitschaft der Arbeitgeber zur Schaffung von Rahmenbedingungen für ein gesünderes Altern (durch BEM und andere Präventionsmaßnahmen)
5. Auswirkungen der eingesetzten Verfahren auf Krankenstand, Leistungsfähigkeit und Erwerbsbeteiligung der Beschäftigten,
6. Auswirkungen der eingesetzten Verfahren unter betriebs- und volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten.

Unter der Annahme, dass das Betriebliche Eingliederungsmanagement nicht flächendeckend in allen Betrieben, Unternehmen und Dienststellen

Deutschlands bekannt ist und somit über die Ziehung einer Zufallsstichprobe keine Repräsentativität im Sinne der Fragestellung zu erreichen ist, wurde ein mehrdimensionaler methodischer Zugang gewählt. Die Untersuchung erfolgte auf vier Forschungsebenen:

- a. Bundesweite Befragung von Betrieben, Unternehmen und Dienststellen. Es haben 630 Personen aus dem Kreis der Schwerbehindertenvertretung, der Betriebs- und Personalräte, der Personalabteilung, des Werkärztlichen Dienstes, der Geschäftsführung, der Beauftragten des Arbeitgebers, der Disability Manager und Betroffene selbst an der bundesweiten Befragung - mit einer starken Beteiligung aus großen Unternehmen - teilgenommen.
- b. Bundesweite Befragung in der Zeitschrift „Behinderte Menschen im Beruf“ (ZB). Bis zum Stichtag 1. September 2007 haben 474 Personen (in der Regel als Schwerbehindertenvertretung) den Fragebogen in der Zeitschrift „Behinderte Menschen im Beruf“ (ZB) ausgefüllt.
- c. Dokumentenanalyse und Interviews mit 16 Expertinnen bzw. Experten der Projekte der Initiative des BMAS „job - Jobs ohne Barrieren“ zum § 84 Abs. 2 SGB IX.
- d. Interviews mit betrieblichen Expertinnen bzw. Experten aus vier Betrieben.

Welchen Verbreitungsgrad und Umsetzungsstand hat das BEM? – „Wir stehen mit dem BEM noch am Anfang“

Zur Verbreitung und zum Umsetzungsstand geben insgesamt 630 Personen aus kleinen, mittleren und großen Betrieben und Dienststellen Auskunft. Demnach wird Betriebliches Eingliederungsmanagement in ungefähr jedem zweiten Unternehmen durchgeführt. Die Mehrheit der großen Unternehmen und mehr als die Hälfte der mittelgroßen Unternehmen hat mittlerweile das BEM bereits thematisiert, bei kleinen Betrieben ist dies nur bei 30% der Fall.

Dass sich aber auch viele Personen aus Betrieben – insbesondere aus kleinen und mittleren Betrieben –, in denen das BEM weder thematisiert, durchgeführt oder geplant wird, an der Befragung beteiligt haben, ist erfreulich und signalisiert ein besonderes Interesse an der Thematik.

Bei der Zusammenschau der unterschiedlichen Datenerhebungsebenen, insbesondere auch vor dem Hintergrund der Erfahrungen der Projekte im Zusammenhang mit der Initiative des BMAS „job - Jobs ohne Barrieren“, wird deutlich, dass die Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements noch am Anfang steht.

Welche Methoden kommen im BEM zum Einsatz? – „Informationsvermittlung und Gewährleistung des Datenschutzes als Erfolgsfaktoren“

Die Ein- und Durchführung eines neuen Verfahrens, das die Zusammenarbeit und Akzeptanz verschiedener betrieblicher Akteure sowie der Beschäftigten erfordert, benötigt Information und Transparenz. Insofern ist die Informationsvermittlung eine erste, zentrale Methode im BEM. Zwei Drittel der Betriebe informieren ihre Belegschaft über das Betriebliche Eingliederungsmanagement. Sie nutzen dafür verschiedene Möglichkeiten wie Belegschaftsversammlungen, persönliche Anschreiben, Aushang usw.. Bemerkenswert ist, dass ein Fünftel der Betriebe bzw. Dienststellen überhaupt nicht informiert, obwohl dies für die Akzeptanz des BEM eine herausragende Rolle spielt.

Als weitere „Methoden“ im BEM können hier die Überwachung der 6-Wochenfrist, die Ansprache der betroffenen Person, die Freiwilligkeit und der Datenschutz identifiziert werden.

Nur bei 67% der Betriebe und Dienststellen gibt es eine zuständige Stelle, die die Arbeitsunfähigkeitdaten hinsichtlich der 6 Wochenfrist überwacht. Insgesamt lässt sich festhalten, dass erkrankte Beschäftigte in knapp drei Viertel aller Betriebe auf der Grundlage der 6-Wochenfrist des § 84 Abs.2 SGB IX angesprochen werden. In Betrieben, die BEM durchführen, liegt dieser Anteil dagegen signifikant höher und nahezu alle Betriebe, die in BEM-Fällen eine erfolgreiche Wiedereingliederung erreicht haben, führen entsprechende Gespräche durch. In der Regel erfolgt die Erstansprache durch die Personalabteilung. Einige wenige geben aber auch den Disability Manager an. Die Disability Manager sind zwar (noch) relativ selten, hinsichtlich der professionellen Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements setzen sie aber offensichtlich Maßstäbe: So existiert allein bei den Disability Managern ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Erstansprache und der Bereitschaft der betroffenen Personen, einem BEM zuzustimmen. Außerdem übernehmen sie signifikant häufiger den Hinweis auf die Freiwilligkeit des BEM in den Betrieben oder Dienststellen, die BEM durchgeführt haben.

Für die Akzeptanz des BEM ist neben der Art der Erstansprache auch die Art des Umgangs mit den Daten relevant. Seel (2007, S. 5) konstatiert: „Viele Interessenvertretungen befürchten eine ‚Jagd auf Kranke‘ und „(...) ein schlecht umgesetztes BEM kann ganz schnell genau dazu werden, deshalb sind die Befürchtungen und Vorbehalte sehr ernst zu nehmen und Forderungen der Beschäftigten nach Transparenz, nach Schutz der eigenen

Daten sind mehr als berechtigt. Schließlich erfolgt ein BEM nur mit Zustimmung des Betroffenen. Dieser hat eine hohe Verantwortung, denn jede Entscheidung, die er trifft – sei es die Zustimmung oder Ablehnung – ist von ihm zu verantworten. Die Grundlage für die Entscheidung kann nur sein, eine genaue Kenntnis dessen, auf was sich der Betroffene einlässt.“ Insofern ist bedenklich, dass in jedem fünften Betrieb auf die Freiwilligkeit der Teilnahme an einem BEM überhaupt nicht hingewiesen wird und in knapp einem Drittel der Unternehmen und Dienststellen die betroffenen Personen nicht über Art, Umfang und Verwendung der Daten informiert werden. Auch scheint in einer Mehrzahl der Betriebe überhaupt noch ungeklärt, wo und wie die im Zusammenhang mit dem BEM erhobenen Daten aufbewahrt werden.

Die Professionalisierung des Umgangs mit erkrankten und von Behinderung bedrohten Beschäftigten erfordert eine gewisse Systematisierung und die Schaffung verbindlicher Strukturen und Abläufe. Dazu gehören die Standardisierung des BEM, das Vorhandensein eines Integrationsteams sowie die Integrations-, Betriebs- oder Dienstvereinbarung. In der Befragung wird deutlich, dass Ablaufpläne des BEM und eine konkrete Ansprechperson eine herausragende Rolle spielen. Alle Formen der Standardisierung sind signifikant häufiger in Betrieben anzutreffen, die über die Planungsphase hinaus sind, bzw. eine leistungsgerechte Wiedereingliederung bei BEM-Fällen erreicht haben. Hier ist erneut auf den Stellenwert der Integrationsvereinbarungen hinzuweisen (Niehaus & Bernhard, 2007).

Welche Rolle spielen externe Unterstützer im BEM? – „Integrationsämter werden häufig angesprochen, Servicestellen sind wenig bekannt“

Um ein Eingliederungsmanagement im Betrieb umzusetzen, können verschiedene externe Partner hinzugezogen werden: Partner außerhalb des Betriebes sind die Rehabilitationsträger (Krankenkasse, Rentenversicherung, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) und bei schwerbehinderten Menschen die Integrationsämter. Diese externen Stellen sollen die Beteiligten im Betrieb bei der Umsetzung des Eingliederungsmanagements unterstützen, zum einen durch Leistungen, die im Einzelfall erforderlich sind, zum anderen aber auch bei der generellen Einführung des Eingliederungsmanagements im Betrieb oder der Dienststelle.

Externe Unterstützung nimmt jeder zweite Betrieb in Anspruch. Mehrheitlich wenden sich Betriebe oder Dienststellen an die Integrationsämter und nehmen die Unterstützung der Krankenkassen in Anspruch. Weiterhin suchen sie die Unterstützung der Integrationsfachdienste, der Rentenversicherung oder auch der Berufsgenossenschaften. Seltener wenden sie sich

an die Berufsförderungswerke, an die Unfallversicherung, die gemeinsame Servicestelle, Rechtsanwaltschaft oder Unternehmensberatungen. Die gemeinsamen Servicestellen nehmen nicht die hervorgehobene Stellung ein, die ihnen der Gesetzgeber zugeschrieben hat. Ihre Angebote und ihre Unterstützung werden von den Betrieben nicht in Anspruch genommen. Zudem sind sie nach Aussage der Expertinnen und Experten vielen betrieblichen Akteuren nicht bekannt.

Sind Arbeitnehmer bereit, Maßnahmen des BEM zuzustimmen und sich zu beteiligen? – „Spannungsfeld zwischen Vertrauen und Angst vor Kündigung“

Der Gesetzgeber, der die Regelung eines BEM im Sozialgesetzbuch IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen), § 84 (Prävention) Abs. 2 festgelegt hat, betont unmissverständlich die Bedeutung der Zustimmung der betroffenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zum BEM. Durch die gesetzlich vorgesehene Freiwilligkeit hinsichtlich der Zustimmung zu einem BEM ergeben sich für die betroffenen Beschäftigten zwei Möglichkeiten – vorausgesetzt, sie wurden über diese Freiwilligkeit informiert: Sie können dem BEM zustimmen und damit das eigentliche BEM-Verfahren in Gang setzen (wobei diese Zustimmung jederzeit zurückgezogen werden kann), oder sie können die Zustimmung verweigern.

Mehrheitlich besteht nach Einschätzung der Befragten bei den Betroffenen eine insgesamt eher neutrale bis positive Haltung zum BEM. Allerdings lässt sich die Einschätzung der Zustimmungsbereitschaft zum BEM deutlich nach der betrieblichen Funktion der Befragten differenzieren. Von Arbeitgebern und deren Vertretern wird die Zustimmung deutlich positiver eingeschätzt als von der Gruppe der Interessensvertreter der Arbeitnehmer.

Auf der anderen Seite schätzt etwa ein Viertel der Befragten die Bereitschaft zur Zustimmung sehr niedrig bzw. eher niedrig ein. Dabei wird die Angst vor einem Arbeitsplatzverlust bzw. vor einer „Abschiebung“ in einen vorzeitigen Ruhestand von allen Befürchtungen am häufigsten genannt. Auch die Frage, wie das Thema „Datenschutz“ bzw. „Datenmissbrauch“ von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gewertet wird, hängt – wie die Bereitschaft zur Zustimmung – nach Ansicht vieler Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner entscheidend von der Kultur ab, die im Unternehmen gelebt wird. Im Umkehrschluss kann gelten, dass das Vertrauen der Beschäftigten zu einem BEM und damit auch die Zustimmung der Betroffenen gewonnen werden kann, wenn Betriebe sich bemühen, dieses Instrument entsprechend der Intention des § 84 Abs. 2 zur Wiedereingliederung erkrankter Beschäftigter zu nutzen und als solches zu kommunizieren.

Dazu gehört auch die Transparenz des Verfahrens, ebenso wie ein verantwortungsvoller Umgang mit den vertraulichen Daten und umfassende Information der Beschäftigten.

Sind Arbeitgeber bereit, Rahmenbedingungen für ein BEM und ein gesundes Altern zu schaffen? – „Von einer betrieblichen Präventionskultur kann noch nicht die Rede sein“

Im Betrieblichen Eingliederungsmanagement sind Prävention und Rehabilitation miteinander verbunden, bestehende Arbeitsunfähigkeit soll überwunden, eine zukünftige Gefährdung vermieden und der Arbeitsplatz erhalten werden. Deshalb sollte BEM nicht als ein isoliertes Instrument zur Integration von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen verstanden werden, sondern als ein Bestandteil betrieblicher Präventionskultur. Prävention wird differenziert nach den Ansatzpunkten ihrer Maßnahmen. Entweder setzen die Maßnahmen am Verhalten des Menschen an oder sie beziehen sich auf dessen Umgebung. In unserer Untersuchung sind Maßnahmen, die sich auf die Arbeits- und Organisationsgestaltung beziehen, etwas verbreiteter als Maßnahmen, die an der Verhaltens-ebene der Beschäftigten ansetzen. Insbesondere spielt die ergonomische Gestaltung der Arbeitsplätze den Vorreiter der präventiven Maßnahmen. Insgesamt allerdings erscheint die Bereitschaft der Arbeitgeber, Rahmenbedingungen für BEM und ein gesundes Altern durch Prävention zu schaffen, noch gering ausgeprägt zu sein. Und das, obwohl eine gesunde und sichere Arbeitsumgebung und Arbeitsorganisation Leistungsfaktoren für Wirtschaft und Unternehmen sind. Die Europäische Kommission (2002, S. 4) weist darauf hin, dass zwar tatsächlich die Beziehungen zwischen Gesundheit am Arbeitsplatz und Wettbewerbsfähigkeit komplex sind und weit über die Frage, der durch die Einhaltung der Vorschriften entstehenden Kosten hinaus gehen. Die „Nichtqualität“ der Arbeit schlägt sich aber für die Wirtschaft in einem Verlust von Produktionskapazitäten nieder – verlorene Arbeitstage wegen Arbeitsunfällen oder arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen – und in Ausgaben für Entschädigungen und andere Leistungen, deren Finanzierung zum größten Teil auf die Unternehmen zurückfällt.

Welche Auswirkungen hat das BEM auf Krankenstand, Fehlzeiten und Erwerbsbeteiligung? – „Insgesamt gibt es noch zu wenig Erfahrungswerte, die Unternehmen haben erst gerade angefangen“

Erfolgreiches Betriebliches Eingliederungsmanagement muss sich qua definitionem in einer Reduzierung der Arbeitsunfähigkeitszeiten niederschlagen. Arbeitsunfähigkeitszeiten von mehr als sechs Wochen im Zeitraum

eines Jahres sind Auslöser für das Betriebliche Eingliederungsmanagement. Die Maßnahmen des BEM zielen auf die Reduzierung der krankheitsbedingten Fehlzeiten ab. Dass dieser Effekt erreichbar ist, wird von 36% der betrieblichen Vertreter, die an der bundesweiten Befragung teilgenommen haben, bestätigt. Insgesamt werden in der betrieblichen Wahrnehmung Fehltag als das mit Abstand häufigste Kriterium genannt, um zu bewerten, ob die Maßnahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements erfolgreich sind oder nicht.

Darüber hinaus zielen Maßnahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements auf nachhaltige Lösungen ab, deren Voraussetzung das Erreichen eines leistungsgerechten Einsatzes ist. Die Teilnehmenden der bundesweiten Befragung geben an, dass in etwa der Hälfte der durchgeführten BEM-Fälle ein leistungsgerechter Einsatz erreicht werden konnte, in der anderen Hälfte konnte ein leistungsgerechter Einsatz nicht erreicht werden. Das bestätigt zum einen die Wirksamkeit des Betrieblichen Eingliederungsmanagements eindrucksvoll, andererseits macht es auch Grenzen deutlich, die zumindest zum jetzigen Zeitpunkt und dem jetzt erreichten Professionalisierungsgrad bestehen.

Zur Frage, ob Maßnahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements zur Sicherung der Erwerbsbeteiligung bei Beschäftigten mit schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen beitragen, haben von 300 Befragten 18% angegeben, dass sich die Einrichtung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements positiv auf den Rückgang krankheitsbedingter Kündigungen ausgewirkt habe. Das heißt, jeder sechste Befragte bestätigt diesen Zusammenhang.

Viele der Antwortenden, die keine derartigen Effekte benannt haben, machen darauf aufmerksam, dass dies aufgrund der kurzen Laufzeit des BEM im Betrieb bzw. in der Dienststelle noch nicht möglich sei. Auf der Grundlage der vorliegenden Daten, der Auswertung der Experteninterviews und der vertiefenden Studien in den Betrieben kann festgehalten werden, dass das Betriebliche Eingliederungsmanagement wahrscheinlich geeignet ist, den Krankenstand zu senken, einen Beitrag zur Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit der betroffenen Beschäftigten zu leisten und die Erwerbsbeteiligung zu sichern. Die Daten legen nahe, dass die vom Gesetzgeber formulierten Ziele des Betrieblichen Eingliederungsmanagements in vielen Fällen, jedoch nicht immer, erreicht werden.

Nutzt Betriebliches Eingliederungsmanagement?

Träger des Instruments BEM sind die Arbeitgeber in Zusammenarbeit mit den jeweiligen externen Partnern – beispielsweise den Sozialversicherungen oder den Integrationsämtern. Entsprechend kommt der betrieblichen Perspektive einer ökonomischen Analyse besondere Bedeutung zu. Ausgangspunkt bilden die Kosten der Implementierung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements. Auf den ersten Blick sehen viele Arbeitgeber mit der Pflicht zur Durchführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements nur mehr Bürokratie, mehr personellen Aufwand, das heißt mehr Kosten auf sich zukommen. Die Vorteile für die Unternehmen sind jedoch vielfältig. Zum Teil ist der Nutzen quantitativ messbar, zum Teil jedoch auch abstrakt, das heißt nicht direkt messbar, oder erst in der mittelfristigen Zukunft des Unternehmens von Bedeutung. Die Vorteile erfolgreicher Eingliederungsbemühungen bestehen in:

- » Verbleib von geschätzten langjährigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern,
- » Erhalt qualifizierter, fachkompetenter Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Betrieb,
- » Erhalt von Bildungsinvestitionen für das Unternehmen,
- » Vermeidung von Ausfallkosten wegen Arbeitsunfähigkeit,
- » höhere Bindung der Arbeitnehmer an das Unternehmen,
- » gegebenenfalls Vermeidung oder Verringerung einer Ausgleichsabgabe,
- » Verbesserung des Unternehmensimage,
- » Rechtssicherheit bei unvermeidbaren krankheitsbedingten Kündigungsverfahren,
- » gegebenenfalls Prämie oder Bonus durch die Sozialversicherungsträger.

Die aufgeführten Nutzenaspekte lassen sich fast komplett als Human- und Organisationskapital identifizieren, das heißt immaterielle Vermögenswerte der Unternehmen.

Darüber hinaus signalisiert ein Unternehmen durch die Implementierung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach innen und nach außen, dass es eine Unternehmensphilosophie verfolgt, die der Arbeitsplatzsicherheit einen hohen Stellenwert beimisst. Auf diese Weise sollen intern ein hohes Maß an Unternehmensloyalität erzeugt und leistungsfähige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gegenüber Abwerbungsversuchen

konkurrierender Unternehmen immunisiert werden. Außerdem zeigt sich der Arbeitgeber mit der Einführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements sozial kompetent und weitblickend in der Personalarbeit. Dies ist ein nicht zu unterschätzender Imagefaktor, auch bei Kunden und bei der Rekrutierung neuer – vor allem auch jüngerer – Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vom externen Arbeitsmarkt. Die vorangegangenen Ausführungen haben gezeigt, dass es sich beim betrieblichen Nutzen im Sinne von Wertschöpfungsfaktoren sowohl um materielle als auch immaterielle Vermögenswerte handelt. Der Mehrzahl der Nutzenfaktoren aber auch der Kosten ist gemein, dass sie schwer quantifizierbar sind und keine einfachen kausalen Zusammenhänge zwischen diesen Nutzeneffekten und den Aufwendungen für das Betriebliche Eingliederungsmanagement bestehen. Daneben wird die Messung der Wirtschaftlichkeit des Betrieblichen Eingliederungsmanagements dadurch erschwert, dass der Nutzen erst in der Zukunft entsteht, wohingegen die Kosten direkt bei der Implementation des Eingliederungsmanagements als System anfallen und zusätzlich bei der Umsetzung des Eingliederungsmanagements im jeweiligen Einzelfall. Das heißt, Kosten und Nutzen fallen zeitlich auseinander.

Besondere Bedeutung kommt dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement dann zu, wenn dadurch einer Freisetzung eines Arbeitnehmers erfolgreich entgegengewirkt werden kann. Mit der Arbeitsplatzhaltung erzielt der Arbeitnehmer weiterhin ein eigenes Einkommen und erfährt gesellschaftliche Anerkennung sowie eine Stärkung seines Selbstwertgefühls. Im konkreten Anwendungsfall ergeben sich für den jeweiligen Arbeitnehmer ebenfalls Vorteile. Durch das koordinierte Verfahren beschleunigt sich der Zugang zu den geeigneten Maßnahmen, indem beispielsweise Schnittstellen im gegliederten Sozialsystem überwunden werden. Gerade dies wird als besonders bedeutsam angesehen, da das Invalidisierungsrisiko mit der Zeit der beruflichen Ausgliederung zunimmt.

Ein nicht zu unterschätzender Nutzenaspekt des Betrieblichen Eingliederungsmanagements liegt in der Informationsgewinnung für Maßnahmen der betrieblichen Prävention. Dadurch wird der Blickwinkel weg von der Einzelfallbetrachtung hin zum Nutzen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements als System gerichtet. Durch die Informationen, die durch das Eingliederungsmanagement gewonnen werden können, können sich Unternehmen personalwirtschaftlich auf die demografisch bedingten Herausforderungen vorbereiten. Dieser Nutzen liegt in der mittel- bis langfristigen Zukunft des Unternehmens.

Da insbesondere kleinere Unternehmen eventuell nicht über so große Planungshorizonte verfügen, wird es schwierig, sie von Maßnahmen wie dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement zu überzeugen, da sich die Investitionen erst viel später amortisieren. Der Staat und andere Akteure können Schritte unternehmen, um diese nachteilige Situation zu überwinden, insbesondere durch die verstärkte Weitergabe der Erfahrungen von Unternehmen, die bereits in diesbezügliche Maßnahmen erfolgreich investiert haben.

Seit 2004 ist mit dem § 84 Abs. 2 SGB IX das Gesetz über das Betriebliche Eingliederungsmanagement in Kraft. Im Jahr 2007 ist mit der vorliegenden Untersuchung eine erste bundesweite empirische Grundlage geschaffen, den Stand der Implementierung widerzuspiegeln, allerdings sind weitere empirische Untersuchungen erforderlich. Damit steht die Forschungsarbeit in der Tradition der lernenden Gesetzgebung, wie es auch mit der Studie zum § 83 SGB IX „Integrationsvereinbarung“ verfolgt worden ist (Niehaus & Bernhard, 2007).

Mit der nun vorliegenden Forschungsarbeit konnte gezeigt werden, dass die Aufnahme des § 84 Abs. 2 in das SGB IX deutliche Wirkungen erzielt hat. Das Betriebliche Eingliederungsmanagement, das dort mit seinen wesentlichen Bestimmungstücken beschrieben ist, wird in den Betrieben und Dienststellen mittlerweile breit thematisiert, es wird durchgeführt und es konnten auch erfolgreiche Wiedereingliederungen erreicht werden. Erwartungsgemäß ist das BEM in kleinen Betrieben noch geringer verbreitet als in großen oder mittelgroßen Unternehmen. Die Beachtung der vom Gesetzgeber genannten Aspekte der Beteiligung der betroffenen Beschäftigten fördert deren Zustimmungsbereitschaft sowie ihre Mitwirkung und trägt damit zum Erreichen der Ziele des Gesetzes bei. Der Professionalisierungsgrad des Betrieblichen Eingliederungsmanagements ist noch sehr unterschiedlich, offensichtlich ist jedoch, dass Betriebe, die bereits fortgeschrittene Erfahrungen mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement haben, standardisiert und strukturiert vorgehen (vgl. u.a. mit Hilfe von Integrationsvereinbarungen - Niehaus & Bernhard, 2007). Dort, wo Disability-Manager aktiv sind, weisen die BEM-Prozesse eine hohe Beteiligung der betroffenen Beschäftigten auf, weswegen dieser Funktion eine besondere Bedeutung im BEM zugesprochen werden kann.

Die Studie weist auch darauf hin, dass es für eine umfassende und valide Bewertung der Auswirkungen des BEM noch zu früh ist: Wie sich der Ertrag eines Euro, der in BEM investiert wird, tatsächlich rechnet, kann noch nicht dargestellt werden, ebenso wenig ein allgemeingültiges Modell

einer ökonomischen Evaluation des BEM, das für Betriebe aller Größen und Branchen Anwendung finden könnte.

Die Ergebnisse können als eine deutliche Bestätigung des vom Gesetzgeber eingeschlagenen Weges gewertet werden. Für eine weitere Stärkung der betrieblichen Präventionsinstrumente wird die Zusammenarbeit mit externen Stellen wie z.B. den gemeinsamen Servicestellen, die Einbettung (u.a. durch Integrationsvereinbarungen) des Betrieblichen Eingliederungsmanagements in eine betriebliche Präventionskultur sowie die Professionalisierung und Standardisierung des BEM förderlich sein.

Literaturverzeichnis

- Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke & Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH (ipqr) (Hrsg.). (2007). *Bericht zur Umsetzung des Projektes EIBE. Entwicklung und Integration eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements*. Verfügbar unter: <http://www.eibe-projekt.de/eibe/seiten/intern/downloads/EIBE-05-07,Projektbericht.pdf> [08.10.2007].
- ARINET GmbH – Das Arbeitsintegrationsnetzwerk für Hamburg (Hrsg.). (2006). „*Gesunde Mitarbeiter – gesunde Unternehmen*“: *Aufbau von Beratungsstrukturen zum betrieblichen Eingliederungsmanagement für kleine und mittelständische Unternehmen. Abschlussbericht*. Verfügbar unter: http://www.bmas.de/coremedia/generator/2206/property=pdf/arinet__abschlussbericht.pdf [31.10.2006].
- Baase, C. M. (2007). Auswirkungen chronischer Krankheiten auf Arbeitsproduktivität und Absentismus und daraus resultierende Kosten für die Betriebe. In B. Badura, H. Schellschmidt & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2006: Chronische Krankheiten* (S. 45–59). Heidelberg: Springer.
- Badura, B. & Siegrist, J. (2002). *Evaluation im Gesundheitswesen: Ansätze und Ergebnisse*. (2. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Badura, B., Schellschmidt, H. & Vetter, C. (Hrsg.). (2007). *Fehlzeiten-Report 2006: Chronische Krankheiten*. Heidelberg: Springer
- Batinic, B. (2001). *Fragebogenuntersuchungen im Internet*. Aachen: Shaker.
- BKK Bundesverband (2006). *Gesundheitsreport 2006. Demografischer und wirtschaftlicher Wandel – gesundheitliche Folgen*. Essen. Verfügbar unter: http://www.bkk.de/ps/tools/download.php?file=/bkk/psfile/downloaddatei/13/BKK_Gesund452cf8e90332b.pdf&name=BKK%20Gesundheitsreport%202006.pdf&id=1103&nodeid=1103 [09.10.2007].
- Bödeker, W. (2007). *Kosten arbeitsbedingter Krankheit und Frühberentung. Präsentation im Rahmen der Jahrestagung der BAuA 2007*. Verfügbar unter: http://www.baua.de/nn_11598/de/Publikationen/Fachbeitraege/pdf/Jahrestagung-2007-3.pdf [09.10.2007].
- Bödeker, W., Friedel, H. Röttger, C. & Schröer, A. (2002). *Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen in Deutschland*. Essen. Verfügbar unter: http://www.bkk.de/bkk/psfile/downloaddatei/13/kosten_arb4148390eafee8.pdf [09.10.2007].
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.). (2007). *Kostenfalle oder Wertschöpfungsmotor? Personalmaßnahmen planen,*

steuern und bewerten. Dortmund. Verfügbar unter: <http://lexikon.inqa.de/Inqa/Redaktion/Zentralredaktion/PDF/Publikationen/kostenfalle-wertschoepfungsmotor,property=pdf,bereich=inqa,sprache=de,rwb=true.pdf> [09.10.2007].

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) (2007). *Jahresbericht 2005/2006. Hilfen für schwerbehinderte Menschen im Beruf*. Wiesbaden: Universum Verlag. Verfügbar unter: http://www.integrationsamt.de/files/601/JB_BIH06.pdf [09.10.2007].

Calmfors, L. (1994). Active Labour Market Policy and Unemployment - a Framework for the Analysis of Crucial Design Features. In: OECD (Ed.), *Economic Studies*. No. 22 (pp. 7–47). Verfügbar unter: <http://www.oecd.org/dataoecd/50/4/33936463.pdf> [09.10.2007].

Denzin, N. K. (1970). *The research act: a theoretical introduction to sociological methods*. (2. print). Chicago: Aldine.

Deutscher Bundestag (2004). *Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe (15. Wahlperiode, Drucksache 15/4575 vom 16. 12. 2004)*. Verfügbar unter: http://www.rat-und-hilfe-ge.de/Dokumente_und_Materialien/Soziales/Menschen_mit_Behinderungen/BundesregierungBehindertenbericht.pdf [08.10.2007].

Feldes, W. (2003). *Handbuch Integrationsvereinbarung. Regelungsmöglichkeiten nach dem SGB IX*. Frankfurt a. M.: Bund-Verlag.

Fitzenberger, B. & Speckesser, S. (2000). Zur wissenschaftlichen Evaluation der Aktiven Arbeitsmarktpolitik in Deutschland: Ein Überblick. *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, 3, 362–370. Verfügbar unter: http://doku.iab.de/mittab/2000/2000_3_MittAB_Fitzenberger_Speckesser.pdf [09.10.2007].

Flick, U. (2004). *Triangulation. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Fortbildungsakademie der Wirtschaft (FAW) gGmbH (Hrsg.).(2007). *Die BIHA (Beratungsinitiative Hamburg) – was ist das?* Verfügbar unter: http://www.bmas.de/coremedia/generator/2100/property=pdf/beratungsinitiative__hamburg__kurzbericht.pdf [31.10.2007].

Fritz, S. (2006). *Ökonomischer Nutzen „weicher“ Kennzahlen: (Geld)Wert von Arbeitszufriedenheit und Gesundheit*. (2., korr. Aufl.). Zürich: vdf Hochschulverlag AG.

Gagnè, M. & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behaviour*, 26, 331–362.

Gläser, J. & Laudel, G. (2006). *Experteninterviews und qualitative Inhalts-*

analyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. (2., durchgeseh. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Günster, C., Klose, J. & Waltersbacher, A. (2003). *Prävention auf dem Prüfstand: Evaluation von sekundär-/tertiärpräventiven Angeboten der AOK Schleswig-Holstein.* Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK.

Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (iso) (Hrsg.). (2006). *Von der Integrationsvereinbarung zum Integrationsmanagement. Aktivierung und Qualifizierung von betrieblichen Leitungs- und Führungskräften (Teil 1).* Verfügbar unter: http://www.bmas.de/coremedia/generator/2440/property=pdf/bosch__gmbh__bericht.pdf [08.10.2007].

Kluge, S. (2007). Zunahme von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von psychischen Erkrankungen – Ergebnisse aus dem DAK-Gesundheitsreports mit besonderem Focus auf die Situation in Berlin. In: *Gesundheit Berlin (Hrsg.), Dokumentation 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit.* Berlin. Verfügbar unter: <http://www.gesundheitberlin.de/download/Kluge.pdf> [08.10.2007].

Kommission der Europäischen Gemeinschaft (1998). *Das Beschäftigungsniveau von Menschen mit Behinderungen anheben – eine gemeinsame Herausforderung. Arbeitsdokument der Kommissionsdienststellen, 22. 9.1998, SEK (1998) 1550.*

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2002). *Anpassung an den Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft: eine neue Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2002-2006.* KOM(2002) 118. Verfügbar unter: osha.europa.eu/legislation/future/com2002_de.pdf. [15.10.2007].

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2003). *Empfehlung der Kommission vom 6. Mai 2003 betreffend die Definition der Kleinstunternehmen sowie der kleinen und mittleren Unternehmen. Aktenzeichen K(2003) 1422.* Verfügbar unter: http://www.uni-kassel.de/owwz/owwz/Downloads/KMU_definition_de.pdf [15.10.2007].

Magin, J. (2004). *Betriebliches Eingliederungsmanagement nach dem SGB IX.* Regensburg: Integrationsamt der Oberpfalz.

Magin, J. (2006). Kosten-Nutzen-Analyse eines betrieblichen Eingliederungsmanagements. *Behindertenrecht, 45, 36–39.*

Netzwerk Dienstleistungen Oberhausen NWDO e. V. (o. J.). *Prävention und Beschäftigungssicherung in kleinen Unternehmen der Dienstleistungsbranche im Raum Oberhausen und Umgebung PRÄBOB. Sachbericht gemäß Nr. 6.3 ANBest-P zum Projekt.* Verfügbar unter: http://www.bmas.de/coremedia/generator/2210/property=pdf/netzwerk__dienstleistungen__oberhausen__nwdo__e__v__abschlussbericht.pdf [08.10.2007].

- Niehaus, M. & Bernhard, D. (2007). *Betriebliche Integrationsvereinbarungen. Forschungsbericht zur Implementierung am Beispiel der Deutschen Automobilindustrie*. Köln: unveröffentlichter Abschlussbericht.
- Niehaus, M. & Schmal, A. (2005). Betriebliche Kontrakte – Integrationsvereinbarungen in der betrieblichen Praxis. Erfahrungen und zukünftige Perspektiven. In R. Bieker (Hrsg.), *Behinderte Teilhabe? Wege der beruflichen Integration von jungen Menschen mit Behinderungen* (S. 246–257). Stuttgart: Kohlhammer.
- Niehaus, M. & Schmal, A. (2005). Integrationsvereinbarungen – ein wirksames Instrument zur Integration? *Berufliche Rehabilitation*, 19(2), 29–42.
- Pfaff, H. (2002). *Krankenrückkehrgespräche: Zur Ambivalenz einer Sozialtechnologie. Gutachten für die Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ der Bertelsmann-Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung*. Universität zu Köln. Verfügbar unter: http://www.boeckler.de/pdf/fof_krankenrueckkehrgespraeche.pdf [08.10.2007].
- Pfaff, H., Krause, H. & Kaiser, C. (2003). *Gesund geredet? Praxis, Probleme und Potenziale von Krankenrückkehrgesprächen*. Berlin: Edition Sigma.
- Recktenwald, H. C. (1971). *Die Nutzen-Kosten-Analyse: Entscheidungshilfe der politischen Ökonomie*. Tübingen: Mohr.
- Return2work - Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH (Hrsg.). (2006). *Abschluss- bzw. Sachbericht*. Verfügbar unter: http://www.bmas.de/coremedia/generator/2088/property=pdf/return2work__abschlussbericht.pdf [Okt. 2006]
- Robert Koch-Institut & Statistisches Bundesamt (2006). *Gesundheitsbedingte Frühberentung, Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Heft 30)*. Berlin: Robert Koch-Institut. Verfügbar unter: http://www.rki.de/cln_048/nn_199850/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/fruehberentung,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/fruehberentung.pdf [09.10.2007].
- Robert-Koch-Institut & Statistisches Bundesamt (2006). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsbericht des Bundes*. Berlin: Robert-Koch-Institut. Verfügbar unter: http://www.rki.de/cln_028/nn_1001054/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheitsbericht,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/gesundheitsbericht [09.10.2007].
- Seel, H. (2007). *Das Integrationsamt als Initiator und Begleiter präventiver Strukturen im Betrieb. Vortrag auf der Fachtagung des Integrationsamtes Cottbus am 17. und 18.10.2006*. Verfügbar unter: http://www.lasv.brandenburg.de/sixcms/media.php/4055/Vortrag_Seel.pdf

[09.10.2007].

Verick, S. (2004). *Do Financial Incentives Promote the Employment of the Disabled? Discussion Paper No. 1256*. Bonn: Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit. Verfügbar unter: <http://ftp.iza.org/dp1256.pdf> [09.10.2007].

Vetter, C., Küsgens, I. & Madaus, C. (2007). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2005. In B. Badura, & H. Schell-schmidt, C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2006: Chronische Krankheiten* (S.201–423). Heidelberg: Springer.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beantwortung des Fragebogens nach Akteursgruppen (Mehrfachantworten)	23
Tabelle 2: Branche und Betriebsgröße	26
Tabelle 3: Branche und Betriebsgröße	29
Tabelle 4: Teilnehmende Projektträger der Initiative „job- Jobs ohne Barrieren“	30
Tabelle 5: Korrelationsmatrix BEM, Alter, Anteil Schwerbehinderter, Betriebsgröße	35
Tabelle 6: Polaritäten des Faktors Integrationsmaßnahmen vs. keine Maßnahmen	60
Tabelle 7: Einschätzung der Zustimmung zu einem BEM	71
Tabelle 8: Extremwertevergleich der Akzeptanz gegenüber BEM und Krankenrückkehrgesprächen	75
Tabelle 9: Kostensätze	90
Tabelle 10: Leistungsgerechter Einsatz in BEM-Fällen	95
Tabelle 11: Kenngrößen Kosten-Nutzen-Analyse	101
Tabelle 12: Gegenüberstellung von Kosten und Nutzen mit BEM vs. ohne BEM	104
Tabelle 13: Angenommene Effekte mit BEM vs. ohne BEM	106
Tabelle 14: Volkswirtschaftliche Effekte des BEM	107
Tabelle 15: Jährliche Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen und Frühverrentungen nach Bödeker (2007)	108

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beteiligung und Betriebsgröße	24
Abbildung 2: Prozentualer Anteil der Belegschaft, die älter als 50 Jahre ist	25
Abbildung 3: Beteiligung und Bundesländer	27
Abbildung 4: Beteiligung und Betriebsgröße	28
Abbildung 5: Betriebe mit BEM	33
Abbildung 6: BEM thematisiert, geplant oder durchgeführt	34
Abbildung 7: BEM und Betriebsgröße	36
Abbildung 8: Wer hat mehrheitlich mit der Einführung des BEM zu tun, die Schwerbehindertenvertretung oder der Personal-/ Betriebsrat?	36
Abbildung 9: Auswirkungen des BEM auf die Arbeit der Schwerbehindertenvertretungen	37
Abbildung 10: Information zum BEM	41
Abbildung 11: Erfolgreiche Wiedereingliederung und Überwachung der 6-Wochenfrist	43
Abbildung 12: BEM Umsetzung und die Ansprache der erkrankten Beschäftigten nach 6 Wochen	44
Abbildung 13: Leistungsgerechte Wiedereingliederung und die Ansprache der erkrankten Beschäftigten nach 6 Wochen (N=207)	45
Abbildung 14: Zuständige Personen für die Erstansprache im Erkrankungsfall (N=348)	46
Abbildung 15: Hinweis auf die Freiwilligkeit der Teilnahme am BEM	47
Abbildung 16: Die zuständigen Personen für den Hinweis auf Freiwilligkeit	48
Abbildung 17: Hinweis auf die Verwendung der Daten	49
Abbildung 18: Personen die Zugang zu den Daten haben	50
Abbildung 19: Aufbewahrung der Daten	51
Abbildung 20: Merkmale eines standardisierten BEM	52
Abbildung 21: Institutionen der Unterstützung	54

Abbildung 22: Maßnahmen der beruflichen Integration	56
Abbildung 23: Maßnahmen der Gesundheitsprävention	65
Abbildung 24: Maßnahmen der gesundheitsförderlichen Arbeits- und Organisationsgestaltung	66
Abbildung 25: Modell der Wirkfaktoren für die Bewertung des BEM	86
Abbildung 26: Verbreitung von Kosten-Nutzen-Analysen des BEM	99



Layout

HOFFNUNGSTRAEGER | www.hoffnungstraeger.org