



**Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in  
Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und  
Schleswig-Holstein**

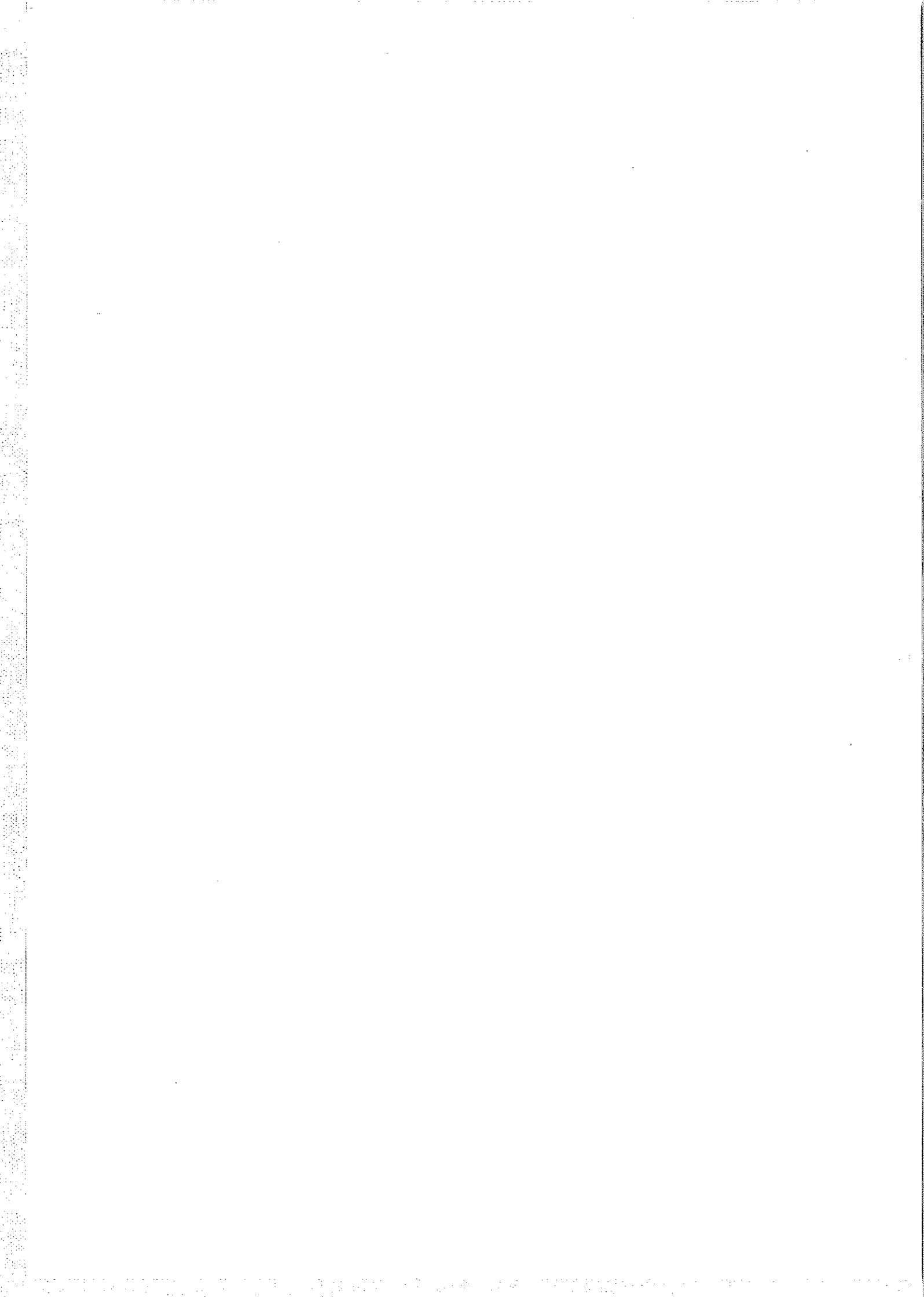
**Betriebliches Eingliederungsmanagement  
(BEM) in Klein- und Mittelbetrieben,  
insbesondere des Handwerks**

**- Rechtliche Anforderungen und  
Voraussetzungen ihrer erfolgreichen  
Umsetzung -**

**F. Welti**

**Abschlußbericht**

**September 2010**





**Hochschule Neubrandenburg**  
University of Applied Sciences



**Verein zur Förderung der Rehabilitations-  
forschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und  
Schleswig-Holstein (vffr) e. V.**

## **Abschlussbericht des Projektes**

**„Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)  
in Klein- und Mittelbetrieben, insbesondere des Handwerks  
Rechtliche Anforderungen und Voraussetzungen ihrer erfolg-  
reichen Umsetzung“**

**Projektzeitraum: 1. Januar 2009 – 31. August 2010**

Dipl.-Soz. Päd. Christiane Mahnke, B. A. Anne Tauscher, B. Sc. Diana Ramm  
(Projektmitarbeiterinnen)

unter Mitarbeit von Prof. Dr. Harald Seider und Dr. Reza F. Shafaei

## Inhaltsverzeichnis

<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>7</b>
<b>TABELLENVERZEICHNIS .....</b>	<b>8</b>
<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>9</b>
<b>1. EINFÜHRUNG .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1 Gegenstand und Ziel der Studie .....</b>	<b>12</b>
<b>1.2 Ausgangslage .....</b>	<b>13</b>
<b>2. FORSCHUNGSSTAND .....</b>	<b>19</b>
<b>3. METHODIK .....</b>	<b>25</b>
<b>3.1 Forschungskonzept .....</b>	<b>25</b>
3.1.1 Forschungsfragen .....	25
3.1.2 Empirische qualitative Forschungsmethode .....	27
<b>3.2 Methoden wissenschaftlicher Recherche .....</b>	<b>28</b>
3.2.1 Rechtswissenschaftliche Recherche .....	28
3.2.2 Ökonomische Recherche .....	30
3.2.3 Sozialwissenschaftliche Recherche .....	33
<b>3.3 Durchführung der Experteninterviews .....</b>	<b>34</b>
3.3.1 Feldzugang .....	34
3.3.2 Beschreibung der Stichprobe .....	36
3.3.3 Entwicklung eines standardisierten Leitfadens .....	38
3.3.4 Pretest .....	40
3.3.5 Datenauswertung mit MAXQDA .....	40
<b>3.4 Expertenworkshops .....</b>	<b>42</b>
<b>4. ARBEITSRECHTLICHE EINORDNUNG DES BEM .....</b>	<b>43</b>
<b>4.1 Allgemeine Einordnung der Vorschrift .....</b>	<b>43</b>
<b>4.2 Geltungsbereich .....</b>	<b>44</b>
4.2.1 Sachlicher Geltungsbereich .....	44
4.2.2 Personeller Geltungsbereich (Beschäftigte) .....	44
4.2.3 Geltung in kleinen und mittleren Betrieben .....	45
<b>4.3 Sonderregelungen für kleine Betriebe und ihre Bedeutung für das BEM .....</b>	<b>45</b>
4.3.1 Beschäftigungspflicht .....	45
4.3.2 Betriebsrat .....	45

4.3.3	Schwerbehindertenvertretung .....	45
4.3.4	Arbeitsschutz und Betriebsarzt.....	46
4.3.5	Kündigungsschutz.....	46
4.3.6	Entgeltfortzahlung.....	47
<b>4.4</b>	<b>Praktische Anwendungen .....</b>	<b>47</b>
4.4.1	Erfassung der Arbeitsunfähigkeitszeiten .....	47
4.4.2	Beteiligung und Mitwirkung des Betriebsrates und der Schwerbehindertenvertretung .....	48
4.4.3	Beteiligung und Mitwirkung des kranken Beschäftigten.....	48
4.4.4	Beteiligung und Mitwirkung des Betriebsarztes .....	49
4.4.5	Datenschutz.....	49
4.4.6	Stufenweise Wiedereingliederung.....	50
<b>5.</b>	<b>SOZIALRECHTLICHE BEDINGUNGEN DES BEM .....</b>	<b>51</b>
5.1	Allgemeine Einordnung der Vorschrift.....	51
5.2	Die Servicestellen als Ansprechpartner und Beteiligte.....	51
5.3	Das Integrationsamt als Ansprechpartner .....	54
5.4	Rechte und Pflichten der einzelnen Rehabilitationsträger.....	56
5.4.1	Prämie und Bonus .....	56
5.4.2	Beratung und Auskunft .....	57
5.4.3	Initiative der Rehabilitationsträger .....	57
5.4.4	Bedarfsfeststellung .....	60
5.4.5	Koordination.....	62
5.5	Leistungen an Arbeitgeber.....	62
5.6	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.....	63
5.7	Stufenweise Wiedereingliederung .....	63
<b>6.</b>	<b>PSYCHOLOGISCHE VORAUSSETZUNGEN DES BEM .....</b>	<b>64</b>
6.1	Bedingungen für wechselseitiges Vertrauen .....	64
6.2	Theoretische Bedeutung des Betriebsklimas für BEM .....	67
6.2.1	Definition Betriebsklima.....	67
6.2.2	Definition Organisationsklima.....	68
6.2.3	Unternehmenskultur.....	69
6.2.4	Führungsstile .....	72
6.3	Angst - theoretischer Hintergrund.....	74
6.3.1	Definition von Angst/Angsttheorien .....	74
6.3.2	Der Umgang mit Angst.....	76
6.3.3	Angst in Organisationen und Institutionen.....	77

<b>6.4</b>	<b>Motivation – theoretischer Hintergrund .....</b>	<b>78</b>
6.4.1	Définition Motivation.....	78
6.4.2	Motivationstheorien.....	78
6.4.3	Innere und äußere Motivationsquellen .....	82
6.4.4	Bedeutung der Motivationstheorien für das BEM .....	83
<b>7.</b>	<b>ÖKONOMISCHE INTERESSEN AM BETRIEBLICHEN</b>	
	<b>INGLIEDERUNGSMANAGEMENT .....</b>	<b>84</b>
<b>7.1</b>	<b>Zum Begriff des Humankapitals.....</b>	<b>84</b>
<b>7.2</b>	<b>Auswirkungen auf betriebliche Akteure .....</b>	<b>87</b>
7.2.1	Bisherige Erkenntnisse zu Kosten und Nutzen des BEM .....	87
7.2.2	Kosten-Analyse eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements aus betrieblicher Sicht .....	91
<b>7.3</b>	<b>Auswirkungen auf Sozialleistungsträger .....</b>	<b>100</b>
7.3.1	Krankenkassen .....	102
7.3.2	Rentenversicherung.....	105
7.3.3	Unfallversicherung .....	108
7.3.4	Bundesagentur für Arbeit .....	109
7.3.5	Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende .....	112
<b>7.4</b>	<b>Auswirkungen auf das Gesundheitssystem .....</b>	<b>112</b>
<b>7.5</b>	<b>Mögliche Anreize zur Umsetzung des Betrieblichen</b>	
	<b>Eingliederungsmanagements.....</b>	<b>113</b>
<b>8.</b>	<b>ERGEBNISSE DER INTERVIEWPHASE .....</b>	<b>115</b>
<b>8.1</b>	<b>Umsetzungs- und Kenntnisstand .....</b>	<b>115</b>
<b>8.2</b>	<b>Probleme längerfristiger Erkrankung .....</b>	<b>119</b>
8.2.1	Auswirkungen auf den Betrieb .....	119
8.2.2	Krankheitsindikationen.....	123
<b>8.3</b>	<b>Erwartungen an Kosten und Nutzen bei Durchführung eines BEM .....</b>	<b>126</b>
8.3.1	Arbeitgeber .....	126
8.3.2	Arbeitnehmer .....	129
8.3.3	Sozialleistungsträger.....	130
<b>8.4</b>	<b>Erste Ansätze auf dem Weg zur Implementierung eines BEM in Klein- und Mittelbetrieben .....</b>	<b>131</b>
8.4.1	Erfassung der Arbeitsunfähigkeit .....	131
8.4.2	Erfahrungen im Einzelfall .....	132
8.4.3	Betriebliches Gesundheitsmanagement - Einstellungen und Erfahrungen .....	138
<b>8.5</b>	<b>Einfluss von Betriebsklima und Vertrauen auf BEM .....</b>	<b>143</b>

8.5.1	Praktische Bedeutung des Betriebsklimas für BEM.....	143
8.5.2	Zusammenhang von Leitungsstil und Betriebsklima.....	144
8.5.3	Betriebsgröße und Vertrauen.....	144
8.5.4	Betriebsklima und Kollegenbeziehungen.....	145
<b>8.6</b>	<b>Relevanz des Datenschutzes in der Praxis.....</b>	<b>147</b>
8.6.1	Datenschutz und Vertrauen.....	147
8.6.2	Datenschutz und Krankheitsdiagnose.....	148
8.6.3	Datenschutz und Angst vor Kündigung.....	149
8.6.4	Datenschutz und Freiwilligkeit zum BEM.....	150
<b>8.7</b>	<b>Einflussfaktoren auf die Motivation zur betrieblichen Eingliederung ...</b>	<b>151</b>
8.7.1	Zusammenhang von Motivation und gesundheitsförderlichem Handeln 152	
8.7.2	Motivation und Sicherheitsbedürfnisse.....	154
8.7.3	Motivation versus Angst.....	156
8.7.4	Motivation und Unternehmenskultur.....	157
8.7.5	Motivation und Zeitfaktor.....	158
8.7.6	Motivation und Bereitschaft zur Veränderung.....	158
8.7.7	Motivation und Kommunikation.....	159
8.7.8	Motivation und Erfolgserlebnisse.....	161
<b>8.8</b>	<b>Probleme bei der Umsetzung.....</b>	<b>161</b>
8.8.1	Verhalten des Arbeitgebers.....	161
8.8.2	Verhalten der Beschäftigten.....	164
8.8.3	Informationsdefizit.....	166
8.8.4	Strukturen und Ressourcen.....	167
<b>8.9</b>	<b>Anreize zur Einführung des BEM.....</b>	<b>171</b>
8.9.1	Bonus und Prämie.....	171
8.9.2	Fachkräftemangel/Humankapital.....	176
8.9.3	Moralische Verpflichtung.....	179
8.9.4	Rechtliche Verpflichtung.....	180
<b>8.10</b>	<b>Fördernde Faktoren zur Umsetzung des BEM.....</b>	<b>182</b>
<b>8.11</b>	<b>Beratungsbedarf.....</b>	<b>185</b>
8.11.1	Erforderliche Inhalte der Beratung.....	185
8.11.2	Geeignete Ansprechpartner.....	187
8.11.3	Anforderungen an externe Beratung.....	189
<b>9.</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN.....</b>	<b>192</b>



## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: „Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte in Deutschland zum 30. Juni 2009 in absoluten Zahlen“ .....	14
Abbildung 2: „Verteilung sozialversicherungspflichtiger Beschäftigter zum 30. Juni 2009 nach KMU-Gruppen“ .....	15
Abbildung 3: „Schwerbehinderte Beschäftigte nach Betriebsgrößen 2007“ .....	18
Abbildung 4: „Einbezogene Komponenten für eine Kosten-Analyse aufgeteilt nach Betrieb und Sozialleistungsträger“ .....	32
Abbildung 5: „Verteilung der Experten nach Gruppen“ .....	36
Abbildung 6: „Übersicht über die Gewerbe der innerbetrieblichen Akteure“ .....	38
Abbildung 7: „Ebenen der Kultur“ .....	70
Abbildung 8: „Drei Ebenen der Unternehmenskultur“ .....	70
Abbildung 9: „Unternehmenskultur als Eisberg“ .....	71
Abbildung 10: „Das Koordinatensystem nach Tausch/Tausch“ .....	73
Abbildung 11: „Motivationspyramide nach Maslow“ .....	79
Abbildung 12 „Indikatoren für eine Kosten-Nutzen-Analyse“ .....	89
Abbildung 13: „Bruttomonatsverdienste in verschiedenen Unternehmensgrößen und mit/ohne Handwerkseigenschaft (2007)“ .....	90

## **Tabellenverzeichnis**

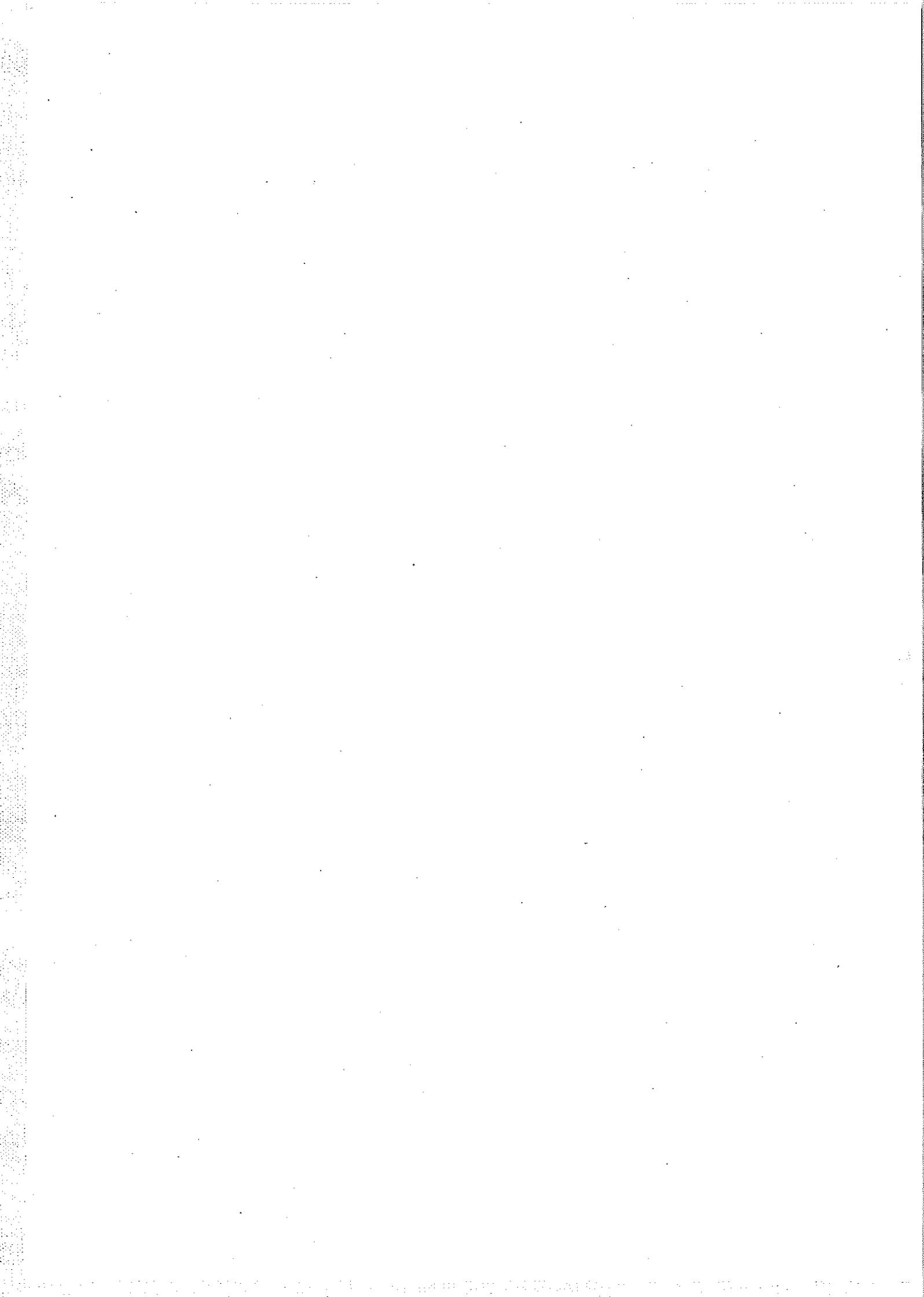
Tabelle 1: „Hermeneutische Interpretationsmethoden“ .....	33
Tabelle 2: „Überblick der drei Szenarien des BEM-Beispiels“ .....	92
Tabelle 3: „Kosten-Analyse für einen Handwerksbetrieb mit 7 Mitarbeiter“ .....	95
Tabelle 4: „Kosten-Analyse für einen ambulanten Pflegedienst mit 7 Mitarbeiter“ .....	96
Tabelle 5: „Kosten-Analyse für einen Handwerksbetrieb mit 39 MA“ .....	98
Tabelle 6: „Kosten-Analyse für einen ambulanten Pflegedienst mit 39 MA“ .....	99
Tabelle 7: „Beispielhafte Kosten-Analyse für Bauschlosser mit einer Bandscheiben- Operation und anschließender medizinischer Rehabilitation“ .....	106
Tabelle 8: „Beitragsverluste aus Sicht der Rentenversicherung, differenziert nach Sozialleistungen“ .....	106
Tabelle 9: „Beitragsverluste aus Sicht der Arbeitslosenversicherung, differenziert nach Sozialleistungen“ .....	111

## Abkürzungsverzeichnis

AAG	Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung
ALG	Arbeitslosengeld
AG	Arbeitgeber
AN	Arbeitnehmer
ArSchG	Arbeitsschutzgesetz
ASiG	Arbeitssicherheitsgesetz
AU	Arbeitsunfähigkeit
Az.	Aktenzeichen
BAG	Bundesarbeitsgericht
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BFW	Berufsförderungswerk
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BIH	Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen
BKK	Betriebskrankenkasse
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bspw.	beispielsweise
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
CATI	Computer Assisted Telephone Interview
DEGEMED	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DGRW	Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V.
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
d. h.	das heisst

DRV	Deutsche Rentenversicherung
DVfR	Deutsche Vereinigung für Rehabilitation
EFZG	Entgeltfortzahlungsgesetz
EIBE	Entwicklung und Integration eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements
EM	Erwerbsminderung
et al.	et alii
EU	Europäische Union
f	folgende
ff	fort folgende
GundA	Projekt „Gesundheit und Arbeit“
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
IFD	Integrationsfachdienst
IG Bau	Industriegewerkschaft Bau
IG Metall	Industriegewerkschaft Metall
IKK	Innungskrankenkasse
IQPR	Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation
KMU	kleine und mittlere Unternehmen
KSchG	Kündigungsschutzgesetz
LAG	Landesarbeitsgericht
MA	Mitarbeiter
MAXQDA	Max Qualitative Daten Analyse
o. ä.	oder ähnliches
o. J.	ohne Jahr
o. O.	ohne Ort
o. S.	ohne Seite
PACUM	Prävention als Chance für Unternehmen und Mitarbeiter
Rz.	Randziffer
SchwAV	Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung

SGB	Sozialgesetzbuch
SVS	Stundenverrechnungssatz
u. a.	unter anderen
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel



## **1. Einführung**

### **1.1 Gegenstand und Ziel der Studie**

Gegenstand dieser Studie sind die Anforderungen, die sich aus § 84 SGB IX durch das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) an Betriebe, Dienste und Einrichtungen der Rehabilitation sowie an Sozialleistungsträger ergeben. Es werden die Voraussetzungen für eine effektive Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements bei kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) untersucht und zusammengefasst. Der Fokus richtet sich im Besonderen auf Klein- und Mittelbetriebe des Handwerks, da hier das Betriebliche Eingliederungsmanagement bisher kaum bekannt und operationalisiert ist.

Per Gesetz (§ 84 SGB IX) sind seit 2001 die Arbeitgeber dazu verpflichtet, für alle schwerbehinderten Beschäftigten, deren Arbeitsverhältnis gefährdet ist sowie für alle Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres insgesamt länger als sechs Wochen arbeitsunfähig erkrankt sind, ein Betriebliches Eingliederungsmanagement durchzuführen, um das Arbeitsverhältnis präventiv zu sichern.

Die gesetzlichen Regelungen beschreiben jedoch nicht näher, wie ein Betriebliches Eingliederungsmanagement durchzuführen ist. Sie beschränken sich darauf, die zu beteiligenden Akteure zu benennen. Dabei sind sowohl innerbetriebliche als auch außerbetriebliche Akteure beteiligt. Innerbetrieblich sind Arbeitgeber, Betriebsrat, Schwerbehindertenvvertretung sowie Betriebs- und Werksarzt zu involvieren. Der Gesetzgeber vermeidet an dieser Stelle Überregulierungen und überträgt dem beteiligten Personenkreis die Aufgabe, gemeinsam praxistaugliche Lösungen zu entwickeln. Von der jeweiligen Betriebsgröße der Klein- und Mittelbetriebe ist zunächst abhängig, ob die entsprechenden innerbetrieblichen Strukturen überhaupt vorhanden sind. Außerhalb der Betriebe werden alle Sozialleistungsträger, sowie mittelbar die ambulanten und stationären Einrichtungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation durch das BEM-Verfahren tangiert bzw. einbezogen. Als außerbetriebliche Ansprechpartner benennt das Gesetz die gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger (§ 22 SGB IX) und die Integrationsämter. Damit verbindet sich der gesetzliche Auftrag, das Betriebliche Eingliederungsmanagement gemeinsam zu unterstützen, insbesondere durch Leistungen der medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und begleitende Hilfen im Arbeitsleben. Die Rehabilitationsträger können das Betriebliche Eingliederungsmanagement durch einen Bonus fördern (§ 84 Abs. 3 SGB IX).

Zu überprüfen ist, ob die einzelnen Akteure auch dazu in der Lage sind, die Vorgaben des § 84 SGB IX entsprechend umzusetzen. Bisher konnte das Betriebliche Eingliederungsmanagement in der Praxis von Klein- und Mittelbetrieben jedenfalls noch nicht ausreichend realisiert werden. Im Hinblick auf das Betriebliche Eingliederungsmanagement sind die Rehabilitationsträger bisher meist nur reaktiv tätig gewesen oder beschränkten sich auf Information der Betriebe.

Die Einführung und Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements gestaltet sich gerade in kleinen und mittleren Betrieben besonders schwierig. Obwohl dort selten eine Schwerbehindertenvertretung oder ein Betriebsrat existiert, gilt die gesetzliche Verpflichtung auch für sie.<sup>1</sup> In kleinen und mittleren Unternehmen ist ein Großteil der Beschäftigten Deutschlands tätig. Krankheitsbedingte Fehlzeiten oder der Verlust von Arbeitskräften haben gravierende Auswirkungen. Andererseits gelten gesetzliche Vorgaben, wie das Kündigungsschutzgesetz erst ab einer bestimmten Betriebsgröße und bewirken bei Kleinstunternehmen (bis 10 Beschäftigte) keinen oder nur einen geringen Handlungsdruck seitens der Firmenleitung. Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) oder die über das Notwendige hinausgehende betriebsärztliche Betreuung sind unter dem enormen Existenzdruck kleiner Unternehmen nicht selbstverständlich.

Ein den gesetzlichen Vorschriften entsprechendes standardisiertes Verfahren zur Einführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements bei Klein- und Mittelbetrieben scheint dem Ziel des Gesetzgebers einen Schritt näher zu gelangen und diesen Weg zu erleichtern. Erst im zweiten Schritt wäre es dann möglich, den Erfolg des Betrieblichen Eingliederungsmanagements in Bezug auf betriebliche Prävention, Vermeidung von Ausgliederung und vorzeitigem Bezug von Sozialleistungen sichtbar zu machen.

## **1.2 Ausgangslage**

Um die Voraussetzungen einer effektiven Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements in Klein- und Mittelbetrieben (KMU) beschreiben zu können, soll zunächst die Gruppe der KMU näher betrachtet werden. Innerhalb dieser Gruppe bestehen große Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten. Dadurch werden unterschiedliche Ausgangsbedingungen gesetzt. Zunächst soll ein einheitliches Verständnis geschaffen werden, wer oder was sich hinter dem Begriff KMU verbirgt.

Im Jahr 2003 trat die Empfehlung der Kommission der Europäischen Gemeinschaften zur Definition von Klein- und Mittelbetrieben in Kraft. Danach wird der Klein- und Mittelbetrieb über die Mitarbeiterzahlen und finanzielle Schwellenwerte definiert.

---

<sup>1</sup> vgl. LAG Schleswig-Holstein vom 17.11. 2005, Az. 4 Sa 328/05, Behindertenrecht 2006, 170ff

Laut Artikel 2 der angenommenen Definition der Kleinstunternehmen und kleinen und mittleren Unternehmen setzen sich die Mitarbeiterzahlen und finanziellen Schwellenwerte für Klein- und Mittelbetriebe folgendermaßen zusammen.

„(1) Die Größenklasse der Kleinstunternehmen sowie der kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) setzt sich aus Unternehmen zusammen, die weniger als 250 Personen beschäftigen und die entweder einen Jahresumsatz von höchstens 50 Mio. EUR erzielen oder deren Jahresbilanzsumme sich auf höchstens 43 Mio. EUR beläuft.

(2) Innerhalb der Kategorie der KMU wird ein kleines Unternehmen als ein Unternehmen definiert, das weniger als 50 Personen beschäftigt und dessen Jahresumsatz bzw. Jahresbilanz 10 Mio. EUR nicht übersteigt.

(3) Innerhalb der Kategorie der KMU wird ein Kleinstunternehmen als ein Unternehmen definiert, das weniger als 10 Personen beschäftigt und dessen Jahresumsatz bzw. Jahresbilanz 2 Mio. EUR nicht überschreitet.“<sup>2</sup>

Im Folgenden soll der Empfehlung der Kommission der Europäischen Gemeinschaften zur Definition von Klein- und Mittelbetrieben gefolgt werden.

Aus der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit aus dem Jahre 2009 geht hervor, dass 69% der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in Deutschland in kleineren und mittleren Betrieben und lediglich 31% in Großunternehmen mit einer Beschäftigtenzahl über 250 Mitarbeitern arbeiteten.

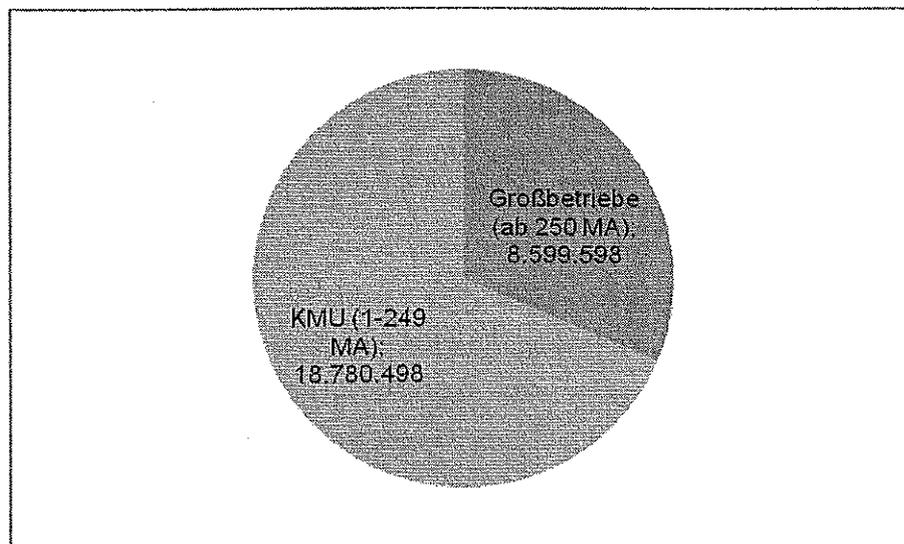


Abbildung 1: „Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte in Deutschland zum 30. Juni 2009 in absoluten Zahlen“<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Empfehlung 2003/361/EG der Kommission vom 6. Mai 2003 veröffentlicht im Amtsblatt der Europäischen Union L 124 vom 20.5.2003, S. 35

<sup>3</sup> eigene Berechnungen nach der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit

Klein- und Mittelbetriebe machen dabei 99% der Betriebe aus, während nur 1% der Betriebe Großbetriebe sind.<sup>4</sup> Das bedeutet, dass der größte Adressat für Konzepte zur Einführung und Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements KMU sind.

Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht, dass ¼ aller sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten 2009 in Kleinstbetrieben arbeiteten. Wird die originäre Definition der Kleinbetriebe laut der Kommission der Europäischen Gemeinschaften herangezogen, ergibt sich, dass weit mehr als die Hälfte der Beschäftigten in Kleinbetrieben (1 - 49 MA) angestellt waren.

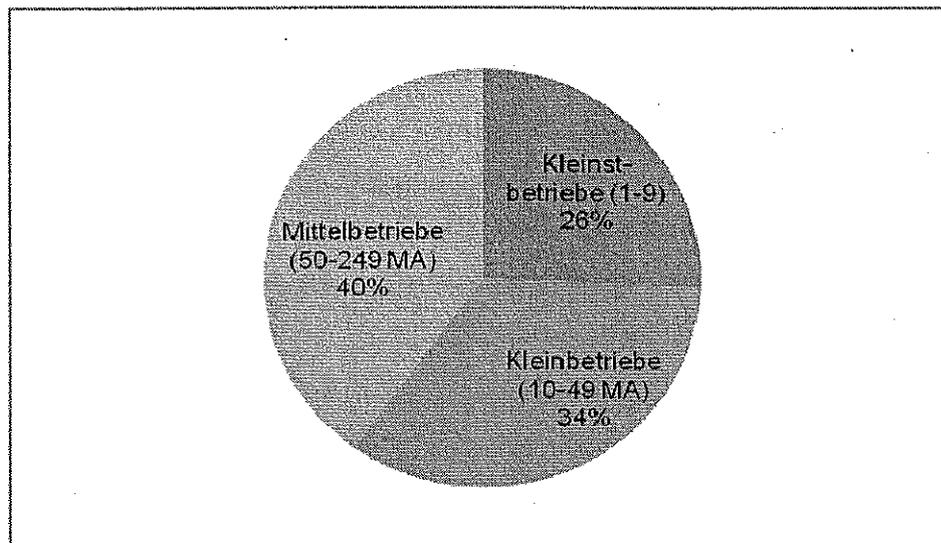


Abbildung 2: „Verteilung sozialversicherungspflichtiger Beschäftigter zum 30. Juni 2009 nach KMU-Gruppen“<sup>5</sup>

Wie bereits im vorangegangenen Punkt angesprochen, verfügen KMU nicht über die gleichen personellen und finanziellen Ressourcen wie größere mittlere Betriebe oder Großbetriebe. Anhand der Definition der Kommission der Europäischen Gemeinschaften wird auch die Spannweite der finanziellen Ertragslage, die es innerhalb der Gruppe der KMU gibt, deutlich. Kleinere Betriebe unterliegen einem höheren wirtschaftlichen Druck. Schwankungen im Ertrag können bereits zu Liquiditätsproblemen führen, Investitionen werden eher in konjunkturellen Hochzeiten getätigt und langfristige Bindungen werden vermieden.<sup>6</sup> Als Hypothese kann abgeleitet werden, dass Investitionen in neue Mitarbeiter gescheut werden. Langfristige Gesundheitsaktionen oder Maßnahmen des Gesundheits- und Arbeitsschutzes unterbleiben häufig.

<sup>4</sup> Statistik der Bundesagentur für Arbeit: Beschäftigungsstatistik, Stichtag 30. Juni 2009 (vorläufiger Stand)

<sup>5</sup> eigene Berechnungen nach der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit

<sup>6</sup> vgl. Gusy, 1998; Felkel 2008

Für Unternehmer sind punktuelle und zeitlich befristete Maßnahmen attraktiver, da diese kalkulierbarer sind.<sup>7</sup> Fehlzeiten haben erhebliche Konsequenzen.

Der Ausfall kann auf Grund der geringen Mitarbeiterzahl weniger gut ausgeglichen werden als in größeren Betrieben. Unmittelbare Folgen sind möglicherweise die nicht termingerechte Fertigstellung von Aufträgen. Dadurch geraten die Beschäftigten häufiger in Drucksituationen<sup>8</sup>, was riskanteres Handeln zur Folge haben kann.

Darüber hinaus gibt es noch weitere qualitative Gemeinsamkeiten kleinerer und mittlerer Betriebe. Die Organisationsstruktur ist durch eine flache und personenbezogene Hierarchie gekennzeichnet. Durch die kleineren Organisationseinheiten sind Mitarbeiter stärker aufeinander angewiesen und die gegenseitige soziale Verpflichtung ist stärker ausgeprägt. Abstimmungsprozesse erlangen ein höheres Gewicht, insbesondere dann, wenn Mitarbeiter ausfallen. Die Arbeitsteilung ist geringer ausgeprägt<sup>9</sup> und darüber hinaus gibt es in kleineren Betrieben kaum institutionalisierte Interessenvertretungen. Einzelne Beschäftigte müssen ihre Interessen und Ansprüche in eigener Regie gegen die Betriebsleitung durchsetzen. Die möglicherweise daraus resultierenden Spannungen oder Konsequenzen müssen von den Beteiligten selber getragen werden.<sup>10</sup>

KMU sind geprägt durch den Geschäftsführer, der meistens auch Betriebsinhaber ist. Er besitzt eine herausragende und zentrale Stellung. Die persönlichen Präferenzen des Unternehmers sind überwiegend maßgebend. Es zeigt sich somit, dass es einer differenzierten Betrachtung zwischen KMU und Großbetrieben bedarf, um geeignete Konzepte für KMU gestalten zu können. Aber auch innerhalb der Gruppe der KMU sind nicht die gleichen Voraussetzungen gegeben.

Nach § 84 SGB IX sind Fehlzeiten eine Kenngröße für das BEM. Für Mitarbeiter, die länger als sechs Wochen erkrankt sind, soll ein Betriebliches Eingliederungsmanagement angeboten werden. Voraussetzung hierfür ist, dass die Fehlzeiten bekannt sind. Laut einer Studie des Instituts für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (IQPR) verfügt nur die Hälfte der befragten kleineren und mittleren Betriebe (1.441 Unternehmen) über ein Fehlzeitenerfassungssystem. Dabei wiesen gerade die Kleinstbetriebe (0 - 10 MA) den geringsten Wert in der Studie auf.<sup>11</sup> Aus der Studie geht ebenfalls hervor, dass nur 17% der Kleinstbetriebe bzw. 22% der Kleinbetriebe genau die Fehltage ihrer Mitarbeiter im letzten Jahr beziffern konnten. Allerdings zwei Drittel der mittleren Betriebe (50 - 249 MA) konnten die Fehlzeiten nicht exakt angeben.

---

<sup>7</sup> vgl. ebenda

<sup>8</sup> vgl. Gusy, 1998, S. 31f

<sup>9</sup> vgl. Felkel, 2008, S. 11f

<sup>10</sup> vgl. Gusy, 1998, S. 31f

<sup>11</sup> vgl. Zelfel et al., 2009

Obwohl es oftmals kein offizielles Fehlzeitenerfassungssystem in Klein- und Mittelbetrieben gibt, bleiben Fehlzeiten nicht unbemerkt, bedingt durch das familiäre Milieu in KMU.

Kleine Betriebe weisen zwar die geringsten Fehlzeiten auf, allerdings geht aus der Unfallstatistik 2008<sup>12</sup> hervor, dass gerade in Kleinunternehmen (1 - 49 MA) die höchsten durchschnittlichen Unfallquoten vorzufinden sind. Der Fehlzeitenreport 2008<sup>13</sup> zeigt, dass auf Grund von Arbeitsunfällen durchschnittlich 15,3 Arbeitsunfähigkeitstage pro Fall in Kleinunternehmen (1 - 49 MA) entstehen. Je größer der Betrieb wird, desto weniger Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage pro Fall entstehen. Je kleiner der Betrieb ist, desto schwieriger ist es den ausgefallenen Mitarbeiter zu ersetzen. Kürzere krankheitsbedingte Fehlzeiten stellen für Kleinbetriebe ein Problem dar und werden verstärkt, wenn es zu gehäuften krankheitsbedingten Ausfällen kommt.<sup>14</sup>

Aus dem Mikrozensus 2003 geht hervor, dass mehr als 95% der Behinderungen im Laufe des Lebens erworben werden – davon ca. 2,5% durch Unfälle und ca. 85% durch Krankheit<sup>15</sup>.

§ 84 SGB IX gilt für alle Beschäftigten, insbesondere aber auch für schwerbehinderte Menschen. Laut der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) waren im Oktober 2007 806.887 Schwerbehinderte beschäftigt.<sup>16</sup> Der Großteil der beschäftigten Schwerbehinderten ist im öffentlichen Dienst angestellt und nur wenige arbeiten in der freien Wirtschaft. Wird auch hier die Definition der Kommission der Europäischen Gemeinschaften zugrunde gelegt, zeigt sich, dass die meisten Schwerbehinderten in Großbetrieben angestellt sind. Nur 5% arbeiten in Kleinbetrieben.<sup>17</sup> Es scheint somit, dass das Thema Schwerbehinderung in KMU der freien Wirtschaft nur eine untergeordnete Rolle einnimmt.

---

<sup>12</sup> vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, 2008

<sup>13</sup> vgl. Heyde, Vetter, 2009

<sup>14</sup> siehe auch Kapitel 8.2

<sup>15</sup> vgl. Pfaff et al., 2004

<sup>16</sup> vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, 2009

<sup>17</sup> vgl. Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2007

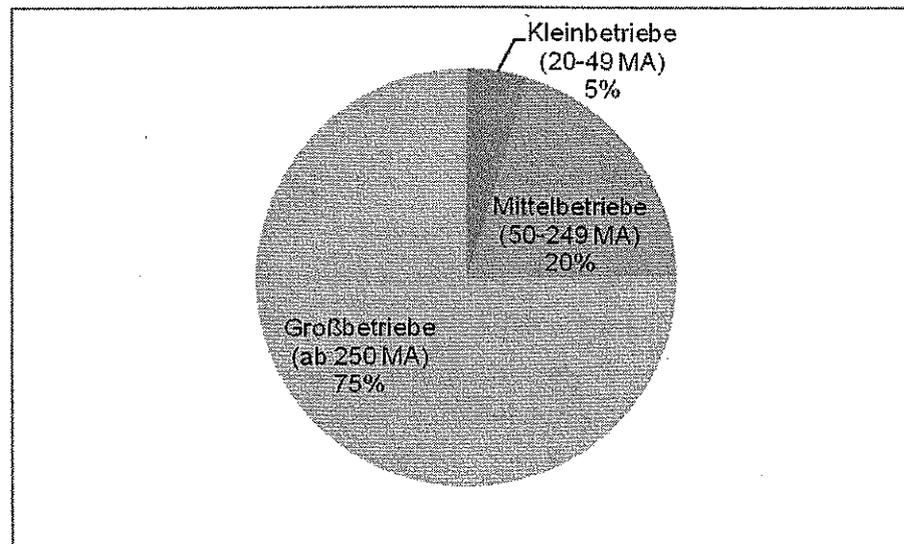


Abbildung 3: „Schwerbehinderte Beschäftigte nach Betriebsgrößen 2007“<sup>18</sup>

Es kann vermutet werden, dass Kleinbetriebe wesentliche Probleme haben, leistungsgewandelte Mitarbeiter noch weiter beschäftigen zu können. Dies gilt besonders für das Baugewerbe, Handel und Gastgewerbe.<sup>19</sup> Dabei muss nach Art der Behinderung des Mitarbeiters differenziert werden. Für Personen, die auf Grund von inneren Erkrankungen, Organschäden (z. B. nach Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Schädigung, HIV, Diabetes u. a.) schwerbehindert sind, bestehen seitens der Arbeitgeber grundsätzlich Beschäftigungsmöglichkeiten, auch für Personen mit einer körperlichen Behinderung.<sup>20</sup>

Aus dem Monitoring-Bericht des Netzwerkes für eine gerechte Arbeit ist entnehmbar, dass viele Rentenneuzugänge auf Grund von verminderter Erwerbsfähigkeit aus Berufen des Handwerks kommen.<sup>21</sup> Aus der Studie über die gesundheitliche Situation älterer Pflegekräfte<sup>22</sup> geht hervor, dass Pflegekräfte, insbesondere Pflegehilfskräfte, mit den höchsten Anteil an Erwerbsminderungsrenten an den Rentenneuzugängen aufweisen. Hinzuzufügen ist, dass das Handwerk sowie ambulante Pflegedienste (in privater Trägerschaft) überwiegend Kleinstunternehmen sind.<sup>23</sup> Das durchschnittliche Rentenzugangsalter wegen verminderter Erwerbsfähigkeit liegt im Jahr 2007 bei Männern bei 50,7 Jahren und bei Frauen bei 49,4 Jahren. Im Vergleich dazu liegt das durchschnittliche Rentenzugangsalter für Altersrenten bei 63,3 Jahren. Wer Rente wegen Erwerbsminderung bezieht, scheidet durchschnittlich 13 Jahre früher aus dem

<sup>18</sup> eigene Berechnung nach der Statistik aus dem Anzeigeverfahren gemäß § 80 Abs. 2 SGB IX – Arbeitgeber mit 20 und mehr Arbeitsplätzen der Bundesagentur für Arbeit

<sup>19</sup> vgl. Pfaff et al., 2004, S. 1185

<sup>20</sup> vgl. Steinwede, 2005

<sup>21</sup> vgl. Kistler et al. 2009, S. 13

<sup>22</sup> vgl. Hien, 2009

<sup>23</sup> vgl. Hien, 2009; Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, 2008

Erwerbsleben aus. Dies bedeutet für das Sozialversicherungssystem, dass Beiträge z. B. zur Rentenversicherung oder Arbeitslosenversicherung nicht mehr eingezahlt werden.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der daraus resultierenden verschobenen Arbeitsnachfrage bzw. Arbeitsangebote, ist der Verlust von gut ausgebildeten Facharbeitern schmerzlich. Kleinunternehmen sind auf Facharbeiter angewiesen, wenn sie im Wettbewerb bestehen wollen. Das Betriebliche Eingliederungsmanagement kann hier helfen, wenn die Eigenheiten der KMU berücksichtigt werden. Eine besondere Herausforderung wird sein, leistungsgewandelte Mitarbeiter einzugliedern. Darüber hinaus muss auch der Zweck und Bedarf eines BEM für erkrankte Arbeitnehmer aus Sicht des Arbeitgebers erkannt werden. Eine Rolle werden hierbei nicht nur ökonomische Gegebenheiten, sondern auch psychologische Faktoren spielen.

Seit 2007 gibt es auf den Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien der DRV Bund und DGRW eine eigene Session zum Thema Betriebliches Eingliederungsmanagement, weil dieses Thema immer mehr Beachtung findet. Im anschließenden Kapitel 2 soll der bisherige Forschungsstand näher betrachtet werden.

## **2. Forschungsstand**

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement ist seit 2001, in der gegenwärtigen Form seit 2004 gesetzlich vorgeschrieben. Vorherige Forschungsarbeiten zur betrieblichen Prävention können daher nur bedingt Hinweise auf Erfolgsfaktoren und vermutete Wirkungen des BEM liefern, zumal sie meist auf Leistungen der Primärprävention ausgerichtet waren. Bereits stark auf die Einführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements ausgerichtet war die umfangreiche Studie „Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderung“ (PRVE) des Instituts für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (IQPR) Köln (Projektleitung Schian/Gagel/Landau/Laschet), deren Abschlussbericht 2004 vorgelegt worden ist. Darin wird insbesondere auf eine präventive Ausrichtung des Erwerbsminderungsrentenverfahrens und auf die Vernetzung von Prävention und Rehabilitation im Betrieb unter sozialmedizinischen und rechtlichen Aspekten eingegangen. In einem kleineren Anschlussprojekt „Der 8-Punkte-Plan zur Eingliederung und Gesundheit im Hotel- und Gaststättengewerbe“ (Projektleitung Zelfel) hat das IQPR auch die Ausgangssituation in einer von Kleinbetrieben geprägten Branche untersucht. Der Abschlussbericht wurde 2007 veröffentlicht. Der Schwerpunkt lag auf der Untersuchung des betrieblichen Informations- und Unterstützungsbedarfs.

Die Befragung ergab, dass der überwiegende Teil der Betriebe sich mehr Informationen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz, sowie zum Thema Gesundheit, Prävention von Arbeitsunfähigkeit und eine bessere Informationspolitik der Rehabilitationsträger wünschen, die gezielt den Kleinstbetrieb ansprechen.

Im Projekt „Betriebliche Teilhabe (schwer-)behinderter Menschen am Arbeitsleben nach dem SGB IX“ wurden am Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel in den Jahren 2004 und 2005 die rechtlichen Grundlagen u. a. zum Betrieblichen Eingliederungsmanagements grundlegend untersucht. Das Projekt wurde zusammen mit dem Partnerprojekt „Struktur und Perspektiven der Schwerbehindertenvertretung nach § 95 SGB IX“ (Universität Halle; Prof. Dr. Kohte) von der Hans-Böckler-Stiftung gefördert. Auf Basis des Kieler Teilprojekts ist die von Prof. Igl betreute Dissertation „Die Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben – Eine Untersuchung der arbeitsrechtlichen und sozialrechtlichen Ansprüche und Verfahren“ (2010) von Winkler entstanden, in der die Rechtsfragen des BEM erstmals monografisch aufgearbeitet wurden.

Die Motivation in Betrieben sowie hemmende und fördernde Faktoren wurden in dem Projekt „Aktiv – für ein betriebliches Eingliederungsmanagement“ der Fortbildungsakademie der Wirtschaft Sachsen/Thüringen untersucht, dessen Schlussbericht 2006 vorgelegt wurde (Projektleitung Heikenroth). Der Kontakt zu den Sozialleistungsträgern wurde dabei nur am Rande behandelt. Innerbetriebliche Strukturen als zentraler hemmender Faktor würden ein Vorhalten alternativer Arbeitsplätze nicht möglich machen. Als bedeutender Motivationsaspekt zur Einführung eines BEM wurde die Verhinderung bzw. schnelle Wiedereingliederung langfristig erkrankter Mitarbeiter angesehen.

Im Jahr 2006 wurde in dem Projekt „Prävention und Beschäftigungssicherung in kleinen Unternehmen der Dienstleistungsbranche im Raum Oberhausen und Umgebung“ (PRÄBOB) des Netzwerks Dienstleistungen Oberhausen die Beratungstätigkeit eines externen Beraters etabliert. Dabei wurden auch Kontakte zu Berufsgenossenschaften und Krankenkassen hergestellt.

Die Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) hat in dem Projekt „Konzept- und Kompetenzentwicklung zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement – Gestaltung von Aufgaben und Rollen betrieblicher und überbetrieblicher Akteure“ (Projektleitung Palsherm/Taddicken) in vier Teilprojekten praktische Erfolgsbedingungen für das BEM und eigene Dienstleistungsangebote erforscht. In zwei Teilprojekten wurden Kleinbetriebe untersucht. Im Teilprojekt 2 wurden Dresdener Friseurbetriebe, Apotheken und ambulante Pflegedienste und im Teilprojekt 4 Pflegebetriebe kleiner und mittlerer Größe aus Bochum und Delmenhorst untersucht.

Neben der BGW war als Sozialleistungsträger insbesondere die IKK Sachsen im Teilprojekt 2 einbezogen. Im 2007 vorgelegten Schlussbericht wurde resümiert, dass die Frage offen ist, wie ein Betriebliches Eingliederungsmanagement in kleinen und mittleren Betrieben implementiert werden kann, da die etablierten Angebote nicht hinreichend angenommen wurden.

Im Projekt „Entwicklung und Integration eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements“ (EIBE) wurde die Implementation des BEM in den deutschen Berufsförderungswerken (BFW) untersucht (Projektleitung Eggerer).<sup>24</sup> Der 2007 vorgelegte Zwischenbericht enthält zahlreiche Erkenntnisse, über die innerbetriebliche Implementation z. B. Umgang mit dem Datenschutz, Gestaltung innerbetriebliche Öffentlichkeitsarbeit. Diese können jedoch auf kleinere und mittlere Betriebe des Handwerks oder auf Pflegedienste nur bedingt übertragen werden. Laut EIBE wird beispielsweise ein innerbetrieblicher Fallmanager gefordert, der Aufbau und Betreuung des BEM steuert. In KMU sind pro Betrieb nicht viele BEM-Fälle zu erwarten, so dass die Steuerung jemand anderes, vielleicht sogar jemand betriebsfremdes übernehmen müsste.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund untersuchte in ihrem Projekt „Regionale Initiative Betriebliches Eingliederungsmanagement Brandenburg“ (Projektleitung Lawall/Lewerenz/Weiß) die Etablierung von BEM durch eigene Beratungs- und Unterstützungstätigkeiten im Zusammenwirken mit Kliniken der DRV Bund, die für ein Assessmentverfahren und einen Konsiliarservice eingesetzt wurden. Dabei wurden alle Arbeitgeber in einer Modellregion angesprochen, um Rehabilitationsbedarfe in den Betrieben zu ermitteln.

Das Berufsförderungswerk Hamburg hat in dem Projekt „Prävention als Chance für Unternehmen und Mitarbeiter“ (PACUM) ein Gesundheitsmanagement-System für kleine und mittlere Unternehmen ausgewählter Branchen entwickelt und erprobt. Das Projekt wurde in gewerblich-technischen Betrieben, Hotels und Personaldienstleistungs-Unternehmen bis Ende 2007 durchgeführt. Dabei wurde auch mit der DRV Nord, Krankenkassen und Berufsgenossenschaften kooperiert.<sup>25</sup>

Zu dem im Herbst 2007 abgeschlossenen Projekt „Betriebliche Prävention und Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX: Untersuchung des Kenntnis- und Umsetzungsstandes in Betrieben und Dienststellen“ (Projektleitung Niehaus) liegt seit 2008 ein Abschlussbericht öffentlich vor. Von 2006 bis 2007 fand eine bundesweite, schriftliche Online-Befragung mittels eines Fragebogens, der 53 Fragen beinhaltete, (Auswertung n=630) statt.

---

<sup>24</sup> vgl. Kaiser, 2007, S. 88f

<sup>25</sup> vgl. Wicher et al., 2008

Weiterhin wurden ebenfalls eine bundesweite Befragung in der Zeitschrift „Behinderte Menschen im Beruf“ (n=474) sowie Experteninterviews mit standardisiertem Leitfaden (n=4) über die Initiative „job - Jobs ohne Barrieren“ durchgeführt. Auf Grund des gewählten Feldzugangs bezog die Studie sehr selektiv vor allem Teilnehmer ein, die dem Thema BEM bereits aufgeschlossen gegenüber stehen und sich im Internet oder Fachzeitschriften damit auseinandersetzen. Die Mehrheit von kleinen und mittleren Unternehmen konnte so sicher nicht erreicht werden. Die Ergebnisse zeigen, dass ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen dem Faktor „Angst vor Arbeitsplatzverlust“ bzw. „Hoffnung auf Arbeitsplatzverlust“ und dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement besteht. Die Kooperationsbereitschaft kann durch Information und Aufklärung zum BEM gefördert werden. Als wichtige Eckpunkte für die Implementierung von BEM werden Freiwilligkeit, Mitwirkung der Beschäftigten, keine Benachteiligung bei Nichtteilnahme, die Pflicht des Arbeitgebers sich für Gesundheit im Betrieb einzusetzen, ein auf allen Ebenen ernsthaftes Einsetzen für BEM, Schulung und Sensibilisierung von Führungskräften genannt. Eine gute und professionelle Betriebsinformationspolitik zur Begleitung des BEM ist notwendig. Es wurden Empfehlungen zur Implementierung des BEM abgeleitet, die die Bildung eines BEM-Teams, die gemeinsame Festlegung von Zielen und Vorgehensweisen, Erarbeitung von Regelungen zum Datenschutz, dem Abschluss einer Betriebsvereinbarung zum § 84 SGB IX sowie der Schulungen von Führungskräften und einer betriebsinternen Öffentlichkeitsarbeit umfassen.

Seit 2007 betreut InReha (Hamburg) das Projekt „Gesunde Arbeit Segeberg“ (Leitung Persson).<sup>26</sup> Es soll die Implementierung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement in Klein- und Mittelbetrieben im Kreis Bad Segeberg mit Hilfe eines externen Dienstleistungsunternehmens (InReha) erprobt werden. Dieses Projekt wird vom IQPR wissenschaftlich begleitet. Das Institut führt das bundesweite Projekt „Gesunde Arbeit“ im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales durch. In diesem Projekt werden durch Regionalstellen „Gesunde Arbeit“, wie im Kreis Bad Segeberg Beratungs- und Vermittlungsleistungen für kleine und mittlere Unternehmen zum Betriebliches Gesundheitsmanagement, zur altersgerechten Personalentwicklung und zur Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen erbracht. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung wurde eine Befragung von kleinen und mittleren Unternehmen durch das vom IQPR beauftragte sozialwissenschaftlichen Institut TARGET GROUP GmbH (Nürnberg) durchgeführt. Es wurden 1.441 KMU mit Hilfe des CATI (Computer Assisted Telephone Interview) befragt. Ziel der Befragung war es, eine Bestandsaufnahme in KMU durchzuführen und Beratungsbedarfe zum Themengebiet „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ mit all seinen Facetten exakter abzuleiten.

---

<sup>26</sup> vgl. InReha, 2010

Als eines der Ergebnisse wurde herausgearbeitet, dass die Fehlzeiten in den Unternehmen nur zum Teil systematisch erfasst werden (vgl. Kapitel 1.2). Es ist anzunehmen, dass das Betriebliche Eingliederungsmanagement nicht oder zu spät eingeleitet wird. Betriebliches Eingliederungsmanagement sowie die gesetzliche Verpflichtung ist bei 83% der Kleinstbetriebe und 72% der Betriebe unter 50 Beschäftigten nicht bekannt. Der Präventionsgedanke, den der Gesetzgeber in § 84 SGB IX formuliert hat, ist in den Betrieben noch nicht umgesetzt. Prävention und Gesundheitsförderung werden in der Breite möglicher Maßnahmen noch nicht genutzt. So beschränkt sich dies auf Arbeitsplatz- sowie die Arbeitszeitgestaltung. 75% der Unternehmen haben noch keine Anstrengungen unternommen, ihre Personalpolitik dem demografischen Wandel anzupassen. Hier bestehen offensichtlich Bedarfe, Unternehmen im betrieblichen Altersmanagement aufzuklären, zu unterstützen und ggf. mit geeignetem Dienstleistern angepasste Lösungen für das Unternehmen zu finden. Die Befragung der 1.441 KMU ergibt eine gute Bestandsaufnahme zum Stand des Betrieblichen Gesundheitsmanagement, die durchaus auf andere Regionen in der Bundesrepublik übertragbar ist. Der Bekanntheitsgrad für Betriebliche Gesundheitsförderung lag mit 32,8% deutlich niedriger als in anderen z. B. Studien der DRV (2008 [41%]), Meyer (2008 [45%]). Der Bekanntheitsgrad von BEM in dieser Studie betrug 34,8% und lag damit niedriger als in anderen Studien (Marfels/Niehaus [66,6%]), Köpke [66,6%])<sup>27</sup>.

Die empirische Studie „Gesunde Arbeit für alle“ (Köpke) in Zusammenarbeit mit der DRV Nord zur Verbesserung betrieblicher Gesundheitspolitik insbesondere in Klein- und Mittelbetrieben in Norddeutschland liegt seit 2009 vor. Experten in Betrieben kleiner und mittlerer Unternehmen aus Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein (n=30) wurden befragt. Zur Vorbereitung der Gespräche erhielt jeder Betrieb ein Informationsblatt sowie einen Fragekatalog. Die Datenauswertung wurde anhand von Protokollnotizen der Experteninterviews vorgenommen. Im Ergebnis konnten Informationsdefizite bezüglich des BEM aufgezeigt werden, was zukünftig eine nachhaltige Informations- und Öffentlichkeitsarbeit notwendig macht (u. a. durch die gemeinsamen Servicestellen) mit dem Ziel mehr Individualität und Selbstbestimmung der Akteure zu erreichen. Die Ergebnisse verdeutlichen auch eine wechselseitige Bedingtheit positiven Verhaltens, d. h. Arbeitgeber investieren in Gesundheit ihrer Beschäftigten, wenn Arbeitnehmer dieses Ziel ebenfalls unterstützen und sich dabei aktiv einbringen.

---

<sup>27</sup> vgl. Zelfel et al., o. J.

Seit kurzen liegen erste Ergebnisse der Unternehmensbefragung im Rahmen des Projekts „GundA – Gesundheit und Arbeit“ am Projektstandort Berufsförderungswerk Leipzig vor (Projektleitung Uhlig). Das Projekt lief bis zum Juni 2010 und wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert. Im Fokus der Unternehmensbefragung standen Klein- und Mittelbetriebe. Ziel der Unternehmensbefragung war es die Situation und Bedarfe zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement in KMU zu erheben. Es wurden insgesamt 30 Personen in Leitungspositionen in Unternehmen mittels problemzentrierter Leitfäden interviewt. Auf Basis der transkribierten Interviews erfolgte die Datenauswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse. Im Bericht wird aufgezeigt, dass Klein- und Mittelbetriebe kaum vorhandene Strukturen zur Ein- und Durchführung eines BEM besitzen. Darauf aufbauend wurden die Bedarfe von KMU abgeleitet. Es wurden Informationsbedarfe und konkrete Unterstützungsbedarfe im auftretenden Einzelfall herausgefiltert. Auch im Hinblick auf die konkrete Durchführung und Finanzierung wurde von Seiten der Betriebe Bedarfe geäußert. Ein besonderer Informationsbedarf wird hinsichtlich gesetzlicher Regelungen, Zuständigkeiten, Fördermöglichkeiten und Verfahrensabläufe benannt.

Das Projekt „Werkzeugkasten BEM“ (2010) verfolgt mit Unterstützung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales das Ziel „systematische Instrumente des BEM für die Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit (...) in kleinen und mittleren Betrieben (KMU) zu schaffen“<sup>28</sup>. Der Fokus liegt dabei auf Betriebe in Ostdeutschland.

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) hat am 30. November 2007 in Bremen eine Fachtagung zum BEM durchgeführt. Auf den rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien von DRV Bund und DGRW ist das BEM in den letzten drei Jahren Thema einer Satellitenveranstaltung und von Beiträgen gewesen. Neben einem Teil der genannten Projekte wurden dort weitere Praxisbeispiele, vorrangig aus einzelnen größeren Betrieben oder von einzelnen Rehabilitationsträgern vorgestellt.

Die rechtswissenschaftliche Diskussion über das richtige Verständnis von § 84 SGB IX ist in den letzten drei Jahren in arbeitsrechtlichen Fachzeitschriften sowie in dem im Internet publizierten Diskussionsforum „Teilhabe und Prävention“ (Forum B – Schwerbehindertenrecht und Fragen des betrieblichen Gesundheitsmanagement) des IQPR<sup>29</sup> intensiv geführt worden.

---

<sup>28</sup> Lange et al., 2010, S. 50

<sup>29</sup> Das Diskussionsforum wird nun von der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation getragen - [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de)

Durch die Rechtsprechung der Landesarbeitsgerichte und des Bundesarbeitsgerichts<sup>30</sup> zeichnen sich Klärungen insbesondere von Zweifelsfragen aus dem Individualarbeitsrecht ab. Die sozialrechtliche Diskussion über die Aufgaben der Sozialleistungsträger im Kontext des BEM ist in den Fachzeitschriften weniger breit geführt worden, hat jedoch im Diskussionsforum „Teilhabe und Prävention“ (Forum A – Leistungen zur Teilhabe und Prävention) seinen Niederschlag gefunden.

### **3. Methodik**

#### **3.1 Forschungskonzept**

##### **3.1.1 Forschungsfragen**

Konkret soll durch diese Studie untersucht werden, wie ein Betriebliches Eingliederungsmanagement in Klein- und Mittelbetrieben gestaltet werden muss, um die rechtlichen Anforderungen zu erfüllen und um aus heutiger Sicht Erfolg versprechend zu sein.

##### ***Rechtswissenschaftliche Fragestellungen***

Zunächst war aus rechtswissenschaftlicher Sicht aufzuarbeiten, welche Anforderungen § 84 SGB IX im Kontext des gesamten Arbeits- und Sozialrechts an die betrieblichen Akteure stellt und welche Handlungsmöglichkeiten das geltende Recht insbesondere den Sozialleistungsträgern offeriert. In diesem Zusammenhang ist es von Bedeutung zentrale Faktoren für eine erfolgreiche Umsetzung des Rechts zu untersuchen. Hieraus können wiederum Rückschlüsse für ein richtiges Verständnis der Norm und deren Anwendung gezogen werden. Recht und Wirklichkeit werden so in ein reflexives Verhältnis gesetzt.

##### ***Ökonomische Fragestellungen***

Die Bedingungen für das BEM waren auch unter gesundheitsökonomischen und betriebswirtschaftlichen Aspekten zu betrachten. Gesundheitsökonomisch waren die sozial- und makroökonomischen Anreizstrukturen für das BEM zu untersuchen. Hierzu waren zunächst begründete Hypothesen darüber zu entwickeln, welche Kosten und welchen Nutzen die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben für einzelne Arbeitnehmer, für Betriebe und für Sozialleistungsträger haben kann.

---

<sup>30</sup> vgl. BAG Ur. v. 12.07.2007 Az. 2 AZR 716/06

Speziell war dabei zu betrachten, ob sich die ökonomischen Anreize in kleinen Betrieben von denen in größeren Betrieben unterscheiden und welchen Einfluss die Arbeitsmarktlage und Wirtschaftsstruktur haben. Durch die ökonomische Untersuchung waren zu setzende Handlungsanreize, insbesondere die Bonusregelung in § 84 Abs. 3 SGB IX theoretisch zu fundieren, um über ihre Anwendung entscheiden zu können.

Die betrieblichen Akteure – insbesondere Arbeitgeber, Personalverantwortliche, Meister, sowie betriebliche Interessenvertreter – sollten nach ihren Einstellungen zu und Erfahrungen mit betrieblichem Gesundheitsmanagement und den Problemen längerfristiger Erkrankung von Beschäftigten befragt werden. Im Besonderen sollte untersucht werden, wie dabei entstehende oder befürchtete Kosten und Nutzen in Entscheidungsprozessen einbezogen werden und welche Erwartungen vor diesem Hintergrund an externe Unterstützung bestehen. Es sollte erkundet werden, wie der Faktor der Gesundheit der Beschäftigten – etwa zur Sicherung von Humankapital, Produkt- und Dienstleistungsqualität – in das laufende Management von Betrieben integriert wird und welche Potenziale hier bestehen.

### ***Psychologische Fragestellungen***

Psychologisch war zu untersuchen, auf welche hemmenden und fördernden Faktoren die Realisierung des BEM bei den handelnden Personen (betroffene Beschäftigte, Kollegen, Arbeitgeber, Meister, Personalleiter, Betriebsratsmitglieder; Mitarbeiter der Sozialleistungsträger) trifft. Dabei waren insbesondere die Motivation zur eigenen Wiedereingliederung und zu gesundheitsförderlichem Handeln, die Angst vor Veränderung und die Motivation zur Unterstützung anderer zu untersuchen. Als Hypothese kann dabei dienen, dass die Aktivierung endogener Potenziale im Betrieb Vorrang vor der Inanspruchnahme exogener Hilfen haben sollte. Ziel war es, Handlungsroutinen und Handlungsweisen zu suchen, die den Zielen des BEM förderlich sind und Barrieren zu seiner Verwirklichung abbauen helfen. Alle genannten Personen sollten darüber befragt werden, welche psychologischen Faktoren für bedeutsam gehalten werden, um eine positive Einstellung zum BEM insbesondere bei Arbeitgebern, Kollegen und den betroffenen langzeiterkrankten Beschäftigten zu erreichen. Hier geht es besonders um die Bedingungen für wechselseitiges Vertrauen, eine positive Wahrnehmung der Chancen für eine betriebliche Wiedereingliederung und um die Vermeidung der betrieblichen Desintegration bei längerer Krankheit.

### 3.1.2 Empirische qualitative Forschungsmethode

Der vorliegenden Studie liegen Methoden der empirischen qualitativen Sozialforschung zugrunde. Es wurden ausgewählte leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt und ausgewertet. Der empirischen Forschung dienen Erfahrungen der Interviewpartner und deren Reflexion als Erkenntnisquelle<sup>31</sup>. Der qualitative Forschungsansatz wurde gewählt, da zum jetzigen Zeitpunkt des Forschungsstandes eine quantitative Methode noch nicht sinnvoll erscheint. Bereits aus anderen vorliegenden Studien (siehe Kapitel 2) ist bekannt, dass der Kenntnisstand über das Betriebliche Eingliederungsmanagement auch sechs Jahre nach seiner gesetzlichen Verankerung besonders in kleinen und mittleren Betrieben des Handwerks nur sehr gering ausfällt. Das BEM findet dort bisher erst selten praktische Anwendung. Es erschien daher wenig Erfolg versprechend eine breit angelegte Studie mit Fragebögen in Unternehmen des Handwerks durchzuführen. Auch eine breite schriftliche Befragung anderer Experten (z. B. der Sozialleistungsträger) schien nicht der richtige Ansatz zu sein.

Die qualitative Forschungsmethode ist dagegen sehr gut geeignet, zunächst die notwendigen Entstehungsvoraussetzungen für ein erfolgreiches BEM näher zu ergründen. Als weiteres Argument spricht für die Wahl der qualitativen Methode, dass die vorliegende Studie sehr disparate Akteure einbezieht. Unterschiedliche Meinungen und Blickwinkel auf den Forschungsgegenstand werden gegenüber gestellt. Das eröffnet die Möglichkeit, besonders die praktischen Erfahrungen der einzelnen Experten zu berücksichtigen. Gerade dieses Expertenwissen, das sowohl spezialisiertes Betriebswissen als auch persönliches Erfahrungs- und Kontextwissen beinhaltet, könnte nur schwer mittels quantitativer Forschungsmethoden erhoben werden<sup>32</sup>.

Den Expertenstatus erhielten die Interviewten, weil sie entweder zur Durchführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements auf Grund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet, zur Mitwirkung und Zusammenarbeit beauftragt oder davon persönlich betroffen sind. Das Studiendesign sah erstmals die Einbeziehung *aller* am Betrieblichen Eingliederungsmanagement beteiligten Akteure vor. Dieses Ziel steuerte die Auswahl der beteiligten Experten, welche die große Vielfalt und Unterschiedlichkeit der im BEM-Prozess Beteiligten abbilden sollte. Jede Expertengruppe wurde durch mindestens ein bis maximal sieben Vertreter besetzt.

Vor dem Eintritt in die Phase der Interviewdurchführung wurde eine umfangreiche wissenschaftliche Recherche durchgeführt.

---

<sup>31</sup> vgl. Bango, 2000, S. 94f

<sup>32</sup> vgl. Bogner, 2009, S. 73ff

Rechts- und sozialwissenschaftliche sowie ökonomische Recherchemethoden unterscheiden sich in ihrer Herangehensweise grundsätzlich voneinander. Die aus der Recherchearbeit resultierenden Erkenntnisse bildeten anschließend die Grundlage für die Entwicklung des Leitfadens. Es erfolgte somit eine Verknüpfung von Datenanalyse (Recherche) und qualitativer empirischer Methoden (Interviews).

### **3.2 Methoden wissenschaftlicher Recherche**

#### **3.2.1 Rechtswissenschaftliche Recherche**

Grundlage des Betrieblichen Eingliederungsmanagements ist die Rechtsvorschrift in § 84 SGB IX. Diese wurde mit dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) zum 1. Juli 2001 eingeführt und zum 1. Mai 2004 durch Art. 1 Nr. 20 des Gesetzes zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen vom 23. März 2004 (BGBl. I, S. 606) geändert.

Um den Bedeutungsgehalt von § 84 SGB IX für kleine und mittlere Unternehmen sowie für Sozialleistungsträger angemessen zu verstehen, ist es notwendig die Rechtsnorm auszulegen. Hierzu ist es zunächst nötig, die zu § 84 SGB IX zugänglichen Gesetzgebungsmaterialien, die Rechtsprechung und die rechtswissenschaftliche Literatur auszuwerten. Die Gesetzgebungsmaterialien (BT-Drucks. 14/3372; 14/5074; BT-Drucks. 15/1783; 15/2357) sind als Drucksachen des Deutschen Bundestages öffentlich zugänglich. § 84 SGB IX kann Gegenstand der Rechtsprechung der Arbeitsgerichte, der Sozialgerichte, der Verwaltungsgerichte und in einzelnen Fällen auch der ordentlichen Gerichte sein. Die Recherche erfolgt hier über die Datenbank juris und die Fachzeitschriften. In ihnen sind nicht alle Gerichtsentscheidungen nachgewiesen, sondern nur solche, die von den Gerichten als interessant angesehen und zur Veröffentlichung eingeschickt wurden. Dies kann bei den Entscheidungen der ersten und zweiten Instanz zu Verzerrungen führen. Vor Gericht ausgetragene Konflikte, die mit einem Vergleich enden, können über eine Entscheidungsrecherche grundsätzlich nicht erfasst werden. Von besonderer Bedeutung sind die Revisionsentscheidungen der obersten Bundesgerichte (Bundesarbeitsgericht, Bundessozialgericht, Bundesverwaltungsgericht, Bundesgerichtshof), da sich die anderen Instanzen an ihnen orientieren. Die veröffentlichte rechtswissenschaftliche Literatur befasst sich in Kommentaren, Handbüchern, Lehrbüchern und Monografien mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement. Die Literatur wird zum größten Teil in der Datenbank juris nachgewiesen.

Dazu kommen internetbasierte Diskussionsforen (insbesondere [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de)), die ebenfalls ausgewertet wurden.

Nicht alle relevanten Auslegungsfragen erreichen die Gerichte oder werden in der Literatur antizipiert. Ziel des Projektes war es auch, spezifische Probleme der Auslegung und Anwendung von § 84 SGB IX in kleinen und mittleren Unternehmen zu erheben, um somit neue Fragestellungen für die Rechtswissenschaft zu erschließen.

Die Auslegung der Rechtsnorm erfolgt nach dem Wortlaut (grammatische Methode), der Entstehungsgeschichte (historische Methode), nach dem Kontext (systematische Methode) und nach Sinn und Zweck (teleologische Methode). Die Auslegungsmethoden sind dabei nicht jeweils einzeln, sondern im Zusammenwirken anzuwenden. Dies umfasst notwendig eigene Wertungsentscheidungen. In diese Entscheidungen konnten insbesondere im Rahmen der teleologischen Methode die im Projekt gewonnenen empirischen Erkenntnisse einfließen.

Die grammatische Methode ist hermeneutisch. Bei ihr geht es um das möglichst klare und intersubjektiv teilbare Verständnis der Rechtssätze. Es wird auf den allgemeinen Sprachgebrauch der Wortbedeutungen zurückgegriffen. Die grammatische Methode führt oft nicht zu eindeutigen Ergebnissen, sondern lässt mehrere Verständnisse von Worten und Begriffen zu. In diesem Fall ist mit Hilfe der anderen Auslegungsmethoden ein Sinngehalt zu ermitteln. Bei Anwendung der historischen Methode ist danach zu fragen, welchen Sinngehalt der historische Gesetzgeber dem Gesetz beilegen wollte. Hierzu sind insbesondere die Materialien der Gesetzgebung auszuwerten. Bei der systematischen Methode ist das normative Umfeld der auszulegenden Rechtsnorm heranzuziehen. Dies ist im arbeitsrechtlichen Schwerbehindertenrecht, im Recht der Rehabilitation und Teilhabe, weiter gehend im gesamten Arbeitsrecht und Sozialrecht zu finden. In Bezug auf besondere Sinngehalte für kleine und mittlere Betriebe und Unternehmen sind dabei auch diejenigen Rechtsnormen des Arbeitsrechts zu betrachten, in denen für diese besondere Regelungen vorgesehen sind. Die systematische Auslegung stellt Rechtsnormen auch in den Kontext des übergeordneten Verfassungsrechts und Europäischen Rechts. Bei der teleologischen Auslegung sind der Sinn und Zweck (telos) einer Rechtsnorm zu ermitteln. Ansatzpunkte dafür sind mit Hilfe der anderen Auslegungsmethoden zu finden. Eine teleologische Auslegung wird insbesondere erforderlich, wenn etwa auf Grund unvorgesehener oder veränderter Kontextfaktoren der Rechtsnorm Auslegungsfragen entstehen. So ist ersichtlich, dass der Gesetzgeber bei § 84 SGB IX einen eher großbetrieblichen Kontext vor Augen hatte, so dass für kleine und mittlere Betriebe und Unternehmen viele Fragen offen geblieben sind.

Die teleologische Methode ist auch an der Effektivität der Rechtsnorm im Hinblick auf den Regelungszweck orientiert. Für ihre Anwendung bedarf es daher oft empirischer Informationen, wie sie hier im Projekt erhoben wurden.

### 3.2.2 Ökonomische Recherche

Ziel des Projektes war es den ökonomischen Nutzen und mögliche Kosten zu identifizieren, die die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben des § 84 Abs. 2 SGB IX für Unternehmen und Sozialleistungsträger haben können.

Da sich nur wenige Publikationen mit den Aspekten der Kosten und Nutzen des BEM in KMU auseinandersetzen, wurde ein fiktiver Ausgangsfall für eine Kostenabschätzung für drei verschiedene Szenarien im Anschluss eines Krankheitsfalls entwickelt, der die Voraussetzungen für die Anwendung des Betrieblichen Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX erfüllt<sup>33</sup>.

Zunächst wurde eine Recherche mit Hilfe von Literatur-Datenbanken, Wissenschaftsdatenbanken, sowie auf Internetseiten relevanter Organisationen, durch Handsuche in verschiedenen Zeitschriften und Katalogen durchgeführt.

Auf folgende Literatur-Datenbanken und Suchmaschinen wurde zurückgegriffen.

- Pubmed
- Springer-Link
- Google Scholar
- BASE (Bielefeld Academic Search Engine)
- Rehadat

Die Suche erstreckte sich im ersten Schritt auf Studien, die sich mit dem BEM im Allgemeinen beschäftigen. Aus diesen Studien wurden Indikatoren herausgefiltert, die Kosten und Nutzen für Unternehmen und Sozialleistungsträger beschreiben. Dies diente als Grundlage für die Kostenaufstellung in den Fallbeispielen des Kapitels 7.<sup>34</sup>

In einem zweiten Schritt wurde anhand einzelner Stichwörter und Wortkombinationen nach entsprechenden Quellen gesucht (bspw. Erwerbsminderungsrente, Kosten, Fehlzeiten, Krankengeld, Nutzen, durchschnittliche Stundenverrechnungssätze, Humankapital quantifizieren oder Kosten-Nutzen-Analyse, Wirksamkeit). Nach einer ersten Sondierung der vorhandenen Literatur fiel schnell auf, dass es nur sehr wenige veröffentlichte Studien gibt, die eine Kosten-Nutzen-Analyse des BEM fokussieren.

<sup>33</sup> Die genaue Beschreibung des Fallbeispiels wird in Kapitel 7.2.2 vorgenommen.

<sup>34</sup> siehe auch Kapitel 7.2.2

Auf Grund dessen wurde in die Recherche auch das Themenfeld der Betrieblichen Gesundheitsförderung einbezogen. Beide Themengebiete gehören zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement und haben eine präventive, betriebliche Ausrichtung. In der Forschung zur Betrieblichen Gesundheitsförderung wurden bereits maßgeschneiderte Konzepte für KMU entwickelt und evaluiert. Diese Konzepte und das darauf aufbauende Wissen sind auch zur Entwicklung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements zu beachten. Von Bödeker et al. (2008)<sup>35</sup> haben u. a. Metaanalysen zur Wirksamkeit und zum Nutzen von Maßnahmen im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung untersucht und deren Effekte beschrieben.

Ergänzend zur Recherche in den Datenbanken und Suchmaschinen wurden Internetauftritte folgender Institutionen ausgewertet.

- Robert-Koch-Institut
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
- Agentur für Arbeit
- Deutsche Rentenversicherung
- Bundesministerium für Gesundheit
- Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung

Dies diente zur Ermittlung der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitsdauer, Verweildauer im Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtung bei einem Bandscheibenvorfall. Zur Ermittlung der direkten medizinischen Kosten aus Sicht der Krankenversicherung wurde exemplarisch eine Krankenkasse direkt angesprochen und um eine Sonderauswertung ihrer Daten gebeten.

Zur Ermittlung der betrieblichen Kosten wurden zwei Referenzbetriebe aus dem Bereich des Handwerks und des Dienstleistungssektor ausgewählt und telefonisch oder/und persönlich zu verschiedenen Indikatoren (z. B. durchschnittlichen Stundenverrechnungssätzen, Ausbildungskosten,...) befragt. Die folgende Abbildung zeigt die einbezogenen Sozialleistungsträger sowie die einbezogenen Kostenarten als Grundlage zur Berechnung der BEM-Kosten.

---

<sup>35</sup> IGA-Report 13, 2008

Kosten – Unternehmung (mit 7 und 30 MA)	Kosten – Sozialleistungsträger
<p><b>Verwaltungsaufwand</b></p> <p><b>Entgeltfortzahlung</b></p> <p><b>Umlage (U1)</b> im Krankheitsfall: Erstattung von bis zu 80% auf Antrag (§ 1 AAG); Berechnung für 60% Erstattung</p> <p><b>Personal</b></p> <p><b>Personalersatzkosten:</b></p> <p><b>Leistungsfähigkeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. - 2. Tag 70%</li> <li>3. - 5. Tag 90%</li> <li>ab 6. Tag 100%</li> </ul> <p><b>BEM-Kosten</b></p> <p><b>Beratung und Durchführung einmaliges BEM durch externe Firma</b></p> <p><b>Wiederbeschaffung des Humankapitals</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• direkte Entlassungskosten</li> <li>• direkte Beschaffungskosten</li> <li>• direkte und indirekte Ausbildungskosten</li> </ul> <p><b>Pflicht zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen</b></p> <p><b>Arbeitsschutzausschuss</b></p> <p><b>Betriebsrat</b></p>	<p><b>Krankenversicherung</b></p> <p><b>direkte medizinische Kosten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• stationäre Behandlungskosten</li> <li>• Physiotherapie</li> </ul> <p><b>direkte nicht medizinische Kosten: Krankengeld</b></p> <p><b>indirekte Folgekosten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beitragsmindereinnahmen durch eventuellen Verlust des Arbeitsplatzes</li> </ul> <p><b>Rentenversicherung</b></p> <p><b>direkte medizinische Kosten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• stationäre medizinische Rehabilitation</li> </ul> <p><b>direkte nicht medizinische Kosten: Übergangsgeld</b></p> <p><b>indirekte Folgekosten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beitragsmindereinnahmen durch eventuellen Verlust des Arbeitsplatzes</li> <li>• Erwerbsminderungsrente</li> <li>• Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung</li> </ul> <p><b>direkte BEM-Kosten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stufenweise Wiedereingliederung</li> <li>• berufliche Rehabilitation</li> <li>• ergänzende Leistungen nach § 44 SGB IX</li> </ul> <p><b>Bundesagentur für Arbeit</b></p> <p><b>Folgekosten bei Arbeitsplatzverlust:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitslosengeld I</li> <li>• Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung</li> <li>• Beitragsverluste durch Zahlung von Arbeitslosengeld I und II</li> </ul>

Abbildung 4: „Einbezogene Komponenten für eine Kosten-Analyse aufgeteilt nach Betrieb und Sozialleistungsträger“<sup>36</sup>

<sup>36</sup> eigene Darstellung

### 3.2.3 Sozialwissenschaftliche Recherche

Um sozialwissenschaftliche Texte zu lesen und zu analysieren, nutzt man die Hermeneutik (*griech. Kunst der Auslegung*), die eine spezifisch geisteswissenschaftliche Methode ist.

„Sie ist die Lehre vom Verstehen und Begreifen geisteswissenschaftlicher Gegenstände“.<sup>37</sup> Die hermeneutische Auslegung von Texten bedeutet auch, dass bei deren Interpretation die Individualität des Autors Berücksichtigung findet. Weiterhin werden Textaussagen nicht nur in ihrem sprachlichen, sondern auch in ihrem konkreten Lebens- bzw. Entstehungszusammenhang betrachtet. Dabei bedingen sich das Vorverständnis des Lesers und die Interpretation des Textes gegenseitig. Dieses Phänomen wird auch als „hermeneutischer Zirkel“ bezeichnet<sup>38</sup>.

Die Hermeneutik ist keine einheitliche Methode mit festen Regeln. Hermeneutische Interpretationsmethoden können vielfältig aussehen<sup>39</sup>.

Folgende Ansätze waren für diese Studie hilfreich.

Frage	Name
Inwieweit spiegelt ein Text reale gesellschaftliche Verhältnisse wider?	soziologische Methode
Frage nach dem Vergleich mit anderen Auffassungen	komparatistische Methode
Frage nach dem Sinn eines Textes: durch Auslegung der Textaussagen <ul style="list-style-type: none"> <li>• in ihrem sprachlichen</li> <li>• und historischen Kontext und</li> <li>• durch intuitives Erfassen von Texten</li> </ul>	hermeneutische Methode

Tabelle 1: „Hermeneutische Interpretationsmethoden“<sup>40</sup>

Zur Recherche und Annäherung der psychologischen Fragestellungen im Betrieblichen Eingliederungsmanagement wurde ein Psychologe konsultiert. In den Gesprächen wurde deutlich, dass der Fokus nicht ausschließlich auf einer individualpsychologischen Sichtweise des Einzelnen, sondern vielmehr auf dem Gebiet der Organisationspsychologie liegen sollte.

<sup>37</sup> vgl. Stary, 1994, S. 70

<sup>38</sup> vgl. ebenda

<sup>39</sup> vgl. ebenda, S. 71

<sup>40</sup> eigene Darstellung

In Bezug auf das BEM stehen die einzelnen Akteure in einem sozialen Zusammenhang ihrer jeweiligen Organisation – insbesondere des Betriebes – die wiederum gesellschaftlich eingebettet ist. Die Sichtung und Analyse der Literatur konzentrierte sich deshalb auf Themen rund um Organisationen, wie bspw. Betriebsklima und Führungsstile. Das einzelne Individuum wird bei der Analyse der Phänomene „Vertrauen, Motivation und Angst“ in den Fokus genommen. Das komplexe Geschehen der Beratung hat eine weitere wichtige Bedeutung für die Prozedere des Betrieblichen Eingliederungsmanagements. Ansätze aus der Beratungspsychologie sind hier hilfreich.

### **3.3 Durchführung der Experteninterviews**

#### **3.3.1 Feldzugang**

Für den qualitativen Teil der Studie konnten insgesamt 38 Interviewpartner gewonnen werden, die vor allem in Mecklenburg-Vorpommern beheimatet waren. Die Vorgehensweise, Experten/innen zu finden, orientierte sich an einer Vorabfestlegung der Samplestruktur.<sup>41</sup> Diese ergab sich zum einen aus dem Gesetz, welches die große Bandbreite der beteiligten Akteure im Verfahren des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 SGB IX widerspiegelt. Bei der Auswahl der Experten war es grundsätzlich keine notwendige Voraussetzung, dass bereits Kenntnisse oder Umsetzungsstände zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement vorlagen. Gerade der persönliche und fachliche Erfahrungshorizont aller Akteure sollte erfragt werden, im Besonderen auch dort, wo die Umsetzung des BEM bisher noch nicht in ausreichendem Maße gelungen ist.

Neben den im Gesetz genannten Beteiligten ergab sich aus der Forschung, dass auch die Fachkraft für Arbeitssicherheit als weiterer unterstützender Akteur sinnvoll ist, da sie selbst einen guten Einblick in die gesundheitliche Situation der Beschäftigten gewinnt. Darüber hinaus wurden auch Vertreter der Agentur für Arbeit interviewt, um den Bereich der außerbetrieblichen Akteure zu vervollständigen. Die Agentur für Arbeit ist zwar kein Träger der medizinischen Rehabilitation, aber der beruflichen Rehabilitation. Außerdem besitzt sie ein Netzwerk zur Weitervermittlung in Arbeit, das anderen Rehabilitationsträgern fehlt. Eine Zusammenarbeit im BEM-Verfahren mit anderen Rehabilitationsträgern scheint durchaus lohnend, da gerade in Klein- und Mittelbetrieben eine Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz im Unternehmen kaum machbar ist. Die Agentur für Arbeit ist sicherlich kein primärer Ansprechpartner für das Betriebliche Eingliederungsmanagement, dennoch kann auch sie Wege und Möglichkeiten aufzeigen, wenn ein Arbeitnehmer vor einer Kündigung steht.

---

<sup>41</sup> vgl. Hien, 2009, S. 21

Der Zugang auf der betrieblichen Ebene erfolgte durch Kontakte der Hochschule Neubrandenburg. Im Besonderen wurde der Kontakt zu Arbeitgebern kleiner und mittlerer Unternehmen des Handwerks hergestellt, die bereits an Forschungsvorhaben der Hochschule Neubrandenburg zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in Zusammenarbeit mit der IKK Nord teilnahmen/teilnehmen. Die Betriebe zeichneten sich durch großes Interesse am Forschungsvorhaben aus. Der Kontakt zu Arbeitgebern im Bereich der ambulanten Pflegedienste konnte ebenfalls durch Netzwerke der Hochschule Neubrandenburg vermittelt werden. Bei der Eruiierung der Betriebe wurden die unterschiedlichen Betriebsgrößen berücksichtigt. Hinter dem Begriff der KMU verbirgt sich keine homogene Klasse. Kleinstbetriebe (1 - 9 Beschäftigte) sind nicht ohne weiteres vergleichbar mit mittleren Unternehmen (50 - 250 Mitarbeitern).<sup>42</sup>

Auf Grund vorhergehender Rechercheergebnisse wurden Pflegedienste in verschiedenen Trägerschaften berücksichtigt. Der Grund liegt in der unterschiedlichen Organisationsstruktur. Pflegedienste kirchlicher Träger gehören zu einem Verband. Hier kann es durchaus sein, dass Abteilungen wie etwa die Personalabteilung, überbetrieblich organisiert werden.

Als besonders problematisch zeigte sich die Rekrutierung von Interviewpartnern aus dem Bereich der Betriebsräte. Der Kontakt konnte über einzelne Mitglieder von Gewerkschaften hergestellt werden (IG Metall, ver.di, IG Bau). Ein Interviewpartner der Schwerbehindertenvertretung aus dem betrieblichen Kontext des Handwerks oder der Pflegedienste konnte zu Interviewzwecken nicht gewonnen werden. Im Verwaltungsbereich, mit Charakter eines Klein- und Mittelbetriebes eröffnete sich die Möglichkeit, einen Schwerbehindertenvertreter zu interviewen. Der Zugang zu Betriebsärzten eröffnete sich durch Forschungspartner.

Die Rekrutierung von außerbetrieblichen Akteuren (Sozialleistungsträger und Sozialleistungsanbieter) eröffnete sich durch verschiedene Netzwerke. Auf Tagungen, im Bereich der Rehabilitation (Reha-Kolloquium Münster, Jubiläumskongress der DVfR Berlin, Berufshelfertagung der Unfallversicherung Nordost, EIBE Abschlussveranstaltung in Nürnberg), sowie auf Beratungen des Runden Tisches Setting „Arbeitswelt“ beim Ministeriums für Soziales und Gesundheit in Schwerin konnten weitere Kontakte zu Experten hergestellt oder eine Unterstützung bei der Akquise noch fehlender Interviewpartner gewonnen werden.

---

<sup>42</sup> Laut Definition über die Unternehmensklassen der Kommission der Europäischen Gemeinschaften.

Des Weiteren wurden auch initiativ und direkt einzelne Gesprächspartner angefragt, sofern kein anderer Zugang möglich war und dieser Experte in der Stichprobe noch nicht ausreichend vertreten war. Als Hemmnis bzw. Ablehnungsgrund erwies sich u. a. dass kein Bedarf gesehen, der Zeitaufwand gescheut wurde oder nach eigener Aussage keine kompetenten Ansprechpartner zur Verfügung ständen. Aus Sicht der Arbeitnehmer bestand eine große Scheu sich diesem Thema zu öffnen.

Im Folgenden Abschnitt wird detailliert beschrieben, welche Interviewpartner sich aus dem Feldzugang ergeben haben.

### 3.3.2 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt wurden 38 Experteninterviews durchgeführt, digital aufgenommen, transkribiert und anschließend mit Hilfe von MAXQDA (Computersoftware zur qualitativen Datenanalyse) ausgewertet. Die Zeitspannen der einzelnen Interviews umfassten ca. 30 bis 90 Minuten und wurden meist in der jeweiligen Institution des Interviewten durchgeführt.

Die unten stehende Abbildung zeigt die große Spannweite der Expertengruppen. Am stärksten sind im Sample die Sozialleistungsträger vertreten.

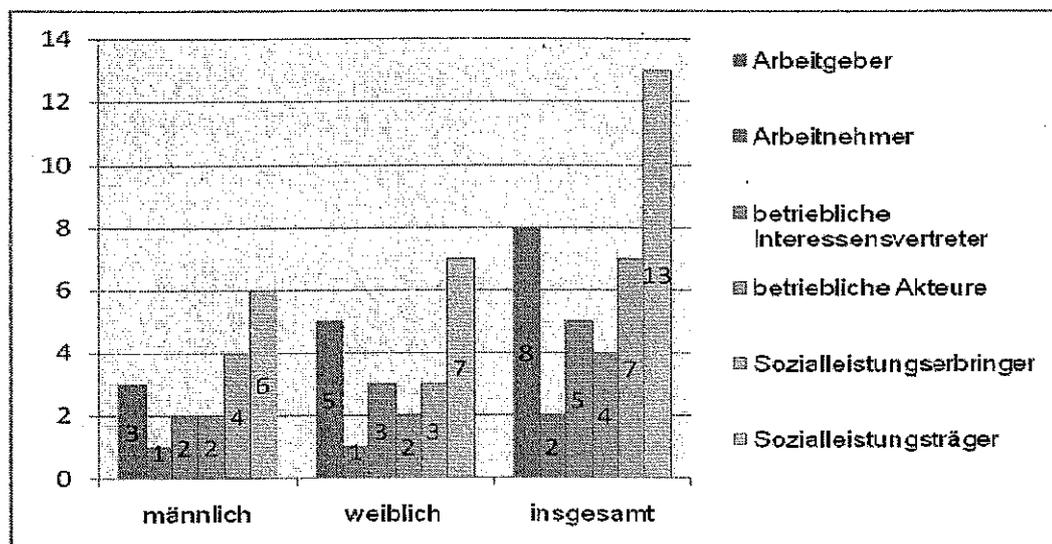


Abbildung 5: „Verteilung der Experten nach Gruppen“<sup>43</sup>

Es wurden zumeist zwei Experten interviewt, die jeweils in einer Führungsfunktion bzw. in ausführender Funktion bei Rentenversicherung, Krankenversicherung, Unfallversicherung, Integrationsamt und Agentur für Arbeit beschäftigt sind. Abweichend vom vorabfestgelegten Sample wurden Vertreter von zwei unterschiedlichen Krankenkassen interviewt.

<sup>43</sup> eigene Darstellung

Damit konnte ein Vergleich zwischen zwei Krankenkassen im Umgang mit dem Thema BEM gewonnen werden. Im diesem Zusammenhang wurden drei Experten auf operativer Ebene in die Interviews einbezogen.

Im Bereich der Sozialleistungserbringer wurden Vertreter von zwei stationären und einer ambulanten medizinische Rehabilitationseinrichtung interviewt, sowie Experten von Berufsförderungswerken und des Integrationsfachdienstes. Diese Gruppen und die Gruppe der Sozialleistungsträger bilden den Komplex der außerbetrieblichen Akteure.

Im Gegensatz dazu zählen zu den inner- bzw. betrieblichen Akteuren die Vertreter der Arbeitgeber, Arbeitnehmer, betriebliche Interessenvertreter und betriebliche Akteure (Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Betriebsarzt).

Die Arbeitgeber unterteilten sich in unserem Studiendesign nochmals in Betriebe des Handwerks und der ambulanten Pflege. Es wurden insgesamt acht Arbeitgeber interviewt. In der Regel wurden die Geschäftsführer bzw. Inhaber interviewt. In zwei Fällen konnten Personalabteilungsleiter interviewt werden. Die Geschäftsführer oder Inhaber leiten seit mindestens 4 Jahren bis hin zu 27 Jahren ihr Unternehmen.

Ursprünglich angestrebt war eine gleiche Verteilung der Betriebe nach Unternehmensgröße. In der vorliegenden Stichprobe konnte nur ein ambulanter Pflegedienst interviewt werden, der die Größe eines Kleinbetriebes aufweist. Vier Betriebe waren Kleinbetriebe (10 - 50 Mitarbeiter) und drei Betriebe waren der Größenordnung der mittleren Unternehmen zuzuordnen. Auch die interviewten Arbeitnehmer waren in mittleren Betrieben beschäftigt, ebenso die vier interviewten Betriebsratsmitglieder. Bei den Betriebsräten wurden die Betriebsratsvorsitzenden interviewt.

Arbeitgeber, Arbeitnehmer sowie betriebliche Interessenvertreter kamen dabei aus ganz unterschiedlichen Branchen und Gewerben.

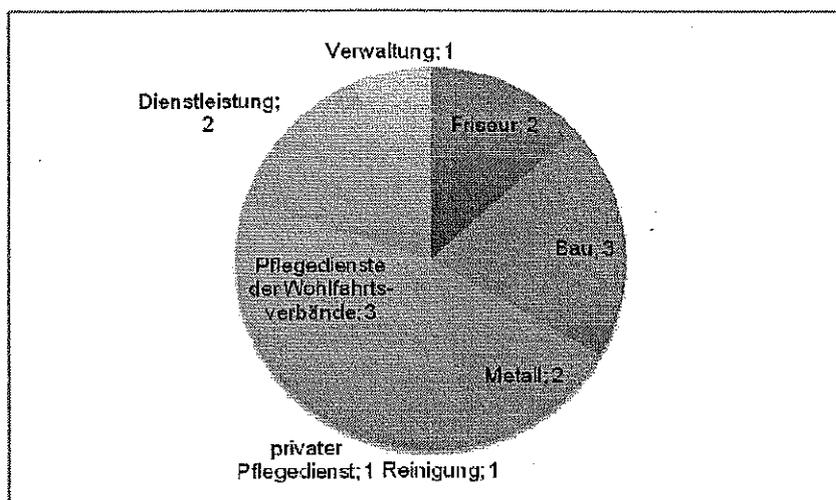


Abbildung 6: „Übersicht über die Gewerbe der innerbetrieblichen Akteure“<sup>44</sup>

Es zeigt sich, dass in der Studie Branchen des Handwerks überwiegen. Das liegt vor allem daran, dass die interviewten Betriebsratsmitglieder und Arbeitnehmer im Handwerk arbeiten. Basierend auf den Vorüberlegungen der Samplestruktur wurden die Leitfäden an die jeweiligen Institutionen und Gruppen angepasst.

### 3.3.3 Entwicklung eines standardisierten Leitfadens

Der als Befragungsinstrument dienende strukturierende Leitfaden wurde mit Hilfe rechts- und sozialwissenschaftlicher sowie ökonomischer Literaturrecherche entwickelt. Die Recherchearbeit befähigte gleichzeitig dazu, fachkompetent mit den Experten ins Gespräch zu kommen.

Der allgemeine Leitfaden umfasste 7 Hauptfragen, welchen ergänzend mehrere Unterfragen zugeordnet wurden. Die Fragen wurden bewusst offen gehalten, um im Vorfeld weder eine Wertung noch eine Selektion möglicher Einstellungen und Erfahrungen der Gesprächspartner vorweg zu nehmen. Die Entscheidung für eine offene leitfadengestützte Gesprächsführung wurde somit dem thematischen Interesse der Forschenden an den Experten als auch dem Expertenstatus der Interviewpartner gerecht<sup>45</sup>. Neben einem allgemeinen „Prototyp“ des Leitfadens (siehe Anlage) wurden zusätzlich mehrere, auf die unterschiedlichen Akteure ausdifferenzierte Leitfäden entwickelt. Der jeweiligen Rolle und Bedeutung des Experten im Rahmen eines BEM-Verfahrens wurde dabei besondere Aufmerksamkeit gewidmet, indem einzelne Fragen hervorgehoben wurden, die für andere Experten nicht relevant waren. Generell wurden aber allen Experten Fragen gestellt, die einen gemeinsamen Themenkreis abdeckten.

<sup>44</sup> eigene Darstellung

<sup>45</sup> vgl. Bogner, 2009, S. 77

Die Gesprächspartner wurden rechtzeitig vor dem terminierten Interview entweder schriftlich durch ein Informationsblatt (siehe Anlage), telefonisch oder per Email über das Ziel und den Zweck dieser Forschungsstudie informiert. Das Studiendesign war so angelegt, dass die Experten-Antworten während der Interviews möglichst spontan und intuitiv, ohne aufwändige theoretische Gesprächs-Vorbereitung seitens der Experten, abgefragt wurden. Auf diese Art und Weise war es möglich, ein relativ realistisches bzw. wenig verfälschtes Bild vom aktuellen Stand des Betrieblichen Eingliederungsmanagements in der Praxis zu erfahren. Auch psychologische Faktoren im Zusammenhang mit BEM, wie „Angst“ und „Vertrauen“, ließen sich so besser untersuchen.

Aus diesem Grunde wurde der Leitfaden den Experten in der Regel nicht vor dem geplanten Interviewtermin zugesandt, womit sich die Gesprächspartner größtenteils auch einverstanden zeigten. In wenigen Fällen war eine vorherige Zusendung auf Grund innerbetrieblicher Strukturen oder Unsicherheiten und Ängsten seitens der Interviewpartner notwendig. In diesen Fällen wurde der Interviewleitfaden vorab versandt, um eine Gesprächsgrundlage in einer Atmosphäre des Vertrauens aufzubauen.

Wesentliche Fragestellungen des Leitfadens waren

- betriebliche Funktion/ Aufgabenfelder des Interviewten
- bisheriger Kenntnisstand und eigene Erfahrung zum Thema BEM
- Auswirkungen einer längerfristigen Erkrankung für den Betrieb/die Institution
- Erwartungen an BEM, Voraussetzungen für den Erfolg von BEM, Hemmnisse
- Chancen und Risiken eines BEM
- erwartete Kosten und Nutzen bei der Einführung/ Umsetzung
- Einstellung zu und erwartete Effekte von Bonusregelungen
- Motivation oder Angst der Mitarbeiter zum BEM
- Einbindung anderer Akteure
- Beratungsbedarf/ Erwartungen an externe Beratung zum BEM/ Visionen.

### 3.3.4 Pretest

Die entwickelten Leitfadenversionen, insbesondere der Basisleitfaden wurden vor dem Feldeinsatz noch einmal überprüft. In einem Pretest sollte überprüft werden, ob der konzipierte Leitfaden verständlich, die Fragen eindeutig und vollständig sind. Außerdem wird mit einem Pretest die durchschnittliche Interviewdauer ermittelt.<sup>46</sup>

Dazu wurden aus unserer Stichprobe zwei betriebliche Akteure und drei außerbetriebliche Akteure als Pretest gewertet. Der Vorteil hierbei ist, dass die Probanden aus dem zu untersuchenden Feld stammen und die Interviewsituation real ist. Die Probanden wurden erst nach dem Interview darüber aufgeklärt, dass sie die ersten Interviewpartner waren. Danach schloss sich eine kleine Diskussion über das Interview und den Leitfaden an. Es zeigte sich, dass das Themengebiet des „Bonus für Betriebe“ zunächst nicht berücksichtigt wurde. Dieser Punkt wurde nach dem Pretest in den Leitfaden eingearbeitet. Der Pretest führte insgesamt zur Optimierung der Gesprächsführung während der sich anschließenden Interviewphase.

### 3.3.5 Datenauswertung mit MAXQDA

Die digitalisierten und wortwörtlich transkribierten Interviews wurden zunächst einer gründlichen Anonymisierung unterzogen und anschließend zur weiteren Datenauswertung in das Softwareprogramm MAXQDA, ein computergestütztes Programm zur professionellen Textanalyse, eingespeichert. Die Abkürzung QDA steht hierbei für **Qualitative Daten Analyse**.

Bei der Einspeisung der anonymisierten Interviews in das Programm wurden am Anfang sechs Untergruppen (Sozialleistungsträger, Sozialleistungsanbieter, Arbeitgeber, Arbeitnehmer, Betriebsräte/Schwerbehindertenvertretung und Betriebsärzte/Fachkräfte für Arbeitssicherheit) gebildet. Diese Struktur erleichterte später einen besseren Zugriff auf einzelne Akteure und Interessenvertreter und ermöglichte eine zielgruppenspezifische Auswertung der Daten.

Im nächsten Schritt erfolgte die Auswahl und Festlegung sogenannter „Codes“, d. h. Kategorien und Begriffe, die dazu dienten, die Interviews entsprechend der Forschungsfragen zu untersuchen. Die ausführliche Recherche zu Beginn des Projektes und die sich aus dem Forschungsauftrag ableitenden General-Hypothesen und Fragestellungen stellten die Ausgangsbasis für die Festlegung der Codes dar.

---

<sup>46</sup> vgl. Bortz/Döring, 2006

Diese waren jedoch nicht abschließend, sondern wurden im Prozess des Erforschens und Suchens bei der Arbeit an den Texten erweitert, ergänzt oder verändert. Mitunter ergaben sich aus den Interviewtexten auch völlig neue Kategorien.

Durch die Festlegung von Haupt- und Unterkategorien, die sich wiederum nochmals differenzierten, entwickelte sich schrittweise ein ganzes Codesystem in der Form eines „Codebaumes“. Hauptkategorien waren Codes wie „Experte/Funktion“, „BEM“, „Unterstützer“, „Akteure“, „Anreize“, „Psychologische Faktoren“, „Probleme“, „Faktor Gesundheit/Krankheit“. Beispiele für die sehr zahlreichen Unterkategorien (insgesamt ca. 80 Unter-Codes) waren, exemplarisch für den Hauptcode „BEM“, „Erfassung AU-Zeiten“, „Ziele“, „Maßnahmen“, „Erfolge“, „Zugang/Anregung“, „Kenntnisse/Erfahrungen“, „Einstellungen“, „Risiken“, „Erwartungen“, „Chancen.“

Eine andere Hauptkategorie, wie „Anreize“ untergliederte sich in „Missbrauch Bonus“, „Wie erfolgt Zahlung von Boni?“, „Wann ist Bonus gerechtfertigt?“, „Sinnvoll?“, „Moralische Verpflichtung“, „Rechtliche Pflicht“, „Bonus“, „Nutzen“ („Nutzen AN“, „Nutzen AG“) „Kosten“ („Kosten AN“, „Kosten AG“), „Fachkräftemangel“, „Humankapital.“ Diese zwei Beispiele sollen die differenzierte Festlegung von Kategorien zur Auswertung der Experteninterviews verdeutlichen. Eine ausführliche Übersicht der gesamten Codestruktur findet sich in der Anlage.

Die eigentliche theoretische Forscherleistung lag neben der Festlegung der Codes im Codieren selbst, d. h. im gründlichen Lesen der Texte und der Zuordnung einzelner Textpassagen zu einzelnen oder mehreren Codewörtern. Anschließend konnte eine Kombination von Codes (welche nun nach dem Codieren mit entsprechendem Textmaterial unterlegt waren) und Interviews oder Interviewgruppen vorgenommen werden. Am Ende stand die Ableitung von Antworten auf die eingangs gestellten Forschungsfragen.

Der hier vorgenommenen kategorienbasierten Textanalyse lag als Verfahren das „theoretische Codieren“ zugrunde womit „auf eine Theorie hinarbeitendes Codieren“ gemeint ist („Grounded Theory“). Die Besonderheit der Grounded Theory ist ihre zirkuläre Vorgehensweise. Sie beginnt mit der Lektüre des gesamten Textes. Das Vorwissen über den Forschungsgegenstand ist dabei wichtig und wird berücksichtigt. Es schließt sich die eigentliche Detailanalyse und Interpretation der Texte an. Beim offenen Codieren können gezielt Fragen an das Datenmaterial gestellt werden. Mit jedem Schritt der Analyse schreitet die Theoriebildung nun weiter fort. Ein großer Vorteil dieser Methode ist die große Freiheit, welche sie dem Forscherteam ermöglicht.<sup>47</sup>

---

<sup>47</sup> vgl. Kuckartz, 2005, S. 80ff

Die Computersoftware MAXQDA erleichterte das Vorgehen erheblich. Der Prozess des Codierens ermöglichte, dass Textpassagen der Interviews leicht wiedergefunden werden (Strukturierung der Texte in Abschnitte, sogenannte „Paragraphen“) und dass Hypothesen anhand von Expertenzitaten unterlegt und damit bewiesen oder verworfen werden können.

### **3.4 Expertenworkshops**

Im Projektzeitraum wurden zwei Expertenworkshops durchgeführt.

#### ***Workshop 1***

Der erste Expertenworkshop (5. Juni 2009) war zeitlich so in die Studie integriert, dass nach Abschluss der Rechercharbeiten und der Ausarbeitung des Leitfadens aber noch unmittelbar vor Beginn der Interviewphase ein Austausch über zentrale Forschungsfragen erfolgen konnte. Die 17 Teilnehmerinnen und Teilnehmer setzten sich überwiegend aus Vertretern der Hochschule Neubrandenburg, einem Vertreter des Ministeriums für Soziales und Gesundheit (Schwerin), einzelnen Vertretern von Sozialleistungsträgern (Krankenkasse, Rentenversicherungsträger), sowie weiteren interessierten Forschenden auf dem Gebiet des Betrieblichen Eingliederungsmanagements zusammen.

Die theoretischen Grundlagen (rechtliche, ökonomische und psychologische) wurden den Teilnehmern durch kurze Referate einführend vorgestellt. Dabei wurde über Hintergründe und Ziele des Projekts sowie den rechtlichen Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements referiert. Die 2009 aktuell veröffentlichte Studie „Gesunde Arbeit für alle, von der Gesundheitsförderung zum Eingliederungsmanagement im Betrieb“ wurde durch den Verfasser präsentiert, der seine empirischen Beobachtungen in Norddeutschland wiedergab. Sowohl ökonomische Interessen am Betrieblichen Eingliederungsmanagement als auch wichtige arbeitsrechtliche Impulse und Denkanstöße wurden dargestellt. Zum Praxisbezug des BEM wurden Einblicke aus Projekten der Betrieblichen Gesundheitsförderung mit der Zielgruppe der kleinen Handwerksunternehmen gewährt. Abschließend wurden psychologische Aspekte, wie die Motivation der Akteure zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement und auf Ansätze aus der Beratungspsychologie näher ausgeführt.

Während des gesamten Workshops fand eine rege Fachdiskussion statt. Besonders die Erfahrungen und Interessen der Sozialleistungsträger (Krankenkasse und Rentenversicherung) bereicherten dabei die Diskussion.

In Auswertung der Ergebnisse des ersten Workshops wurde der entworfene Leitfaden auf den Prüfstand gestellt und die gewonnenen Erkenntnisse wurden eingearbeitet.

### **Workshop 2**

Der zweite Expertenworkshop im Rahmen der Studie (5. November 2009) war zeitlich nach erfolgreichem Abschluss der Experteninterviews und zu Beginn der Auswertungsphase anberaumt. In Vorbereitung des Workshops erhielten alle Teilnehmer ein Handout, welches erste Forschungsergebnisse exemplarisch aufbereitete. Dies sollte die Teilnehmer auf einen einheitlichen Informationsstand setzen und die fachliche Diskussion anregen. Der Workshop gliederte sich zeitlich in drei Abschnitte. Nach einer kurzen Vorstellungsrunde stellte das Forscherteam im ersten Teil die bis dahin gewonnenen Ergebnisse und die daraus resultierenden Hypothesen anhand einer Präsentation vor. Im zweiten Teil trat die Expertenrunde in eine fachliche Diskussion über die Ergebnisse und Hypothesen ein. Das Forscherteam stellte sich den kritischen Rückfragen der Experten. Im dritten Teil war der Blick vor allem auf die Nachhaltigkeit und Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements in der Praxis gerichtet. Die Experten trugen dabei zukunftsweisende Ideen zusammen. Eine große fachliche Bereicherung der Workshop-Diskussion lag darin, dass sowohl Vertreter des Handwerks, der Sozialleistungsträger (Integrationsamt, Berufsgenossenschaft, Krankenkasse, Rentenversicherung), der Sozialleistungsanbieter (DEGEMED als Vertretung von Rehabilitationseinrichtungen) und Forschende an einem Tisch saßen, sich zu ihrer Rolle im BEM kritisch hinterfragen ließen und sich dabei auch gegenseitig inspirieren konnten. Die aufgeworfenen Fragen und Ansätze der Experten wurden in die Auswertungsphase implementiert.

## **4. Arbeitsrechtliche Einordnung des BEM**

### **4.1 Allgemeine Einordnung der Vorschrift**

Das betriebliche Eingliederungsmanagement ist in § 84 Abs. 2 Satz 2 SGB IX geregelt. Nach der Grundsatzentscheidung des BAG vom 12. Juli 2007 (Az: 2 AZR 716/06) handelt es sich bei der Vorschrift nicht nur um einen unverbindlichen Programmsatz, sondern um eine Rechtspflicht des Arbeitgebers.

## **4.2 Geltungsbereich**

### **4.2.1 Sachlicher Geltungsbereich**

Die Verpflichtung zur Durchführung des BEM greift in sachlicher Hinsicht bei einer länger andauernden (sechs Wochen) oder einer wiederholten Arbeitsunfähigkeit ein.

Die Formulierung „innerhalb eines Jahres“ ist dabei nicht formalistisch im Sinne eines Kalenderjahres auszulegen<sup>48</sup>. Gemeint ist vielmehr der Zeitraum eines Jahres insgesamt. Abzustellen ist daher auf die zum Zeitpunkt der Feststellung letzten 12 Monate.

Wie die Frist von sechs Wochen zu berechnen ist, hängt davon ab, ob die Erkrankung länger als sechs Wochen ununterbrochen besteht oder die Frist von sechs Wochen durch mehrere Perioden von Arbeitsunfähigkeit erreicht wird.

Bei einer dauernden Erkrankung ist die Bestimmung der 6-Wochen-Frist unproblematisch. Eine Erkrankung über sechs Wochen (42 Tage) erfüllt die sachlichen Voraussetzungen.

Bei einer wiederholten Arbeitsunfähigkeit ist auf die Zahl der Arbeitstage abzustellen und die Frist unter Berücksichtigung der üblichen Arbeitswoche zu berechnen. Bei einer 5-Tage-Woche ist die Frist bei 30 Arbeitstagen und bei einer 6-Tage-Woche bei 36 Arbeitstagen erreicht.

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen müssen bei der Bestimmung der Frist nicht vorliegen. Auch Arbeitsunfähigkeitstage ohne ärztliche Bescheinigung sind zu berücksichtigen.

Die Wiederholung bezieht sich nur auf die zeitliche Dauer. Die Frage der Diagnose ist für den sachlichen Anwendungsbereich des BEM unerheblich.

### **4.2.2 Personeller Geltungsbereich (Beschäftigte)**

Nach ganz überwiegender, zutreffender und höchstrichterlich bestätigter Auffassung gilt § 84 Abs. 2 SGB IX für alle Beschäftigte. Dies folgt schon aus dem Wortlaut des § 84 Abs. 2 SGB IX und der gesetzlichen Systematik. Dieses Ergebnis wird zudem durch den Sinn und Zweck der Regelung bekräftigt, wonach krankheitsbedingte Kündigungen bei allen Arbeitnehmern durch das BEM verhindert werden sollen.<sup>49</sup>

---

<sup>48</sup> vgl. Welti, 2006, S. 623f

<sup>49</sup> vgl. BAG, Urteil vom 12.07.2007, AZ: 2 AZR 716/06 mit weiteren Nachweisen

### **4.2.3 Geltung in kleinen und mittleren Betrieben**

Die Verpflichtung der Arbeitgeber zur Durchführung des BEM besteht auch in kleinen und mittleren Betrieben uneingeschränkt.

## **4.3 Sonderregelungen für kleine Betriebe und ihre Bedeutung für das BEM**

### **4.3.1 Beschäftigungspflicht**

Die Pflichten zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen und zur Ausgleichsabgabe bei nicht Erfüllung gelten nur für Arbeitgeber mit jahresdurchschnittlich mindestens 20 Arbeitsplätzen (§ 71 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Soweit die Arbeitgeber in kleinen Betrieben bis zu 20 Beschäftigten nicht der schwerbehindertenrechtlichen Beschäftigungspflicht unterliegen, entfällt der Anreiz, durch weitere Beschäftigung gesundheitlich eingeschränkter Personen der Beschäftigungspflicht nachzukommen und die Ausgleichsabgabe zu vermeiden.

Die Beschäftigungspflicht lässt indes die Pflicht zur Durchführung des BEM unberührt.

### **4.3.2 Betriebsrat**

Die Wahl von Betriebsräten ist in Betrieben mit in der Regel mindestens fünf ständigen wahlberechtigten Arbeitnehmern (einschließlich Auszubildende) gesetzlich vorgesehen (§ 1 Abs.1 Satz 1 BetrVG). Ungeachtet der vorstehend genannten Grenze existiert in vielen kleinen Betrieben kein Betriebsrat, sodass weder eine Anregung zur Durchführung noch eine Mitwirkung an der Durchführung des BEM seitens des Betriebsrats in Betracht kommt. Ebenso scheidet der Abschluss einer Betriebsvereinbarung zwecks genereller Regelung des BEM aus.

Gleichwohl sind auch die Arbeitgeber kleiner Betriebe ohne einen Betriebsrat zur Durchführung des BEM verpflichtet. Die Existenz des Betriebsrates ist für die generelle Rechtspflicht irrelevant. Besonderheiten ergeben sich lediglich auf praktischer Ebene, da es in Betrieben ohne Betriebsrat schwieriger sein wird, eine innerbetriebliche Stelle zu finden, die in Konfliktsituationen das Vertrauen der Beschäftigten genießt.

### **4.3.3 Schwerbehindertenvertretung**

Die Wahl von Vertrauenspersonen ist nur in Betrieben mit in der Regel wenigstens nicht nur vorübergehend beschäftigten, fünf schwerbehinderten Menschen vorgesehen (§ 94 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Die meisten kleinen und mittleren Betriebe überschreiten die vorstehende Grenze nicht. Die Ausführungen zum Betriebsrat gelten hier entsprechend. Die Verpflichtung zur Durchführung des BEM besteht ungeachtet des Vorhandenseins einer Schwerbehindertenvertretung.

#### **4.3.4 Arbeitsschutz und Betriebsarzt**

Betriebsärzte beraten und unterstützen den Arbeitgeber beim Arbeitsschutz und bei der Unfallverhütung. Das Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) verlangt vom Arbeitgeber, dass er einen oder mehrere Betriebsärzte bestellt, soweit die Betriebsgefahren, die Betriebsgröße und Betriebsorganisation dies erfordern. Im ASiG und in der Unfallverhütungsvorschrift BGV A2 „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ sind die Bestellung, die Einsatzzeiten und die Aufgaben der Betriebsärzte geregelt.

Betriebsärzte beraten den Arbeitgeber u. a. bei der Durchführung des BEM. Darüber hinaus zählt die Beratung bei Fragen des Arbeitsplatzwechsels sowie der Teilhabe und der beruflichen Wiedereingliederung behinderter Menschen in den Arbeitsprozess ausdrücklich zu den Aufgaben der Betriebsärzte (§ 3 Abs.1 Satz 2 Nr. 1f ASiG).

Der Betriebsarzt ist ferner Mitglied im Arbeitsschutzausschuss, an dessen Sitzungen auch die Schwerbehindertenvertretung beratend teilnehmen kann (§ 95 Abs. 4 SGB IX). Ein Arbeitsschutzausschuss ist in Betrieben mit mehr als 20 Beschäftigten zu bilden.

Ungeachtet der Betriebsgröße besteht für alle Arbeitgeber die Verpflichtung aus § 11 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), den Arbeitnehmern die arbeitsmedizinische Vorsorge zu ermöglichen.

Im Ergebnis entbindet das Fehlen eines Betriebsarztes den Arbeitgeber nicht von der Durchführung des BEM. In Betrieben ohne einen eigenen Betriebsarzt hat der Arbeitgeber die überbetrieblichen Dienste nach § 19 ASiG in Anspruch zu nehmen.

#### **4.3.5 Kündigungsschutz**

Die verfahrensrechtlichen Grundsätze, die das BAG für den Fall aufgestellt hat, dass der Arbeitgeber gesetzwidrig ein BEM vor Ausspruch der Kündigung unterlässt, setzen voraus, dass der klagende Arbeitnehmer Kündigungsschutz genießt. Dies ist nur der Fall, wenn das Arbeitsverhältnis länger als sechs Monate besteht (§ 1 Abs. 1 KSchG) und in Betrieben mehr als fünf bzw. zehn Arbeitnehmer vollzeitig beschäftigt sind (§ 23 Abs. 2 KSchG). Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, bedarf die ordentliche Kündigung keines Grundes. Daher muss der Arbeitgeber auch im Rechtsstreit keine Angaben zu den Kündigungsgründen machen. Vielmehr ist es Sache des Arbeitnehmers, Gründe für die Unwirksamkeit der Kündigung darzulegen (z. B. Sittenwidrigkeit gem. § 138 BGB oder Treuwidrigkeit gem. § 142 BGB).

Die Modifikation der Darlegungslast im Hinblick auf anderweitige Beschäftigungsmöglichkeiten, die das BAG als Ausgleich für das unterbliebene BEM formuliert, hilft im Ergebnis dem Arbeitnehmer nicht, der keinen Kündigungsschutz genießt. In diesem Fall ist zu überlegen, ob die Tatsache, dass der Arbeitgeber das BEM nicht durchgeführt hat, als Indiz für die Sittenwidrigkeit oder Treuwidrigkeit der Kündigung ausreicht. Das BAG hat sich aber ausdrücklich gegen eine solche Indizwirkung ausgesprochen.

Damit bleibt die Nichtdurchführung des BEM kündigungsrechtlich folgenlos, wenn das Kündigungsschutzgesetz nicht gilt.

Die kündigungsrechtliche Folgenlosigkeit für Betriebe, die nicht dem Kündigungsschutzgesetz unterfallen, hat aber keine Relevanz für die generelle Verpflichtung des Arbeitgebers zur Durchführung des BEM.

#### **4.3.6 Entgeltfortzahlung**

Nach § 1 Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) werden die Aufwendungen der Entgeltfortzahlung nach § 9 Abs. 1 EFZG zu 80% an Arbeitgeber erstattet, die in der Regel nicht mehr als 30 Arbeitnehmer ausschließlich Auszubildender beschäftigen. Die Begünstigung kleiner Betriebe aufgrund der gesetzlichen Umlage lässt einen wichtigen Grund, längerfristigen Arbeitsunfähigkeiten erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken, entfallen. Diese Reflexwirkung der Entgeltfortzahlungsregelungen beeinträchtigt im Ergebnis aber nicht die Verpflichtung zur Durchführung des BEM.

### **4.4 Praktische Anwendungen**

#### **4.4.1 Erfassung der Arbeitsunfähigkeitszeiten**

Für die zu zählenden Tage der Arbeitsunfähigkeit ist das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht erforderlich. Häufig muss erst ab dem dritten Tag einer Erkrankung eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorgelegt werden. Bei den beiden ersten Tagen liegt jedoch bereits eine Arbeitsunfähigkeit vor, sodass beide Tage mitzuzählen sind.<sup>50</sup>

In kleinen Betrieben werden Arbeitsunfähigkeitszeiten häufig nicht systematisch erfasst. Der Arbeitgeber kann sich aber dem BEM nicht dadurch entziehen, dass er sich auf die unterbliebene Erfassung beruft. Vielmehr ist aus § 84 Abs. 2 SGB IX mittelbar die Verpflichtung des Arbeitgebers zur Erfassung (und Auswertung) der Arbeitsunfähigkeitszeiten herzuleiten.

---

<sup>50</sup> vgl. Gagel/Schian, 2006a, S. 46f

#### **4.4.2 Beteiligung und Mitwirkung des Betriebsrates und der Schwerbehindertenvertretung**

Existieren – ausnahmsweise – in einem kleinen oder mittleren Betrieb ein Betriebsrat und/oder eine Schwerbehindertenvertretung<sup>51</sup>, so stellt sich die Frage, ob und inwieweit diese an der betrieblichen Ausgestaltung des BEM zu beteiligen ist.

Ein geeignetes Instrumentarium für die Ausgestaltung des BEM ist eine Integrationsvereinbarung. Sie ist nach § 83 SGB IX zwischen Schwerbehindertenvertretung, Betriebsrat und Arbeitgeber abzuschließen. Nach § 83 Abs. 2a Nr. 5 SGB IX zählt die Ausgestaltung des BEM zu den typischen Regelungen einer Integrationsvereinbarung.<sup>52</sup> Darin können sämtliche Aspekte des BEM geregelt werden.

Interessengerechter wäre indes, die Integrationsvereinbarung mit einer Betriebsvereinbarung nach § 77 BetrVG zu kombinieren. Der personelle Anwendungsbereich der Integrationsvereinbarung ist nämlich mit dem des BEM nicht deckungsgleich. Das BEM ist allen Beschäftigten anzubieten. Die Integrationsvereinbarung gilt hingegen nur für (schwer)behinderte Menschen. Erst durch die Betriebsvereinbarung können für alle Beschäftigten verbindliche Regelungen zum BEM getroffen werden. Hinzu kommt, dass – anders als im SGB IX – im BetrVG mit der Einigungsstelle ein Instrumentarium vorgesehen ist, das dem Betriebsrat auch gegen den Willen des Arbeitgebers die Möglichkeit eröffnet, den Abschluss einer Betriebsvereinbarung zu erzwingen. Voraussetzung hierfür ist, dass sich der Betriebsrat auf § 87 Abs. 1 BetrVG berufen kann. Die Mitbestimmungspflichtigkeit des BEM war und ist umstritten.<sup>53</sup> Mit dem Beschluss des BAG vom 18.08.2010 (Az: 1 ABR 45/08) liegt erstmals eine höchstrichterliche Entscheidung zu diesem Themenkomplex vor. Im Ergebnis hat das BAG einen entsprechenden Antrag des Betriebsrates aus formellen Gründen wegen fehlender Bestimmtheit als unzulässig zurückgewiesen.

Nach zutreffender Ansicht kommen Mitbestimmungsrechte des Betriebsrates nur in Betracht, wenn betriebliche Regelungen zum BEM in den Anwendungsbereich anderer Mitbestimmungsrechte des Betriebsrates fallen.

#### **4.4.3 Beteiligung und Mitwirkung des kranken Beschäftigten**

Nach dem klaren Wortlaut des Gesetzes ist die Durchführung des BEM ohne oder gar gegen den Willen des Beschäftigten ausgeschlossen.

---

<sup>51</sup> vgl. Kohte et al., 2010, S. 110ff

<sup>52</sup> vgl. Seidel, 2004, S. 239

<sup>53</sup> vgl. Faber, 2010, S. 37f

#### **4.4.4 Beteiligung und Mitwirkung des Betriebsarztes**

Hinsichtlich der Beteiligung und Mitwirkung des Betriebsarztes ist auf die vorstehenden Ausführungen zu 4.3.4. zu verweisen. In kleinen Betrieben wird die Inanspruchnahme überbetrieblicher Dienste nach § 19 ASiG der Regelfall sein.

#### **4.4.5 Datenschutz**

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist der Umgang mit personenbezogenen Daten nur zulässig, wenn der Betroffene in den Datenumgang einwilligt oder eine hinreichend bestimmte Rechtsvorschrift dies erlaubt oder zulässt (§ 4 BDSG).

Der Datenschutz entfaltet im Rahmen des BEM eine besondere Brisanz. Aus Sicht des Arbeitnehmers ist problematisch, dass das BEM vor allem Anlass dazu geben kann, besonders sensible Daten im Sinne des § 3 Abs. 9 BDSG zu erheben, zu speichern und zu verarbeiten. Hinzu kommt, dass beim Vorliegen der Voraussetzungen des § 84 Abs. 2 SGB IX nicht selten die Frage der krankheitsbedingten Kündigung im Raume steht. Über die rein datenschutzrechtlichen Belange hinaus hat der Arbeitnehmer häufig ein Interesse daran, dass im Rahmen des BEM sein Arbeitgeber keine Informationen bekommt, die eine Kündigung beschleunigen oder andere nachteilige Entscheidungen fördern können.<sup>54</sup> Der Arbeitgeber hingegen hat häufig ein Interesse daran, alles zu erfahren, was die Leistungsfähigkeit des Beschäftigten beeinflussen kann.

Unmittelbar aus dem Wortlaut des § 84 Abs. 2 SGB IX ergibt sich, dass die Erhebung von Daten zur Dauer der Arbeitsunfähigkeit und deren Nutzung zum Zwecke der Festlegung des Zeitpunkts der Kontaktaufnahme mit dem gesundheitlich beeinträchtigten Arbeitnehmer schon durch § 84 Abs. 2 SGB IX und somit auch ohne Einwilligung des Arbeitnehmers erlaubt ist.

§ 84 Abs. 2 SGB IX erlaubt zudem die Weitergabe der Information an den Betriebsrat bzw. die Schwerbehindertenvertretung, dass ein konkreter Arbeitnehmer binnen 12 Monaten länger als sechs Wochen arbeitsunfähig war.

Auf die stricte Zweckbestimmung der Datennutzung ist besonders zu achten. Bei Betrieben mit einer Interessen- bzw. Schwerbehindertenvertretung wird der Datenschutz von der Geheimhaltungspflicht der Adressaten flankiert (§ 79 BetrVG, § 96 Abs. 7 SGB IX).

---

<sup>54</sup> Schian/Faber, 2008b, S. 2ff

Da das BEM eine gesetzliche Konkretisierung der Fürsorgepflicht des Arbeitgeber darstellt und der Arbeitgeber beim Unterlassen des BEM im Falle einer beabsichtigten Kündigung prozessrechtliche Nachteile befürchten kann, hat er ein berechtigtes Interesse im Sinne des § 28 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 BDSG, die Erfüllung seiner Pflicht nachweisen zu können.<sup>55</sup> Es ist dem Arbeitgeber daher auch ohne Einwilligung des Arbeitnehmers gestattet, die für den Nachweis der Pflichterfüllung erforderlichen Daten zu erheben und zu speichern.

#### 4.4.6 Stufenweise Wiedereingliederung

Häufig ist die stufenweise Wiedereingliederung des kranken Beschäftigten die Konsequenz eines durchgeführten BEM.<sup>56</sup>

Die zentrale Rechtsgrundlage für die stufenweise Wiedereingliederung ist § 28 SGB IX. Die Vorschrift setzt das Bestehen einer Arbeitsunfähigkeit voraus.<sup>57</sup> Hinzukommen müssen der Verbleib eines Restleistungsvermögens in Bezug auf die arbeitsvertragliche Verpflichtung sowie die Aussicht, durch Teilerfüllung des Arbeitsvertrages eine Eingliederung in das Erwerbsleben zu beeinflussen.<sup>58</sup> Schließlich sind die Bescheinigung der Wiedereingliederungsaussicht sowie ein Plan für die Abstufung der Belastungen durch einen Arzt erforderlich.

Die schwerbehinderten Arbeitnehmer haben nach § 81 Abs. 4 SGB IX einen Anspruch darauf, behindertengerecht beschäftigt zu werden. Das BAG hat nunmehr klargestellt, dass darin auch die Verpflichtung eingeschlossen ist, die stufenweise Wiedereingliederung durchzuführen, wo diese ärztlich vorgeschlagen wird.<sup>59</sup>

Nach dem Wortlaut des § 81 Abs. 4 SGB IX ist die Verpflichtung zu behindertenadäquaten Beschäftigungen nur für schwerbehinderte Arbeitnehmer vorgesehen. § 68 Abs. 1 SGB IX dehnt den Anwendungsbereich auf Arbeitnehmer, die schwerbehinderten Menschen gleichgestellt sind, aus.<sup>60</sup> Der Anspruch leichter behinderter Arbeitnehmer ergibt sich aus europarechtskonformer Auslegung nationaler Gesetze.

Ein praktisches Problem bei der stufenweisen Wiedereingliederung könnte sich ergeben, wenn der kranke Beschäftigte aufgrund seines geminderten Leistungsvermögens einen Schaden verursacht.

---

<sup>55</sup> Schian/Faber, 2008a, S. 1ff

<sup>56</sup> vgl. Welti, 2010, o. S.

<sup>57</sup> vgl. Gagel, 2010a, S. 3f

<sup>58</sup> vgl. Gagel/Schian, 2006b, S. 54f

<sup>59</sup> vgl. BAG, Urteil vom 13.06.2009, AZ: AZR 229/05

<sup>60</sup> vgl. Gagel, 2010b, S. 5

Die grundsätzlich bestehende Haftung des Arbeitgebers gegenüber Dritten bei von Arbeitnehmern (als Erfüllungs- oder Verrichtungsgehilfen) verursachten Schäden scheidet jedenfalls auf der Verschuldensebene daran, dass der Arbeitgeber einer aussagekräftigen ärztlichen Bescheinigung vertrauen darf und sich so dem Fahrlässigkeitsvorwurf entziehen kann.

## **5. Sozialrechtliche Bedingungen des BEM**

### **5.1 Allgemeine Einordnung der Vorschrift**

Die Vorschrift in § 84 SGB IX ist in ihrem wesentlichen Regelungsgehalt und nach ihrer systematischen Stellung vor allem eine arbeitsrechtliche Regelung, die Rechte und Pflichten von Arbeitgebern und Beschäftigten zuordnet. Doch hat sie auch einen sozialrechtlichen Inhalt. Dies ist für das SGB IX insgesamt typisch, in dem sozialrechtliche und arbeitsrechtliche Regelungen systematisch miteinander verknüpft sind. Teil 1 des SGB IX enthält die Regelungen für die Rehabilitationsträger, Teil 2 des SGB IX das Recht schwerbehinderter Menschen. Letzteres besteht wiederum aus arbeitsrechtlichen Regelungen, die Arbeitgebern Pflichten im Hinblick auf die Beschäftigung schwerbehinderter Menschen zuteilen als auch aus sozial- und verwaltungsrechtlichen Regelungen, insbesondere für die Integrationsämter. Diese Regelungsbereiche finden sich auch in § 84 SGB IX und geben der Norm eine zentrale Stellung als Bindeglied zwischen Arbeits- und Sozialrecht.

### **5.2 Die Servicestellen als Ansprechpartner und Beteiligte**

In § 84 Abs. 2 S. 4 SGB IX ist geregelt, dass vom Arbeitgeber die örtlichen gemeinsamen Servicestellen hinzugezogen werden, wenn Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht kommen.<sup>61</sup> Diese Heranziehung ist Teil der Verpflichtung zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement und eine der wenigen Konkretisierungen des BEM im Gesetz selbst. Der Arbeitgeber muss durch die Heranziehung prüfen, ob und wie Leistungen zur Teilhabe der Rehabilitationsträger oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben des Integrationsamtes das BEM unterstützen können.

Die örtlichen gemeinsamen Servicestellen sind vom Gesetzgeber als eine zentrale Innovation des SGB IX konzipiert worden.<sup>62</sup>

---

<sup>61</sup> vgl. Trenk-Hinterberger, 2010, S. 669

<sup>62</sup> vgl. Zimmermann, 2007, S. 83

Sie sollen Partner für behinderte Menschen und ihre Angehörigen, für Verbände der Selbsthilfe behinderter Menschen, für Ärztinnen und Ärzte und für Arbeitgeber sein und die Angebote der Rehabilitationsträger im Einzelfall vernetzen und koordinieren.

Die gesetzliche Grundlage der gemeinsamen Servicestellen ist § 22 SGB IX.

*(1) Gemeinsame örtliche Servicestellen der Rehabilitationsträger bieten behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen, ihren Vertrauenspersonen und Personensorgeberechtigten nach § 60 Beratung und Unterstützung an. Die Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere,*

- 1. über Leistungsvoraussetzungen, Leistungen der Rehabilitationsträger, besondere Hilfen im Arbeitsleben sowie über die Verwaltungsabläufe zu informieren,*
- 2. bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs, bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe, bei der Inanspruchnahme eines Persönlichen Budgets und der besonderen Hilfen im Arbeitsleben sowie bei der Erfüllung von Mitwirkungspflichten zu helfen,*
- 3. zu klären, welcher Rehabilitationsträger zuständig ist, auf klare und sachdienliche Anträge hinzuwirken und sie an den zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten,*
- 4. bei einem Rehabilitationsbedarf, der voraussichtlich ein Gutachten erfordert, den zuständigen Rehabilitationsträger darüber zu informieren,*
- 5. die Entscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers in Fällen, in denen die Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe offenkundig ist, so umfassend vorzubereiten, dass dieser unverzüglich entscheiden kann,*
- 6. bis zur Entscheidung oder Leistung des Rehabilitationsträgers den behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen unterstützend zu begleiten,*
- 7. bei den Rehabilitationsträgern auf zeitnahe Entscheidungen und Leistungen hinzuwirken und*
- 8. zwischen mehreren Rehabilitationsträgern und Beteiligten auch während der Leistungserbringung zu koordinieren und zu vermitteln.*

*Die Beratung umfasst unter Beteiligung der Integrationsämter auch die Klärung eines Hilfebedarfs nach Teil 2 dieses Buches. Die Pflegekassen werden bei drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit an der Beratung und Unterstützung durch die gemeinsamen Servicestellen beteiligt. Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen werden mit Einverständnis der behinderten Menschen an der Beratung beteiligt.*

*(2) § 14 des Ersten Buches und § 10 Abs. 2 und § 11 Abs. 1 bis 3 und 5 des Zwölften Buches bleiben unberührt. Auskünfte nach § 15 des Ersten Buches über Leistungen zur Teilhabe erteilen alle Rehabilitationsträger.*

Zur Ausstattung der Servicestellen regelt § 23 SGB IX.

*(1) Die Rehabilitationsträger stellen unter Nutzung bestehender Strukturen sicher, dass in allen Landkreisen und kreisfreien Städten gemeinsame Servicestellen bestehen. Gemeinsame Servicestellen können für mehrere kleine Landkreise oder kreisfreie Städte eingerichtet werden, wenn eine ortsnahe Beratung und Unterstützung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen gewährleistet ist. (...)*

*(3) Die gemeinsamen Servicestellen werden so ausgestattet, dass sie ihre Aufgaben umfassend und qualifiziert erfüllen können, Zugangs- und Kommunikationsbarrieren nicht bestehen und Wartezeiten in der Regel vermieden werden. Hierfür wird besonders qualifiziertes Personal mit breiten Fachkenntnissen insbesondere des Rehabilitationsrechts und der Praxis eingesetzt. (...)*

In § 84 Abs. 2 SGB IX sind nicht die einzelnen Rehabilitationsträger genannt, sondern deren gemeinsame Servicestellen. Damit wird verdeutlicht, dass diese eine zentrale Funktion im Konzept des BEM haben.<sup>63</sup> Sie sollen umfassend den Zugang zu allen Leistungen der Rehabilitationsträger und Integrationsämter herstellen, indem sie beraten und informieren (§ 22 Abs. 1 S. 1, S. 2 Nr. 1 SGB IX), bei der Bedarfsfeststellung und Antragstellung helfen (§ 22 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 und 3 SGB IX) und Entscheidungen und Verwaltungshandeln des Rehabilitationsträgers vorbereiten und begleiten (§ 22 Abs. 1 S. 2 Nr. 4 - 8 SGB IX). Die gemeinsamen Servicestellen sollen nach dem gesetzgeberischen Konzept als „front office“ aller Rehabilitationsträger und damit alleiniger Ansprechpartner der Leistungsberechtigten und der Arbeitgeber sein. Sie sollen Funktionen des Fallmanagements übernehmen, so dass Leistungsberechtigte und Betriebe weniger Last mit der Bedarfsklärung, mit der Stellung klarer und sachdienlicher Anträge, mit der Information verschiedener Rehabilitationsträger und mit Konflikten mehrerer Rehabilitationsträger haben. Die Entscheidung über Leistungen verbleibt bei den einzelnen Rehabilitationsträgern, die Erschließung und Vorbereitung der Leistungen wird danach bei den gemeinsamen Servicestellen konzentriert.

Die gemeinsamen Servicestellen sind nach den gesetzlichen Vorgaben in allen Kreisen und kreisfreien Städten der Bundesrepublik Deutschland eingerichtet worden. Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben wird jedoch weithin kritisch betrachtet.

---

<sup>63</sup> vgl. Welti, 2008, S. 127

Die gemeinsamen Servicestellen sind bei den Leistungsberechtigten und Betrieben oft nur wenig bekannt.<sup>64</sup> Die meisten Rehabilitationsträger verstehen gemeinsame Servicestellen als ein zusätzliches Angebot zu ihren weiterhin bestehenden Auskunft-, Beratungs- und Verwaltungsstrukturen. Servicestellen werden nach diesem Verständnis nur in komplexen Beratungsfällen relevant, in denen von vornherein mehrere Rehabilitationsträger einbezogen sind. Einige Rehabilitationsträger – etwa die Bundesagentur für Arbeit und die Träger der Sozialhilfe – haben sich bisher kaum an der Arbeit der gemeinsamen Servicestellen beteiligt. Die neuen Aufgaben der gemeinsamen Servicestellen – gerade im Kontext des Betrieblichen Eingliederungsmanagements – wurden nur zögernd angenommen. Für den Kontakt zu Betrieben und für ihre speziellen Bedürfnisse werden bei den gemeinsamen Servicestellen kaum spezialisierte Fachkräfte vorgehalten. Rehabilitationsträger, die über solche Fachkräfte verfügen, wie die Rentenversicherungsträger und Unfallversicherungsträger, haben diese nur in geringem Umfang in die gemeinsamen Servicestellen eingebracht. Insgesamt gesehen fehlt es den gemeinsamen Servicestellen an der nötigen Ausstattung, Routine und Kompetenz, weil sie von den Rehabilitationsträgern nur als zusätzliches Angebot konzipiert sind und nicht bisherige Strukturen ersetzt haben. Die im Gesetz erkennbare Intention kann so nicht umgesetzt werden.

### **5.3 Das Integrationsamt als Ansprechpartner**

In § 84 Abs. 2 S. 4 SGB IX wird neben der Pflicht zur Einbeziehung der Servicestellen auch die Pflicht benannt, die Integrationsämter einzubinden, soweit schwerbehinderte Menschen betroffen sind. In § 22 Abs. 1 S. 3 SGB IX ist festgelegt, dass die Beratung durch die gemeinsamen Servicestellen unter Einbeziehung der Integrationsämter auch die Klärung eines Hilfebedarfs nach dem Schwerbehindertenrecht umfasst.<sup>65</sup> Durch den gesonderten Verweis auf die Integrationsämter in § 84 Abs. 2 S. 4 SGB IX wird deren herausgehobene Bedeutung für schwerbehinderte Beschäftigte verdeutlicht.<sup>66</sup>

Die Integrationsämter sind zuständig für die Erhebung und Verwendung der Ausgleichsabgabe, den besonderen Kündigungsschutz für schwerbehinderte Menschen und die begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 102 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 - 3 SGB IX). Damit stehen sie bereits in einer umfassenden Verbindung zu den beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement anfallenden Aufgaben.

---

<sup>64</sup> vgl. ebenda

<sup>65</sup> vgl. Stähler/Welti, 2010, S. 209

<sup>66</sup> vgl. Gagel, 2004, S. 1361; ebenso Feldes, 2004, S. 189f

Durch die Erhebung der Ausgleichsabgabe ist den Integrationsämtern zumindest für Betriebe mit mindestens 20 Arbeitsplätzen bekannt, wie viele als schwerbehindert anerkannte und ihnen gleichgestellte Menschen beschäftigt sind. Die Arbeitgeber sind insoweit zur Kooperation und zur Meldung verpflichtet (§ 80 SGB IX). Auch sind den Integrationsämtern die Schwerbehindertenvertretungen (§§ 80 Abs. 8, 95 SGB IX) sowie die Beauftragten des Arbeitgebers (§ 98 SGB IX) bekannt und sie arbeiten eng mit ihnen zusammen. Die Integrationsämter haben die Strukturverantwortung für die Integrationsfachdienste (§§ 109 - 115 SGB IX; § 1 Abs. 2 GE IFD). Das Integrationsamt benennt auch Ansprechpartner, die in Handwerkskammern sowie Industrie- und Handelskammern für die Arbeitgeber zur Verfügung stehen (§ 102 Abs. 1 S. 7 SGB IX). Schließlich arbeitet es eng mit der Bundesagentur für Arbeit zusammen (§ 101 Abs. 1 SGB IX).

Die Integrationsämter müssen im Rahmen des besonderen Kündigungsschutzes bei jeder Kündigung eines schwerbehinderten Menschen entscheiden, ob sie der Kündigung zustimmen (§§ 85 - 92 SGB IX). In diesem Rahmen haben sie zu prüfen, ob durch ein Betriebliches Eingliederungsmanagement die Kündigung hätte vermieden werden können. Das Ziel des besonderen Kündigungsschutzes ist es, unnötige Kündigungen von schwerbehinderten Menschen zu vermeiden. Es ist daher konsequent und sinnvoll, die Integrationsämter bereits in das Betriebliche Eingliederungsmanagement einzubinden.

Die Integrationsämter haben durch die begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 102 SGB IX) die Möglichkeit, Leistungen an schwerbehinderte Menschen und Arbeitgeber zu erbringen, die das Betriebliche Eingliederungsmanagement wesentlich unterstützen können, so die psychosoziale Betreuung, auch unter Beteiligung der Integrationsfachdienste, technische Arbeitshilfen, Hilfen zur Teilnahme an Maßnahmen zur Erhaltung und Erweiterung beruflicher Kenntnisse und Fertigkeiten, zur behinderungsgerechten Einrichtung von Arbeitsplätzen und Hilfen an die Arbeitgeber für außergewöhnliche Belastungen („Minderleistungsausgleich“) sowie für die Beschäftigten für eine notwendige Arbeitsassistenz.

Der Kontakt kleiner und mittlerer Betriebe zu den Integrationsämtern ist jedenfalls dann nicht eng, wenn sie bisher keine schwerbehinderten Beschäftigten hatten. Dies ist bei vielen kleinen Unternehmen der Fall. Es wird dann womöglich mangels Kenntnissen und Erfahrungen auch nicht erwogen, zur Unterstützung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements einen Antrag auf Anerkennung als schwerbehindert oder auf Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen zu stellen.

Hier dürften auch Barrieren bei den betroffenen Beschäftigten selbst bestehen, die jedenfalls nach sechs Wochen Arbeitsunfähigkeit sich selbst häufig nicht als behindert einschätzen oder eine solche Einschätzung durch ihren Arbeitgeber vermeiden wollen und daher auch auf Erfolg versprechende Anträge verzichten. Es wäre daher zu erwägen, im Kontext des BEM dem Integrationsamt auch präventive Aufgaben für Beschäftigte zuzuweisen, die (noch) nicht schwerbehindert sind.

#### **5.4 Rechte und Pflichten der einzelnen Rehabilitationsträger**

Neben den in § 84 Abs. 2 S. 4 SGB IX genannten gemeinsamen Servicestellen und Integrationsämtern können auch einzelne Rehabilitationsträger im Kontext des Betrieblichen Eingliederungsmanagements tätig werden. Dies ergibt sich für Prämie und Bonus aus § 84 Abs. 3 SGB IX, im Übrigen aus den Aufgabennormen der Rehabilitationsträger. Es steht den Arbeitgebern, sowie den anderen im Kontext des BEM tätig werdenden betrieblichen Akteuren frei, sich an Rehabilitationsträger auch einzeln zu wenden, um Unterstützung für das BEM zu erlangen. Dies ergibt sich auch deutlich aus der Pflicht zur wechselseitigen Unterstützung nach § 99 SGB IX.

##### **5.4.1 Prämie und Bonus**

Nach § 84 Abs. 3 SGB IX können die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter Arbeitgeber, die ein Betriebliches Eingliederungsmanagement einführen, durch Prämien oder Boni fördern. Dies wird in § 102 Abs. 3 Nr. 2d SGB IX für die Integrationsämter auf eine Prämie beschränkt wiederholt. Unter einer Prämie ist eine leistungs- oder erfolgsbezogene Zahlung zu verstehen. Ein Bonus kann in einem Beitragsnachlass bestehen und kommt daher insbesondere für die Sozialversicherungsträger in Betracht.<sup>67</sup> Die Rehabilitationsträger und Integrationsämter können und müssen die Kriterien für Prämien und Boni selbst entwickeln.<sup>68</sup> Diese sind in ihrer Zweckmäßigkeit und Zulässigkeit umstritten. Die Kriegergestaltung muss rechtmäßig sein, das heißt insbesondere, dass sie dem Gleichheitssatz genügen muss. Es wird eingewandt, dass die Erfüllung von Rechtspflichten alleine noch keine Zahlung durch öffentlich-rechtliche Träger gerechtfertigt sein könne. Dieser Einwand relativiert sich, wenn in der Prämie oder dem Bonus ein Aufwendersersatz für eine auch im öffentlichen Interesse liegende Pflicht gesehen wird.

---

<sup>67</sup> vgl. Welti, 2008, S.129

<sup>68</sup> vgl. Trink-Hinterberger, 2010, S. 678f

Wird die Prämie erfolgsbezogen gewährt, ist unter dem Blickwinkel der Zweckmäßigkeit zu diskutieren, ob hierdurch die Einführung gefördert werden kann oder ob die Ausgangsbedingungen der Betriebe möglicherweise so unterschiedlich sind, dass eine Förderung überwiegend denjenigen zu Gute käme, die ohnehin günstige Bedingungen haben und auch ohne Zahlung ein BEM einrichten könnten.

#### **5.4.2 Beratung und Auskunft**

Alle Sozialleistungsträger sind in ihrem Tätigkeitsbereich den Bürgerinnen und Bürgern zu Information, Beratung und Auskunft verpflichtet (§§ 13 - 15 SGB I). Für die Rehabilitationsträger ist diese allgemeine Pflicht dahin gehend erweitert, dass alle Rehabilitationsträger über alle Leistungen zur Teilhabe Auskünfte erteilen (§ 22 Abs. 2 S. 2 SGB IX). Damit wird nochmals verdeutlicht, dass die Aufgaben der Servicestellen weit über Auskünfte hinausgehen sollen, da für trägerübergreifende Auskünfte bereits alle Rehabilitationsträger zuständig sind.

Arbeitgeber, Beschäftigte und betriebliche Akteure können sich also im Rahmen des BEM an jeden Rehabilitationsträger wenden, um Beratung und Auskunft über den gesamten Bereich der Leistungen zur Teilhabe zu erhalten.

#### **5.4.3 Initiative der Rehabilitationsträger**

Die Rehabilitationsträger müssen nicht warten, bis bei ihnen Anfragen oder Anträge gestellt werden. Sie können und müssen vielmehr in vielen Fällen selbst die Initiative ergreifen und Personen ansprechen, zur Information oder Antragstellung anregen oder auffordern. Dies kann einschließen, ein Betriebliches Eingliederungsmanagement anzuregen und zu unterstützen.

Nach § 8 Abs. 1 SGB IX prüft ein Rehabilitationsträger, bei dem Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung beantragt oder erbracht werden, unabhängig von der Entscheidung über diese Leistungen, ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sind. Diese Regelung verallgemeinert und erweitert den Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ im Verfahren um Sozialleistungen. Auslöser für die Prüfung der Erfolgsaussicht von Leistungen zur Teilhabe können insoweit Anträge auf Erwerbsminderungsrenten, Verletztenrenten und Krankengeld, Anträge auf Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen sein. Auch Leistungen, die nicht in jedem Fall behinderungsspezifisch sind, können unter Berücksichtigung einer Behinderung beantragt oder erbracht werden.

Beantragen oder verlangen also Menschen, bei denen erkennbar ist, dass sie behindert sind oder ihnen eine Behinderung droht, zum Beispiel Leistungen der Berufsberatung, nehmen sie an strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke teil oder nehmen sie Leistungen bei Vertragsärzten oder in Krankenhäusern in Anspruch, so wird ebenfalls die Prüfpflicht nach § 8 Abs. 1 SGB IX ausgelöst. Die Rehabilitationsträger sind insoweit gehalten, die Voraussetzungen zu schaffen, unter denen sie der Pflicht nach § 8 Abs. 1 SGB IX nachkommen können, etwa durch entsprechende Fragen und Ermittlungen bei der Antragstellung und im Rahmen der Verträge mit Vertragsärzten und anderen Leistungserbringern, insbesondere der Krankenkassen. Damit können sie auch Ärztinnen und Ärzten helfen, ihre Meldepflichten nach § 61 SGB IX zu erfüllen.

Die Rehabilitationsträger sind vom Gesetzgeber angehalten, sich in gemeinsamen Empfehlungen zu verständigen, in welchen Fällen und in welcher Weise rehabilitationsbedürftigen Menschen notwendige Leistungen zur Teilhabe angeboten werden, insbesondere um eine durch eine Chronifizierung von Krankheiten bedingte Behinderung zu verhindern sind (§ 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX). In der gemeinsamen Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“ vom 16.12.2004 werden Hinweise genannt, die von den Rehabilitationsträger zur frühzeitigen Erkennung von Bedarf an Leistungen zur Teilhabe genutzt werden sollen. Hierzu gehören unter anderem Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen innerhalb eines Jahres und besonders belastende Arbeits- und Lebensbedingungen. Als Beteiligte der frühzeitigen Bedarfserkennung werden unter anderem Werks- und Betriebsärzte, Schwerbehindertenvertretungen, Betriebsräte, Personalräte und betriebliche Vorgesetzte genannt. Die Rehabilitationsträger und alle Beteiligten sollen über Leistungen zur Teilhabe beraten und bei der Antragstellung unterstützen. Es wird besonders darauf hingewiesen, dass ein Bedarf an Leistungen zur Teilhabe frühzeitig durch einen Abgleich von betrieblichen Anforderungen und persönlichem Gesundheitszustand erkannt werden kann.

Weiterhin sind die Rehabilitationsträger verpflichtet, sich in einer gemeinsamen Empfehlung abzustimmen, welche Maßnahmen zur Prävention einer Behinderung geeignet sind.

In § 4 „Identifikation des Präventionsbedarfs in der Arbeitswelt“ der gemeinsamen Empfehlung<sup>69</sup> „Prävention nach § 3 SGB IX“ vom 16. Dezember 2004 werden als Instrumente zur Identifikation des Präventionsbedarfs in der Arbeitswelt Screening-Verfahren, der Work-Ability-Index, Gefährdungsbeurteilungen, Gesundheitsberichte, Assessment-Instrumente, arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen, Sozialversicherungsdaten und Integrationsvereinbarungen nach § 83 SGB IX genannt. Wenn die Rehabilitationsträger Anhaltspunkte über das Erfordernis von Präventionsmaßnahmen haben (§ 6 „Koordination und Vernetzung“), verpflichten sie sich, durch Absprachen mit betriebsinternen und betriebsexternen Partner, namentlich Arbeitgebern, Betriebs- und Personalräten, Schwerbehindertenvertretungen, Betriebs-, Haus- und Fachärzten, arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Diensten, Sozialdiensten und Betroffenenverbänden, zu klären, welche Vorgehenskonzepte und konkreten Maßnahmen geeignet sind, Behinderungen und drohende Chronifizierungen zu vermeiden. Hierzu sollen Koordinierungsgremien eingerichtet werden, die regional, branchen- oder betriebsbezogen sein können. Diese Maßnahmen können Bestandteil des Betrieblichen Eingliederungsmanagements sein. Die Rehabilitationsträger haben sich verpflichtet, durch entsprechende Serviceangebote (§ 8 „Serviceangebote“) darauf hinzuwirken, dass Arbeitgeber über die Möglichkeiten der Prävention nach dem SGB IX informiert werden und zur Umsetzung in den Betrieben angeregt werden. Hierzu wollen sie als Serviceanbieter auftreten, die direkt oder durch die gemeinsamen Servicestellen beraten, Konzepte entwickeln, Projektmanagement betreiben und die Beschäftigten informieren. Erwerbspersonen mit hohen gesundheitlichen Risiken sollen gezielt angesprochen werden. Alle Erwerbspersonen sollen in die Planung der Prävention aktiv einbezogen werden.

Zur Initiative der Rehabilitationsträger gehört auch, dass sie Haus- und Fachärzte, sowie Betriebs- und Werksärzte in die Einleitung und Ausführung von Leistungen zur Teilhabe einbinden (§ 13 Abs. 2 Nr. 8 SGB IX) als auch in einen Informationsaustausch mit behinderten Beschäftigten, Arbeitgebern und betrieblichen Interessenvertretungen zur möglichst frühzeitigen Erkennung des individuellen Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe eintreten (§ 13 Abs. 2 Nr. 9 SGB IX). In der hierzu vereinbarten gemeinsamen Empfehlung<sup>70</sup> „Information und Kooperation“ vom 22. März 2004 ist in § 3 unter „Zugangswege“ vorgesehen, dass auch Werks- und Betriebsärzte die Einleitung von Leistungen zur Teilhabe anregen können.

---

<sup>69</sup> Gemeinsame Empfehlung nach §§ 12 Abs. 1 Nr. 5, 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX, dass Prävention entsprechend dem in § 3 SGB IX genannten Ziel erbracht wird (Gemeinsame Empfehlung „Prävention nach § 3 SGB IX“) vom 16. Dezember 2004

<sup>70</sup> Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX vom 22. März 2004

Bei der Einleitung und Ausführung von Leistungen zur Teilhabe sollen Betriebs- und Werksärzte an der Abklärung des Teilhabebedarfs unter Berücksichtigung des arbeits- und betriebsbezogenen Umfelds beteiligt werden. Die Rehabilitationsträger haben sich verpflichtet, gezielte Informationsmaterialien für Betriebs- und Werksärzte zu entwickeln und zur adressatenspezifischen Aufklärung von Beteiligungen auch regionale Strukturen der Innungen, Handwerkskammern, Unternehmensverbände und Gewerkschaften zu nutzen (§ 5 „Verfahren zur Bedarfserkennung von Leistungen zur Teilhabe auf der betrieblichen Ebene“). Die Rehabilitationsträger haben sich auch verpflichtet sicherzustellen, dass ihre jeweiligen Rehabilitationsberater, Berufshelfer und Rehabilitationsmanager auf Anforderung Betriebe aufsuchen, um in Beratungsgesprächen Wege zur Abklärung des Rehabilitationsbedarfs und mögliche Leistungen zur Teilhabe aufzuzeigen und Unterstützung bei der Antragstellung zu leisten (§ 5).

In der gemeinsamen Empfehlung „Information und Kooperation“ ist auch explizit erwähnt, dass in Kleinbetrieben Schwerbehindertenvertretungen, Sozialdienste, Gesundheitsbeauftragte oder Ombudsleute meist nicht vorhanden sind. Der Kooperation mit Hausärzten und Betriebsärzten komme daher hier besondere Bedeutung zu. Ebenso verpflichten sich die Rehabilitationsträger und Integrationsämter, Strukturen für den Informationsaustausch mit Kreishandwerkerschaften, Handwerks-, Industrie- und Handelskammern einzurichten (§ 5).

Die aus § 8 Abs. 1 SGB IX folgende Prüfung, ob Leistungen zur Teilhabe Erfolg versprechen, soll dazu führen, dass bei den behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen angeregt wird, Anträge auf Leistungen zur Teilhabe zu stellen. Sie kann zugleich dazu führen, dass die Rehabilitationsträger auch aktiv auf die Arbeitgeber zugehen und ihnen Unterstützung bei einem betrieblichen Eingliederungsmanagement anbieten. Dies ist gerade für kleine und mittlere Unternehmen wichtig, in denen interne Mechanismen nicht so ausgeprägt sind und das betriebliche Eingliederungsmanagement ein Einzelfall ist, für den keine Routine aufgebaut werden kann.

#### **5.4.4 Bedarfsfeststellung**

Sind Leistungen zur Teilhabe beantragt oder werden sie von Amts wegen erbracht, so haben die Rehabilitationsträger den Bedarf festzustellen. Die Bedarfsfeststellung hat innerhalb von drei Wochen ab Antragstellung zu erfolgen (§ 14 Abs. 2 S. 2 SGB IX). Dabei können die Rehabilitationsträger von den gemeinsamen Servicestellen unterstützt werden. Für die Bedarfsfeststellung können geeignete Sachverständige beauftragt werden.

Den Leistungsberechtigten sind dabei drei möglichst wohnortnahe Sachverständige zur Wahl zu stellen (§ 14 Abs. 5 S. 3 SGB IX), die eine umfassende sozialmedizinische, bei Bedarf auch psychologische Begutachtung vornehmen können. Im Kontext eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements können dabei auch arbeitsmedizinische, arbeitswissenschaftliche und arbeitspädagogische Kenntnisse erforderlich sein, insbesondere um den Zusammenhang zwischen konkretem Arbeitsplatz und Behinderung adäquat erfassen zu können.

Maßstab der Bedarfsfeststellung ist § 10 Abs. 1 SGB IX. Danach ist der leistende Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass alle beteiligten Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen feststellen und schriftlich so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinander greifen. Die Bedarfsfeststellung bezieht sich also auf die Leistungen aller möglichen Rehabilitationsträger und aller möglichen Leistungsgruppen. Das bedeutet im Kontext des Betrieblichen Eingliederungsmanagements insbesondere, dass Leistungen der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben stets integrativ zu prüfen sind. Dies wird auch in § 11 SGB IX verdeutlicht. In der gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“ vom 22.3.2004 haben sich die Rehabilitationsträger verständigt, dass die Begutachtung unter anderem auch eine Arbeits- und Sozialanamnese enthalten muss, die die Arbeitsbiographie, Art und Dauer der Tätigkeit, Belastungen am Arbeitsplatz, betriebsärztliche Betreuung, vorhandene und verwendete Hilfsmittel und Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz, Möglichkeiten der Arbeitsplatzanpassung oder -umsetzung und Informationen über den Arbeitsweg enthalten muss. Damit kann die Begutachtung einen wichtigen Beitrag zur Abstimmung der Leistungen zur Teilhabe auf das betriebliche Umfeld und ein Betriebliches Eingliederungsmanagement leisten.

In Bezug auf die schriftliche Form der Bedarfsfeststellung haben sich die Rehabilitationsträger in der gemeinsamen Empfehlung „Teilhabeplan“ vom 16.12.2004 verständigt. Dort wird insbesondere verdeutlicht, dass auch die personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren und Ressourcen im Teilhabeplan erfasst werden. Dies erfordert Kenntnisse über den Arbeitsplatz.

Die in § 84 Abs. 2 S. 4 SGB IX vorgesehene Unterstützung des BEM durch die gemeinsamen Servicestellen erfordert, dass diese in die Bedarfsfeststellung und Teilhabeplanung einbezogen werden bzw. schnell auf sie zugreifen können.

#### **5.4.5 Koordination**

Nach § 10 Abs. 1 SGB IX ist der jeweils leistende Rehabilitationsträger zur Feststellung des Bedarfs und zur Teilhabeplanung nach trägerübergreifenden Gesichtspunkten verpflichtet. Er ist zur Koordination der Leistungen verpflichtet, indem er dafür zu sorgen hat, dass die Leistungen entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation angepasst werden. Nach § 12 Abs. 1 SGB IX sind die Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden, Abgrenzungsfragen einvernehmlich geklärt werden, Beratung geleistet wird, Begutachtungen nach einheitlichen Grundsätzen durchgeführt werden und Prävention geleistet wird.

Die Pflicht zur Koordination der Leistungen ist näher konkretisiert in der gemeinsamen Empfehlung der Rehabilitationsträger „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“ vom 22.3.2004. Darin wird wiederum die besondere Bedeutung der frühzeitigen Identifikation des Rehabilitationsbedarfs angesprochen, die insbesondere durch Fallmanagement in Arbeitsunfähigkeitsfällen erreicht werden kann. Arbeits- und berufsbezogene Fragestellungen haben stets zum frühest möglichen Zeitpunkt auch in die medizinische Rehabilitation einbezogen zu werden.

#### **5.5 Leistungen an Arbeitgeber**

Zu den spezifisch zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement passenden Leistungen zur Teilhabe gehören die Leistungen an Arbeitgeber (§ 34 SGB IX). Sie sind zum Teil auf die Neueinstellung behinderter Menschen ausgerichtet wie z. B. Ausbildungszuschüsse und Eingliederungszuschüsse. Spezifisch für das Betriebliche Eingliederungsmanagement können Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb genutzt werden. Diese Leistung ergänzt die arbeitsrechtlichen Pflichten des Arbeitgebers nach § 81 SGB IX. So ist der Anspruch der schwerbehinderten und gleichgestellten Beschäftigten auf behinderungsgerechte Einrichtung und Ausstattung der Arbeitsstätte und auf technische Arbeitshilfen beschränkt. Er gilt nur, wenn dies für den Arbeitgeber nicht mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist. Diese Beschränkung wird in kleinen Betrieben häufiger zutreffen als in größeren Betrieben, so dass die Ausstattung mit Arbeitshilfen oder eine andere Hilfe zur behinderungsgerechten Ausstattung gerade in kleinen Betrieben eine wichtige Unterstützung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements durch Rehabilitationsträger sein kann.

Leistungen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben durch das Integrationsamt (§ 102 SGB IX) werden auch an Arbeitgeber geleistet.

Diese können der behinderungsgerechten Einrichtung von Arbeitsplätzen dienen. Besonders genannt sind hier auch Leistungen zur Einrichtung von Teilzeitarbeitsplätzen (§ 26 Abs. 1 Nr. 2 SchwbAV). Weiterhin sind Leistungen für außergewöhnliche Belastungen vorgesehen, die mit der Beschäftigung besonders betroffener schwerbehinderter Beschäftigter (§ 72 SGB IX; § 27 SchwbAV) verbunden sind. Diese Leistungen sollen vor allem gezahlt werden, wenn ohne sie das Beschäftigungsverhältnis gefährdet wäre. Damit kann diese traditionell als „Minderleistungsausgleich“ bezeichnete Leistung gerade in kleinen und mittleren Betrieben dazu beitragen, dass Beschäftigte auch bei längerfristigen oder dauerhaften Leistungsminderungen weiter beschäftigt werden können.

### **5.6 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Beschäftigte (§ 33 SGB IX) können auch während eines laufenden Arbeitsverhältnisses erbracht werden. Sie umfassen auch Hilfen zur Erhaltung eines Arbeitsplatzes, individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung und berufliche Anpassung und Weiterbildung. Diese Leistungen sollen soweit wie möglich in betrieblicher Form durchgeführt werden (§ 19 Abs. 2 SGB IX).

Besonders zu nennen sind im Kontext des Betrieblichen Eingliederungsmanagements die Kraftfahrzeughilfe in Fällen, in denen vor allem die Bewältigung des Arbeitsweges gefährdet ist, Kosten für Hilfsmittel, die zur Berufsausübung oder zur Erhöhung der Sicherheit auf dem Arbeitsweg erforderlich sind, Kosten technischer Arbeitshilfen und Kosten der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung, z. B. in der Nähe des zu erhaltenden Arbeitsplatzes.

### **5.7 Stufenweise Wiedereingliederung**

Leistungen der Stufenweisen Wiedereingliederung (§ 28 SGB IX) gehören zu den wichtigsten Beiträgen der medizinischen Rehabilitation zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement.<sup>71</sup> Alle Leistungen der medizinischen Rehabilitation und der sie ergänzenden Leistungen sollen bei arbeitsunfähigen Leistungsberechtigten entsprechend der Zielsetzung der stufenweisen Wiedereingliederung erbracht werden.

---

<sup>71</sup> vgl. Welti, 2008, S. 127f

Hierdurch kann erreicht werden, dass arbeitsunfähige Beschäftigte mit einem Teil ihrer Arbeitszeit bereits wieder im Betrieb tätig sind und häufig zugleich oder im unmittelbaren Zusammenhang durch Leistungen der medizinischen Rehabilitation unterstützt werden.<sup>72</sup> Voraussetzung dafür ist, dass möglichst frühzeitig entweder durch den Vertragsarzt (§ 74 SGB V) oder im Krankenhaus oder durch eine Einrichtung der medizinischen Rehabilitation möglichst aussagefähig festgestellt wird, welche Leistungsfähigkeit die arbeitsunfähige Person hat.

## **6. Psychologische Voraussetzungen des BEM**

### **6.1 Bedingungen für wechselseitiges Vertrauen**

Welche Bedingungen für wechselseitiges Vertrauen gibt es in einem Unternehmen? Zunächst kann nicht ignoriert werden, dass das Arbeitsverhältnis eine hierarchische Machtstruktur begründet. Auf den ersten Blick scheint der Arbeitnehmer in der schwächeren Position zu sein. Er ist unter Umständen in der Gefahr, seinen Arbeitsplatz und damit seine materielle Existenzgrundlage zu verlieren. Sieht man genauer hin, ist der Arbeitgeber andererseits vom fachlichen Know-how und der guten Arbeitsleistung seines Arbeitnehmers abhängig. Krankheitsbedingte Fehlzeiten, besonders bei spezialisierten Fachkräften, bedeuten gerade für kleinere und mittlere Unternehmen existenzielle Probleme auf Arbeitgeberseite. Wie können unter diesen gegebenen Voraussetzungen „vertrauensbildende Maßnahmen“ auf beiden Seiten gelingen?

Dem Arbeitsverhältnis liegt ein Vertrag beider Vertragsparteien zu Grunde. Darin wird der Austausch der Arbeitskraft gegen Entgelt geregelt. Diese rechtliche Grundlage kann jedoch praktisch nur umgesetzt und gelebt werden, wenn beide Parteien auch ein Mindestmaß an gegenseitigem Vertrauen aufbringen. Der Arbeitnehmer muss darauf vertrauen, sein Entgelt zu erhalten, der Arbeitgeber darauf, dass der Mitarbeiter sein Potenzial in das Unternehmen voll einbringt. Für beide Partner ist das existenziell und birgt Risiken.

Risiken<sup>73</sup>

- den anderen nicht zu kennen
- nicht zu wissen, ob er will oder kann
- die Gegenleistung zeitlich versetzt zu erhalten

---

<sup>72</sup> vgl. Kohte, 2008, S. 587

<sup>73</sup> vgl. Sprenger, 2002, S. 63

Zu vertrauen bedeutet demnach nicht, ein Risiko einzugehen, denn das Risiko besteht bereits im Vorfeld. Das Gegenteil ist der Fall. Der Soziologe und Systemtheoretiker Niklas Luhmann setzte sich mit dem Phänomen *Vertrauen* auseinander.<sup>74</sup> Vertrauen ist zunächst das Problem einer riskanten Vorleistung. Menschen können ihre Handlungen zu beliebigen Zeitpunkten grundsätzlich frei wählen. Damit entsteht für alle eine unkontrollierbare Komplexität dieser Welt. Vom Einzelnen werden im Augenblick Handlungen erwartet, ohne dass dieser die Komplexität vollständig durchdringen und deren Folgen abschätzen kann. Durch *Vertrauen* entsteht eine Reduktion dieser Komplexität. „Ob vertrauensvolles Handeln in der rückblickenden Endbewertung richtig war, hängt also davon ab, ob das Vertrauen honoriert oder gebrochen wird.“<sup>75</sup> Eine mögliche Lösung für Risikoprobleme scheint demnach *Vertrauen* zu liefern, da nicht alle Risikofaktoren vorab ausgeschlossen werden können. Vertrauen eröffnet damit größere Handlungsspielräume des Einzelnen. „Man neutralisiert gewisse Gefahren, die nicht ausgeräumt werden können, die aber das Handeln nicht irritieren sollen“ (z. B. im Straßenverkehr oder bei der Arbeit). Allerdings ist „Vertrauen letztendlich immer unbegründbar.“<sup>76</sup> Ohne die Komponente *Vertrauen* läuft auch die rechtliche Ausformung des Arbeitsverhältnisses demnach ins Leere.

*„Vertrauen ermöglicht koordiniertes Handeln zwischen Partnern, die sich unbekannt sind und bleiben. Es ist Ersatz für ein Wissen über den anderen und seine Motive. Wenn ambitionierte wirtschaftliche Ziele erreicht werden sollen, müssen wir denjenigen vertrauen, die wir nicht persönlich kennen. ... Wir stehen also vor einer historisch vorbildlosen Situation: der Bedarf an Vertrauen steigt rapide, während die traditionellen Quellen versiegen. Und je größer das Unternehmen ist, desto höher ist der Vertrauensbedarf, desto schwieriger ist er zu decken. Dadurch erleben wir eine Neu- und Höherbewertung des Vertrauens als Organisationsprinzips.“<sup>77</sup>*

Vertrauen in jemanden zu investieren, erzeugt eine Vorleistung eines Partners. Beim anderen Partner(n) zieht das meist eine verpflichtende Wirkung nach sich. Der Chef klopft seinem Mitarbeiter auf die Schulter und äußert „Ich setze mein Vertrauen in Sie“. Die Beziehung ist in eine Schieflage geraten. Der Mitarbeiter möchte das ihm entgegengebrachte Vertrauen nicht enttäuschen. Er fühlt sich in gewisser Weise nicht mehr ganz unabhängig. Dahinter liegt psychologisch gesehen die Suche nach dem Ausgleich zwischen Geben und Nehmen. Es kommt das *Gesetz der Reziprozität* zum Tragen.

---

<sup>74</sup> vgl. Luhmann, 1989

<sup>75</sup> Luhmann 1989, S. 25

<sup>76</sup> ebenda, S. 26

<sup>77</sup> Sprenger, 2002, S. 28f

Das investierte Vertrauen auf Geberseite verlangt nach einem Ausgleich auf Nehmerseite, um wieder ein Gleichgewicht herzustellen.<sup>78</sup> Dies kann man zunächst auf gleichberechtigte, symmetrische Beziehungen anwenden. Fraglich ist, ob sich die Dynamik dieses Gleichgewichts auch bei asymmetrischen, ungleichgewichtigen Beziehung, wie einem Arbeitsverhältnis, einstellt.

Im Falle des BEM ist es prekär, da der Mitarbeiter seinem Chef vertrauen soll. Als *Knackpunkt* des Betrieblichen Eingliederungsmanagements wird deshalb oft die freiwillige Zustimmung und Mitwirkung des Arbeitnehmers zum BEM gesehen. Angstpotential auf Arbeitnehmerseite besteht bezüglich der Veröffentlichung der Krankengeschichte. Das BEM erfordert aber nicht unbedingt, die Krankendaten gegenüber dem Arbeitgeber offen zu legen. Rechtlich muss der langzeiterkrankte Arbeitnehmer seinem Arbeitgeber die genaue Diagnose nicht bekannt geben, sondern nur die Art und den Grad seiner künftigen Funktionseinschränkungen. Das Offenlegen der Krankendaten gegenüber dem Arbeitgeber könnte dadurch vermieden werden, indem Dritte (externe Beratung) das BEM unterstützen. Die Krankendaten könnten vollständig bspw. nur gegenüber der dritten Stelle offen gelegt werden. Der Arbeitgeber erfährt dann nur die Funktionseinschränkungen und die nötigen Anpassungen, nicht aber die Ursache und die Krankengeschichte.

Ein Zurückhalten dieser Informationen erscheint in der Praxis von Kleinstunternehmen allerdings oft eher unrealistisch. Dort herrscht eine relativ familiäre Atmosphäre. Die Organisationsstrukturen sind nur wenig formalisiert. „Es bestehen stark personenbezogene, flache Hierarchien, woraus sich kurze Kommunikationswege ergeben“<sup>79</sup> - jeder kennt jeden. Das berührt auch persönliche Lebensumstände, die nicht unbekannt bleiben. Damit macht sich der Arbeitnehmer gegenüber seinem Arbeitgeber verwundbar. Der Schwächere muss nun dem Stärkeren vertrauen und darauf hoffen, dass sein Vertrauen nicht missbraucht wird (Angst vor krankheitsbedingter Kündigung).

Es besteht ein nachgewiesener Zusammenhang zwischen Verwundbarkeit und Vertrauen. In dem Maße, wie sich der Stärkere selbst verwundbar macht, umso mehr wird ihm vom Schwächeren auch Vertrauen entgegengebracht.<sup>80</sup> Eine Atmosphäre des Vertrauens ist die Basis, in der Freiwilligkeit überhaupt nur gelingen kann. Der Faktor *Vertrauen* ist im betriebsinternen Kontext also eine sehr sensible Variable.

---

<sup>78</sup> ebenda, S. 102

<sup>79</sup> Kriener, 2005, S.182

<sup>80</sup> vgl. Sprenger, 2002, S. 101

Damit der erkrankte Beschäftigte Vertrauen in den Arbeitgeber entwickeln kann, sind als Vorbedingung für ein wechselseitiges Vertrauen innerhalb dieser asymmetrischen Beziehung fünf Aspekte auf Seiten des „Stärkeren“ entscheidend: *Kompetenz, Vertraulichkeit, Redlichkeit, Transparenz und Effektivität.*

Diese fünf Aspekte basieren auf einer strukturellen Trennung von *Funktion* und *Person*. Das vom Arbeitnehmer seinem Vorgesetzten oder anderen Akteuren, wie z. B. dem Betriebsarzt, entgegengebrachte Vertrauen soll dazu führen, dass durch Sachkenntnis seitens der Professionellen schrittweise diese Asymmetrie abgebaut werden kann und beide Partner gleichberechtigt agieren können.<sup>81</sup> Als Professionelle im BEM-Verfahren werden hier alle beteiligten inner- und außerbetrieblichen Akteure (Arbeitgeber, Betriebsarzt, Personalrat, Schwerbehindertenvertretung und Sozialleistungsträger) verstanden; außer dem betroffenen Arbeitnehmer selbst.

Der Faktor Vertrauen beeinflusst eine weitere für das BEM relevante Komponente - die Motivation. Denn ohne Vertrauen bildet sich keine Motivation, die dauerhaft und belastbar ist.<sup>82</sup> Aus diesem Grund wird in Kapitel 6.4 näher auf das Thema Motivation eingegangen.

## **6.2 Theoretische Bedeutung des Betriebsklimas für BEM**

Aus bisherigen Studien, die sich mit fördernden und hemmenden Faktoren zum BEM beschäftigten (siehe Kapitel 2) ist bereits bekannt, dass den meisten Erfolg versprechend für dessen Einführung eine vertrauensvolle Unternehmenskultur ist. Im gleichen Zusammenhang werden ebenfalls eine gute Informationspolitik und Kommunikation im Unternehmen genannt. Das Betriebliche Eingliederungsmanagement muss im Unternehmen gelebt werden. Eine bloße (gesetzliche) Verpflichtung dazu reicht offenbar nicht aus. Deshalb soll an dieser Stelle näher betrachtet werden, was ein Betriebs- bzw. Organisationsklima<sup>83</sup> ausmacht.

### **6.2.1 Definition Betriebsklima**

Der aus dem deutschsprachigen Raum stammende Begriff des *Betriebsklimas* ist „*kein Merkmal einzelner Betriebsangehöriger, sondern ein Konzept, das auf objektive Bedingungen innerhalb des Betriebes hinweist und vor allem durch dessen soziale Strukturen und interpersonelle Beziehungen bestimmt wird.*“<sup>84</sup>

---

<sup>81</sup> vgl. Endress, 2002, S. 56 - 58

<sup>82</sup> vgl. Sprenger, 2002, S. 47

<sup>83</sup> Die Begriffe Betriebs- und Organisationsklima unterscheiden sich nur geringfügig. Für die Erforschung des BEM können beide Begriffe gleichermaßen herangezogen werden und wichtige Erklärungen liefern.

<sup>84</sup> Rosenstiel, 2007, S. 382

Die einzelnen Betriebsangehörigen nehmen dazu eine wertende Stellung ein, was wiederum einen Einfluss auf ihr Verhalten hat. Das Betriebsklima beschränkt sich auf soziale Komponenten wie Führung und Kollegenbeziehungen.

### 6.2.2 Definition Organisationsklima

Der jüngere Begriff des *Organisationsklimas* stammt aus dem angelsächsischen Sprachraum und ist mit dem Betriebsklima verwandt. Er bedeutet die „relativ überdauernde Qualität der inneren Umwelt einer Organisation“, die

- durch ihre Mitglieder erlebt wird
- ihr Verhalten beeinflusst
- durch die Werte einer bestimmten Menge von Merkmalen der Organisation

beschrieben werden kann<sup>85</sup>.

Beim Organisationsklima geht es um die nicht-wertende Beschreibung von Organisationsgegebenheiten auf Belegschaftsebene. Unter Organisationsklima versteht man heute ein Konzept, das sich aus der Interaktion von Person und Organisation ergibt.<sup>86</sup> Eine Möglichkeit, um das Organisationsklima näher zu untersuchen, ist die Festlegung bestimmter Items. Folgende Items können zur Beschreibung des Organisationsklimas dienen.

- Betrieb als Ganzes
- Kollegen
- Vorgesetzte
- Aufbau- und Ablauforganisation
- Information und Mitsprache
- Zusammenarbeit zwischen den Bereichen
- Interessenvertretung
- betriebliche Leistungen

Die Organisationsklimaforschung untersuchte ursprünglich hauptsächlich die Merkmale der Organisation. Heute geht das Interesse vermehrt auf die spezifische Sichtweise der einzelnen Mitglieder der Organisation.

---

<sup>85</sup> vgl. ebenda, S. 382

<sup>86</sup> vgl. ebenda, S. 383f

Eine andere Möglichkeit, das Organisationsklima zu untersuchen, geschieht durch die Festlegung unabhängiger Dimensionen, wie individuelle Autonomie, Struktur, Belohnungsorientierung, Rücksichtnahme und Unterstützung. Diese Liste kann noch um weitere Dimensionen erweitert werden, wie Zielausrichtung, Konflikt versus Zusammenarbeit, Belohnung und Sanktionen, Flexibilität und Unterordnung.<sup>87</sup>

### 6.2.3 Unternehmenskultur

Der Begriff *Unternehmenskultur* entstand in den 1970er Jahren in den USA und der BRD. Ausgangspunkt war die Analyse erfolgreicher japanischer Unternehmen. Neben *harten* Faktoren (technische und betriebswirtschaftliche) waren vor allem *weiche* Faktoren (Loyalität, Kooperationsfähigkeit, Identifikation, Fleiß) gewinnbringend. In hoch entwickelten Industrie- und Informationsgesellschaften verändern sich die Mitarbeiterfunktionen. Nicht nur der Einsatz von körperlicher Kraft, sondern auch von Kreativität und Ideenreichtum wird erwartet. Letztere können aber nicht erzwungen werden, sondern werden freiwillig eingebracht. Voraussetzung dafür ist intrinsische (aus sich selbst kommende) Motivation, Identifikation und Zusammengehörigkeitsgefühl. Der Zusammenhang von Unternehmenskultur und Wettbewerbsfähigkeit wurde bereits in zahlreichen Studien belegt.<sup>88</sup> In einer groß angelegten Umfrage mit mehr als 2.100 Interviews in 33 Unternehmen in Deutschland, Österreich und der Schweiz, hat die Bonner Unternehmensberatung „Deep White“ zusammen mit der Universität St. Gallen den Einfluss der Wertekultur eines Unternehmens auf seinen Erfolg am Markt untersucht. Demnach existiert ein Zusammenhang zwischen bestimmten Werten und dem Erfolg eines Unternehmens. Der betriebswirtschaftliche Erfolg eines Unternehmens ist zu einem Viertel auf gelebte Wertekultur zurückzuführen.<sup>89</sup>

Die Unternehmenskulturdefinitionen gehen auf einen allgemeinen Kulturbegriff zurück. Der Begriff *Kultur* kann auf jede Gruppe, so auch auf ein Unternehmen, angewendet werden. „Dort, wo Menschen zusammen leben und arbeiten, entstehen allgemeine Normen des Verhaltens, die sich verfestigen und das menschliche Miteinander regeln.“<sup>90</sup> Zu den traditionellen Modellen der Unternehmenskultur gehören das Drei-Ebenen-Modell von Schein, das Drei-Schichten-Modell sowie das Eisbergmodell.

---

<sup>87</sup> vgl. Rosenstiel, 2007 S. 385

<sup>88</sup> vgl. Schönborn/Buchholz, 2009, S. 91

<sup>89</sup> vgl. Franken, 2007, S. 202

<sup>90</sup> ebenda, S. 203

### Drei-Ebenen-Modell der Unternehmenskultur nach Edgar Schein

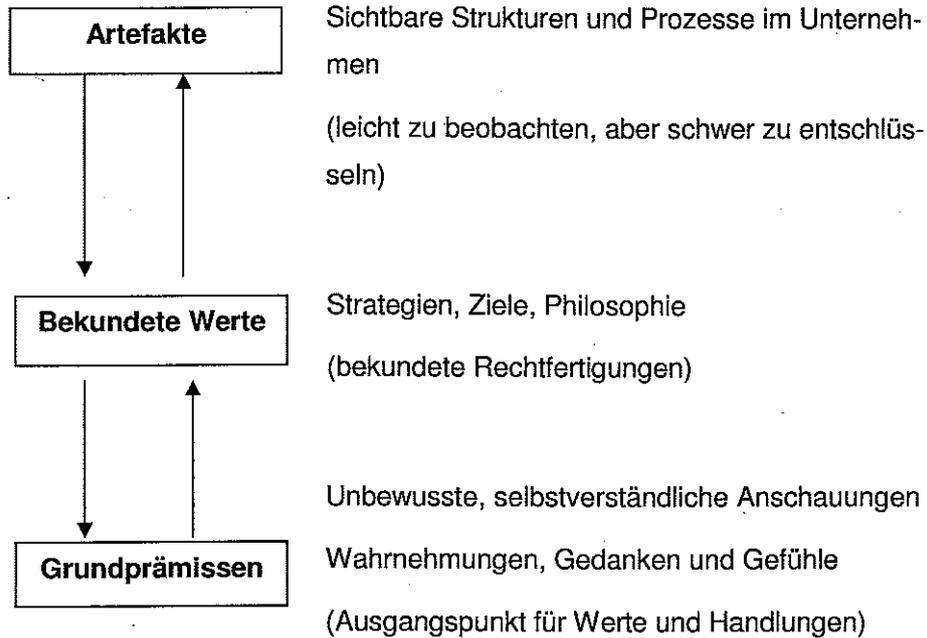


Abbildung 7: „Ebenen der Kultur“<sup>91</sup>

### Drei-Schichtenmodell

<p><b>Unternehmensidentität</b> (vgl. Schein = Artefakte)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alle sichtbaren, aktiven und passiven Ausdrucksformen des Unternehmens (Corporate Identity), wie Symbole, Logos, Namen, Briefkopf, Kleidung</li> </ul>
<p><b>Unternehmensethik</b> (vgl. Schein = bekundete Werte)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rangfolge der Werte des Unternehmens, wie Gerechtigkeit, Vertrauen, Wahrhaftigkeit, Ehrlichkeit, Verantwortung</li> </ul>
<p><b>Unternehmensphilosophie</b> (vgl. Schein = Grundprämissen)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• grundlegende Sinnorientierungen, weltanschauliche Ausrichtung, Menschenbild, zwischenmenschliche Beziehungen, Einstellungen zur Umwelt</li> </ul>

Abbildung 8: „Drei Ebenen der Unternehmenskultur“<sup>92</sup>

<sup>91</sup> E. Schein (leicht modifiziert), 1995 nach Franken, 2007, S. 205

<sup>92</sup> Franken, 2007, S. 208

Beide Modelle ähneln sich, wobei das Drei-Ebenen-Modell nach Schein einen dynamischen Charakter hat, während das Drei-Schichten-Modell eher statisch erscheint.

### **Eisbergmodell<sup>93</sup>**

Das Eisbergmodell veranschaulicht bildlich, dass die Unternehmenskultur nur begrenzt sichtbar ist und wesentliche Teile unter der Oberfläche liegen. Sichtbare Strukturen, die sich an der Oberfläche befinden, bilden nur die Spitze des Eisberges der Unternehmenskultur. Die prägenden Grundannahmen bleiben dagegen immer unter der Oberfläche und sind für eine bewusste Überprüfung unzugänglich. Dazwischen liegen Werte und Normen, die dann sichtbar werden, wenn sie klar definiert sind. Die Basis einer Unternehmenskultur bildet sich gemeinsam aus Grundannahmen, Werten und Normen. Sie beeinflussen das Verhalten von Mitarbeitern im Unternehmen am stärksten.

### **Unternehmenskultur als Eisberg**

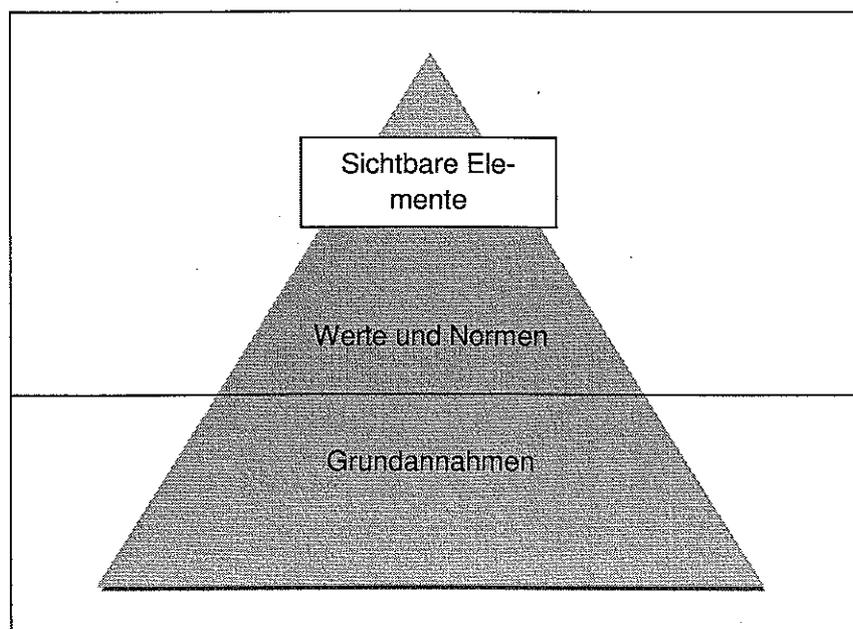


Abbildung 9: „Unternehmenskultur als Eisberg“<sup>94</sup>

<sup>93</sup> vgl. Schein 1995 nach Franken, 2007, S. 207

<sup>94</sup> Sackmann (stark modifiziert), 2002 in Anlehnung an Schein nach Franken, 2007, S. 208

#### 6.2.4 Führungsstile

Das Betriebsklima wird maßgeblich vom Führungsstil im Unternehmen geprägt. Es gibt unterschiedliche Modelle, die die Ausprägung von Führungsstilen beschreiben.

Kurt Lewin entwickelte im Jahre 1939 ein typologisches Konzept, welches drei Führungsstile unterscheidet: den *autoritären* Stil, den *demokratischen* Stil, sowie den *laissez-faire* Stil (franz. „lass-sie-machen“). Die verschiedenen Führungsstile haben Auswirkungen auf die jeweilige Leistungsbereitschaft der Mitarbeiter.<sup>95</sup>

Das Wort *autoritär* löst oft negative Assoziationen aus. Dabei sollte genau beobachtet werden, worin sich die Autorität der Führungskraft begründet. Liegt diese ausschließlich in der stärkeren Machtposition, wirkt sich das zweifelsohne ungünstig auf das Betriebsklima aus.

Anders wird man eine natürliche Autorität mit Verantwortungsgefühl und Kompetenz beurteilen. Eine autoritäre Führungspersönlichkeit gibt klare Orientierung, aber auch eine starke Kontrolle. Die Mitarbeiter sind stark auf die Führungsperson ausgerichtet. Nachteile dieses Stils liegen in der eingeschränkten Spontaneität und Kreativität, sowie in mangelnder Selbstverwirklichung und Partizipation der Mitarbeiter. Die Vorteile dieses Führungsverhaltens sind hingegen die Ziel- und Ergebnisorientierung.

Das Gegenteil davon bedeutet der *Laissez-faire*-Stil. Dieser Stil zeichnet sich durch seine Führungsschwäche aus. Die Mitarbeiter erhalten weder Vorgaben noch unterliegt das Ergebnis einer starken Kontrolle. „Sie sollen machen, was sie für richtig halten.“ Der eigene Handlungs- und Ermessensspielraum ist sehr groß. So wenig wie Orientierung und Kontrolle vorliegt, so wenig Wertschätzung und Anerkennung wird erteilt. Die Mitarbeiter sind Einzelkämpfer, denen es an Steuerung für ein konstruktives Zusammenarbeiten mangelt.

Der für ein Unternehmen erfolgreichste Führungsstil wäre bei diesem Konzept der demokratische Stil. Auf Grund der Partizipation der Mitarbeiter an Entscheidungen liegt eine größtmögliche Motivation am Gesamtergebnis vor. Die Mitarbeiter kommunizieren nicht nur mit der Führungsebene, sondern auch untereinander. Es kann eine entspannte Arbeitsatmosphäre gelingen, die zu kreativen und konstruktiven Prozessen führt.<sup>96</sup>

Ein ähnliches Modell für Leitungsstile liefert Harald H. Andersons, welcher einen *dominanten* und *integrativen* Stil unterscheidet.<sup>97</sup>

---

<sup>95</sup> vgl. Lewin, 1938 nach Hobmair, 1994, S. 229

<sup>96</sup> vgl. Hobmair, 1993, S.232

<sup>97</sup> vgl. Andersons nach Hobmair, 1994, S.235ff



Welche Unternehmenskultur bzw. welcher Führungsstil im Unternehmen gelebt wird, hat maßgeblichen Einfluss darauf, ob und wie die *weichen* Faktoren zur Entfaltung kommen. Auswirkungen hat das u. a. auf die erforderliche freiwillige Mitarbeit erkrankter Arbeitnehmer zum BEM. Förderlich dafür ist ein demokratischer, integrativer und partizipativer Führungsstil. In einer Studie der Universität Köln zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements wurde bereits auf den korrelativen Zusammenhang zwischen dem „Führungsstil“ und der „Bereitschaft zur Zustimmung zum BEM“ hingewiesen.<sup>102</sup>

### 6.3 Angst - theoretischer Hintergrund

#### 6.3.1 Definition von Angst/Angsttheorien

Der psychologische Faktor Angst spielt im Prozess des Eingliederungsmanagements eine große Rolle. Das Wort „Angst“ (*lat. angustus*) bedeutet „eng, beengend, die freie Bewegung hindernd.“<sup>103</sup> „Angst wird als unangenehmer emotionaler Zustand beschrieben.“<sup>104</sup>

*„Angst ist eine kognitive, emotionale und körperliche Reaktion auf eine Gefahrensituation bzw. auf die Erwartung einer Gefahren- oder Bedrohungssituation. Als kognitive Merkmale sind subjektive Bewertungsprozesse und auf die eigene Person bezogene Gedanken anzuführen... Emotionales Merkmal ist die als unangenehm erlebte Erregung, die sich auch in physiologischen Veränderungen manifestieren und mit Verhaltensänderungen einhergehen kann.“*<sup>105</sup>

Die Entstehung von Angst wird durch verschiedene Angsttheorien beschrieben. Im Kontext von BEM geht es nicht um pathologische, krankmachende oder verdrängte Ängste einer Persönlichkeit (Angstneurose), wie sie durch *psychoanalytische Angsttheorien* nach Sigmund Freud beschrieben werden. Verschiedene Abwehrmechanismen (Regression = Zurückfallen, Verdrängung, Projektion u. a.) dienen der Angstbewältigung. Diese Theorie ist für BEM eher ungeeignet.

Die *behavioristische Angsttheorie* definiert Angst als eine erlernte Reaktion auf einen Angst auslösenden Reiz.

---

<sup>101</sup> leicht modifiziert; Hobmair, 1994, S. 240

<sup>102</sup> vgl. Niehaus et al., 2008, S. 78

<sup>103</sup> vgl. Menge/Güthling, 1965 zit. nach Sörensen, 1996, S.2

<sup>104</sup> Sörensen, 1996, S. 2

<sup>105</sup> ebenda, S. 3 Wissenschaftliche Definitionen von Angst nach Hackfort/Schwenkmezger

Der Behaviorismus ist eine Verhaltenswissenschaft (*behavior* = Verhalten), der das menschliche Verhalten zu beschreiben und zu verstehen versucht. Dieser Wissenschaftszweig existiert ca. seit den 20er Jahren des 20. Jahrhunderts. Das Konzept „Lernen am Erfolg“ durch klassische und operante Konditionierung ist hier einzuordnen.<sup>106</sup>

Seligmann entwickelte das Konzept der erlernten Hilflosigkeit, welchem die kognitive Lerntheorie zu Grunde liegt.<sup>107</sup> Demnach beurteilen Menschen eine bedrohliche Situation nach dem Ausmaß an tatsächlicher oder vermeintlicher Kontrollmöglichkeit, die sie über die Situation haben. Die Überzeugung, dass Angst auslösende Ereignisse nicht mehr kontrollierbar sind, führt zu erlernter Hilflosigkeit. Als gedankliche Konsequenz dieser Hilflosigkeit lernt der Betroffene, dass seine Reaktion zwecklos ist und sein Handeln keinen Einfluss mehr auf die erwarteten Konsequenzen hat. Kontrollverlust bezieht sich dabei auf die subjektive Verfügbarkeit von Handlungsmöglichkeiten. Gleichzeitig wirkt die Attributionstheorie (Zuschreibung). Menschen schreiben Misserfolge entweder äußeren Umständen oder eigenem Versagen zu.<sup>108</sup> Betrachtet man die Vorgänge im Zuge eines BEM-Verfahrens näher, so kann diese Theorie durchaus Anwendung finden. Schließlich stellen eine Langzeiterkrankung und der damit befürchtete Arbeitsplatzverlust schwer kontrollierbare und Angst auslösende Ereignisse dar. Der Arbeitnehmer kann beispielsweise die Situation entweder äußeren Umständen oder seiner eigenen Person zuschreiben. Es hängt auch von seinen bisherigen Erfahrungen ab, ob er die Situation als unkontrollierbar einschätzt und sich ihr hilflos ausgeliefert fühlt.

Eine weitere, für das BEM sehr hilfreiche Angsttheorie liefert der *kognitionspsychologische Ansatz*. Angst wird hier als das Ergebnis einer bedrohlichen Situationseinschätzung verstanden. Die Theorie bezieht Bewertungen und Einschätzungen einer Situation ein. Dabei entsteht eine Wechselwirkung zwischen der kognitiven Auseinandersetzung mit der Gefahr sowie der körperlich-physiologischen Reaktion darauf.<sup>109</sup> In der ersten Bewertungsphase schätzt das Individuum ein, ob die Situation eine persönliche Bedrohung darstellt. In einer zweiten Bewertungsphase werden die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmaßnahmen (Copingstrategien) geprüft.

---

<sup>106</sup> vgl. Franken, 2007, S. 4

<sup>107</sup> vgl. Seligmann, 1986 nach Sörensen 1996, S. 104

<sup>108</sup> vgl. Sörensen, 1996, S. 92, S. 104f

<sup>109</sup> vgl. ebenda, S. 30f

Wird die persönliche Handlungskompetenz in der gegebenen Bedrohungssituation als negativ eingeschätzt, entsteht Angst. Es können während des Eingliederungsmanagements z. B. Existenzangst, Zukunftsangst, Verlustangst, Angst vor Offenbarung, Angst vor dem Ausgeliefert-Sein, Ängste vor Neuem und Veränderung entstehen.

### 6.3.2 Der Umgang mit Angst

„Angst kann gemindert werden, wenn die auslösenden Reize vorhersagbar sind“ so lautet das Fazit der *Theorie erlernter Hilflosigkeit* von Seligmann<sup>110</sup> bezüglich des Umgangs mit Angst. Zusätzlich verringert sich Angst, wenn die Person über das bedrohliche Ereignis tatsächliche oder vermeintliche Kontrolle ausüben kann. Das ist jeweils von den subjektiv verfügbaren Handlungsmöglichkeiten abhängig.<sup>111</sup> Auf BEM bezogen bedeutet das, dass die jeweiligen Akteure - im Besonderen der Arbeitnehmer - nicht nur Objekt des Verfahrens sein dürfen, sondern die Kontrolle über das Verfahren behalten sollten.

Die zweite Möglichkeit der Angstbewältigung liefert der Begriff Coping (engl. bewältigen). Er bezieht sich auf kognitive (gedankliche) Prozesse zur Bewältigung von Bedrohungssituationen. Damit setzte sich Lazarus<sup>112</sup> auseinander und entwickelte das *kognitiv-emotionale Prozessmodell*. Die Reaktion auf Angst kann in zwei Richtungen erfolgen: zunächst äußerlich in die direkten Handlungen wie Flucht oder Angriff sowie zweitens in die intrapsychischen Prozesse (gedankliche Verarbeitungsversuche). Jeder Mensch reagiert entsprechend seiner Persönlichkeit unterschiedlich auf Ängste. Entweder reagiert er sehr stark auf Angst auslösende Reize und überbetont diese, oder er vermeidet diese bzw. spielt diese herunter. Optimal ist es, flexibel und situationsbezogen auf bedrohungsrelevante Hinweise reagieren zu können. Dieses Modell ist für BEM ebenfalls gut geeignet. Es ist zu beachten, welche Copingstrategien bei den jeweiligen Akteuren vorhanden sind. Anzuregen sind Prozesse, die zu einer Aufmerksamkeitsveränderung und Neubewertung einer Situation führen können.

---

<sup>110</sup> vgl. Seligmann, 1986 nach Sörensen 1996, S. 90f

<sup>111</sup> vgl. Seligmann, 1986 nach Sörensen 1996, S. 91

<sup>112</sup> vgl. Lazarus, 1986 nach Sörensen, 1996, S.22

### 6.3.3 Angst in Organisationen und Institutionen

Zum Verständnis von Angst im Laufe des BEM sollte man sich auch näher mit der Angst in Gruppen und Institutionen beschäftigen. Dabei wird deutlich, dass das Angsterleben stark von der jeweiligen Organisations- und Leitungsstruktur abhängt.

*Hierarchisch-strukturierte Institutionen* mit ausgewiesener Leitung haben einen strukturierten Organisationsaufbau. Sie vermitteln den Mitgliedern dadurch so viel Halt und formale Orientierung, dass bestimmte Ängste gebunden bzw. abgebaut werden.<sup>113</sup> Eine feste Struktur übernimmt mit klar definierten Regeln die Funktion der Angstabwehr ihrer Mitglieder.<sup>114</sup> Allerdings bietet eine hierarchische Struktur keine Garantie für Angstfreiheit. Gerade das asymmetrische Gefälle der Beziehung zwischen Leitungsperson und Mitarbeiter beinhaltet Angst erzeugendes Potential und mobilisiert somit gleichzeitig auch Ängste.

*Kollektiv-strukturierte Institutionen* ohne formelle Leitung, z. B. Projekte, sind strukturell ständig in Bewegung. Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten sind nicht direkt abfragbar, da jedes Mitglied sich stark verantwortlich fühlt. Es entsteht Angst, da emotionale und arbeitstechnische Beziehungen ständig neu ausgehandelt werden müssen.<sup>115</sup> Das Angstpotential kann hier nicht über die Organisationen kanalisiert werden. Angstbewältigungsstrategien müssen neu gesucht werden.<sup>116</sup>

Eine Kombination beider Institutionsformen bietet die *hierarchische Struktur mit kooperativer Binnenstruktur*. Sie ist gekennzeichnet durch eine starke Hierarchie nach außen und eine kollektive Unternehmensordnung. Die Angstentwicklung ist ähnlich der hierarchischen Struktur.<sup>117</sup> Allerdings liegt hier eine große Chance in der kooperativen Binnenstruktur. Institutionen, wie Krankenhäuser oder Rehabilitationseinrichtungen, machen sich diese Organisationsstruktur häufig zu Nutze.

Für den zu untersuchenden Forschungsgegenstand lassen sich daraus wichtige Erkenntnisse ableiten.

Eine feste betriebsinterne Struktur und Hierarchie verhilft zu Sicherheit und reduziert Ängste.

Hierarchien erzeugen jedoch neue Ängste auf Grund der asymmetrischen Beziehung zwischen Mitarbeiter und Führung.

---

<sup>113</sup> vgl. Pühl, 1994, S. 10

<sup>114</sup> vgl. ebenda, S. 65

<sup>115</sup> vgl. Pühl, 1994, S.10

<sup>116</sup> vgl. Pühl, 1994, S. 65

<sup>117</sup> vgl. ebenda, S. 11

Kooperative Binnenstrukturen, wie Betriebsrat und Betriebsvereinbarungen, können zur Angstreduktion bei den Betroffenen führen.

## 6.4 Motivation – theoretischer Hintergrund

### 6.4.1 Definition Motivation

Im Zusammenhang mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement hat die Frage der Motivation eine zentrale Bedeutung. Zum einen geht es um die Motivation des erkrankten Arbeitnehmers, beim BEM mitzuwirken. Zum anderen geht es aber auch um die Motivation aller anderen Akteure, das BEM zu unterstützen (Arbeitgeber, Kollegen, Betriebsarzt,...etc.)

„Motivation beantwortet die Frage nach dem *Warum* des menschlichen Handelns.“<sup>118</sup> Die zentrale Motivation von Menschen besteht in der Tendenz zu Wachstum und Erweiterung der eigenen Persönlichkeit. Jeder Mensch ist bestrebt, sein individuelles Potential, seine ererbten Gaben und Fähigkeiten zur Entfaltung zu bringen. Dieser Ansatz und die Annahme zur Selbstverwirklichung kommen aus der humanistischen Psychologie. Im Begriff *Motivation* steckt der Begriff *Motiv*.<sup>119</sup> Jedem Motiv liegt wiederum ein (unbefriedigtes) Bedürfnis zu Grunde.

### 6.4.2 Motivationstheorien

Den *Inhalt-Ursache-Theorien* sind gemein, dass sie hinterfragen welche Motive Menschen zu einem bestimmten Handeln bewegen. Sie bestehen aus einer Klassifizierung der menschlichen Bedürfnisse.<sup>120</sup> Eine der bekanntesten Motivationstheorien ist die von Abraham Maslow. Grundlage dieser Theorie ist die sogenannte „Bedürfnispyramide“.<sup>121</sup>

---

<sup>118</sup> Franken, 2007, S. 79

<sup>119</sup> vgl. Neumann et al., 2006, S. 43

<sup>120</sup> vgl. Franken, 2007, S. 86

<sup>121</sup> vgl. Maslow, 1954 nach Franken, 2007, S. 88

## MASLOWs Bedürfnispyramide

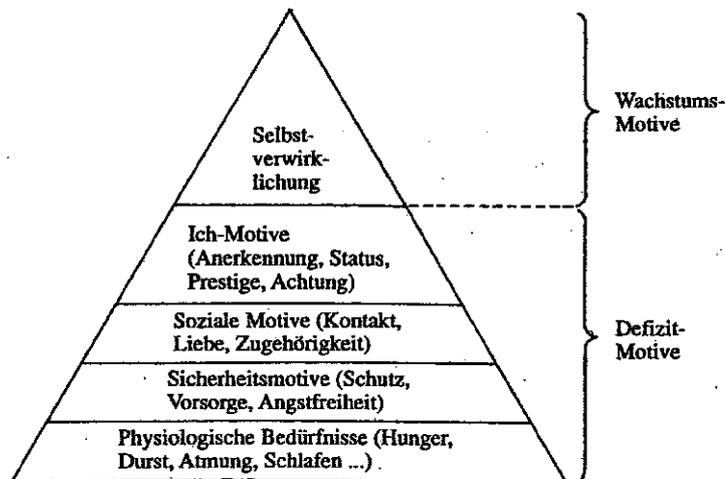


Abbildung 11: „Motivationspyramide nach Maslow“<sup>122</sup>

Statt jedoch nur eine einzige Motivationsquelle anzunehmen, geht Maslow von einer Vielzahl von Bedürfnissen aus, die hierarchisch geordnet sind. Die menschlichen Bedürfnisse werden nach einer bestimmten Wertigkeit gewichtet und in einer Hierarchie der Vorrangigkeit angeordnet. Die physiologischen und somit grundlegenden Bedürfnisse haben Vorrang vor anderen und müssen zuerst befriedigt werden. Erst danach kann ein Individuum nach einem in der Hierarchie höher eingestuften Bedürfnis streben. Nach Maslow werden aber nicht alle Bedürfnisse unbedingt auch zu Motiven. Nur ein akut unbefriedigtes Bedürfnis wird zu einem Motiv, während ein befriedigtes Bedürfnis in den Hintergrund tritt. Letzteres hat dann nur noch wenig oder keine handlungsbestimmende Wirkung. Allerdings wird das Maslowsche Modell auch kritisiert. Menschliches Handeln ist viel komplexer. Kritiker gehen davon aus, dass zu einem bestimmten Zeitpunkt durchaus mehrere unbefriedigte Bedürfnisse verschiedener Hierarchieebenen gleichzeitig vorliegen können. Eine dynamische Darstellung der Bedürfnistheorie würde das besser berücksichtigen. Dabei werden relative Intensitäten/Ausprägungen einzelner Bedürfnisse abgebildet, so dass sich ein wellenförmiger Verlauf der Motiv-Entwicklung ergibt. Dabei kann abgelesen werden, wie stark ein einzelnes Bedürfnis im Verhältnis eines anderen ausgeprägt ist.<sup>123</sup>

<sup>122</sup> von Rosenstiehl, 2007, S. 404

<sup>123</sup> vgl. Maslow, 1954 nach Franken, 2007, S. 89

Überträgt man Maslows Motivationstheorie auf das BEM, müssen die elementaren Grundbedürfnisse nach Sicherheit, z. B. Sicherheit des Arbeitsplatzes, zuerst garantiert sein, um sich auf die nächst höhere Bedürfnishierarchie begeben zu können, z. B. Vermeidung betrieblicher Isolation, Stärkung des Selbstvertrauens, sowie das Gefühl, wertvolle Arbeit zu verrichten. Der langzeiterkrankte Arbeitnehmer wird sich demzufolge nur auf das BEM einlassen können, wenn seine existenziellen Bedürfnisse erfüllt werden. In einer Atmosphäre von Unsicherheit oder Angst kann das wahrscheinlich nicht gelingen. Erst anschließend sind Motive der sozialen Integration, wie das Bedürfnis der Zugehörigkeit zu Kollegen, angeordnet.

Bezeichnet man das Betriebliche Eingliederungsmanagement als eine professionelle Interaktion der einzelnen Akteure, so verlangt dieses Verfahren die Preisgabe von Details persönlicher Lebensumstände. Der Arbeitnehmer muss darauf vertrauen können, dass alle Professionellen das Mitgeteilte vertraulich behandeln. Damit entsteht die Erwartung des Arbeitnehmers, dass die einzelnen Akteure sein Vertrauen und die Ihnen zugänglich gemachten Informationen nicht zu seinem Nachteil verwenden. Das BEM-Verfahren birgt hier unter Umständen einen Widerspruch in sich. Es soll ja gerade den Arbeitsplatzverlust verhindern und somit auch langfristig Sicherheit schaffen. Zum anderen verlangt es aber vom Arbeitnehmer einen gewissen Vertrauensvorschuss durch die Mitwirkung und Offenlegung seiner Krankendaten, jedoch ohne Garantie, dass das Betriebliche Eingliederungsmanagement auch erfolgreich sein wird.

Eine andere Bedürfnistheorie (Inhalt-Ursache-Theorie), die sich in Abgrenzung zu Maslow aus der Organisationspsychologie (1972) entwickelte ist die Theorie von C. Alderfer, abgekürzt ERG.<sup>124</sup> Sie unterscheidet nur drei Motivgruppen.

- E**     *Existence*: Existenzbedürfnisse  
wie physiologische, materielle Sicherheit, Belohnung und Entlohnung sowie Arbeitsbedingungen
- R**     *Relatedness*: Beziehungsbedürfnisse  
soziale Bedürfnisse, interpersonelle Sicherheit/ Achtung
- G**     *Growth*: Wachstumsbedürfnisse/ Selbstverwirklichungsbedürfnisse  
Selbstverwirklichung, Selbstachtung

Im Gegensatz zu Maslow wird hier nicht in starre Bedürfnishierarchien getrennt.

---

<sup>124</sup> vgl. Alderfer, 1972 nach Franken, 2007, S. 90

Das bedeutet, dass die Befriedigung eines unteren Bedürfnisses keine notwendige Voraussetzung und gleichzeitig keine ausreichende Bedingung für das Wirksamwerden eines höheren Bedürfnisses ist. Bei Nichtbefriedigung eines Bedürfnisses kann zum Ausgleich dafür ein höher liegendes in Anspruch genommen werden (Beispiel: zu wenig Gehalt, dafür aber Spaß an der Arbeit oder gute Arbeitsatmosphäre). Alderfer bezieht in seine Theorie auch Frustrationen mit ein, d. h. Zustände der Enttäuschung, wenn die angestrebte Bedürfnisbefriedigung durch äußere Hemmnisse nicht erreicht werden konnte. Seine Hypothese besagt, dass dann bereits erfüllte Bedürfnisse neu aktiviert werden (Beispiel: unbefriedigte Beziehungsbedürfnisse durch höheren Lohn kompensieren). Das wird auch als Regression (Zurückfallen) bezeichnet. Allerdings sollte diese Möglichkeit des Frustrationsausgleichs nur als kurzfristige Lösung angesehen werden. Ein Verzicht und eine erzwungene Kompensation geben auf Dauer keine Befriedigung.<sup>125</sup> Die ERG-Theorie entspricht den individuellen Unterschieden von Menschen und berücksichtigt Einflussgrößen wie Bildungsniveau, familiärer Hintergrund o. ä. In der Realität reagieren die Mitarbeiter auf die Nichtbefriedigung von Bedürfnissen ganz unterschiedlich.

Wendet man diese Theorie auf das BEM-Verfahren an, ergeben sich neue Aspekte, die mit Hilfe der Maslowschen Theorie bisher noch nicht zum Tragen kamen. Existenzbedürfnisse könnten vielleicht auch mit Beziehungs- oder Wachstumsbedürfnissen kompensiert werden. Das eröffnet unter Umständen völlig neue Herangehensweisen. Hier wird die Bedeutung der ökonomischen Parameter wichtig. Könnten Anreize, wie Boni oder Prämien als Ausgleich für nicht befriedigte Existenzbedürfnisse dienen?

Der Vollständigkeit halber sollen hier noch die Theorien von Herzberg und McClelland genannt werden, die beides ebenfalls Inhalt-Ursache-Theorien sind.

Herzbergs Theorie wird auch Zwei-Faktoren-Theorie genannt.<sup>126</sup> Dabei wird zwischen Faktoren unterschieden, die zu extremer Zufriedenheit (Motivatoren) und zu extremer Unzufriedenheit (Hygienefaktoren) führen. Herzberg untersuchte den Einfluss dieser beiden Faktoren auf die Arbeitszufriedenheit. Motivatoren waren häufig Leistung und Anerkennung. Unzufriedenheit entstand am meisten durch Überwachung und schlechte Unternehmenspolitik/Verwaltung, Art der Personalführung, Beziehung zu Vorgesetzten und Kollegen, Gehalt sowie äußere Arbeitsbedingungen. Nach Herzberg reicht es nicht aus, die Unzufriedensteller (Demotivierer) zu beseitigen; das würde noch keine Zufriedenheit schaffen. Seiner Theorie nach können nur intrinsische (innere) Faktoren motivierend wirken.

---

<sup>125</sup> vgl. Franken, 2007, S. 92

<sup>126</sup> vgl. Franken, 2007, S. 92

Die zwei Faktoren-Theorie vertritt die Auffassung, dass Zufriedenheit als auch Unzufriedenheit gleichzeitig auftreten können. Bestimmte einzelne motivierende Faktoren (Gehalt) reichen z. B. nicht aus, um insgesamt konsequent leistungsmotiviert zu sein.<sup>127</sup>

Nach Auffassung von Franken geht die Bedürfnisfaktoretheorie von McClelland im Gegensatz zu Maslow nicht von einer Bedürfnishierarchie aus, sondern untersucht die Verhaltenskonsequenzen von Bedürfnissen.<sup>128</sup> Es handelt sich um Leistungs-, Zugehörigkeits- und Machtmotive sowie um Vermeidungsmotive. McClelland wies in zahlreichen Studien nach, dass alle vier Faktoren in ihrer Gesamtheit das Verhalten von Menschen leiten. Eine höhere Leistung ist beispielsweise nicht nur vom Leistungsbedürfnis abhängig, sondern auch von der Vermeidung von Sanktionen oder von Hilfsbereitschaft (Zugehörigkeit).<sup>129</sup>

Alle bisher erwähnten klassischen Motivationstheorien beziehen sich auf die *extrinsische* und *intrinsische* Motivation aus der Verhaltenspsychologie.<sup>130</sup>

#### 6.4.3 Innere und äußere Motivationsquellen

***Intrinsische (innere) Motivation:*** die Motive zum Handeln liegen innerhalb der Person (Leistungs-, Lernmotive, Interesse, Spaß...etc.) Die handelnde Person verspürt ein inneres Bedürfnis, eine Tätigkeit auszuführen, was Neugier und Interesse voraussetzt. Eine spezielle Form der intrinsischen Motivation ergibt sich beim sogenannten „Flow-Effekt“, einem Zustand der vollen Konzentration und Selbstvergessenheit.

***Extrinsische (äußere) Motivation:*** die Handlungsmotive entstehen aus äußeren Anreizen (Entgelt-, Sozial-, Status- und Aufstiegsanreize, externer Druck) Äußere Faktoren, wie Macht, Anerkennung, Belohnung spielen eine wichtige Rolle.

Beide schließen sich gegenseitig nicht aus, sondern ergänzen und beeinflussen einander. Führungskräfte haben die Aufgabe, solche Rahmenbedingungen für ihre Mitarbeiter zu schaffen, die möglichst die intrinsische Motivation aktivieren. Extrinsische Anreize können Entlohnung, Beförderung, Weiterbildung, Lob, Auszeichnungen und Anerkennung sein.

---

<sup>127</sup> vgl. Herzberg, 1967 nach Franken 2007, S. 92f

<sup>128</sup> vgl. Franken, 2007, S. 94f

<sup>129</sup> vgl. ebenda, S. 94f

<sup>130</sup> vgl. Franken, 2007, S. 83

#### 6.4.4 Bedeutung der Motivationstheorien für das BEM

Folgende Erkenntnisse können zusammenfassend aus den unterschiedlichen Motivations-Ansätzen abgeleitet werden.<sup>131</sup>

Menschliche Bedürfnisse können durch aktivierte Motive verhaltensbeeinflussend wirken.

Bedürfnisse sind individuell und subjektiv.

Nicht alle Bedürfnisse wirken motivierend (sondern auch Unzufriedenheit minimierend).

Intrinsische Motivation ist wirksamer als extrinsische.

Motivation muss gezielt auf die individuellen Bedürfnisse der Mitarbeiter ausgerichtet sein.

Auch beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement finden wir sowohl intrinsische (z. B. Wertschätzung, Arbeit als Sinnstiftung) als auch extrinsische Motivation (materielle Anreize wie Boni, Vermeidung von Kündigungsprozessen und deren Kosten). Der Gesetzgeber setzt mit der Einführung des § 84 SGB IX eine extrinsische Motivationsquelle (äußerer Druck auf Arbeitgeber, gemeinsame Servicestellen, Rehabilitationsträger und andere Akteure) ein. Im § 84 Abs. 3 SGB IX wird auch die Möglichkeit von Anreizsystemen eröffnet (extrinsische Motivation). Der intrinsischen Motivation kommt bisher relativ wenig Bedeutung zu. Hier liegt möglicherweise der Schlüssel dafür, warum das BEM sechs Jahre nach seiner gesetzlichen Einführung noch kaum umgesetzt wurde.<sup>132</sup>

Reicht die Förderung von extrinsischer Motivation als Instrument aus?

Welche Möglichkeiten für intrinsische Motivation sind im Zuge des BEM vorhanden?

Nachfolgend werden exemplarisch einige Motivationsquellen ihren Akteuren zugeordnet. Die vorliegende Studie wird den aufgeworfenen Fragen mit Hilfe der Experteninterviews näher auf den Grund gehen.<sup>133</sup>

#### Motivation für Arbeitgeber

- Bonus, Vermeidung von Kosten (Kündigungsschutzverfahren), gesetzliche und moralische Verpflichtung

<sup>131</sup> vgl. Franken, 2007, S. 96f

<sup>132</sup> vgl. Kapitel 1.1; DRV Bund, 2007, S. 7

<sup>133</sup> siehe auch Kapitel 8.6

### **Motivation für Arbeitnehmer**

- Erhalt der Arbeitskraft und des Arbeitsplatzes, ökonomische Existenzsicherung, Lebenssinnstiftung, soziale Integration, Wertschätzung, berufliche Entwicklung

### **Motivation für Sozialleistungsträger**

- Erfüllung des gesetzlichen Auftrages, Vermeidung von Kosten, Erhalt von Beitragszahlern

### **Motivation für Sozialleistungsanbieter**

- hoher Qualitätsstandard der eigenen Dienstleistung, Kundenzufriedenheit, Wirtschaftlichkeit

### **Motivation für betriebliche Interessenvertreter**

- Loyalität gegenüber Kollegen, Wertschätzung, Sinnstiftung

## **7. Ökonomische Interessen am Betrieblichen Eingliederungsmanagement**

### **7.1 Zum Begriff des Humankapitals**

Wer in seinem Unternehmen BEM durchführen bzw. implementieren möchte, wird auch in die eigenen Mitarbeiter und in den Erhalt des Humankapitals investieren müssen. Laut der Europäischen Kommission kann Humankapital definiert werden *„als die Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie das Wissen, das in Personen verkörpert ist und das durch Ausbildung, Weiterbildung und Erfahrung erworben werden kann.“*<sup>134</sup>

Nach Becker (1975, 1976) wird Bildung bzw. Bildungsfähigkeit und Gesundheit als „Kapitalstock“ zur Entwicklung des eigenen Humankapitals angesehen. Demzufolge sollen Investitionen in das Humankapital nicht nur bildender Art sein, sondern sollen auch die Gesundheit im Blick haben. Nach Becker ist die Frühinvalidität ein Zeichen für den Verbrauch des Gesundheitskapitals.<sup>135</sup> Als Re-Investition in das Humankapital werden rehabilitative Maßnahmen angesehen. Demzufolge kann BEM auch als Re-Investition angesehen werden. Nach Stein besteht Humankapital aus betriebswirtschaftlicher Sicht *„aus dem für die betriebliche Leistungserstellung verwendbaren akkumulierten Wissen aller Mitarbeiter eines Unternehmens. Es stellt einen immateriellen Wert, also einen nichtmonetären wirtschaftlichen Vorteil ohne wesentliche körperliche Substanz dar.“*<sup>136</sup>

<sup>134</sup> Europäische Kommission, o. J.

<sup>135</sup> vgl. Becker, 1978 nach Voges, 1994, S. 68ff

<sup>136</sup> Stein, 2010, S. 2

Am Humankapital lässt sich der Nutzen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements quantifizieren und darstellen. Es ist somit gut geeignet, um die Vorteile des BEM für KMU sichtbar zu machen.

Ciccone und de la Fuente<sup>137</sup> zeigen, dass ein breiter wissenschaftlicher Konsens darüber besteht, dass Humankapital sowohl auf individueller als auch auf gesamtwirtschaftlicher Ebene einen wichtigen und bestimmenden Faktor der Produktivität und anderer Elemente des wirtschaftlichen Erfolgs darstellt. Auch Streich resümiert in seiner Studie, dass das Personal ein wesentlicher Rendite- und Wertschöpfungsfaktor für Unternehmen ist. Es zeigt sich, dass eine Investition ins BEM und somit der „Erhalt“ des Mitarbeiters eine Investition in die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens ist.<sup>138</sup> In einer Untersuchung von Welbourne/Andrews konnte festgestellt werden, dass Unternehmen, die die eigenen Mitarbeiter als Wettbewerbsvorteil betonten, häufig länger „überlebten“ als Unternehmen, die kein systematisches Mitarbeitertraining, kein proaktives Personalmanagement und keinen hohen Anteil an Vollzeitbeschäftigten hatten.<sup>139</sup> Darüber hinaus gibt es klare Beweise auf mikroökonomischer Ebene für den Zusammenhang von Bildung, individuellem Einkommen und dem Status am Arbeitsmarkt.<sup>140</sup> Gerade das individuelle Einkommen spielt eine große Rolle bei der subjektiven Bedürfnisbefriedigung. Hier kann eine Brücke zur Motivationsforschung geschlagen werden - Motivation ist grundlegend für die Weiterbildungsbereitschaft aus Sicht der Arbeitnehmer sowie Arbeitgeber.

Der Begriff des Humankapitals bezieht sich in erster Linie auf den Zuwachs an Bildung und Erfahrung. Dieser wird vor allem durch Institutionen wie Schule und Universität gefördert. Auch der Betrieb ist ein Ort, weiterer Qualifikation und Lernprozesse. Humankapital impliziert nach Shariari, dass Kosten für Bildung, Ausbildung und Weiterbildung als Investition in das Humankapital angesehen werden. Diese Ausgaben steigern die individuelle Verdienstkapazität. Das erzielte Einkommen kommt im Grunde einer Entschädigung für Kosten gleich, die im Ausbildungs- und Weiterbildungsprozess aufgebracht wurden.<sup>141</sup> Somit kann erklärt werden, warum Betriebe qualifizierte Mitarbeiter, in die sie investiert haben, im Unternehmen halten wollen. Daher ist der Erhalt des Humankapitals für das Unternehmen vordergründig.

---

<sup>137</sup> vgl. Ciccone/de la Fuente, 2002, S. 4

<sup>138</sup> vgl. Streich, 2006, S. 10

<sup>139</sup> vgl. Welbourne/Andrews, 1996 zit. nach Streich, 2006, S. 13f

<sup>140</sup> vgl. Ciccone, 2002, S. 4

<sup>141</sup> vgl. Shariari, 2004, S. 173 f

Hagedorn/Kaul berichten in einem Aufsatz aus dem Jahr 2002, dass durch Arbeitslosigkeit Humankapital verloren geht, d. h. auch durch Frühberentung geht Humankapital verloren. Hagedorn/Kaul gehen davon aus, dass in den ersten drei Monaten der Arbeitslosigkeit das Humankapital nur wenig verfällt und ab dem 6. Monat Dequalifizierungsprozesse einsetzen. Das Humankapital ist ab 12 Monaten der Arbeitslosigkeit schon soweit „abgeschrieben“, dass eine Wiederbeschäftigung nur unter erheblichen Lohnverlusten möglich sei.<sup>142</sup>

Dequalifizierungsprozesse setzen allerdings nicht erst bei Arbeitslosigkeit ein, sondern bereits bei langfristigen Erkrankungen. Laut BMG (2008) betragen die Arbeitsunfähigkeitstage der GKV-Versicherten je Arbeitsunfähigkeitsfall durchschnittlich 12,4 Tage. Im Vergleich zum Jahr 2007 nahmen die Langzeitarbeitsunfähigkeitsfälle der GKV-Versicherten im Jahr 2008 zu. 2007 waren es noch 4,6 Fälle je 100 GKV-Mitglieder und einer durchschnittlichen Falldauer von 76,1 Tagen. Im Jahr 2008 hingegen waren es bereits 5,1 Fälle mit einer durchschnittlichen Falldauer von 79 Tagen (11 Wochen).<sup>143</sup> Drei Viertel aller Fälle an langfristigen Erkrankungen verursachen Arbeitsunfähigkeitszeiten von mehr als drei Monaten oder länger. Nur ein Viertel aller Fälle an langfristigen Erkrankungen entstehen durch Arbeitsunfähigkeitszeiten von mehr als einem Jahr. Je länger jemand erkrankt bleibt, umso eher entstehen typische Muster der Ausgrenzung aus dem Arbeitsleben, berufliche und soziale Rückzugstendenzen, psychosomatische Begleitstörungen und Dequalifizierungsprozesse. Die Betroffenen selbst, erwarten immer weniger an ihren alten oder einen anderen Arbeitsplatz zurückkehren zu können.<sup>144</sup>

Der Humankapitalbegriff ist dennoch kritisch zu betrachten, da viele Faktoren unberücksichtigt bleiben. Zu Recht kritisiert Shariari<sup>145</sup>, dass nicht jeder Mensch gleiche Zugangsmöglichkeiten zum Bildungs- und Weiterbildungssystem (auch innerhalb eines Unternehmens) hat. Die Fähigkeit sich ein Leben lang weiter zu bilden ist nicht bei jedem Menschen gleich stark ausgeprägt. Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass derzeit vor allem Facharbeiter ein BEM erhalten. Im Projekt „Gunda“ wird berichtet, dass in den untersuchten BEM-Fällen nur 4,42 % der Arbeitnehmer eine Leitungsposition im Unternehmen inne hatten, 73,54 % als Facharbeiter und 21,42 % als angelernter Arbeitnehmer beschäftigt waren.<sup>146</sup>

---

<sup>142</sup> vgl. Hagedorn/Kaul, 2002, S. 9f

<sup>143</sup> vgl. BMG, 2009

<sup>144</sup> vgl. Feldes, 2010, S. 147

<sup>145</sup> vgl. Shariari, 2004, S. 173f

<sup>146</sup> vgl. Uhlig et al., 2009a, S. 29f

Geringqualifizierte Arbeitnehmer in Anlernertätigkeiten und Handwerker weisen hohe Zugangszahlen in die gesundheitsbedingte Erwerbsminderungsrente auf.<sup>147</sup> Daraus kann gefolgert werden, dass gerade in diesen Bereich die Einführung von BEM ratsam ist.

## **7.2 Auswirkungen auf betriebliche Akteure**

### **7.2.1 Bisherige Erkenntnisse zu Kosten und Nutzen des BEM**

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement soll das Arbeitsverhältnis präventiv sichern. Die Ziele sind klar in § 84 Abs. 2 SGB IX definiert. Es soll Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt, Arbeitsunfähigkeit überwunden und der Arbeitsplatz erhalten werden. Diese drei Punkte werden zur Beschreibung der Effekte des BEM verwendet.<sup>148</sup> Dies impliziert, dass Sozialleistungen wie Krankengeld oder Erwerbsminderungsrente vermieden werden sollen. Ein erfolgreiches BEM hat die dauerhafte Verringerung der Fehlzeiten eines einzelnen Beschäftigten zum Ziel. Im § 84 Abs. 2 SGB IX heißt es, dass ein BEM einzuleiten ist bei Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind. Dazu bedarf es aussagefähiger Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, die Auskunft über Art und Weise der empfohlenen Beschäftigung, mögliche Einschränkungen nach Art, Dauer, zeitlicher Lage und Ort der Beschäftigung und eine Prognose zur voraussichtlichen Wiederaufnahme der Tätigkeit geben. Diese Angaben werden im Rahmen der Stufenweisen Wiedereingliederung gefordert.<sup>149</sup>

In einer Evaluation werden häufig zwei Zustände miteinander verglichen. Im Falle des Betrieblichen Eingliederungsmanagements soll verglichen werden, welche Kosten mit BEM und ohne BEM entstehen. Darüber definiert sich u. a. der Nutzen für Unternehmen. Unternehmen haben durch das BEM unter Umständen eine Kostenersparnis. Entweder weil sie den Mitarbeiter nicht entlassen müssen oder die geringere Leistungsfähigkeit des Mitarbeiters ausgeglichen wird. Es wird aber auch angenommen, dass durch BEM Arbeitsunfähigkeitstage reduziert bzw. vorgebeugt werden können. Dadurch wird eine Ersparnis der Entgeltfortzahlungen im Krankheitsfall erreicht.<sup>150</sup> Bisher gibt es noch keine Studien, die explizit die Wirksamkeit des BEM überprüfen. In den bisherigen Studien wie z. B. von Niehaus et al. wurde über eine Krankenstandsreduzierung berichtet, der Effekt konnte jedoch nicht quantifiziert werden.

---

<sup>147</sup> vgl. Kistler et al., 2009, S.13

<sup>148</sup> vgl. Emmert et al., 2009a ; Niehaus et al. 2008

<sup>149</sup> vgl. BAG - 13.6.2006 – Akz. 9 AZR 229/05

<sup>150</sup> vgl. Kuhn, 2009, S. 74f

Aus der Forschung zur Betrieblichen Gesundheitsförderung ist bereits bekannt, dass durch Präventionsmaßnahmen auf individueller, sowie organisatorischer Ebene eine Krankenstandsreduzierung von bis zu 28% erreicht werden kann.<sup>151</sup> Steiner et al. berichten, dass durch erfolgreiche Rehabilitationsmaßnahmen im Jahr 2005 in den Indikationsgebieten Kardiologie, Pneumologie, Rückenschmerzen, Psychosomatik und Sucht rund 6 Mio. AU-Tage vermieden werden konnten.<sup>152</sup>

Die meisten publizierten Studien zum BEM sind darauf ausgerichtet, den Bedarf bzgl. des BEM in KMU zu ermitteln, um geeignete Beratungsstrukturen aufbauen zu können. Es geht bisher vorrangig darum Strukturen sowie hemmende und fördernde Faktoren, die bei der Implementierung und Durchführung eines BEM auftreten, zu erforschen. Erst dann kann überprüft werden, ob die Durchführung des BEM die zu Grunde liegenden Ziele - Prävention von betrieblicher Ausgliederung und vorzeitigem Bezug laufender Sozialleistungen - erreichen kann und welchen Nutzen Individuen, Betriebe und Sozialleistungsträger daraus ziehen.

Es existieren im deutschsprachigen Raum kaum Kosten-Nutzen-Analysen zum BEM und keine Studie die explizit den Fokus auf Klein- und Mittelbetriebe richtet. Studien die sich mit Kosten und Nutzen des BEM auseinandersetzen, wurden von Magin „Betriebliches Eingliederungsmanagement nach dem SGB IX Projekt Integrationsteam LGW des BMW Werkes Regensburg“ (2004)<sup>153</sup> und Emmert, der im Rahmen des EIBE-Projektes ein Kosten-Nutzen-Modell zur betriebswirtschaftlichen Evaluation entwickelte, erstellt. In der Studie von Niehaus et al. werden Überlegungen zu Effekten des BEM dargestellt, allerdings keine konkrete Kosten-Nutzen Analyse durchgeführt.

Folgende monetäre Effekte für die Evaluation des BEM wurden in den Studien von Magin (2004), Emmert (2009) und Niehaus et al. (2008) benannt.<sup>154</sup>

---

<sup>151</sup> vgl. Sockoll et al., 2008, S. 58ff

<sup>152</sup> vgl. Steiner et al., 2009, S. 56

<sup>153</sup> vgl. Magin, 2004,

<sup>154</sup> vgl. Magin, 2004, S. 65ff; Emmert, 2009b, S. 8ff; Niehaus, 2008, S. 104

Kosten	Nutzen
<b>BEM-Einmaldurchführung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bruttopersonalkosten des AN</li> <li>• Arbeitszeit interner Beteiligter am BEM</li> <li>• Fallmanagement</li> </ul>	Verringerung der AU-Zeiten
<b>Arbeitsplatzanpassung, technische Hilfen, Organisation und Durchführung von Arbeitsversuchen</b>	Leistungssteigerung durch adäquaten Einsatz des MA
<b>Leistungsminderung (Höhe und Dauer)</b>	geringe bzw. Vermeidung von Wiedereinstellungskosten
<b>Vergütung Betriebsarzt/externe Beratung</b>	Humankapital-Erhalt
<b>Qualifizierungskosten für betroffene Mitarbeiter</b>	Vermeidung von Kosten für Rechtsstreitigkeiten
<b>ggf. Extra-Stelle (nur bei Emmert und Niehaus et al. benannt)</b>	
<b>laufende Kosten (z. B. Informationsveranstaltungen, Seminare) (nur Emmert)</b>	

Abbildung 12 „Indikatoren für eine Kosten-Nutzen-Analyse“

In den Analysen von Magin und Emmert wird von einer deutlichen Kostenersparnis bei der Durchführung eines BEM für das Unternehmen ausgegangen. Magin ermittelte ein Kosten-Nutzen-Verhältnis von 1:20 im BMW Werk Regensburg.<sup>155</sup> In der Teilstudie von Emmert wurden verschiedene Szenarien für ein Unternehmen mit ca. 250 Mitarbeitern berechnet. Je Szenarium variiert der Nutzen (von 88.000 € bis 322.000 €). Den größten Einfluss auf das Kosten-Nutzen Verhältnis haben nach Emmert die Komponenten „BEM-Arbeitnehmer mit anschließend verminderter Produktivität“, die „Anzahl der AU-Tage der BEM-Fälle vor BEM“ sowie die „Produktivität der Mitarbeiter vor der BEM-Durchführung“.<sup>156</sup>

Beide Studien gehen von einem Großbetrieb aus. Fraglich ist, ob diese Strukturen auf KMU übertragen werden können und ob ein ähnlich hoher Nutzen zu erwarten ist. KMU und Großbetriebe weisen unterschiedliche Strukturen und Ressourcen (bspw. bei der Personalverwaltung, bei dem Vorhandensein betrieblicher Interessenvertreter) auf. In Kleinstbetrieben gibt es zumeist keine eigene Personalverwaltung, die anfallenden Aufgaben werden meistens vom Geschäftsführer bzw. Betriebsinhaber erledigt.

<sup>155</sup> vgl. Emmert et al., 2009a, S. 59

<sup>156</sup> vgl. Emmert et al., 2009a, S.60

Zu erwarten ist des Weiteren eine unterschiedliche Bewertung des Nutzens gemessen in Euro. Das Statistische Bundesamt (2007) ermittelte, dass der Bruttomonatsverdienst von der Unternehmensgröße und der Betriebseigenschaft bzw. Branche des Unternehmens abhängig ist.

	Bruttomonatsverdienst in €
<b>alle Unternehmen</b>	3.364
<b>Unternehmensgrößen</b>	
<b>bis 49</b>	2.843
<b>50 bis 99</b>	3.011
<b>100 bis 249</b>	3.211
<b>250 bis 499</b>	3.569
<b>500 bis 999</b>	3.847
<b>1000+</b>	4.361
<b>Betriebseigenschaft</b>	
<b>mit Handwerkseigenschaft</b>	2.670
<b>ohne Handwerkseigenschaft</b>	3.468

Abbildung 13: „Bruttomonatsverdienste in verschiedenen Unternehmensgrößen und mit/ohne Handwerkseigenschaft (2007)“<sup>157</sup>

In kleineren Unternehmen führt eine geringere Vergütung zu einem geringeren monetären Nutzen eines eingesparten Krankheitstages. Zu beachten ist, dass Unternehmen bis regelmäßig 30 Mitarbeiter auf Antrag bis zu 80% der gezahlten Entgeltfortzahlungen von der Krankenkasse erstattet bekommen können.

Die Umlageversicherung U 1 soll den Arbeitgeber im Krankheitsfall bei Zahlung der Entgeltfortzahlung entlasten (§ 1 AAG). Allerdings ist anzunehmen, dass der Ausfall bzw. Verlust eines Mitarbeiters bei nur wenigen Angestellten in einem Betrieb stärker ins Gewicht fallen wird als in einem Großbetrieb.

Des Weiteren ist anzunehmen, dass die Bedeutung von qualifiziertem Personal zunehmen wird. Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung berichtete in seinem Forschungs- und Arbeitsprogramm (2009), dass im Jahr 2007 jede dritte Neueinstellung auf eine Fachkraft mit Berufsausbildung oder Studium im Bereich der forschungsintensiven Industrien und wissensintensiven Dienstleistungen entfiel.<sup>158</sup> Es kann vermutet werden, dass bei einer Kosten-Analyse nach Betriebsgröße, Branche und Qualifikation des Mitarbeiters der Nutzen geringer oder höher ausfallen wird. Ein weiteres Argument sind die unterschiedlichen durchschnittlichen Bruttostundenlöhne nach Branche.

<sup>157</sup> Statistisches Bundesamt, FS 21, 2008

<sup>158</sup> vgl. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 2009, S. 5

Im Gastgewerbe beträgt der durchschnittliche Bruttostundenlohn (2008) für einen Vollzeit Arbeitnehmer 11,10 €, wohingegen im Kredit- und Versicherungsgewerbe ein durchschnittlicher Bruttostundenlohn von 23,75 € ermittelt wurde.<sup>159</sup>

Ein Problem, das sich aus Sicht der Klein- und Mittelbetriebe ergibt, ist die Weiterbeschäftigung von behinderten und gesundheitlich beeinträchtigten Mitarbeitern. KMU haben einen geringeren Handlungsspielraum für Maßnahmen der Integration leistungsgewandelter Mitarbeiter bzw. der Schaffung geeigneter Arbeitsplätze.<sup>160</sup> Eine erfolgreiche Wiedereingliederung hängt in starkem Maße von der Möglichkeit der Anpassung der Tätigkeitsanforderungen beim (bisherigen) Arbeitgeber ab.<sup>161</sup>

Aus der Studie von Niehaus et al. (2008) geht hervor, dass Großbetriebe signifikant häufiger Maßnahmen zur beruflichen Integration anwenden. Anzumerken ist, dass Großbetriebe in dieser Studie am zahlreichsten vertreten waren. Dennoch konnte auch festgestellt werden, dass die Stufenweise Wiedereingliederung, Verbesserung der technischen Ausstattung, Arbeitsversuche und Anpassung der Arbeitsaufgaben von rund einem Drittel der einbezogenen Kleinbetriebe als Maßnahmen zur beruflichen Integration verwendet wurden.<sup>162</sup> Dreiviertel der befragten Kleinbetriebe halten keine Maßnahmen zur betrieblichen Integration vor. Entweder deutet dies darauf hin, dass berufliche Integrationsmaßnahmen in Klein- und Mittelbetrieben nicht umsetzbar sind, ein nur geringer Kenntnisstand vorhanden ist oder ein besonderer Beratungsbedarf in KMU besteht. Das Projekt „Gunda“ sagt aus, dass bei KMU nur in der Hälfte der BEM-Fälle eine Anpassung des Arbeitsplatzes an die veränderten Tätigkeitsanforderungen des Mitarbeiters möglich war<sup>163</sup>. Somit ist zu hinterfragen, inwieweit die bisherigen Überlegungen zu Kosten und Nutzen aus den vorhandenen Studien auf Klein- und Mittelbetriebe übertragbar sind, insbesondere auf Kleinstbetriebe.

### **7.2.2 Kosten-Analyse eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements aus betrieblicher Sicht**

Im Folgenden soll anhand fiktiver Referenzbetriebe eine Kosten-Abschätzung für drei verschiedene Szenarien im Anschluss an einen Krankheitsfall vorgenommen werden, der die Voraussetzungen für die Anwendung des Betrieblichen Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX erfüllt. Mittels des Fallbeispiels soll überprüft werden, inwieweit sich die Überlegungen aus dem vorangegangenen Studien zur Evaluation in KMU eignen. Die Szenarien die quantifiziert werden sollen, beziehen sich auf folgende Ausgangsbasen.

<sup>159</sup> vgl. Statistisches Bundesamt, 2009, S. 13

<sup>160</sup> vgl. Niehaus, 2008, S. 57

<sup>161</sup> vgl. Uhlig et al., 2009a, S. 61f

<sup>162</sup> vgl. Niehaus et al., 2008, S. 56f

<sup>163</sup> vgl. Uhlig et al., 2009a, S. 43

ohne BEM/ohne Weiterbeschäftigung (Szenario 1)	mit BEM/mit Weiterbeschäftigung (Szenario 2)	mit BEM/ohne Weiterbeschäftigung (Szenario 3)
- kein BEM  - Mitarbeiter/Mitarbeiterin wird während der Krankheitsphase gekündigt auf Grund dessen kann es zu einem Rechtsstreit kommen	- Durchführung eines personenbezogenem BEM  - Mitarbeiter/Mitarbeiterin wird weiter beschäftigt	- Durchführung eines personenbezogenem BEM  - Mitarbeiter/Mitarbeiterin kann dennoch nicht im Betrieb weiter beschäftigt werden und wird gekündigt

Tabelle 2: „Überblick der drei Szenarien des BEM-Beispiels“

Die Berechnungen in den nachfolgenden Tabellen stützen sich auf folgende Grundannahmen.

**Branche: Handwerksbetrieb**

**Referenzbetrieb:** Metallbaubetrieb mit 7 Mitarbeitern (**Fall I**) bzw. 39 Mitarbeitern (**Fall II**)

**Lohn:** Tätigkeitsgruppe VI (105%), Lohnrahmentarifvertrag Metallgewerbeverband Mecklenburg-Vorpommern (€ 9,65/h & € 1.544,00 [brutto]), 40h/Woche)

**Mitarbeiter:** Bauschlosser, männlich, 50 Jahre, 15 Jahre im Betrieb, verheiratet, 2 Kinder, Steuerklasse III, nicht kirchensteuerpflichtig

**Diagnose:** wiederholter Bandscheibenvorfall mit stationärer Operation und Anschlussheilbehandlung, Arbeitsunfähigkeit von sieben Wochen

**Branche: Dienstleistungsbetrieb**

**Referenzbetrieb:** Ambulanter Pflegedienst mit 7 Mitarbeitern (**Fall I**) bzw. 39 Mitarbeitern (**Fall II**)

**Lohn:** kein Tarifvertrag, Orientierung an den Arbeitsvertragsrichtlinien des Deutschen Caritasverbandes (AVR), (€ 14,80/h & € 1.776,00 [brutto]), 30h/Woche)

**Mitarbeiter:** Pflegehelferin, weiblich, 50 Jahre, 15 Jahre im Betrieb, verheiratet, 2 Kinder, Steuerklasse V, kirchensteuerpflichtig

**Diagnose:** wiederholter Bandscheibenvorfall mit stationärer Operation und Anschlussheilbehandlung, Arbeitsunfähigkeit von sieben Wochen

### 7.2.2.1 Fall I – Handwerks- und Dienstleistungsbetrieb mit 7 MA

Im ersten Fall geht es um einen Kleinbetrieb im Bereich des Handwerks und der ambulanten Pflege. Bei allen drei Szenarien wird davon ausgegangen, dass der **Verwaltungsaufwand, die Erstattung der Entgeltfortzahlung und Personalersatzkosten** gleich bleiben. Darüber hinaus wird angenommen, dass beide Kleinbetriebe keine eigene Verwaltungsstelle haben. Die verwaltungstechnisch relevanten Aufgaben, wie z. B. Personalpflege und Disposition werden durch die Geschäftsführung zu 100% realisiert und mit einem Stundenverrechnungssatz (SVS) von 100 € (Handwerk) und 30 € (Dienstleistung) verrechnet. Der Arbeitsaufwand für die verwaltungstechnischen Vorgänge wird mit einem Wert von fünf Stunden angesetzt.

Die Erstattung der Entgeltfortzahlungen bleibt in allen drei Szenarien unverändert. Es wird davon ausgegangen, dass der Betrieb auf Antrag mit einer Erstattung der Entgeltfortzahlungskosten zu 60% entlastet wird.

In dem Fallbeispiel wird davon ausgegangen<sup>164</sup>, dass eine Arbeitsunfähigkeit von 7 Wochen auf Grund eines Bandscheibenvorfalles vorliegt. Nach Anzeige einer längerfristigen Arbeitsunfähigkeit eines Mitarbeiters ist die Geschäftsführung des Betriebes in diesem Fall nach spätestens zwei Wochen bestrebt den Ausfall des Mitarbeiters durch Personalersatz (Leiharbeit) zu kompensieren. Bei der Beschäftigung des Personalersatzes wird von einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit in Bezug auf unternehmens-eigene Besonderheiten in der ersten Beschäftigungswoche ausgegangen, die fachliche Qualifikation wird vorausgesetzt. Es wird ein Stundensatz von 28 € für den Personalersatz (Handwerk) bzw. 47 € (Dienstleistung) angesetzt und die eingeschränkte Leistungsfähigkeit wird wie folgt als gegeben angenommen.

- 1. - 2. Tag 70% Leistungsfähigkeit
- 3. - 5. Tag 90% Leistungsfähigkeit
- ab 6. Tag 100% Leistungsfähigkeit

Der Personalersatz wird für vier Wochen beschäftigt. Es kann lediglich die Arbeitskraft des erkrankten Mitarbeiters ersetzt werden, jedoch nicht das Humankapital.<sup>165</sup> Der Ersatz ist lediglich als kurzfristige Interimslösung angedacht.

Aus den Tabellen ist ersichtlich, dass die Wiederbeschaffungskosten des Humankapitals nur dann anfallen, wenn dem Mitarbeiter gekündigt wird.

<sup>164</sup> Die Umlageversicherung U 1 soll den Arbeitgeber im Krankheitsfall bei der Zahlung der Lohnfortzahlung entlasten und ist verpflichtend für Betriebe bis regelmäßig 30 Mitarbeiter (§ 1 AAG). Die Umlage U1 ist gestaffelt. Betriebe können auf Antrag Entgeltfortzahlungen ihrer Mitarbeiter in Höhe von 80%, 60% oder 40% von Krankenkasse erstattet bekommen - je nachdem welchen Prozentsatz die Betriebe wählen.

<sup>165</sup> Humankapital im Sinne der betrieblichen Leistungserstellung entsprechend dem verwendbaren akkumuliertem Wissen, den Erfahrungen und den Qualifikationen eines Mitarbeiters (vgl. Stein, 2010, S. 2).

Zur **Wiederbeschaffung des Humankapitals** werden drei „Kostenblöcke“ unterschieden: Entlassungskosten, Beschaffungskosten und Ausbildungskosten, denen wiederum direkte und/oder indirekte Kosten zugeordnet werden (vgl. Abbildung in der Anlage).<sup>166</sup>

**Entlassungskosten:** Die Höhe der *direkten Kosten* entspricht der Abfindungszahlung des Unternehmens an den Arbeitnehmer. In diesem Szenario wird davon ausgegangen, dass eine Abfindungszahlung in Anlehnung an § 1a KSchG á 0,5 Monatsgehälter/Jahr vereinbart wird, da kein BEM durchgeführt wurde.

**Beschaffungskosten:** Die Beschaffungskosten gliedern sich auf in Anwerbung, Selektion und Anstellung. Diese Vorgänge werden ausschließlich durch die Geschäftsführung realisiert.

**Ausbildungskosten:** Die direkten Kosten setzen sich aus der formalen Ausbildung und Unterweisung, sowie der eingeschränkten Leistungsfähigkeit auf Grund der betrieblichen Spezifika zusammen. Die anfängliche Leistungseinschränkung wird analog dem Punkt Personalersatzkosten berechnet. Zu dem Posten der indirekten Kosten werden die Kosten der Ausbilderzeit (in diesem Fall durch die Geschäftsführung) gerechnet.

In *Szenario 2* wird davon ausgegangen, dass das **Betriebliche Eingliederungsmanagement** im Unternehmen durchgeführt wird. Auf Grund der Größe des Unternehmens werden keine eigenen Kapazitäten für BEM vorgehalten und es wird auf Einzelfälle reagiert. Nach Recherche in entsprechenden Referenzbetrieben ist es durchaus üblich sich hierzu der Hilfe externer Beratungsfirmen bzw. des Betriebsarztes (in Form eines Zusatzauftrages) zu bedienen. Dies wird mit einem maximalen Zeitaufwand von 20 h á 73 € beziffert.

Abweichend zu den Angaben der vorhergehenden Szenarien wird in *Szenario 3* davon ausgegangen, dass auch nach durchgeführten BEM die Gesamtproduktivität im Unternehmen nicht gehalten werden kann und der Mitarbeiter entlassen werden muss. Die BEM-Kosten entsprechen dem Szenario 2 und es schließen sich Kosten der Wiederbeschaffung des Humankapitals, exklusive der Entlassungskosten, an. Die Entlassungskosten werden in Szenario 3 nicht hinzugezählt, da ein BEM durchgeführt wurde. Die identifizierten Kostenfaktoren aus den vorangegangenen Studien von Emmert, Niehaus et al. und Magin lassen sich also auf Kleinbetriebe übertragen. Bei Kleinbetrieben ist anzunehmen, dass sie bei Durchführung eines BEM eine externe Beratung in Anspruch nehmen müssen, so dass hierfür Kosten anfallen.

Die nun folgenden Tabellen zeigen die Ergebnisse. Als Berechnungsgrundlage dienten die Referenzbetriebe.

---

<sup>166</sup> vgl. Flamholtz, 1982, S. 81

	ohne BEM/ohne Weiterbeschäftigung (Szenario 1)	mit BEM/mit Weiterbeschäftigung (Szenario 2)	mit BEM/ohne Weiterbeschäftigung (Szenario 3)
<b>Verwaltungsaufwand</b>			
<i>Arbeitsvolumen/Arbeitsaufwand</i>	500,00 €	500,00 €	500,00 €
<b>Entgeltfortzahlung</b>	2.316,00 €	2.316,00 €	2.316,00 €
<i>Umlage (U1):</i>	-1.389,60 €	-1.389,60 €	-1.389,60 €
<b>Personal</b>			
<i>Personalersatzkosten</i>	4.681,60 €	4.681,60 €	4.681,60 €
<b>BEM-Kosten</b>			
<i>Beratung und Durchführung</i>	0,00 €	1.460,00 €	1.460,00 €
<b>Wiederbeschaffungskosten des Humankapitals</b>			
<i>1) Entlassungskosten</i>			
Direkte Kosten	9.283,13 €	0,00 €	0,00€
<i>2) Beschaffungskosten</i>			
Direkte Kosten	1.007,00 €	0,00 €	1.007,00 €
<i>3) Ausbildungskosten</i>			
Direkte Kosten	121,25 €	0,00 €	121,25 €
Indirekte Kosten	300,00 €	0,00 €	300,00 €
<b>Gesamtkosten</b>	16.819,38 €	7.568,00 €	8.996, 25 €

Tabelle 3: „Kosten-Analyse für einen Handwerksbetrieb mit 7 Mitarbeiter“

	ohne BEM/ohne Weiterbeschäftigung (Szenario 1)	mit BEM/mit Weiterbeschäftigung (Szenario 2)	mit BEM/ohne Weiterbeschäftigung (Szenario 3)
<b>Verwaltungsaufwand</b>			
<i>Arbeitsvolumen/Arbeitsaufwand</i>	150,00 €	150,00 €	150,00 €
<b>Entgeltfortzahlung</b>	2.664 €	2.664 €	2.664 €
<i>Umlage (U1)</i>	-1.598,40 €	-1.598,40 €	-1.598,40 €
<b>Personal</b>			
<i>Personalersatzkosten</i>	5.893,80 €	5.893,80 €	5.893,80 €
<b>BEM-Kosten</b>			
<i>Beratung und Durchführung</i>	0,00 €	1.460,00 €	1.460,00 €
<b>Wiederbeschaffungskosten des Humankapitals</b>			
<i>1) Entlassungskosten</i>			
Direkte Kosten	7.395,53 €	0,00 €	0,00 €
<i>2) Beschaffungskosten</i>			
Direkte Kosten	433,00 €	0,00 €	433,00 €
<i>3) Ausbildungskosten</i>			
Direkte Kosten	124,32 €	0,00 €	124,32 €
Indirekte Kosten	90,00 €	0,00 €	90,00 €
<b>Gesamtkosten</b>	15.152,25 €	8.569,40 €	9.216,72 €

Tabelle 4: „Kosten-Analyse für einen ambulanten Pflegedienst mit 7 Mitarbeiter“

Bei Berücksichtigung aller dargestellten Faktoren, zeigt sich, dass sich die Durchführung eines BEM für einen Kleinstbetrieb egal, ob Handwerksbetrieb oder ambulanter Pflegedienst, rechnet. Wenn ein Mitarbeiter krankheitsbedingt entlassen wird ohne den Versuch einer vorherigen Wiedereingliederung, können Rechtsstreitigkeiten die Folge sein. In den Entlassungskosten wurden daher Abfindungskosten in Anlehnung an § 1a KSchG einbezogen. In unserem Fallbeispiel betragen diese 9.283,13 € bei einem Handwerksbetrieb und 7.395,53 € bei einem ambulanten Pflegedienst. Aus beiden Tabellen ist zu entnehmen, dass auch bei Kostenaufwendungen für eine externe Beratung und Scheitern des BEM, die Kosten des Szenarios 1 nicht überstiegen werden. Im Verhältnis zu den errechneten Personalersatzkosten bzw. den Kosten der Wiederbeschaffung des Humankapitals, fallen die Kosten für BEM geringer aus. Einschränkend muss hinzugefügt werden, dass hier nur Kosten für den Zeitaufwand einer Beratungs-firma bzw. Betriebsarzt einbezogen worden sind, nicht aber mögliche Kosten, die dem Betrieb durch Umstrukturierung oder Anpassung des Arbeitsplatzes entstehen, da sie vom Verlauf und von der Schwere der Erkrankung abhängen.

### 7.2.2 Fall II – Handwerks- und Dienstleistungsbetrieb mit 39 Mitarbeitern

Im zweiten Fall geht es um einen Kleinbetrieb im Bereich des Handwerks und der ambulanten Pflege. Bei allen drei Szenarien wird wieder davon ausgegangen, dass der **Verwaltungsaufwand, die Erstattung der Entgeltfortzahlung und Personalersatzkosten** gleich bleiben.

In Fall II haben die Referenzbetriebe 39 Mitarbeiter und unterhalten eine eigene Stelle, die alle Aufgaben, die die Verwaltung betrifft, bearbeitet. Dementsprechend verteilt sich der anfallende Verwaltungsaufwand zu 70% auf die Stelle der Verwaltung und zu 30% auf die Geschäftsführung. Der SVS wird im Bereich Handwerk mit 40 € (Verwaltung) bzw. 100 € (Geschäftsführung) bzw. im Bereich Dienstleistung mit 18 € (Verwaltung) bzw. 30 € (Geschäftsführung) angesetzt.

Die Umlageversicherung U 1 greift an dieser Stelle nicht, da die Grenze von 30 Mitarbeitern überschritten ist. Dementsprechend wird die gesamte Entgeltfortzahlung während der Krankheitsphase vom Arbeitgeber allein getragen.

Die **Personalersatzkosten und Wiederbeschaffungskosten des Humankapitals** sind analog zu Fall I – Szenario 1. Divergierend ergibt sich eine andersgeartete Arbeitsaufteilung zwischen der Geschäftsführung und der Disposition.<sup>167</sup>

Im *Szenario 2* wird davon ausgegangen, dass das **Betriebliche Eingliederungsmanagement** im Unternehmen durchgeführt wird. Auf Grund der Größe des Unternehmens werden eigene Kapazitäten für BEM vorgehalten. Demnach entstehen Kosten für die einmalige Implementierung, laufende Kosten als auch fallweise BEM-Kosten. Dennoch entstehen Kosten für externe Leistungen, jedoch im geringeren Umfang als in Fall I. In dieser Berechnung werden nur die fallweisen Kosten berücksichtigt, um einer Verzerrung des Gesamtergebnisses zu begegnen. Hier werden die fallweisen Kosten auf Grund des geringeren Stundenvolumens (13 h) mit 949 € beziffert.

In *Szenario 3* bleiben die Annahmen entsprechend der vorhergehenden Szenarien im Grundsatz bestehen. Abweichend entfallen im letzten Schritt die Entlassungskosten im Posten Wiederbeschaffung des Humankapitals.

---

<sup>167</sup> Eine detaillierte Übersicht zu den durchgeführten Rechnungen ist in der Anlage enthalten.

	ohne BEM/ohne Weiterbeschäftigung (Szenario 1)	mit BEM/mit Weiterbeschäftigung (Szenario 2)	mit BEM/ohne Weiterbeschäftigung (Szenario 3)
<b>Verwaltungsaufwand</b>			
<i>Arbeitsvolumen/ Arbeitsaufwand</i>	290,00 €	290,00 €	290,00 €
<b>Entgeltfortzahlung</b>			
	2.316,00 €	2.316,00 €	2.316,00 €
<b>Personal</b>			
<i>Personalersatzkosten</i>	4.681,60 €	4.681,60 €	4.681,60 €
<b>BEM-Kosten</b>			
<i>Beratung und Durchführung</i>	0,00 €	949,00 €	949,00 €
<b>Wiederbeschaffungskosten des Humankapitals</b>			
<i>1) Entlassungskosten</i>			
Direkte Kosten	9.283,13 €	0,00 €	0,00 €
<i>2) Beschaffungskosten</i>			
Direkte Kosten	737,00 €	0,00 €	737,00 €
<i>3) Ausbildungskosten</i>			
Direkte Kosten	121,25 €	0,00 €	121,25 €
Indirekte Kosten	300,00 €	0,00 €	300,00 €
<b>Gesamtkosten</b>	17.728,98 €	8.236,60 €	9.394,85 €

Tabelle 5: „Kosten-Analyse für einen Handwerksbetrieb mit 39 MA“

	ohne BEM/ ohne Weiterbeschäftigung (Szenario 1)	mit BEM / mit Weiterbeschäftigung (Szenario 2)	mit BEM / ohne Weiterbeschäftigung (Szenario 3)
<b>Verwaltungsaufwand</b>			
<i>Arbeitsvolumen/ Arbeitsaufwand</i>	108,00 €	108,00 €	108,00 €
<b>Entgeltfortzahlung</b>			
	2.664,00 €	2.664,00 €	2.664,00 €
<b>Personal</b>			
<i>Personalersatzkosten</i>	5.893,80 €	5.893,80 €	5.893,80 €
<b>BEM-Kosten</b>			
<i>Beratung und Durchführung</i>	0,00 €	949,00 €	949,00 €
<b>Wiederbeschaffungskosten des Humankapitals</b>			
<i>1) Entlassungskosten</i>			
Direkte Kosten	7.395,53 €	0,00 €	0,00 €
<i>2) Beschaffungskosten</i>			
Direkte Kosten	379,00 €	0,00 €	379,00 €
<i>3) Ausbildungskosten</i>			
Direkte Kosten	124,32 €	0,00 €	124,32 €
Indirekte Kosten	90,00 €	0,00 €	90,00 €
<b>Gesamtkosten</b>	16.654,65 €	9.614,80 €	10.208,12 €

Tabelle 6: „Kosten-Analyse für einen ambulanten Pflegedienst mit 39 MA“

Auch im zweiten Fallbeispiel zeigt sich, dass die Kosten des Szenarium 1 die Gesamtkosten für das Szenarium 2 und Szenarium 3 bei weitem übersteigen. Je größer der Betrieb, umso höher fallen die Kosten in allen Szenarien aus. Ein Grund dafür ist, dass Betriebe von mehr als 30 Mitarbeitern die Kosten für die Entgeltfortzahlung nicht erstattet bekommen.

In unserem Fallbeispiel II wird angenommen, dass alle relevanten Verwaltungsaufgaben durch eine eigene Stelle bearbeitet werden, dadurch sinken die Kosten für den Verwaltungsaufwand deutlich. Des Weiteren fällt bei einem Vergleich der unterschiedlichen Betriebsgrößen auf, dass durch eine eigene Verwaltungsstelle die Kosten für die Durchführung eines BEM sinken. Bereits in der Studie von Niehaus et al. wurde davon ausgegangen, dass die Durchführung eines BEM als eine zusätzliche Aufgabe für die Personalverwaltung angesehen werden kann.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass es für ein sinnvolles BEM auch ökonomisch keine Mindestgröße des Betriebs gibt. Die eingesparten Kosten variieren je nach Betriebsgröße und Ausgangsgehalt im Vergleich mit und ohne BEM. Im Referenzbetrieb des Handwerks haben wir eine Kostenersparnis von ca. 9200 € bis 9500 € bei zunehmender Mitarbeiterzahl. Im Referenzbetrieb der ambulanten Pflege eine Kostenersparnis von ca. 6600 € bis 7000 €. Auf Grund einer betriebseigenen Verwaltungsstelle verringern sich die BEM-Kosten für eine externe Beratung und Durchführung, da betriebseigene Kapazitäten für das BEM bereit gestellt werden können. Trotz des höheren Basislohnes der Pflegehelferin gegenüber dem Bauschlosser ist eine höhere Kostenersparnis im Handwerksbetrieb zu verzeichnen. Ein Grund dafür ist in den Wiederbeschaffungskosten des Humankapitals angezeigt. Die Ausbildungskosten des Bauschlossers sind deutlich höher als die der Pflegehelferin.

Trotz der zu vermutenden Kosteneinsparung bei kleineren und mittleren Betrieben, führen nur wenige Betriebe ein BEM durch.<sup>168</sup> Somit hängt die Einführung des BEM nicht nur alleine von den monetären objektiv bewertbaren Kosten und dem Nutzen, sondern von weiteren Faktoren ab. Zu vermuten ist, dass Motivation, Vertrauen und das Betriebsklima<sup>169</sup> einen erheblichen Einfluss auf die erfolgreiche Durchführung eines BEM haben. Eine flächendeckende Einführung eines BEM in KMU hängt auch von der finanziellen Situation und den Gegebenheiten im Unternehmen ab. Die Studie „GundA“ ergab, dass tendenziell mehr Wiedereingliederungserfolge zu verzeichnen waren in Unternehmen mit einer guten Auftragslage, als in Unternehmen mit einer schlechten Auftragslage.<sup>170</sup>

### **7.3 Auswirkungen auf Sozialleistungsträger**

Mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement ist eine weitere Pflicht für Arbeitgeber geschaffen worden, bestehende Arbeitsverhältnisse präventiv zu sichern und Fehlzeiten zu reduzieren, indem die Ausgliederung von Arbeitnehmern verhindert werden soll. Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass kleine und mittlere Unternehmen dabei Unterstützung brauchen. Den Unternehmen sollten die Sozialleistungsträger zur Seite stehen. Sie haben die gesetzliche Pflicht Ausgliederung aus dem Arbeitsleben zu vermeiden.<sup>171</sup> Darüber hinaus gehen die Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen in hohem Maße zu Lasten der Sozialversicherungsträger, z. B. durch ergänzende Leistungen zum Lebensunterhalt, Kosten der Akutbehandlung oder Rehabilitationsleistungen, sowie Renten wegen arbeitsbedingter Frühinvalidität.

---

<sup>168</sup> vgl. Niehaus et al., 2008, S. 34f

<sup>169</sup> siehe auch Kapitel 6

<sup>170</sup> vgl. Uhlig et al., 2009a, S. 73

<sup>171</sup> vgl. Weber, 2003, S. 43

In Deutschland werden Gesundheitsstörungen als arbeitsbedingte Erkrankungen verstanden, die durch Arbeitsbedingungen ganz oder teilweise verursacht werden bzw. in ihrem Verlauf ganz oder teilweise ungünstig beeinflusst werden.<sup>172</sup> Nach einer Studie des Nordischen Rates und der Europäischen Stiftung werden ca. 50% aller Erkrankungen durch Faktoren der Arbeitswelt beeinflusst. Krankheit kann zu vorübergehender Arbeitsunfähigkeit führen oder zu dauerhafter Erwerbsminderung. Auf Grund dessen nehmen arbeitsbedingte Erkrankungen eine besondere Stellung in der Entstehung von Arbeitsunfähigkeit ein.<sup>173</sup> Bödeker et al. konnten in zwei Studien ermitteln, dass sich bei Männern etwa ein Drittel der Arbeitsunfähigkeitszeiten und der Frühberentungen auf Belastungen in der Arbeitswelt zurückführen lassen. Besonders hohe arbeitsbedingte Risiken lassen sich bei Muskel-Skelett-Erkrankungen nachweisen, ebenso bei Krankheiten des Atmungssystems, Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten<sup>174</sup> und psychische Erkrankungen<sup>175</sup>. Geringe Handlungs- und Entscheidungsspielräume sowie schwere Arbeit erwiesen sich in den Analysen als besonders einflussreiche Ursachen für Frühverrentungen.<sup>176</sup> Gesundheitliche Einschränkungen konzentrieren sich eher bei Beschäftigten in unteren Einkommensgruppen. Es sind mehr Arbeiter im Alter von 55 bis 59 Jahren einsatzeingeschränkt als Angestellte im gleichen Alter.<sup>177</sup> Als Ursache für gesundheitliche Einschränkungen werden insbesondere Tätigkeiten angesehen, die mit Heben, Tragen, Ziehen und Schieben von Gewichten, Überkopfarbeit, Arbeiten im Knien und Hocken verbunden sind. Zahlen der Rentenversicherung verdeutlichen, dass im Jahr 2008 18,6% der Neurentner aus gesundheitlichen Gründen mit einer Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung aus dem Arbeitsleben ausschieden.<sup>178</sup>

Viele Handwerksunternehmen und ambulante Pflegedienste sind Kleinst- und Kleinbetriebe. Laut dem dritten Monitoring-Bericht des Netzwerkes für eine gerechte Rente ist der Anteil der Erwerbsminderungsrenten an den Rentenzugängen unter Handwerksberufen und Hilfsarbeitern besonders hoch.<sup>179</sup> Die Verteilung der Erwerbsminderungsrenten nach Beruf (Berufsgruppen) und Geschlecht der Versicherten zeigt ein differenziertes Bild. Im Jahr 2008 wiesen die Berufsgruppen der Kraftfahrzeugführer, Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeitsangabe und Bürofachkräfte die höchsten Erwerbsminderungsrentenzugänge bei Männern auf.

---

<sup>172</sup> vgl. BKK Bundesverband, 2008, S. 4

<sup>173</sup> vgl. BKK Bundesverband, 2008, S. 4

<sup>174</sup> vgl. BKK Bundesverband, 2008, S. 10

<sup>175</sup> vgl. Reusch, 2009, S. 18

<sup>176</sup> vgl. Bödeker, 2006, S. 94ff

<sup>177</sup> vgl. Feldes, 2010a, S. 148

<sup>178</sup> vgl. Feldes, 2010a, S. 148

<sup>179</sup> vgl. Kistler et al., 2009, S. 13

Bei Frauen hingegen weist die Berufsgruppe der Bürofachkräfte die absolut höchsten Erwerbsminderungsrentenneuzugänge mit 8.575 Versicherten auf, gefolgt von Raum- und Hausratsreinigerinnen mit 6.885 neuen Renten.<sup>180</sup>

Es stellt sich die Frage, welcher Nutzen und welche Kosten mit BEM für die Sozialleistungsträger verbunden sind. Bei voller Erwerbsminderung ist der Gesundheitszustand eines Menschen derart eingeschränkt, dass eine zeitliche Einsatzfähigkeit von über 3 Stunden täglich nicht mehr gegeben ist (§ 43 SGB VI). In der Studie von Bödeker et al. „Kosten der Frühinvalidität“ finden sich Aussagen, dass durch Erwerbsminderung indirekte Kosten für die Volkswirtschaft verursacht werden, die sehr hoch sind. Eine weit verbreitete Methode zur Schätzung der entgangenen Wertschöpfung für die Volkswirtschaft ist die Humankapitalmethode. Vereinfacht gesagt werden die Verluste an Arbeitseinkommen der EM-Rentner berücksichtigt, die sie bis zur Altersrente hätten erwirtschaften können und als entgangene Wertschöpfung ausgewiesen. Somit ergeben sich laut BKK-Bundesverband indirekte Kosten von 9,6 Milliarden € durch arbeitsbedingte Frühberentungen.<sup>181</sup>

### 7.3.1 Krankenkassen

Die jährlichen arbeitsbedingten Krankheitskosten werden in Deutschland insgesamt auf ca. 43,9 Milliarden € geschätzt. Den größten Teil dieser Kosten verursachen arbeitsbedingte, vorübergehende Krankheiten. Deren direkte Kosten belaufen sich auf ca. 17,7 Milliarden €. Unter den direkten Kosten werden alle Ausgaben verstanden, die im Rahmen der ambulanten und stationären Krankheitsbehandlung, der öffentlichen und privaten Gesundheitsvorsorge, Pflege, Gesundheitsgüter und Verwaltung, Ausbildung und Forschung anfallen.<sup>182</sup> Außerdem zählen aus Sicht der Krankenkassen die Kosten für Krankengeld und Erstattung der Lohnfortzahlung (§ 1 AAG) dazu. Die Kosten für arbeitsbedingte Krankengeldleistungen belaufen sich jährlich auf rund 2 Milliarden €. <sup>183</sup> Darüber hinaus entgehen den Krankenkassen Beitragseinnahmen, für die Zeit des Krankengeldbezuges. Hierzu gibt es keine genauen Schätzungen. Nicht unerheblich sind auch die Beitragsmindereinnahmen durch eine arbeitsbedingte bzw. gesundheitsbedingte Frühinvalidität. Ein gesundheitsbedingtes Ausscheiden aus dem Erwerbsleben wird vor allem durch chronisch-degenerative Krankheiten verursacht.<sup>184</sup>

---

<sup>180</sup> DRV, 2008, S. 14ff

<sup>181</sup> vgl. BKK Bundesverband, 2008, S. 6

<sup>182</sup> vgl. Bödeker, 2005a, S. 59

<sup>183</sup> vgl. BKK Bundesverband, 2008, S. 8

<sup>184</sup> vgl. Rehfeld, 2006, S. 14

Um die Auswirkungen eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements auf die Beitragseinnahmen für die Krankenkassen plastischer darstellen zu können, werden die Grundannahmen des Fallbeispiels aus Kapitel 7.2.2 herangezogen.

Der Ausgangsfall war ein wiederholter Bandscheibenvorfall, der eine stationäre operative Behandlung und eine Anschlussheilbehandlung nach sich zog. Der Arbeitnehmer ist sieben Wochen arbeitsunfähig. Die direkten medizinischen Kosten für eine stationäre Behandlung eines Bandscheibenvorfalles variieren je nach Art des Bandscheibenvorfalles. Es konnten durchschnittliche Kosten von etwa 4.600 € ermittelt werden.<sup>185</sup> Je nach Schwere und Verlauf der Erkrankung folgen noch weitere Kosten, beispielsweise für Physiotherapie. Darüber hinaus gehen direkte, nicht medizinische Kosten für den Bezug von Krankengeld in die Berechnung ein. Hierzu wurde eine durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus von 10 Tagen ermittelt.<sup>186</sup> In unserem Fallbeispiel wird daher Krankengeld für die Zeit der stationären Behandlung in Höhe von 540,40 € (Bauschlosser) und für die 828,80 € (Altenpflegehelferin) gezahlt.

Auf Grund des gewählten Fallbeispiels zeigt sich, dass diese Kosten aus Sicht der Krankenkasse in allen drei Szenarien<sup>187</sup> gleichermaßen anfallen und gezahlt werden müssen, unabhängig von einem BEM<sup>188</sup>. Angenommen, dass der Mitarbeiter bereits vor der Operation wegen Rückenschmerzen mehrere Tage arbeitsunfähig war, müssen für Betriebe unter 30 Mitarbeitern die Kosten der Rückerstattung der Lohnfortzahlung (Umlage U1; bis zu 80%) berücksichtigt werden. Die Kostenhöhe, die sich aus der Rückerstattung der Lohnfortzahlung aus der Umlage U1 ergibt, variiert aus Sicht der Krankenkassen nach dem gewählten Umlagesatz. Außerdem zeigt sich, dass bereits im Vorfeld einer krankheitsbedingten Erwerbsminderungsrente Kosten für die Krankenversicherung entstehen. Der ökonomische Nutzen des BEM besteht aus Sicht der Krankenkassen darin, erneute Krankenhauskosten zu vermeiden, die Krankengeldleistungen zu vermindern, in dem der Mitarbeiter leistungsgerecht arbeiten kann und darin, dass Beiträge durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer weiter gezahlt werden.

Wenn ein BEM erfolglos oder erst gar nicht durchgeführt wird, sind mögliche Folgen die Kündigung des Mitarbeiters aus gesundheitlichen Gründen oder eine teilweise/volle Erwerbsminderungsrente.

---

<sup>185</sup> Auswertung der IKK

<sup>186</sup> vgl. von Eiff et al., 2007, S. 49

<sup>187</sup> Szenario 1: ohne BEM/mit Kündigung; Szenario 2 mit BEM/mit Weiterbeschäftigung; Szenario 3 mit BEM ohne Weiterbeschäftigung

<sup>188</sup> siehe auch Rechnung in der Anlage

So entstehen der Krankenkasse Beitragsmindereinnahmen aber auch die Leistungsverpflichtung der Krankenkasse kann entfallen oder gemindert werden<sup>189</sup>. Diese divergieren je nachdem, ob der Arbeitnehmer ALG I, ALG II oder Erwerbsminderungsrente bezieht. Die folgende Tabelle zeigt, dass bei einem erfolgreichen BEM die Beiträge weitergezahlt werden. Im Gegensatz dazu entstehen die höchsten Beitragsverluste bei Bezug einer Erwerbsminderungsrente. In unserem Fallbeispiel zeigt sich, dass die Krankenversicherung im Fall des Bauschlossers bei Bezug einer vollen EM-Rente 1.871,64 € pro Jahr weniger Beitragseinnahmen hätte als in Szenario 2.

			Krankenkassenbeitrag pro Jahr bleibt bei erfolgreichem BEM erhalten (Szenario 2)
Handwerk (Bauschlosser brutto 1.544 Euro, in M-V lebend)			2.760,72 €
ambulanter Pflegedienst (Pflegehelferin brutto 1.776 Euro, in Bayern lebend)			3.175,44 €
	<b>Beitragsverluste pro Jahr</b>	<b>neue Beitragseinnahmen pro Jahr</b>	Bei nicht durchgeführten oder erfolglosen BEM (Szenario 1 und 3) folgen Beitragsmindereinnahmen
bei ALG I-Bezug	-552,24 €	2.208,48 €	
	-635,04 €	2.540,49 €	
Bei ALG II-Bezug	-1.422,24 €	1.338,48 €	
	-1.599,36 €	1.576,08 €	
bei voller Erwerbsminderungsrente	-1.871,64 €	888,96 €	
	-2.162,88 €	1.012,56 €	

Tabelle 6: „Beitragsverluste aus Sicht der Krankenkasse, differenziert nach Sozialleistungen“

Bürger et al. eruierten, dass durch die Stufenweise Wiedereingliederung hohe Eingliederungsquoten erzielt werden konnten<sup>190</sup> und dass nach einer medizinischen Rehabilitation mit anschließender Stufenweisen Wiedereingliederung die AU-Tage von durchschnittlich 14 Wochen auf 6 Wochen sanken.<sup>191</sup> Damit würden sich nicht nur Krankengeld, sondern auch die Kosten für Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall für Betriebe verringern. Im Jahr 2005 konnten bereits 6 Mio. AU-Tage durch erfolgreiche Rehabilitationsmaßnahmen gespart werden.

<sup>189</sup> vgl. Marburger, 2009, S. 101

<sup>190</sup> vgl. Bürger et al., 2008, S. 131

<sup>191</sup> vgl. Bürger et al., 2008, S. 138

### 7.3.2 Rentenversicherung

Die Rentenversicherung verfolgt das Ziel Erwerbsminderung zu verhindern bzw. zu mildern. Für das Jahr 2003 entfielen 20,4 Milliarden € für Sozialausgaben auf Grund gesundheitsbedingter Frühverrentung. Davon trug die die Rentenversicherung etwa 12,26 Milliarden Euro.<sup>192</sup> Die finanziellen Folgen arbeitsbedingter Frühverrentungen für sie belaufen sich jährlich auf ca. 3 Milliarden €. <sup>193</sup> Zum einen trägt die Rentenversicherung die Kosten für die Erwerbsminderungsrenten, zum anderen trägt sie anteilig die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung bei Versicherten, die eine EM-Rente beziehen.

Die folgende Tabelle soll zeigen, wie sich beispielhaft die Kosten aus Sicht der Rentenversicherung darstellen könnten. Die Betriebsgröße ist aus Sicht der Rentenversicherung nicht relevant. In den Szenarien eins und drei wird angenommen, dass kein BEM durchgeführt bzw. eine Weiterbeschäftigung nach BEM nicht möglich ist und dass die betroffene Person eine volle Erwerbsminderungsrente bezieht. Als beispielhafte Eingliederungsmaßnahme nach der medizinischen Rehabilitation wurde die Stufenweise Wiedereingliederung gewählt. Untersuchungen zur Stufenweisen Wiedereingliederung zeigten, dass dieses Instrument in allen Betriebsgrößen angewandt wird<sup>194</sup> und auch bei orthopädischer Indikation verwandt wird.

Aus Tabelle 8 ist zu entnehmen, dass die geringsten Kosten durch ein erfolgreiches BEM entstehen, unter der Annahme, dass die Eingliederungsmaßnahme von der Rentenversicherung gezahlt würde und dass der Versicherte weiterhin sein normales Gehalt bezieht.

---

<sup>192</sup> vgl. Rehfeld, 2006, S. 19

<sup>193</sup> vgl. BKK Bundesverband, 2008, S. 9

<sup>194</sup> vgl. Bürger et al., 2008; Niehaus et al., 2008

	ohne BEM/ohne Weiterbeschäftigung (Szenario 1)	mit BEM/mit Weiterbeschäftigung (Szenario 2)	mit BEM/ohne Weiterbeschäftigung (Szenario 3)
<b>Kosten für medizinische Rehabilitation</b>			
Stationär	2.398,66 €	2.398,66 €	2.398,66 €
Übergangsgeld	1.482,24 €	1.482,24 €	1.482,24 €
<b>Eingliederungsmaßnahme</b>			
<b>stufenweise Wiedereingliederung</b>			
Übergangsgeld	0 €	1.235,20 €	1.235,20 €
<b>Kosten für Erwerbsminderungsrente pro Monat</b>			
teilweise EM	247,52 €	0 €	247,52 €
volle EM	497,20 €	0 €	497,20 €

Tabelle 7: „Beispielhafte Kosten-Analyse für Bauschlossler mit einer Bandscheiben-Operation und anschließender medizinischer Rehabilitation“<sup>195</sup>

Die Kosten in den Szenarien eins und zwei würden sich für die Rentenversicherungsträger vermindern, wenn der Versicherte nicht in die Erwerbsminderung übergehen würde, sondern in die Arbeitslosigkeit auf Grund seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Dadurch würden sich auch die Beitragsverluste für die Rentenversicherung verändern.

			Rentenversicherungsbeitrag pro Jahr bleibt bei erfolgreichen BEM erhalten (Szenario 2)
Handwerk Bauschlossler (brutto 1544 Euro, in M-V lebend)			3.687,07 €
ambulanter Pflegedienst (Pflegehelferin brutto 1776 Euro, in Bayern lebend)			4.241,08 €
	Beitragsverluste pro Jahr	neue Beitragseinnahmen pro Jahr	Bei erfolglosen BEM (Szenario 1 und 3) folgen Beitragsmindereinnahmen
bei ALG I- Bezug	-737,52 €	2.949,60 €	
	-848,16 €	3.392,88 €	
bei ALG II- Bezug	-3.197,52 €	480 €	
	-3.761,04 €	480 €	
bei voller Erwerbsminderungsrente	-3.687,07 €	0€	
	- 4.241,08€	0 €	

Tabelle 8: „Beitragsverluste aus Sicht der Rentenversicherung, differenziert nach Sozialleistungsgen“

<sup>195</sup> ausführliche Berechnungen siehe in der Anlage

Tabelle 8 zeigt, dass durch die Erwerbsminderungsrente der Rentenversicherung die höchsten Beitragsverluste entstehen. Pro Jahr werden etwa 320.000 Anträge auf Erwerbsminderungsrenten gestellt und etwa die Hälfte bewilligt.<sup>196</sup> Zwei Drittel aller Erwerbsminderungsrenten werden auf Grund voller Erwerbsminderung gewährt, während sich ein Drittel auf Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung und arbeitsmarktbedingte Erwerbsminderungsrenten aufteilt.<sup>197</sup> Daher müssen viele Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Arbeitslosengeld II leben oder vorzeitig in die Altersrente wechseln.<sup>198</sup> Ein vorzeitiger Bezug der Altersrente ist erst ab 60 Jahren möglich und mit Abschlägen verbunden. Sofern jemand wegen Arbeitslosigkeit vorzeitig in die Altersrente wechselt, werden für jeden Monat vorzeitigen Rentenbezugs derzeit Abschläge in Höhe von 0,3 Prozentpunkten erhoben.<sup>199</sup> Die Bezugsgröße für die Rentenbeiträge für Bezieher des Arbeitslosengelds II wurde in mehreren Schritten gesenkt. Aktuell liegt sie bei 205 €.<sup>200</sup> Da diese Bezugsgröße unabhängig vom zuletzt erzielten Arbeitseinkommen ist, zeigt sich, dass die Beitragsverluste variieren. In unserem Fallbeispiel erzielte der Bauschlosser einen geringeren Lohn als die Pflegehelferin. Daraus ergibt sich, dass auch die Rentenbeiträge in Abhängigkeit vom Lohn variieren. Das bedeutet, dass bei Bezug von Arbeitslosengeld II durch die Pflegehelferin der Rentenversicherung pro Jahr mehr Beitragsverluste entstehen als beim Bauschlosser.

Auswertungen der Deutschen Rentenversicherung Bund weisen darauf hin, dass durch außerbetriebliche Aus- und Weiterbildung hohe Eingliederungsquoten von 50% - 70% erzielt werden. Diese Kosten werden durch Beitragseinnahmen nach 7 Jahren bereits abgegolten sein.<sup>201</sup> Trotz der hohen Eingliederungsquoten werden Ältere, Langzeitarbeitslose, Versicherte mit niedrigem Bildungs- oder Berufsabschlüssen, sowie Migranten bei Maßnahmen der Aus- und Weiterbildung benachteiligt.<sup>202</sup> Darüber hinaus wollen viele gesundheitlich beeinträchtigte Versicherte, trotz des Bedarfs an beruflicher Rehabilitation, auf die Erwerbsminderungsrente ausweichen, da sie kaum über Angebote und Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation informiert sind.<sup>203</sup>

---

<sup>196</sup> vgl. Brussig, 2010, S. 10

<sup>197</sup> vgl. Brussig, 2010, S. 9 ff

<sup>198</sup> vgl. Hans Böckler Stiftung, 2010, S. 1

<sup>199</sup> DRV Bund, 2009

<sup>200</sup> vgl. Mika/Baumann, 2008, S. 608

<sup>201</sup> vgl. Keck, 2006, Folie 7

<sup>202</sup> vgl. Bunge/Welti, 2008, S. 4f

<sup>203</sup> vgl. Mascher, 2010

Untersuchungen zu Wiedereingliederungsmaßnahmen im Rahmen des BEM-Prozesses zeigen, dass die meisten zu Lasten der Rentenversicherungsträger gehen.<sup>204</sup> Eine flächendeckende Anwendung des BEM könnte daher auch die Ausgaben für Rehabilitationsmaßnahmen steigen lassen.

Weitere Hinweise liefert die Studie von Steiner et al. Diese geht davon aus, dass die Bedeutung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen weiter ansteigen wird unter der Voraussetzung, dass sich die Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen verbessert.<sup>205</sup> Die medizinische Rehabilitation wird als eine Maßnahme im BEM-Prozess verstanden. Es wird angenommen, dass durch das Betriebliche Eingliederungsmanagement früher ein Rehabilitationsbedarf abgeschätzt und somit eine Forcierung der Rehabilitationsinanspruchnahme erreicht werden kann. Bisher ist eher von einer Unterinanspruchnahme bei medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen auszugehen. Das bedeutet, dass nicht alle Personen, die einen Rehabilitationsbedarf haben auch eine Rehabilitationsmaßnahme bekommen.

Ein möglicher Grund für die Unterinanspruchnahme ist der geringe Kenntnisstand auf Seiten der Beschäftigten und der Hausärzte. Der Fachkräftemangel und die schrittweise Anhebung des Renteneintrittsalters sind entscheidende Faktoren, die vermehrt zur Durchführung eines BEM führen und somit zu einem Anstieg von Rehabilitationsanträgen führen könnten. Insbesondere wird ein Arbeitskräftemangel für Hochqualifizierte erwartet. In der Studie von Steiner et al. wird davon ausgegangen, dass sich auf Grund des zunehmenden Anteils über 55-jähriger Erwerbstätiger, die Zahl der medizinischen Rehabilitanden bis zum Jahr 2025 auf 400.000 für die untersuchten Indikationsgebiete erhöhen wird.<sup>206</sup>

Neben den gesparten Rentenzahlungen und zusätzlichen Einnahmen durch ein erfolgreiches BEM würden auch die Ausgaben für den Rehabilitationssektor steigen, da mehr Beschäftigte eine Rehabilitation in Anspruch nehmen würden.

### 7.3.3 Unfallversicherung

Die Kosten der gesundheitsbedingten Frühinvalidität werden nicht nur von der Rentenversicherung allein getragen. Rehfeld weist darauf hin, dass ca. 20,4 Milliarden € des Sozialbudgets für gesundheitsbedingte Frührenten ausgegeben werden. Davon trug die Unfallversicherung im Jahr 2003 einen Anteil von 11,4% aller gezahlten Leistungen.<sup>207</sup>

<sup>204</sup> vgl. Niehaus et al., 2008; Uhlig et al., 2009

<sup>205</sup> vgl. Steiner et al., 2009, S. 1f

<sup>206</sup> vgl. Steiner et al., 2009, S. 1; siehe hierzu auch DRV, 2010, S. 29f

<sup>207</sup> vgl. Rehfeld, 2006, S. 19

Im Vergleich dazu trug die Rentenversicherung 60,1% der Ausgaben für gesundheitsbedingte Frühinvalidität. Um eine Verletztenrente nach SGB VII zu erlangen, müssen ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit vorliegen.<sup>208</sup> Die Höhe der Rente richtet sich dabei nach mehreren Faktoren. Entscheidend sind der Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit und der Jahresarbeitsverdienst.<sup>209</sup> Nach § 56 Abs. 2 SGB VII erschließt sich die Erwerbsminderung aus dem Umfang der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und der daraus resultierenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Im Jahr 2009 wurden 6.481 neue Berufskrankheitsrenten und 15.333 neue Arbeitsunfallrenten in den gewerblichen Berufsgenossenschaften gemeldet. In der Unfallversicherung der öffentlichen Hand wurden im Jahr 2009 1.258 neue Arbeitsunfallrenten und 213 neue Berufskrankheitsrenten angezeigt.<sup>210</sup>

#### **7.3.4 Bundesagentur für Arbeit**

Nach dem Jahresbericht 2008/2009 der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen waren in knapp 15% der Fälle Fehlzeiten wegen Arbeitsunfähigkeit der Grund für eine Kündigung, in weiteren 14% wurden Leistungseinschränkungen wegen Krankheit und Behinderung als Grund für eine Kündigung (von 19.209 Fällen) angegeben.<sup>211</sup> Mit diesen Zahlen sind nur die Kündigungen schwerbehinderter Beschäftigter erfasst. Die Datenlage zu Kündigungsgründen für nicht schwerbehinderte Beschäftigte ist nicht gesichert.

Arbeitslosigkeit kann gesundheitliche Probleme auslösen oder verstärken.<sup>212</sup> Damit ist auch das Beschäftigungsverhältnis potenziell bedroht. Außerdem birgt eine lange andauernde Arbeitsunfähigkeit das Risiko direkt in Arbeitslosigkeit zu wechseln.<sup>213</sup> Feldes resümiert in seinem Artikel „Beschäftigte in Gesundheitskrisen“<sup>214</sup>, dass ein Zuwachs zu erwarten ist an denjenigen, die aus dem Krankengeldbezug in die Arbeitslosigkeit wechseln werden. Schwerbehinderte Menschen weisen ein besonders hohes Risiko aus der Krankheit heraus arbeitslos zu werden.<sup>215</sup> Gründe dafür seien eine gewandelte Unternehmensstruktur und das Fehlen geeigneter Arbeitsplätze insbesondere in Klein- und Mittelbetrieben.

---

<sup>208</sup> § 56 SGB VII

<sup>209</sup> vgl. Rehfeld, 2006, S. 18

<sup>210</sup> vgl. DGUV, 2009

<sup>211</sup> vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, 2009, S. 35

<sup>212</sup> vgl. Holleder, 2003, S. 2

<sup>213</sup> vgl. Feldes, 2010a, S. 148

<sup>214</sup> veröffentlicht in Soziale Sicherheit 4/2010

<sup>215</sup> vgl. DGB Bundesvorstand, 2009, S.220

Der Anteil der Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen nimmt zu, je länger die Arbeitslosigkeit andauert.<sup>216</sup> Hollederer weist daraufhin, dass es nach heutigem Forschungsstand einen Selektionsprozess auf dem Arbeitsmarkt gibt - zu Ungunsten der Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen.<sup>217</sup> Die Selektionstheorie wurde bereits durch Grobe und Schwartz aufgegriffen. Danach werden kränkere Arbeitnehmer eher entlassen und auch seltener wieder eingestellt.<sup>218</sup>

Auf Grund der Zugangshürden für eine Erwerbsminderungsrente, sowie für eine Rente wegen Berufskrankheit ist zu vermuten, dass Kosten arbeitsbedingter verminderter Beschäftigungsfähigkeit auch zu Lasten der Bundesagentur für Arbeit gehen. Ein Argument dafür ist die Regelung in § 43 Abs. 3 SGB VI. Danach ist nicht erwerbsgemindert, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann. Die jeweilige Arbeitsmarktlage ist dabei nicht zu berücksichtigen. Der Anteil derer, die zu gesund sind für die Erwerbsminderungsrente, aber zu krank für die allgemeinen Bedingungen des Arbeitsmarktes, ist nicht unerheblich. Dabei ist ungesichert, in welchem Ausmaß arbeitsbedingte Erkrankungen, die sich zu einer Frühinvalidität entwickeln, die Bundesagentur für Arbeit belasten. Im Rahmen einer Arbeitslosenbefragung des Instituts für Arbeitsmarktforschung konnten mittels computerunterstützter Telefoninterviews 10.236 Arbeitslose zu ihrem Gesundheitszustand befragt werden und individuelle Daten über Beschäftigungs- und Arbeitslosenzeiten im Lebensverlauf erfasst werden. Die Auswertungen der Telefoninterviews ergaben, dass die Gruppe der 56 - 65jährigen Arbeitslosen am häufigsten gesundheitliche Einschränkungen aufwiesen, die auch Auswirkungen auf die Berufstätigkeit hatten.<sup>219</sup>

Viebrok weist darauf hin, dass im Einzelfall nicht immer klar zu unterscheiden ist, ob arbeitsmarkt- oder gesundheitsbedingte Gründe den Ausschlag für eine Beendigung des Arbeitsverhältnisses geben. In Grenzfällen, gibt Viebrok zu bedenken, kommt es z. B. bei älteren Arbeitnehmern mit geringeren Behinderungen de facto auch auf die Entscheidungen der betroffenen Arbeitnehmer an, welche Sozialleistung beantragt wird. Dies hängt wiederum von der finanziellen Situation des Einzelnen ab.<sup>220</sup> In unserem Fallbeispiel würde bspw. der Bauschlosser ein Arbeitslosengeld I in Höhe von 806,10 € und eine volle Erwerbsminderungsrente in Höhe von 497,20 € erhalten. Viebrok macht deutlich, dass diese Wahlmöglichkeit eigentlich nicht vorhanden sein sollte.

---

<sup>216</sup> vgl. Hollederer, 2003, S. 4

<sup>217</sup> vgl. Hollederer, 2006, S. 1

<sup>218</sup> vgl. Grobe/Schwartz, 2003, S. 17

<sup>219</sup> vgl. Hollederer, 2003, S. 4

<sup>220</sup> vgl. Viebrok, 2004, S. 50

Er unterstellt allerdings, dass die Kontrolle durch die Bundesagentur nur begrenzt möglich sei. Bei teilweiser Erwerbsminderung wird das Problem einer Trennung der Risiken im Einzelfall umgangen, indem eine Rente wegen teilweiser verminderter Erwerbsfähigkeit auch aus Arbeitsmarktgründen gewährt wird. Die Bundesagentur für Arbeit erstattet der Rentenversicherung die Kosten für diese Rente pauschal zur Hälfte, soweit es sich um einen Zeitraum handelt, in dem typischerweise (durchschnittlich) auch Arbeitslosengeld zu zahlen wäre.<sup>221</sup> Im Jahr 2008 wurden 17% der Neuzugänge an Erwerbsminderungsrenten aus arbeitsmarktbedingten Gründen gewährt.<sup>222</sup>

Ein Ausscheiden aus dem Erwerbsleben hat nicht nur hohe Beitragsverluste für die Rentenversicherung zur Folge, sondern auch für die Arbeitslosenversicherung. Die folgende Tabelle verdeutlicht, dass bei Bezug von ALG I, ALG II oder auch Erwerbsminderungsrente keine Beiträge von anderen Sozialleistungsträgern an die Arbeitslosenversicherung gezahlt werden.

			Arbeitslosenversicherungsbeitrag pro Jahr bleibt bei erfolgreichen BEM erhalten (Szenario 2)
Handwerk (Bauschlosser brutto 1544 Euro, in M-V lebend)			518,88 €
ambulanter Pflegedienst (Pflegehelferin brutto 1776 Euro, in Bayern lebend)			596,64 €
	<b>Beitragsverluste pro Jahr</b>	<b>neue Beitragseinnahmen pro Jahr</b>	<b>Bei erfolglosen BEM (Szenario 1 und 3) folgen Beitragsmindereinnahmen</b>
bei ALG I- Bezug	-518,88 €	0€	
	-596,64 €	0€	
bei ALG II- Bezug	-518,88 €	0€	
	-596,64 €	0€	
bei voller Erwerbsminderungsrente	-518,88 €	0€	
	- 596,64€	0€	

Tabelle 9: „Beitragsverluste aus Sicht der Arbeitslosenversicherung, differenziert nach Sozialleistungen“

Die Auswirkungen eines nicht durchgeführten oder erfolglosen BEM sind für die Bundesagentur für Arbeit am höchsten, da sie keine Beiträge einnimmt, wenn es zur krankheitsbedingten Kündigung kommen sollte. Dadurch wird klar, dass die Frühinvalidität eine besondere Auswirkung auf die Beiträge der einzelnen Sozialleistungsträger hat, da sie für alle Sozialleistungsträger zu Beitragsmindereinnahmen führt. Im Falle der Arbeitslosenversicherung führt ein erfolgloses BEM mit anschließender Kündigung zu erheblichen Beitragsverlusten.

<sup>221</sup> vgl. Viebrok, 2004, S. 50 f.; §§ 224, 224a SGB VI

<sup>222</sup> vgl. Brussig, 2010, S. 12

Außerdem muss die Bundesagentur ebenfalls Beiträge für Kranken-, Pflege- und Rentenversicherungsträger zahlen, wenn Versicherte ALG I beziehen. Das Ziel ist es, eine Kündigung zu vermeiden.

### **7.3.5 Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende**

Wenn Arbeitslosengeld II bezogen wird, werden durch die Bundesagentur oder den zugelassenen kommunalen Träger die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung gezahlt. Die Beiträge zur Rentenversicherung werden ausschließlich von der Bundesagentur für Arbeit getragen. Im Rechtskreis des SGB II werden vor allem Arbeitslose mit besonderen Vermittlungshemmnissen betreut. Zu Vermittlungshemmnissen zählen die eingeschränkte gesundheitliche Belastbarkeit, Alter und Qualifikation. Im November 2009 waren im SGB II-Bereich 321.169 Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen registriert; davon waren 86.751 schwerbehindert. Im Vergleich dazu waren nur 190.782 ALG I Bezieher gesundheitlich eingeschränkt und nur 66.592 im ALG I Bezug schwerbehindert.<sup>223</sup>

Das Institut für Arbeitsmarktforschung rechnet damit, dass es durch die derzeit angespannte Arbeitsmarktlage zur Stagnation der Zahl der Arbeitslosen im Rechtskreis des SGB II kommen wird.<sup>224</sup> Das BEM könnte hier dazu beitragen, Langzeitarbeitslosigkeit zu vermeiden, indem eingeschränkte Mitarbeiter im Betrieb gehalten werden und insgesamt Berührungängste mit gesundheitlich eingeschränkten Mitarbeitern vermindert werden. Es ist anzunehmen, dass durch BEM die Anzahl der Berufstätigkeitsjahre erhöht werden kann. Der Staat hätte einen weiteren ökonomischen Nutzen in Form von vermiedenem Arbeitslosengeld II.

## **7.4 Auswirkungen auf das Gesundheitssystem**

Die Auswirkungen des BEM auf das Gesundheitssystem sind unsicher. Für den Rehabilitationssektor als Teil des Gesundheitssystems wurden in Studien bereits Tendenzen aufgezeigt, dass es zu einem Bedeutungszuwachs kommt. Dies hängt vor allem mit dem zunehmenden Anteil der Beschäftigten über 55 Jahren und dem prognostizierten Fachkräftemangel zusammen. Arbeitsunfähigkeit von länger erkrankten Arbeitnehmern kann schneller und dauerhafter überwunden werden, wenn die medizinische Rehabilitation zielgerichtet auf das Arbeitsleben und die bisherige Tätigkeit ausgerichtet ist.<sup>225</sup>

---

<sup>223</sup> vgl. Adamy, 2010, S. 35

<sup>224</sup> vgl. Fuchs et al., 2010, S. 7f

<sup>225</sup> vgl. Nebe, 2006, S. 1801

Es ist daher davon auszugehen, dass vermehrt nach flexiblen Möglichkeiten der Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme aus betrieblicher Sicht nachgefragt wird, die besser auf die individuelle berufliche Situation abgestimmt ist. Bisher wird von Experten eine Unterinanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen konstatiert. Dies hängt mit dem geringen Kenntnisstand der Arbeitnehmer zusammen.<sup>226</sup>

Eine flexible ambulante Rehabilitation eröffnet eine enge Verzahnung mit weiteren begleitenden Instrumenten wie zum Beispiel der Stufenweisen Wiedereingliederung. Erfahrungen aus der Praxis deuten darauf hin, dass das „Hamburger Modell“ Schwächen aufweist. Es scheint ungeeignet für Berufe mit erhöhter Fahrtätigkeit z. B. für Kraftfahrzeugführer, zu sein. Der Ausbau von ambulanten Rehabilitationszentren, die auch am Wochenende Maßnahmen anbieten, würde den Bedürfnissen der Betriebe entgegen kommen. Der Rehabilitationssektor könnte durch die vermehrte Nachfrage von Leistungen durch BEM insgesamt gestärkt werden. Damit sind nicht nur die medizinische Rehabilitation gemeint, sondern auch die berufliche Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und insbesondere das Case Management. Weiterhin ist von vermehrter Beratungsnachfrage bei Rehabilitationsträgern durch KMU auszugehen. Dies setzt voraus, dass KMU wissen, dass sie sich an Rehabilitationsträger wenden können.

Im Projekt „GundA“ wird der Großteil der teilnehmenden BEM-Fälle am Case Management durch die Reha-Fachberater der Rentenversicherung, Sozialberater, Reha-Berater und Krankengeldfallmanager der Krankenkassen zugewiesen. Zur Durchführung des Case Managements durch das Berufsförderungswerk ist die Bewilligung eines Antrages auf Leistungen zur Teilhabe durch die Rentenversicherung notwendig.<sup>227</sup> Auch in anderen Studien<sup>228</sup> zeigt sich, dass vielfach auf das Instrument der Stufenweisen Wiedereingliederung zurückgegriffen wird oder andere Leistungen zur Teilhabe zur Anwendung kommen. Auf Grund dessen ist mit der Stärkung des BEM auch von einem Bedeutungszuwachs des Rehabilitationssektors auszugehen. Es ist dann davon auszugehen, dass für den Rehabilitationssektor höhere Ausgaben anfallen werden.

## **7.5 Mögliche Anreize zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements**

Ausgehend vom Nettonutzen für die Sozialversicherungsträger und Unternehmen ist eine flächendeckende Anwendung des BEM in KMU lohnend.

---

<sup>226</sup> vgl. Hesse et al., 2008

<sup>227</sup> vgl. Uhlig et al., 2009a, S. 9

<sup>228</sup> vgl. Niehaus et al., 2008

Dennoch gibt es für KMU viele Hemmnisse, die bisher die Umsetzung bzw. Anwendung des BEM verhindern. Auf die besonderen Hemmnisse aus Sicht der Praxis wird in Kapitel 8.8 eingegangen.

In § 84 Abs. 3 SGB IX heißt es, dass die Rehabilitationsträger und Integrationsämter das Betriebliche Eingliederungsmanagement durch einen Bonus oder Prämie fördern können. Die Belohnung durch einen Bonus soll als Anreiz zur Förderung eines Frühwarnsystems in Betrieben dienen, um früher einen Rehabilitationsbedarf zu erkennen.

In der Literatur wird dafür plädiert, dass die Ausschüttung eines Bonus bzw. Prämie nur für die Betriebe vorgesehen sein sollte, die über das normale Maß hinaus Vorkehrungen im Unternehmen treffen, Mitarbeiter wieder einzugliedern und den Krankenstand effektiv zu senken. Dabei soll der Bonus bzw. die Prämie an Voraussetzungen gebunden sein, die KMU in den meisten Fällen nicht erfüllen können, wie etwa das Vorhandensein eines Betriebsrates oder Betriebsvereinbarungen. Im Rahmen des EIBE-Projektes wurde im vergangenen Jahr eine Fachkonferenz zu Anreizsystematiken des BEM veranstaltet.<sup>229</sup> Der Konsens der eingeladenen Arbeitgeber bezog sich auf nicht-monetären Anreize, sondern auf kostenlose Case Management Arbeit, Informationen, Praxishilfen im Einzelfall und regionale Ansprechpartner, ggf. eine BEM-bezogene Qualifizierung des zur Durchführung vorgesehenen Personals.<sup>230</sup> Wie bereits im Kapitel 7.2.1.1 geschildert, können Kleinstbetriebe und Kleinbetriebe bis 30 Mitarbeiter eine Erstattung der Entgeltfortzahlung bis zu einer Höhe von 80% erhalten. Aus dem erst kürzlich erschienenen Projektbericht „GundA - Gesundheit und Arbeit“ geht hervor, dass in Kleinstbetrieben vor allem das Instrument des Eingliederungszuschusses und der Stufenweise Wiedereingliederung genutzt wird, um Mitarbeiter wieder einzugliedern. Auffällig ist, dass nur 80 von 565 einbezogenen Fällen aus Kleinstbetrieben stammen. Die meisten Wiedereingliederungsfälle stammten aus Kleinbetrieben mit 10 bis 49 Mitarbeitern. Die Ergebnisse des Projektes „GundA“ zeigen, dass das Instrument der Stufenweisen Wiedereingliederung häufiger genutzt wird, je größer der Betrieb ist.<sup>231</sup> Beide Instrumente werden bereits durch die Rehabilitationsträger gefördert. Gerade in Kleinstbetrieben konnte gezeigt werden, dass durch das Case Management mehr als 55% der identifizierten BEM-Fälle wieder eingegliedert wurden.<sup>232</sup>

Es scheint, dass die Einführung und Implementierung des BEM in KMU durch Aufklärung und Beratung bzw. die Kostenübernahme des Case Management die wichtigsten Anreize darstellen.

<sup>229</sup> vgl. Faßmann/Steger, 2009

<sup>230</sup> vgl. Faßmann/Steger, 2009, S. 19

<sup>231</sup> vgl. Uhlig et al., 2009b, S. 56ff

<sup>232</sup> vgl. Uhlig et al., 2009b, S. 77f

Anhand des Fallbeispiels ist zu erkennen, dass der monetäre Nutzen, gemessen an den eingesparten Kosten geringer bei geringer qualifiziertem Personal bzw. bei Arbeitnehmern die Anlern Tätigkeiten ausüben, ausfällt. Da diese Gruppen überdurchschnittlich von gesundheitsbedingten Erwerbsminderungsrenten betroffen sind, sollten hier Impulse gesetzt werden, die gezielt BEM fördern. Eine individuelle Kosten-Nutzen Analyse für das Unternehmen könnte ein Weg sein.

In der Literatur wurde auch über die Möglichkeit eines Rabattsystems zur Reduzierung der Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung diskutiert. Hier ist die Frage, ob alle Sozialversicherungsträger einen Arbeitgeberabbatt gewähren sollten, wenn ein erfolgreiches BEM durchgeführt wurde. Eine weitere Frage, die sich anschließt bezieht sich auf die Refinanzierung. Eine Möglichkeit, die im Gesetz in anderem Zusammenhang genannt wird, ist die Regelung in § 65a Abs. 3 SGB V. Bonusprogramme sollen sich mittelfristig selbst aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen refinanzieren.

Seit dem 1. Januar 2009 wurde der Gesundheitsfonds eingeführt und die gesetzlichen Krankenkassen bekommen ihre Mittel aus dem Gesundheitsfonds zugeteilt.<sup>233</sup> Diese Mittelverteilung richtet sich vor allem nach dem „Morbi-RSA“. Dadurch stehen den Einsparungen einer gesetzlichen Krankenkasse keine direkten Beitragseinnahmen ihrer Mitglieder gegenüber. Würde eine Krankenkasse den Arbeitgeberbeitrag erlassen, so würde dieser im Gesundheitsfonds fehlen und zur Minderdeckung beitragen, die dann wiederum durch Zusatzbeiträge finanziert werden müssten. Daher ist es im Bereich der Krankenversicherung schwieriger geworden, einen Arbeitgeberabbatt als Anreiz zur Durchführung eines BEM zu gewähren.

## **8. Ergebnisse der Interviewphase**

### **8.1 Umsetzungs- und Kenntnisstand**

Aus der Studie von Niehaus et. al. zum Umsetzungsstand des Betrieblichen Eingliederungsmanagements ging eindeutig hervor, dass die meisten befragten Klein- und Kleinunternehmen BEM weder thematisiert noch durchgeführt oder geplant haben. Allerdings lässt sich aus der Forschung ableiten: Je größer ein Betrieb ist, je eher ein Betriebsrat vorhanden ist und auch schwerbehinderte Menschen in dem Betrieb beschäftigt sind, umso eher sind Kenntnisse zum BEM vorhanden, teilweise auch erste Umsetzungsversuche.<sup>234</sup>

---

<sup>233</sup> vgl. Hermes, 2010, S. 10ff

<sup>234</sup> vgl. Niehaus, 2008, S. 33f

Daher war es wichtig zu untersuchen, welchen Kenntnisstand bzw. welche Erfahrungen die Experten im Bereich der KMU gemacht haben und wie die außerbetrieblichen Akteure den Kenntnisstand in KMU einschätzen.

Sowohl die befragten Arbeitgeber von Klein- und Mittelbetrieben als auch andere betriebliche Akteure, wie Betriebsräte, kamen bisher kaum mit dem BEM in Berührung. In vielen Betrieben sind nur wenige Arbeitnehmer länger erkrankt und der Krankenstand ist insgesamt niedrig.

*B: „Also bis jetzt hatten wir ja den Fall noch nicht groß gehabt, also ist jetzt eingetroffen, im letzten Monat. Also dass jemand längerfristig krank ist.“<sup>235</sup>*

*B: „Es gibt bisher kaum Erfahrungen mit der Stufenweisen Wiedereingliederung, kam nur selten/eher weniger zur Anwendung.“<sup>236</sup>*

Die Experten aus der Gruppe der betrieblichen Interessenvertreter zeigten entgegen unserer Annahme keine „Vorreiterfunktion“. Den meisten Betriebsratsmitgliedern ist das BEM ebenfalls unbekannt, insbesondere Betriebsratsmitglieder aus dem Bereich des Handwerks kannten die gesetzliche Bestimmung nicht.

Ein interviewtes Betriebsratsmitglied äußerte sich wie folgt dazu:

*B: „Also mit diesem Thema bin ich überhaupt noch nicht konfrontiert worden. Ist natürlich ein wichtiges Thema, aber man hofft ja auch nicht, dass es irgendwann mal eintritt.“<sup>237</sup>*

Selbst nach einer Erläuterung, was BEM ist, sahen es die meisten Betriebsratsmitglieder nicht als ihre Pflicht, BEM einzuführen, sondern nur als Vermittler aufzutreten und im Einzelfall den erkrankten Kollegen zu unterstützen. Die betrieblichen Interessenvertreter könnten auch nicht auf ein BEM hinwirken, da sie selbst gar keinen Einblick in den Krankenstand des Unternehmens besäßen.

*B: „Gab es so und so viele Arbeitsunfälle und davon so und so viele, die eben meldepflichtig waren. Das wird statistisch erfasst. Sagen wir mal so, andere Krankenzahlen durch andere Geschichten, die werden sicherlich auch erfasst, aber da komm ich so nicht ran. Die werden mir als Betriebsrätin nicht mitgeteilt.“<sup>238</sup>*

Auch die Gruppe der Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit, die durch ihre Arbeit Einblicke in mehrere Betriebe gewinnen, bestätigten den geringen Kenntnisstand zum BEM in KMU.

---

<sup>235</sup> X1, Interview 3, Paragraph 6

<sup>236</sup> ebenda, Paragraph 72

<sup>237</sup> X3, Interview 10, Paragraph 137

<sup>238</sup> X3, Interview 12, Paragraph 61

*B: „Ja, fast Null hätt ich bald gesagt, also wenn ich das nicht mal rein trage durch Zufall. Dann glaub ich, existiert dazu relativ wenig Vorkenntnis.“<sup>239</sup>*

Eine Schlüsselrolle in der Vermittlung von Kenntnissen zum BEM nehmen die Gewerkschaften ein.

*B: „Wenn man das gezielt wählt, dann ist das auch sehr gut, aber es ist natürlich jetzt nicht so, dass aus der Gewerkschaft selbst solche Informationen dazu raus kommen. Man muss da schon gezielt wählen und nachfragen.“<sup>240</sup>*

Aus den Erkenntnissen der Forschung ist auch bekannt, dass Großbetriebe oder größere Mittelbetriebe vom BEM gehört bzw. es bereits in ihren Betrieben umgesetzt haben.<sup>241</sup> Aus den Interviews lässt sich allerdings auch ableiten, dass die Kenntnisse zum BEM in überbetrieblichen Organisationen, wie etwa Wohlfahrtsverbänden in der Pflege oder deutschlandweit agierenden Konzernen, flächendeckender verbreitet sind. Diese geben überbetriebliche Leitlinien heraus und wirken daher begünstigend für die Vermittlung der Kenntnisse zum BEM an kleinere Betriebe.

*B: „Ja. Da müssen wir trennen, [...] weil da kommt's nämlich drauf an, wer ist dort Träger. Also [...] wenn Sie ... die haben, die sagen wir mal in Trägerschaft einer karitativen Einrichtung sind, da haben Sie einen guten Stand, beziehungsweise da haben Sie auch einen guten Kenntnisstand und einen Erfolgsstand. Wenn Sie [...] die nehmen, die privat geführt sind, sind Sie an der gleichen Stelle wie bei Kleinstbetrieben, mittelständischen Kleinunternehmen.“<sup>242</sup>*

Größeren Mittelbetrieben ist schon bewusst, dass sie auf Grund der Gesetzeslage etwas tun müssen, meistens wissen sie allerdings nicht wie. Den befragten Arbeitgebern und Betriebsratsmitgliedern sind mögliche Ansprechpartner beim BEM, wie die Rentenversicherung und insbesondere die gemeinsamen Servicestellen nicht bekannt. Wenn schwerbehinderte Menschen beschäftigt werden, ist das Integrationsamt als Ansprechpartner bekannt.

Die Reaktion der befragten Sozialleistungsträger bestätigt dies. Ihnen ist das BEM bekannt, sie haben aber nur geringe Erfahrungen in der Anwendung. Dies trifft insbesondere auf die Rentenversicherung und Krankenversicherung zu.

*B: „Mit dem BEM habe ich auch Null Erfahrung.“<sup>243</sup>*

*B: „Wie gesagt so groß viele Fälle hatten wir jetzt eigentlich, eigentlich noch nicht...“<sup>244</sup>*

<sup>239</sup> X4, Interview 15, Paragraph 22 - 24

<sup>240</sup> X3, Interview 12, Paragraph 136

<sup>241</sup> vgl. Niehaus et al., 2008, S. 34f

<sup>242</sup> X4, Interview 15, Paragraph 34

<sup>243</sup> Y1, Interview 1, Paragraph 10

<sup>244</sup> Y1, Interview 2, Paragraph 20

Aus den Gesprächen mit den Sozialleistungsträgern zeigt sich, dass viele bereits zu diesem Thema ihre Mitarbeiter schulen und das Thema BEM auch in die Praxis transferieren. Inhalte dieses Praxistransfers sind die Bedeutung des BEM, die Konsequenzen für die Arbeitgeber und die Frage, wer laut Gesetz zu beteiligen ist.

Sehr treffend zum Kenntnis- und Umsetzungsstand hat es ein Vertreter eines Sozialleistungsträgers formuliert.

*B: „Was die Firmen da wissen? Ich denke, da ist es unterschiedlich. Also da kann man wahrscheinlich unterscheiden größere und kleinere Firmen. Grundsätzlich ist es aus meiner Sicht, dass sie vielleicht wissen, dass es Eingliederungsmanagement geben soll. Aber wie es dann umzusetzen ist, welche Vorteile, wie es strukturiert werden müsste. Ich denke, da ist nicht ausreichend Wissen da. Es ist aber auch nicht so, wenn man dieses Thema anbietet, sofort offene Türen hat. Weil Arbeitgeber das, denke ich, vor allem versuchen über ihre alt hergebrachten Wege zu lösen, solche Themen.“<sup>245</sup>*

Wenn die Rehabilitationsträger involviert werden, so geschieht dies meistens zu spät. Eine Rehabilitationsberaterin konstatiert, dass dann bereits alle „Messen gelesen sind“ (Y1 Interview 1, Paragraph). In den Beratungsgesprächen mit dem erkrankten Mitarbeiter geht es dann nur noch um existenzsichernde Fragen. Es zeichnet sich also ab, dass die Sozialleistungsträger sowie betriebliche Akteure im Wechselspiel noch nicht miteinander harmonieren. Es herrscht noch eine große Unsicherheit auf Seiten der Arbeitgeber, welche Anforderungen an die Sozialleistungsträger gestellt werden können. Auf der anderen Seite wissen die Sozialleistungsträger wenig über die speziellen Gegebenheiten im betrieblichen Kontext.

*B: „Aber solange von Seiten der Arbeitgeber wir nicht angehalten sind da tätig zu werden...“<sup>246</sup>*

*B: „Also wenn die Fronten schon so verhärtet sind, dass der Arbeitgeber sagt, ich habe da keinen anderen Arbeitsplatz, habe ich da nicht mehr viel Handlungsspielraum.“<sup>247</sup>*

Die gesetzliche Bestimmung des § 84 SGB IX ist also auch fünf Jahre nach ihrer Einführung in der Praxis noch weitgehend unbekannt - unabhängig von der Betriebsgröße. Auf Grund dessen haben auch Sozialleistungsträger wenig Erfahrung, BEM in KMU zu implementieren. Die Tendenz geht jedoch dahin, dass die Betriebe immer flächendeckender von Sozialleistungsträgern zu diesem Thema aufgeklärt werden.

*B: „Also ich selber habe, denke ich, einen vernünftigen Informationsstand darüber. Habe zum Teil auch schon selber Informationsschulungen dazu durchgeführt, zu der Gesetzessituation,*

---

<sup>245</sup> Y1, Interview 13, Paragraph 10 - 11

<sup>246</sup> Y1, Interview 1, Paragraph 24

<sup>247</sup> Y1, Interview 1, Paragraph 44

*zu den Hintergründen, auch wie man sie etwas einführen kann. Wir haben auch Material als Krankenkasse, das dann auch an Firmen verteilt wird.*<sup>248</sup>

Allerdings ist fraglich, ob die Betriebe es umsetzen können und wollen. Außerbetriebliche Experten wie etwa aus der Gruppe der Sozialleistungsanbieter bemerken, dass es sehr schwer fällt, Kleinbetriebe zu erreichen. Im Handwerk besteht noch die Möglichkeit, über die Innung Kenntnisse zu vermitteln. Sehr viel schwieriger wird allerdings der Zugang beispielsweise zu privaten Pflegediensten. Durch die geringe Anzahl an befragten erkrankten Arbeitnehmern lässt sich nur vermuten, wie der Kenntnisstand von Arbeitnehmern in KMU zum Thema BEM ist. Beide interviewte Arbeitnehmer kannten das BEM. Ein Arbeitnehmer durchlief zum Interviewzeitpunkt sogar in seinem Betrieb das BEM. Offen bleibt jedoch, wer der erste Ansprechpartner in Sachen BEM für Arbeitnehmer in KMU ist und welchen Zugang sie zum BEM haben.

## **8.2 Probleme längerfristiger Erkrankung**

### **8.2.1 Auswirkungen auf den Betrieb**

Von besonderem Interesse war zu erfahren, wie Unternehmen, v. a. kleinere Betriebe, die keine größere Personalabteilung haben, mit dem Ausfall eines Mitarbeiters umgehen, welche Probleme dabei auftreten und wie die Wiedereingliederung gestaltet wird. Durch den niedrigen Kenntnisstand zum BEM und weiteren Rehabilitationsmöglichkeiten<sup>249</sup>, sowohl bei Arbeitgebern als auch bei Arbeitnehmern, liegt die Vermutung nahe, dass ein Rehabilitationsbedarf zu spät erkannt wird.<sup>250</sup> Die Konsequenz kann eine Kündigung sein. Zu diesem Thema wurden vor allem die Arbeitgeber (n=7) und die Gruppe der betrieblichen Interessenvertreter (n=5) befragt, wie sie die Auswirkungen einschätzen.

Wenn jemand längerfristig erkrankt, obliegt dem Arbeitgeber die Pflicht, den Betriebsablauf umzustrukturieren bzw. anzupassen. Anhand der Aussagen erkennt man, dass dies nicht immer unbedingt einfach ist, besonders in ambulanten Pflegediensten. Im Vordergrund stehen logistische bzw. arbeitsorganisatorische Probleme, die mit einer längerfristigen Erkrankung einhergehen. Folgendes Interviewzitat ist für die Gruppe der Arbeitgeber typisch.

---

<sup>248</sup> Y1, Interview 3, Paragraph 10 - 11

<sup>249</sup> vgl. Hesse et al., 2008, S. 327ff

<sup>250</sup> vgl. Bürger, 2006, S. 47

*B: „Das wird natürlich auch davon abhängen, wie die Prognose bei der einzelnen Erkrankung ist, also wird es ein deutlich längerer Ausfall noch werden oder geht es vielleicht nur um 2, 3 Tage, die man noch überbrücken muss.“<sup>251</sup>*

Dabei steht für Arbeitgeber auch die folgende Frage im Vordergrund.

*B: „Was absehbar ist, ob er wieder kommt, wann er wieder kommt und wie er wieder eingesetzt werden kann.“<sup>252</sup>*

Zu logistischen Herausforderungen für die Pflegedienste werden die unsicheren Genesungsprozesse der Mitarbeiter und die zentrale Frage, die damit einhergeht: Wann genau der Mitarbeiter wieder arbeitsfähig ist? Fragen der Wiedereingliederung spielen bei längerfristigen Erkrankungen auch für den Arbeitgeber eine wichtige Rolle. Hier wünschen sich einige Arbeitgeber der Kleinst- und Kleinbetriebe, enger eingebunden und auch eher informiert zu werden, welche Leistungsschwächen der Mitarbeiter bei seiner Rückkehr in den Betrieb noch aufweist.

Es zeigt sich, dass in den ambulanten Pflegediensten ein krankheitsbedingter Ausfall einer „mittelschweren Katastrophe“ gleich kommt. Das Katastrophale, wie es eine Interviewpartnerin beschreibt, liegt darin, dass die Touren vorher geplant werden und die Klienten feste Zeiten haben, wann der Pflegedienst bei ihnen erscheint. In kleinen Pflegediensten kann es daher schon vorkommen, dass auch die Pflegedienstleitung einspringt, um die Pflege zu gewährleisten. Das folgende Zitat beschreibt zutreffend die Situation in ambulanten Pflegediensten und die daraus resultierenden Probleme.

*B: „Also dadurch, dass wir vier relativ kleine Stationen sind, ist es wirklich, ich sag mal, eine mittelschwere Katastrophe, jede Krankmeldung, weil es müssen Mitarbeiter aus dem Frei geholt werden oder es muss die Pflegedienstleiterin selber raus, was nicht gut ist, denn dann kann sie ihren Aufgaben nicht gerecht werden und das wird strengstens überwacht durch den MDK durch unangemeldeten Besuch und ja, im Prinzip und wenn wir von dem Mitarbeiter erfahren, dass das längerfristig ist, wo wir jetzt schon wissen, dass es bestimmt über die sechs Wochen hinaus, fangen wir auch sofort an, Mitarbeiter zu suchen und einzustellen. Aber das ist nicht nur in Meck-Pomm so überall, Pflegefachkräfte gibt es gar nicht und schon erst recht nicht, wenn sie denjenigen sagen, dass sie befristet eingestellt werden, also es ist schlimm und belastet uns ungemein und bringt Überstunden.“<sup>253</sup>*

Eine große Problematik lässt sich darin erkennen, dass befristete Stellen auf dem Land schwerer zu besetzen scheinen. Außerdem müssen andere Mitarbeiter die Arbeit mit übernehmen.

---

<sup>251</sup> X1, Interview 7, Paragraph 51

<sup>252</sup> X1, Interview 2, Paragraph 14

<sup>253</sup> X1, Interview 6, Paragraph 22

Die Folge sind Mehrarbeit und Überstunden für die Kollegen. Gravierend sind die Auswirkungen da, wo Mitarbeiter aus den Erholungsphasen herausgeholt werden müssen, um die Pflege abzudecken. Es ist somit eine große Flexibilität von allen gefordert - von den Angestellten, den Personalchefs und den Arbeitgebern - den fehlenden Mitarbeiter auszugleichen. Neben der kurzzeitigen Kompensation durch die Kollegen, wird bei einem längeren Ausfall eines Mitarbeiters eine Ersatzkraft eingestellt. In den meisten Fällen wird dazu der erkrankte Mitarbeiter für die Zeit seiner Arbeitsunfähigkeit ersetzt.

*B: „Also, zurzeit haben wir schon relativ viel auch Langzeitkranke. Also, wenn jetzt so sechs Langzeitkranke dabei sind, mit denen man so gar nicht planen kann und dann auch noch Urlaub dazu kommt. Also, man guckt dann schon einerseits, nimmt man halt mehr von der Zeitarbeitsfirma, aber andererseits guckt man dann auch, dass man in der Zeit auch weniger Mitarbeiter in Urlaub schickt.“<sup>254</sup>*

Neben der Flexibilität stehen auch betriebswirtschaftliche Aspekte im Vordergrund. Mitarbeiter mit chronischen Erkrankungen, die immer wieder mal ausfallen, oder schwerbehinderte Beschäftigte werden als finanzielles Risiko aus Sicht der kleinen Betriebe angesehen.

*B: „Ich weiß nicht, ich kenne sie persönlich nicht. Es gibt aber auch Experten für Erkrankungen, sechs Wochen hier, sechs Wochen da, sechs Wochen dort. Das heißt für mich immer hundert Prozent. Das ist ein Risiko. Und grad so kleine Betriebe wie wir. Wir wollen eigentlich nur lieb und gutmütig sein und den Menschen zur Arbeit verhelfen, aber durch so 'ne Sachen, kann uns das Genick brechen.“<sup>255</sup>*

In der Wahrnehmung der Arbeitgeber zeichnen sich schwerbehinderte Menschen vor allem durch körperliche Behinderungen aus. Hier besteht die Angst auf Seiten der Arbeitgeber den Betrieb umbauen zu müssen, wenn ein Mitarbeiter schwerbehindert wird.

*B: „Wenig. Es kommt jetzt auf die Behinderung drauf an. So wie jetzt eben bei unserer zuckerkranken Kollegin, da braucht man überhaupt nichts umstellen. Aufenthaltsräume sind da, die sie nutzen kann. Ansonsten, kommt es auf die Schwerbehinderung drauf an. Ich kann niemanden, der ganz schwere Rückenprobleme hat, den kann ich nicht/ Ich kann dem nicht mitten im Salon was bauen, dass er dann besser arbeiten kann, das geht gar nicht.“<sup>256</sup>*

Ein ganz wichtiger Aspekt bei KMU ist die Planungssicherheit. Auf Grund des geringen Personalbestandes brauchen Arbeitgeber jeden Mitarbeiter. Aus Sicht anderer Experten kalkulieren Arbeitgeber ihre Angebote zu knapp, so dass der Ausfall eines Mitarbeiters bereits die Fertigstellung des Auftrages gefährden kann.

---

<sup>254</sup> X3, Interview 12, Paragraph 59

<sup>255</sup> X1, Interview 6, Paragraph 228

<sup>256</sup> X1, Interview 4, Paragraph 118

*B: „Denn die haben einen Personalbestand, der ist also von vornherein schon so wenig, dass sie grade mal alles abdecken können, was sie an Verkaufsstellen oder so haben, wenn dann sich einer krankmeldet oder ausfällt, dann bricht dies ganze Organisationssystem fast schon zusammen, dann geht's eigentlich zu Lasten der verbliebenen, gesunden Mitarbeiter, dass die sich irgendwie teilen müssen und mit Schicht und unmöglichsten Arbeitszeiten, Tagesarbeitszeiten von 12, 16 Stunden, was keiner wissen darf, dann am Ende abdecken.“<sup>257</sup>*

Eine große Herausforderung ist es die Arbeitsorganisation so zu gestalten, dass die Aufträge erledigt werden. Durch weniger Personal kann es unter Umständen zu Qualitätsverlusten kommen.

*B: „Und wie kriegen wir's hin, dass es trotzdem keinen Qualitätsverlust in der Dienstleistung betrifft. Es kann mal sein, dass die andern Mitarbeiter in einer großen Einrichtung, dass sie über mehr Stunden kompensieren, das kann aber auch sein, gerade dann, wenn ich sowieso wenig Köpfe habe, dass wir Ersatz Einstellungen vornehmen müssen.“<sup>258</sup>*

Besonders drastisch ist dieses Problem, wenn es durch die Arbeitsunfähigkeit einzelner Mitarbeiter an bestimmtem Fachwissen fehlt, was nicht durch andere Arbeitnehmer ausgeglichen werden kann. Das trifft vor allem auf Mitarbeiter mit einer spezifischen Qualifikation zu.

*B: „Der eine das ist eine gute Fachkraft gewesen, das ist so ein Spezialist gewesen, speziell hier im Programmieren und Einrichten von Telefon und Einbruchmeldeanlagen. Ja das ist immer, wenn dieser Mann ausfällt, das ist schlimmer, als wenn die drei Monteure die dann die Kabel verlegen und die Anlagen montieren, davon einer ausfällt. Den kann man schnell ersetzen, aber der, der ist ausgebildet worden, der ist ja von der Erfahrung her, hat der einiges drauf und wenn der ausfällt, ist es immer schlecht.“<sup>259</sup>*

*B: „Wenn man also nicht spezielle Qualifikationen nachfragt, in dem andern Fall wird das natürlich Schwierigkeiten machen, das ist klar. Wenn man jetzt ein ganz spezielles Anforderungsprofil braucht, dann ist das deutlich schwieriger zu kompensieren.“<sup>260</sup>*

Auch Betriebe des Handwerks, unserer zweiten befragten Studienpopulation, stehen vor diesen Herausforderungen. Im Gewerbe des Friseurhandwerks bringt eine längerfristige Erkrankung einer Mitarbeiterin finanzielle Einbußen für den Betrieb mit sich. Diese Mitarbeiterinnen haben zumeist einen festen Kundenstamm. Wenn die Mitarbeiterin länger ausfällt, so bleiben auch „ihre“ Kunden weg.

*B: „Die ersten 14 Tage sind natürlich vom Kundenansturm her immer sehr wichtig zu bewältigen, weil dann nachher ist es ja wirklich so, dass die Kollegin als krank ja auch bekannt ist*

---

<sup>257</sup> X4, Interview 15, Paragraph 32

<sup>258</sup> X1, Interview 7, Paragraph 51

<sup>259</sup> X4, Interview 16, Paragraph 35

<sup>260</sup> X1, Interview 7, Paragraph 71

*oder länger krank ist, so dass im Prinzip auch die Kunden sich dann ein Stück zurück halten [...]»<sup>261</sup>*

Neben arbeitsorganisatorischen und betriebswirtschaftlichen Auswirkungen auf den Betrieb gibt es auch eine Auswirkung auf die soziale Interaktion mit den Kollegen bzw. auf das Betriebsklima. Besonders in kleineren Unternehmen kann sich eine längerfristige Erkrankung eines Mitarbeiters belastend auf die Kollegen auswirken, die wiederum ihren Unmut äußern bis hin zu Mobbing, wie es ein erkrankter Arbeitnehmer erlebt hat. In Kapitel 8.5.4 wird daher besonders auf den Faktor der Kollegen im Betriebsklima eingegangen.

*B: „Gar nichts passiert. Ich kriegte von außen irgendwie Sprüche zu hören. Direkt spricht einen keiner an.“<sup>262</sup>*

Es zeigte sich, dass durch längerfristige Erkrankung eines Mitarbeiters fallen sowohl direkte Kosten wie die Anstellung von Ersatzkräften, aber auch indirekte Kosten, wie die verzögerte Fertigstellung von Aufträgen, an. Ein besonderes Problem für KMU stellt die Kompensation von Mitarbeitern mit speziellen Qualifikationen bzw. Ausbildungen dar.

### **8.2.2 Krankheitsindikationen**

Von besonderem Interesse war es auch zu untersuchen, welche Diagnosen zu einem längerfristigen Ausfall führen. Daraus resultiert die Frage, ob diese Diagnosen unterschiedliche Ausgangsbedingungen für ein BEM in KMU setzen.

Nach Betrachtung aller Aussagen der Experten wurde klar, dass in vielen Fällen Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems, onkologische Erkrankungen und psychische Erkrankungen die Hauptursache für eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit sind. Die genannten Diagnosen spiegeln damit auch die häufigsten Arbeitsunfähigkeitsursachen in den Statistiken der Krankenkassen wider<sup>263</sup>, die zu einem Krankengeldbezug führen. Darüber hinaus wurde die Diagnose Diabetes mellitus Typ II genannt. Weniger wurden Herz-Kreislauf Erkrankungen oder Arbeitsunfälle als Gründe für einen längerfristigen Ausfall genannt.

*B: „Auch onkologische Sachen, ab 40 aufwärts haben wir ja auch häufig. Leider auch, was hier in der Region ist, dieser Diabetes Typ 2 haben wir auch[...]“<sup>264</sup>*

Für das Friseurhandwerk sind noch besonders Hautkrankheiten oder Allergien zu nennen, welche einen längeren Ausfall bewirken. In der Wahrnehmung der Arbeitgeber

<sup>261</sup> X1, Interview 1, Paragraph 4

<sup>262</sup> X2, Interview 8, Paragraph 19

<sup>263</sup> vgl. BKK Bundesverband, 2009

<sup>264</sup> X1, Interview 6, Paragraph 40

des Handwerks und auch der Pflegedienste stehen Erkrankungen des Muskel-Skelettsapparates, insbesondere Rückenschmerzen oder Bandscheibenvorfälle, im Vordergrund, da sie eng mit dem ausgeübten Beruf in Verbindung stehen. Problematisch wird es wenn der Bewegungsapparat eingeschränkt ist und typische berufliche Bewegungen nicht mehr ausgeübt werden können. Hier stehen Arbeitgeber vor der Herausforderung Anpassungen und Veränderungen vornehmen zu müssen. Des Weiteren werden zumeist nur beschränkte Möglichkeiten gesehen, etwas an den Arbeitsbedingungen zu verändern.

*B: „Wenn jetzt jemand, den Fall hatten wir, aber der liegt auch schon Jahre zurück, wenn jetzt jemand einen ganz starken Autounfall hatte und wenn jetzt die Wirbelsäule wirklich kaputt ist, der kann nicht mehr am Stuhl stehen. Da hatten wir immer wieder Eingliederungsmaßnahmen mit der armen Frau. Die tat mir wirklich leid. Die hatte sich wirklich immer wieder in den Salon gequält und wenn die Frau eine halbe Stunde gestanden hat, dann war die Frau fertig. Ich meine, da kann man keine Wiedereingliederung im Friseurbereich machen. Das geht einfach nicht. Denn wir haben nun mal, dass muss man ganz einfach sehen, einen sehr, sehr anstrengenden Beruf.“<sup>265</sup>*

Neben komplikationslosen Bandscheibenvorfällen, die keiner besonderen Eingliederung bedürfen, gibt es immer wieder auch solche, die ein Ausscheiden aus dem Beruf zur Folge haben.

*B: „Nach einer Lendenwirbelsäulen-OP bin ich nie wieder so fit wie vorher. Das ist Augenwischerei, dass dann einer weitermacht, also ich habe es noch nicht erlebt. Die waren danach nicht wieder so belastbar.“<sup>266</sup>*

Es zeigt sich allerdings, dass eine differenzierte Betrachtungsweise der Diagnosen vorzunehmen ist. Während muskulo-skelettale Erkrankungen als Ausscheidungsgrund gesehen werden, ist eine Rückkehr nach onkologischen Erkrankungen an den alten Arbeitsplatz mit weniger Veränderungen im Betrieb bzw. Betriebsablauf verbunden.

*B: „Aber das gilt eher für Erkrankungen, die wie gesagt nicht gelenkmäßig sind. Also ich sag mal, nach onkologischen Sachen...da ist die Chance. Bei den anderen, also, wie gesagt, ich habe es noch nie erlebt, dass die wieder voll einsetzbar waren.“<sup>267</sup>*

Alle Experten sahen die psychischen Erkrankungen auf dem Vormarsch, insbesondere die Experten der Rentenversicherung. Die Rehabilitationsberater der Rentenversicherung erleben im Gespräch immer häufiger, dass eine medizinische Rehabilitation oder Erwerbsminderungsrente auf Grund psychischer Probleme beantragt wird. Von den Arbeitgebern wurden die psychischen Erkrankungen allerdings nicht vordergründig

---

<sup>265</sup> X1, Interview 4, Paragraph 77

<sup>266</sup> X1, interview 6, Paragraph 142

<sup>267</sup> X1, interview 6, Paragraph 149

thematisiert. Nur ein Arbeitgeber erwähnte explizit einen Fall, wo eine Mitarbeiterin an einer psychischen Erkrankung litt, teilweise auch Angst vor dem Kundenkontakt hatte.

*B: „Da sehe ich die Angst wirklich nur so darin, dass sie vielleicht diese Stunden nicht schaffen, aber Angst jetzt direkt vor Kunden oder so haben sie dann nicht. Das ist mehr bei diesen Kollegen, die psychische Probleme haben.“<sup>268</sup>*

Hier besteht auch die Frage, wie offen erkrankte Arbeitnehmer mit ihren Ängsten umgehen. Wie offen äußern sie diese gegenüber dem Arbeitgeber? In einem Fall berichtete ein erkrankter Arbeitnehmer seinem Arzt von seinen psychischen Problemen, allerdings nicht seinem Arbeitgeber. Hier spielten nach Angaben des erkrankten Arbeitnehmers das Verhalten des Chefs und die mögliche Stigmatisierung im Unternehmen eine wesentliche Rolle. Mitunter kann darin eine erfolglose Wiedereingliederung begründet werden.

*B: „Ja, dass ich einfach die Tätigkeit nicht mehr ausüben, ich sage mal durfte oder sollte, die ich vorher gemacht, wo ich auch, ich sage mal Bescheid wusste, wo ich hätte, sage ich mal, meine Psyche nicht ganz so doll belasten hätte müssen, mich mehr auf meine Knochen hätte konzentrieren können und das hat man dann eben noch einen drauf gelegt.“<sup>269</sup>*

In den Interviews zeigte sich, dass muskulo-skelettale Erkrankungen einen großen Raum einnehmen. Zum einen als Verursacher von längerfristigen Ausfällen, zum anderen als Grund für problematische Wiedereingliederungen in den Betrieb. Aus Sicht der Arbeitnehmer spielt neben der Krankheitsindikation auch die psychische Komponente eine wesentliche Rolle.

---

<sup>268</sup> X1, Interview 4, Paragraph 87

<sup>269</sup> X2, Interview 8, Paragraph 139

### 8.3 Erwartungen an Kosten und Nutzen bei Durchführung eines BEM

Viele Erwartungen bezüglich der Kosten, die mit einem längerfristigen Ausfall eines Mitarbeiters einhergehen, wurden bereits im Kapitel 8.2.1 angesprochen. Arbeitgeber kennen das Problem eines längerfristigen Ausfalls eines Mitarbeiters. Vor diesem Hintergrund antizipieren Arbeitgeber gewisse Kosten bei Durchführung eines BEM. Dagegen steht allerdings auch der Nutzen, den der Erhalt eines Mitarbeiters mit sich bringt. In Kapitel 7.2 wurde bereits anhand eines Fallbeispiels verdeutlicht, dass das Betriebliche Eingliederungsmanagement einen finanziellen Nutzen für KMU darstellt. Die wenigen Studien, die auch die ökonomische Seite des BEM betrachten, zeigen ebenfalls positive Effekte<sup>270</sup> für Unternehmen auf. Nun gehen Theorie und Praxis aber nicht immer Hand in Hand. Es stellt sich daher die Frage, wie Arbeitgeber und Arbeitnehmer das BEM beurteilen. Darüber hinaus wurden die Experten dazu befragt, welche Kosten und welchen Nutzen sie für sich erwarten.

Daher wird das folgende Kapitel untergliedert in Erwartungen an Kosten und Nutzen bei Durchführung eines BEM der Arbeitgeber, der Arbeitnehmer und der Sozialleistungsträger.

#### 8.3.1 Arbeitgeber

Die Gruppe der Arbeitgeber ist im Hinblick auf mögliche zu erwartende Kosten geteilter Meinung. Auf der einen Seite erwarten Arbeitgeber der KMU nicht zwangsläufig einen erheblichen Mehraufwand, um ein BEM tatsächlich durchzuführen – vorausgesetzt ihnen sind die notwendigen Informationen zugänglich und sie haben in der Praxis einen konkreten Ansprechpartner, sei es bei den Sozialleistungsträgern oder bei einer externen Beratungsstelle.

Auf der anderen Seite zeigte sich aus den bisherigen Erfahrungen der anderen Arbeitgeber mit Wiedereingliederungsfällen, dass auch der Verwaltungsaufwand nicht unerheblich ist.

*B: „Für uns natürlich geht Arbeitszeit verloren, muss ich ganz einfach auch so sagen. Aber dadurch, dass die Krankenkasse die Kosten übernimmt, geht es wieder halbwegs. Aber es ist schon so, wenn jetzt eine Kollegin, manchmal zieht sich das ja auch schon ein paar Wochen hin, dass dann auch wieder dafür gesorgt werden muss, dass Vertretung da ist, die dann wieder die restliche Arbeitszeit abdeckt.“<sup>271</sup>*

Ein Personalchef eines größeren Mittelbetriebes berichtete ebenfalls von einem höheren Verwaltungsaufwand bei Wiedereingliederungsfällen.

---

<sup>270</sup> vgl. Niehaus et al., 2008; Emmert 2009b; Magin 2007

<sup>271</sup> X1, Interview 4, Paragraph 105

*B: „Natürlich ist das alles zusätzlicher bürokratischer Aufwand, das ist natürlich auch so, da braucht man sich auch nichts vormachen, das nimmt alles auch Zeit. Und ich denke deshalb wird das auch von vielen kleineren Unternehmen auch so ein bisschen stiefmütterlich behandelt. Die haben ja ein komplexes Aufgabenfeld zu bearbeiten.“<sup>272</sup>*

Aus diesen zwei beispielhaften Aussagen kann man schließen, dass das BEM einen Mehraufwand verursacht. BEM bindet Zeit und Personal im Betrieb. Der erhöhte Verwaltungsaufwand wird jedoch nicht als zu gravierend erachtet. Der Nutzen den Mitarbeiter wieder so im Betrieb einzugliedern, dass er nicht mehr längere Zeit ausfällt, überwiegt grundsätzlich für Arbeitgeber.

Dennoch gibt es einzelne Arbeitgeber, die im Zusammenhang mit der stufenweisen Wiedereingliederung als eine Möglichkeit, länger erkrankte Arbeitnehmer wieder einzugliedern, ganz konkrete Kosten sehen. Für Betriebe aus der Baubranche und für ambulante Pflegedienste bedeutet die stufenweise Wiedereingliederung teilweise Mehrkosten. Diese ergeben sich für die Arbeitgeber in der Bereitstellung von zusätzlichen Fahrzeugen. Ein Arbeitgeber beklagt, bei der Anwendung einer Stufenweisen Wiedereingliederung<sup>273</sup>, dass für ihn Mehrkosten entstehen, weil er den Rücktransport des Mitarbeiters zum Betrieb gewährleisten muss.

*B: [...] und steigen dann ja auf Betriebs-PKWs oder auf Transporter um. Das muss dann ja auch abgesichert sein. Außer er sagt, ich fahre dann eben alleine. Das ist auch oft schwer, weil das die wenigsten machen. Das kostet vor allen Dingen auch.“<sup>274</sup>*

*B: Das ist es, dann ist er zwei, drei Stunden mit auf der Baustelle. Dann geht es wieder zurück. Das muss ja weiter gemacht werden. Seine Arbeit muss ja weiter gemacht werden.“<sup>275</sup>*

Auch bei ambulanten Pflegediensten besteht das Problem, die Touren so zusammenzustellen, dass es den Anforderungen an eine klassische Stufenweise Wiedereingliederung genügt.

*B: „Muss ich sagen, ja so ne Tour rauszusuchen oder ein Teil die Mitarbeiter mitfahren zu lassen, dass es mit den zwei Stunden und vier Stunden hinkommt, und ja dass man das irgendwie so koordiniert kriegt. Das ist oft das nächste Problem eigentlich, was nicht immer so einfach ist.“<sup>276</sup>*

Aus den Interviews mit den Betriebsärzten geht hervor, dass ein weiterer Kostenfaktor für die Unternehmen im Zusammenhang mit BEM die externe Beratung ist. Insbesondere Betriebsärzte sind dafür prädestiniert, Betriebe zu beraten.

---

<sup>272</sup> X1, Interview 6, Paragraph 223

<sup>273</sup> gemeint ist hier das „Hamburger Modell“

<sup>274</sup> X1, Interview 2, Paragraph 72

<sup>275</sup> ebenda, Paragraph 74

<sup>276</sup> X1, Interview 6, Paragraph 52

*B: „Naja bei meinen Großunternehmen habe ich da überhaupt keine Sorge, weil wie gesagt, der Mangel ist da. Der Leidensdruck damit der Betrieb besteht. Aber so bei Klein- und Mittelunternehmen ist es natürlich vielfach erst einmal eine Kostenfrage. Ich kann es natürlich auch nicht kostenfrei machen.“<sup>277</sup>*

Die befragten Arbeitgeber aus Klein- und Mittelbetrieben stehen dem BEM sehr offen gegenüber. Der erwartete Nutzen, dass der Mitarbeiter dem Unternehmen dadurch erhalten bleibt, überwiegt in ihrer Sicht den Mehraufwand.

*B: „Die Kosten-Nutzen-Bewertung spielt in jedem Falle eine Rolle, in jedem Unternehmen. ... Ein Nutzen wird erwartet, wenn der einzelne Mitarbeiter einsatzfähig ist...die Leute zu behalten ist wichtig“<sup>278</sup>*

*B: „Der Nutzen wäre, wenn die Kollegin ganz einfach nicht mehr erkrankt und letztendlich ihre Gesundheit somit erhalten, dann wäre mir das sehr, sehr wichtig. Ja, nicht nur, um im Unternehmen zu stehen, sondern eigentlich auch für die Kollegen selber als Mensch.“<sup>279</sup>*

Allerdings geben die Arbeitgeber aus KMU auch zu bedenken, dass die positive Einstellung auch mit den finanziellen Hilfen durch Sozialleistungsträger zusammenhängt (bspw. die Bezahlung von Arbeitshilfen/Eingliederungsmaßnahmen oder die Gewährung von Krankengeld während einer Stufenweisen Wiedereingliederung).

*B: „Ich finde es toll, dass die Wiedereingliederung, dass dafür die Krankenkasse da steht. Das finde ich prima. Das ist eine sehr gute Unterstützung für den Kollegen und auch für den Betrieb; muss ich so sagen.“<sup>280</sup>*

*B: „Der Nutzen für uns jetzt als Betrieb ist wirklich das, dass wir die gesamten Kosten nicht übernehmen müssen und wir eine Kollegin haben oder auch Kollegen, wir haben ja auch zwei Männer, die dann wirklich wieder leistungsbereit dann nachher übergehen können.“<sup>281</sup>*

Daneben spielt auch die Art und Schwere der Erkrankung eine große Rolle, wie bereits im Kapitel 8.2 herausgestellt werden konnte.

Dagegen rechnen andere Akteure, sowohl betriebliche als auch außerbetriebliche, mit einem erhöhten Aufwand für die KMU und sehen darin Hemmnisse zur Einführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements. Deren Perspektive bezüglich der Kosten-Nutzen-Bewertung zur Implementierung des BEM weicht von der Selbstwahrnehmung der kleinen Unternehmen ab.

*B: „Und für denjenigen ist das erst mal eine Angst, auch für den Geschäftsführer: ‘Was soll ich da noch alles machen? Das schafft seine Verwaltung nicht. Ich will mich damit gar nicht beschäftigen. Dafür hab ich doch einen Betriebsarzt’. Und wenn man ihm dann erklärt, dass ich*

<sup>277</sup> X4, Interview 87, Paragraph 87

<sup>278</sup> X1 Interview 3, Paragraph 67

<sup>279</sup> X1, Interview 1, Paragraph 90

<sup>280</sup> X1, Interview 4, Paragraph 95

<sup>281</sup> ebenda, Paragraph 102 - 103

*nicht mehr machen kann, sondern ich bin der/ich kann als Koordinator mit fungieren, aber m a c h e n muss es die Geschäftsführung, also der Arbeitgeber. Das ist eben erst mal wichtig. Und davor haben sie immer erst mal Angst.*<sup>282</sup>

### 8.3.2 Arbeitnehmer

Da im Rahmen der Studie nur zwei erkrankte Arbeitnehmer befragt werden konnten, lassen sich nicht viele Rückschlüsse ziehen, wie Arbeitnehmer das BEM bewerten. Beide Arbeitnehmer waren länger erkrankt und durchliefen ein BEM.

Aus beiden Interviews geht hervor, dass der Erhalt des Arbeitsplatzes für den Arbeitnehmer im Vordergrund steht. Auf der einen Seite steigert das BEM die Lebensqualität des erkrankten Mitarbeiters erheblich. Durch BEM bekommt der Mitarbeiter Hilfe. Einerseits finanzielle Unterstützung und andererseits personelle Hilfe durch Vorgesetzte und Kollegen.

*B: „Ja zum Einen. Und zum Anderen eben auch, dass der Arbeitsplatz so hergerichtet wird - so wie derjenige das braucht. Ob das jetzt ein Bildschirm ist, ob das ein Stuhl ist oder so. Das sind dann Arbeitsmittel, die einem zur Verfügung gestellt werden – und nicht nur finanziell.“*<sup>283</sup>

Die Steigerung der Lebensqualität zeichnet sich nach Ansicht des Arbeitnehmers dadurch aus, dass der Mitarbeiter wieder leistungsgerecht am Arbeitsplatz ohne Einschränkungen wirken kann.

Vom anderen erkrankten Arbeitnehmer wird das BEM weniger positiv gesehen.

*B: „Also ich habe keinen Nutzen gesehen, beim letzten Mal. Ich habe das Gefühl gehabt, nun hast du einen Job, mach das mal jetzt, du warst ja nun so lange krank, da wo du warst, da können wir dich nicht mehr reinnehmen jetzt mehr, da habe ich einen anderen reingesetzt. [...] Diese Anlage, die kannte ich nicht. Das kommt ja noch dazu, wenn man die Anlage nicht kennt, also muss man noch mehr Kraft investieren, psychisch, geistig und auch körperlich.“*<sup>284</sup>

Die Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz wird als ein Kostenpunkt empfunden, da der Arbeitnehmer viel Zeit und Kraft investieren musste, um sich an den neuen Arbeitsplatz anzupassen.

Arbeitgeber sehen finanzielle Beweggründe als ausschlaggebenden Punkt an, dass Arbeitnehmer möglichst frühzeitig wieder in den Arbeitsprozess zurückkehren wollen. Beispielsweise gibt es in 32,2% der Familien<sup>285</sup> in Mecklenburg-Vorpommern nur einen Verdiener.<sup>286</sup> Eine längere Krankheitszeit führt zu starken finanziellen Einschnitten.

<sup>282</sup> X4, Interview 14, Paragraph 16

<sup>283</sup> X2, Interview 9, Paragraph 83

<sup>284</sup> X2, Interview 8, Paragraph 13, 98

<sup>285</sup> es wurden alle Familientypen berücksichtigt (Ehe/Lebensgemeinschaften/Alleinerziehende)

<sup>286</sup> Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, 2008, S. 27

B: „Der reduziert doch seine Arbeitszeit nicht, weil dann kriegt er ja weniger Geld, das sieht er ja auch nicht ein. Ja das ist ja dann auch ein Problem, ich meine, und machen wir uns nichts vor. In vielen Familien sind die Frauen Alleinverdiener, die sind auf das Geld angewiesen.“<sup>287</sup>

B: „Die Motivation der Erkrankten oder Betroffenen so eine Wiedereingliederung zu machen ist/ klingt das schon an, sind das finanzielle Gründe.“<sup>288</sup>

Aus Sicht der Sozialleistungsträger spielt in der Kosten-Nutzen Abwägung der Arbeitnehmer die möglichen finanziellen Einbußen als Folge einer Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz oder die Reduzierung der Arbeitszeit eine entscheidende Rolle.

B: „Also eine Vorstellung, die ich dann habe, wenn man mal bei dem Dachdecker bleibt, ist eben, ja der geht tatsächlich mit 55, 58 vom Dach runter, kriegt aber in dem Unternehmen eine Chance, eine andere Tätigkeit auszuüben, die eben am Boden ist, die nicht mehr so schwer körperlich ist. Er muss anerkennen, dass er für die Leistung nicht das gleiche Geld kriegen kann, er wird also eine Entgeltminderung haben.“<sup>289</sup>

### 8.3.3 Sozialleistungsträger

Aus Sicht der Sozialleistungsträger bedeutet Nutzen die Vermeidung von Sozialleistungen.

B: „Ja natürlich, letztendlich steht die Vermeidung von Rentenzahlungen oder langen AU-Zeiten. Es geht ja um Einsparungen von Sozialleistungen letztendlich.“<sup>290</sup>

Um kleinen und mittleren Unternehmen entsprechende externe Hilfen zum BEM anbieten zu können, werden durch die Sozialleistungsträger ein erhöhter Beratungsaufwand erwartet. Es wird befürchtet, dass das mit dem derzeit vorhandenen Personal nicht gewährleistet werden kann. Eine zunehmende Anwendung des BEM würde unter Umständen zu vermehrten Nachfragen nach Rehabilitationsleistungen führen.

B: „Wie gesagt, dass muss festgeschrieben sein und dafür muss dann auch die Zeit da sein. Denn daran hapert es letztendlich auch irgendwo, weil wir wissen, dass das unsere Aufgabe ist.“<sup>291</sup>

B: „Es ist mehr als, dass wir im Moment denken, dass es ist, Antragsaufnahme und Beratung in diesem Zusammenhang oder wie gesagt, ist es eben gehen zum Arbeitgeber und das sage ich mal, setzt es voraus, dass das entsprechende Zeitkontingent letztendlich mit allem was dazu gehört, auch entsprechend gestrickt wird.“<sup>292</sup>

<sup>287</sup> X1, Interview 6, Paragraph 149

<sup>288</sup> Y2, Interview 12, Paragraph 53

<sup>289</sup> Y1, Interview 4, Paragraph 36

<sup>290</sup> Y1, Interview 1, Paragraph 95

<sup>291</sup> Y1, Interview 1, Paragraph 34

<sup>292</sup> Y1, Interview 1, Paragraph 105

## 8.4 Erste Ansätze auf dem Weg zur Implementierung eines BEM in Klein- und Mittelbetrieben

Wie bereits in Kapitel 8.1 herausgestellt, ist § 84 SGB IX bei betrieblichen Interessenvertretern und Arbeitgebern weitgehend unbekannt. Dies war auch aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen anderer Studien heraus zu erwarten. Auf der anderen Seite altern Belegschaften immer mehr, ihr Durchschnittsalter nimmt zu. Die Studie von Steiner et al. weist darauf hin, dass in den nächsten Jahren ein immenser Arbeitskräftemangel entstehen wird.<sup>293</sup> Dieser wird dadurch begründet, dass jüngere Erwerbstätige fehlen werden. Darauf haben sich die Firmen bereits heute einzustellen.

Eine Möglichkeit, Beschäftigte zu halten, ist das Betriebliche Eingliederungsmanagement. Welche Grundvoraussetzungen sind also in den Unternehmen vorhanden, um ein BEM zu implementieren? Einige Grundvoraussetzungen sind bereits in § 84 Abs. 2 SGB IX vorgeschrieben.

### 8.4.1 Erfassung der Arbeitsunfähigkeit

Zur Erfassung der Sechs-Wochen-Frist nach § 84 Abs. 2 SGB IX ist es nötig, die Krankheitstage jedes einzelnen Mitarbeiters zu erfassen. Daher wurde erfragt, wie die Arbeitsunfähigkeitsdaten erfasst werden. Neben der Erfassung der Arbeitsunfähigkeitstage war es darüber hinaus interessant zu erfahren, wie Arbeitgeber mit dieser Information umgehen.

In jedem Unternehmen, aus denen Interviewpartner stammten, werden die Arbeitsunfähigkeitszeiten erfasst. In den kleineren Unternehmen (< 50 MA) werden die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen gesammelt und im Dienstplan oder Stundenzettel vermerkt. In den größeren befragten Unternehmen (> 50 MA) pflegt die Lohnbuchhaltung die Eingabe und Auswertung der Arbeitsunfähigkeitszeiten. Eine Auswertung der Krankentage erfolgt zum einen mit der Intention, die Lohnhöhe für den erkrankten Mitarbeiter zu berechnen und zu schauen, wann derjenige ins Krankengeld übergeht und zum anderen, um die Entwicklung des Krankenstandes insgesamt beurteilen zu können. Nur wenige interviewte Unternehmer äußerten, dass sie mit der Auswertung der Krankentage direkt bezweckten, so früh wie möglich krankheitsbedingte Probleme am Arbeitsplatz aufzudecken und lösen zu wollen.

*B: „Wenn jemand regelmäßiger, irgendwo etwas hätte, um dann nachher ein Stückchen nachzufragen, wie man dann mit anderen Mitteln oder Sachen helfen kann.“<sup>294</sup>*

<sup>293</sup> vgl. Steiner et al., 2009, S. 13

<sup>294</sup> X1, Interview 1, Paragraph 10

Auf der anderen Seite gibt es auch jene Betriebe, die den Krankenstand erfassen, aber nicht für jeden Mitarbeiter einzeln auswerten. Diese Unternehmen ziehen keine unmittelbaren Konsequenzen aus dem Krankenstand.

*B: „Aber ich glaube tatsächlich, dass bei uns das gar nicht so nachgehalten wird. Weil letztlich müssten die das ja so erfassen, dass eigentlich, wenn jemand jetzt, was weiß ich, hier mal 2 Tage, da mal ne Woche, um sich das über's Jahr, dass dann im November spätestens ne Alarmleuchte angehen müsste [...] Und dann pling, müsste die anrufen und sagen: Hier der Kollege XY ist jetzt mit verschiedenen Tagen nun sechs Wochen krank, aber da ist bis jetzt noch nichts passiert.“<sup>295</sup>*

Es gibt demnach sowohl Arbeitgeber in kleinen und mittleren Unternehmen, die bereits erste Ansätze und Verfahrensweisen entsprechend § 84 Abs. 2 SGB IX umsetzen, indem sie die Fehlzeiten der Mitarbeiter erfassen und dann im nächsten Schritt auf die Arbeitnehmer zugehen und Hilfe anbieten. Bei anderen größeren Unternehmen (>50 MA), die eine Personalabteilung haben, ist dies nicht der Fall. Auch die Studie von Zelfel et al. bestätigt diesen Eindruck. In dieser Studie konnten die befragten Mittelbetriebe zu 75% die Fehltagel im vergangenen Jahr nicht benennen.<sup>296</sup>

## **8.4.2 Erfahrungen im Einzelfall**

### **8.4.2.1 Betriebliche Akteure**

Neben der Erfassung der Arbeitsunfähigkeit, als einer Grundvoraussetzung zur Implementierung eines BEM, war ebenfalls zu untersuchen, was Arbeitgeber bereits heute im Einzelfall tun und welche Rehabilitationsmöglichkeiten ihnen bekannt sind, um ihre Mitarbeiter wieder einzugliedern.

Es ist zu erwarten, dass Arbeitgeber von KMU, obwohl sie § 84 SGB IX nicht kennen, eine Wiedereingliederung meist aktiv fördern. Auf Grund der eher familiären Bindungen im Unternehmen kennen die Vorgesetzten ihre Mitarbeiter<sup>297</sup> und wollen sie auch halten. Eine besondere Rolle könnten dabei der zunehmende Fachkräftemangel bzw. Arbeitskräftemangel und der Standortnachteil der östlicheren Regionen Deutschlands spielen. Wie bereits im Kapitel 8.2.1 beschrieben, ist es für Arbeitgeber im Pflegebereich schwierig, neue Pflegekräfte zu finden. Die befragten Arbeitgeber unserer Stichprobe stammen aus den neuen Bundesländern.

---

<sup>295</sup> X3, Interview 12, Paragraph 63 - 67

<sup>296</sup> vgl. Zelfel et al., o. J.

<sup>297</sup> vgl. Gusy, 1998, S. 31f

Anhand der Aussagen zeigt sich, dass einige der befragten Arbeitgeber im Umgang mit Wiedereingliederung schon eigene Mechanismen entwickelt haben. Am häufigsten wird hier die stufenweise Wiedereingliederung genannt. Es sind zwar keine Betriebsvereinbarungen getroffen worden, doch wurde immer versucht, mit den Arbeitnehmern Regelungen zu treffen, die eine Rückkehr an den Arbeitsplatz möglich machen.

*B: „Wiedereingliederung, das klären wir immer mit dem Arzt. Diese Maßnahmen, die machen wir schon lange.“<sup>298</sup>*

*B: „Und dann kam er und sagte, er möchte wieder arbeiten, also er fühlt sich soweit in der Lage und dann haben wir gesagt schrittweise, also auch mit dem Arzt zusammen. Ja, dann hatte er diese Anträge ausgefüllt und zur Krankenkasse gegeben.“<sup>299</sup>*

Nach Möglichkeit werden Mitarbeiter auch kurzzeitig versetzt oder die Arbeitsaufgaben werden an das Leistungsniveau des Beschäftigten angepasst wie folgende Interviewpassage zeigt.

*B: „Ja, erstmal Nachtschicht, wo sie eigentlich Ruhe hatte. Sie brauchte nichts weiter machen als nur dieses Kind überwachen. Das ging vier, fünf Jahre. Das Kind ist nachher weg und dann haben wir sie hier wieder langsam eingegliedert. Erst leichte Pflege und wir haben zum Beispiel keine Stufen, lassen wir sie jetzt auch noch nicht laufen. Also wenn wir wissen, dass jemand im vierten oder fünften Stock wohnt, dann lassen wir sie nicht laufen. Sie hat meistens so ebenerdig. Ja und macht eben wie gesagt leichte Sachen, wo sie nicht so schwer heben und bücken muss.“<sup>300</sup>*

In einem anderen Fall schildert ein Betriebsratsmitglied, dass in Zusammenarbeit mit dem Integrationsamt eine Lösung gefunden werden konnte. Der Hinweis, sich an das Integrationsamt zu wenden, kam dabei aus dem Bekanntenkreis des Betriebsratsmitgliedes.

*B: „Akut einen Fall, mit dem wir uns wirklich auch schon beschäftigt haben. Das ist ein Mitarbeiter, der starke Probleme mit den Knien und den Schultern hat, der in der Kfz-Werkstatt arbeitet, und letztlich eben keine Reifen oder so was mehr wechseln kann. Und da haben wir uns dann mit dem Mitarbeiter und seinem Vorgesetzten zusammengesetzt und haben jemanden vom Integrationsamt geholt. Und da ist letztlich rausgekommen, dass er einmal eine Arbeitshilfe bekommen hat zum Reifen wechseln und dass ein Mitarbeiter, der ihm bei Tätigkeiten zur Hand geht, die er absolut nicht mehr machen kann, dass der auch sozusagen bezahlt wird teilweise vom Integrationsamt.“<sup>301</sup>*

---

<sup>298</sup> X1, Interview 4, Paragraph 41

<sup>299</sup> X1, Interview 2, Paragraph 22

<sup>300</sup> X1, Interview 5, Paragraph 44

<sup>301</sup> X3, Interview 12, Paragraph 33

Allerdings gab das Betriebsratsmitglied auch zu bedenken, dass bei nicht schwerbehinderten Personen, bei denen das Arbeitsverhältnis gefährdet wäre, man nicht wüsste an wen man sich wenden könnte. Außerdem ist auch nicht bekannt, wer dann die Kosten für eine Arbeitshilfe übernehmen würde. Auch hier zeigt sich wieder, dass Informationsbedarf besteht, wie Arbeitsplätze gesundheitsgerecht gestaltet werden können.

Vielfach wurden auch Arbeitshilfen eingesetzt, um den Arbeitsplatz dem Mitarbeiter anzupassen.

*B: „Eine andere Kollegin, die hatte halt einen schweren Bandscheibenvorfall, und im Zuge dessen hatte sie halt gesagt, sie hätte gerne einen Schreibtisch, wo sie auch mal stehen kann. [...] Die sind dann zur Abteilungsleiterin gegangen und die hat dann gesagt: Schreib einen kurzen Antrag. Und dann ist das an die Geschäftsleitung gegangen und die hat dem eigentlich immer sofort zugestimmt. Das ist dann auch so gemacht worden.“<sup>302</sup>*

Es zeigt sich, dass der Begriff BEM unbekannt ist, aber die Maßnahmen zur Eingliederung bereits sehr vielfältig sind. Dennoch soll nicht darüber hinweg getäuscht werden, dass es auch Grenzen gibt. Ein Arbeitgeber sieht die Grenze des Machbaren in der Umsetzung des Mitarbeiters.

*B: „Krankheitsbedingt, dann ja, weil der Zustand und die Prognose nicht positiv entschieden werden kann, Weiterarbeiten? Dann muss man sich auch mal von Leuten trennen. Aber wir versuchen natürlich erstmal in der Firma irgendwo einzugliedern, aber wie gesagt, aber Bürojob ist schlecht zu machen, wie gesagt. Wir wollen keinen großen Wasserkopf haben, mit dem, was wir haben, wollen wir effektiv arbeiten.“<sup>303</sup>*

Diese Textpassagen sollten die häufigsten Methoden aufzeigen, die bekannt sind, um Menschen wieder einzugliedern und auch ihren Arbeitsplatz gesundheitsgerecht zu gestalten. Auf dem Weg zur Implementierung eines BEM gehört aber auch die Qualitätssicherung bzw. das Qualitätsmanagement. In der Literatur wird diese Aufgabe vor allem dem Arbeitgeber und der Arbeitnehmervertretung zugewiesen. Es sind die Abläufe und Verfahren zu dokumentieren, um das BEM-Verfahren zu optimieren.<sup>304</sup> Aus den Interviews war nicht ersichtlich, wie intensiv Wiedereingliederungsfälle dokumentiert wurden. Nur ein Personalchef gab im Gespräch an, dass er ein Gesprächsprotokoll erstellt. Hier werden u. a. der Stand der Wiedereingliederung und Gründe für den krankheitsbedingten Ausfall erfasst.

*B: „Und dann hat man also auch mal, wenn's ein nächstes Gespräch gibt, ein Protokoll zur Verfügung, wo man dann noch mal verschiedene Sachen abarbeitet. Wenn der Mitarbeiter*

<sup>302</sup> X3, Interview 12, Paragraph 55

<sup>303</sup> X1, Interview 3, Paragraph 8

<sup>304</sup> vgl. Düwell, 2010, S. 168

*beispielsweise angibt, der Grund für den langen Ausfall war eine psychische Dekompensation auf Grund einer Stressreaktion auf Grund der Arbeitssituation.*<sup>305</sup>

Auch ein erkrankter Arbeitnehmer, der bereits ein BEM-Verfahren in seinem Betrieb durchlaufen hat, berichtete davon, dass das Erstgespräch dokumentiert wurde. Der Arbeitnehmer empfand dies als angenehm. Dass auch noch eine weitere Person während der Gespräche mit anwesend sein durfte, schaffte aus seiner Sicht Vertrauen.

*B: „Ja. Manche sagen ja auch: Ich möchte nicht alleine in dem Gespräch sitzen. Weiß man ja immer nicht, wie wird das nachher ausgelegt, das wird vielleicht falsch verstanden. So hat man immer mal noch ne andere neutrale Person dabei. Also, das dürfte ich auch.“*<sup>306</sup>

Ein weiteres Kriterium des BEM-Verfahrens ist, dass der Arbeitgeber dem erkrankten Arbeitnehmer ein BEM anbietet. In den Interviews wurde vielfach Gegenteiliges berichtet. Tendenziell geht die Einleitung des BEM-Verfahrens eher vom Arbeitnehmer und nicht wie gefordert vom Arbeitgeber aus. Dies berichtet auch ein Betriebsratsmitglied.

*B: „Sondern bei uns, habe ich so das Gefühl, dass eher so erwartet wird, naja, also der Mitarbeiter sollte sich schon mal melden, dass er noch lebt und was mit ihm los ist und er mal erzählt, wie es bei ihm weitergeht. Und es wird die Verantwortung eigentlich weiter auf den Mitarbeiter abgewälzt.“*<sup>307</sup>

In zwei größeren Betrieben, die bereits ein BEM implementieren, spricht der Personalchef die Mitarbeiter an bzw. es werden Einladungsschreiben versandt. Dabei ist die vorherige Aufklärung der Mitarbeiter zum Thema BEM sehr unterschiedlich gehandhabt worden. In einem Unternehmen gab es eine Mitarbeiterversammlung, in der das BEM vorgestellt wurde. In einem anderen Unternehmen werden Mitarbeiter nur dann zum Thema BEM informiert und zum Gespräch eingeladen, wenn sie selbst ein BEM-Fall geworden sind. In diesem Gespräch wird ihm dann das BEM erläutert.

*B: „Und das wird in der Regel auch so durchgeführt. Da gibt's also ein Rückkehrgespräch, wo also mit demjenigen dann besprochen wird, wie die Eingliederung aussehen soll. Man muss natürlich differenzieren, es gibt ja auch die Wiedereingliederung die ärztlich verordnet ist, dort ist es ja so, dass man bestimmte Restriktionen schon vorgelegt bekommt.“*<sup>308</sup>

Es fällt auf, dass in größeren Betrieben, die keine Kenntnisse zum BEM haben, die Initiative ein BEM zu beginnen vom Arbeitnehmer ausgeht. In hierarchischen und größeren Betrieben wenden sich Arbeitnehmer an den Betriebsrat und bitten um Unterstützung.

<sup>305</sup> X1, Interview 7, Paragraph 101

<sup>306</sup> X2, Interview 9, Paragraph 100

<sup>307</sup> X3, Interview 12, Paragraph 51

<sup>308</sup> X1, Interview 7, Paragraph 87

*B: „Also, da gibt es halt immer wieder Mitarbeiter, die trauen sich halt nicht zur Chefin rein. Und da sind dann immer Kollegen Ansprechpartner, dann kommen die und sagen. Oder die sprechen mich dann an und sagen: Kannst du mal nachfragen? Das funktioniert schon.“<sup>309</sup>*

#### **8.4.2.2 Außerbetriebliche Akteure**

Für kleinere und mittlere Betriebe ist es sehr schwierig, den Überblick über alle gesetzlichen Neuerungen zu behalten,<sup>310</sup> insbesondere über jene, die nicht originär mit dem Betrieb zu tun haben. Aus der Studie von Köpke geht hervor, dass bereits heute die Rehabilitationsträger eine Reihe von Aktivitäten präventiver und rehabilitativer Art zur Sicherung und Erhaltung der Gesundheit und Erwerbstätigkeit vorhalten. Dies kann nur dann als gute Versorgungsqualität gedeutet werden, wenn diese auch den Versicherten bekannt und zugänglich sind.<sup>311</sup> Um diese Informationen zugänglich zu machen, ist es Aufgabe der Rehabilitationsträger, den Versicherten und Arbeitgebern einen Zugang zu ermöglichen. Die Rehabilitationsträger sollten ein erhebliches Interesse daran haben, das BEM weiter voran zu treiben, um Sozialleistungen zu vermeiden.

Es war zu erfragen, welche Ansätze die außerbetrieblichen Akteure im Einzelnen im Bezug auf Wiedereingliederung verfolgen bzw. inwieweit sie in ihrer Politik die Problematik des BEM aufgreifen.

Eine Krankenkasse schreibt ihre Versicherten an, wenn die Entgeltfortzahlung endet und der Bezug von Krankengeld beginnt. Sie informieren die Versicherten zum BEM und darüber hinaus werden auch die Arbeitgeber informiert.

*B: „Mit Beginn der 6 Wochen Krankschreibung schon das Informationsblatt an die Arbeitgeber gehen, dass also das BEM eingeleitet werden sollte und das hat auch schon gefruchtet, aber da war es tatsächlich so, dass die Arbeitnehmer nicht interessiert waren.“<sup>312</sup>*

Daneben bietet sie auch Gesundheitsberatung an. Die Mitarbeiter der Krankenkasse stehen auch den Versicherten zur Seite, wenn es darum geht, ein BEM einzuleiten bzw. mit dem Arbeitgeber zu sprechen und zu vermitteln.

Im Rahmen von Überprüfungen des gesundheitlich bedingten Kündigungsgrundes bei Arbeitnehmern weist die Agentur für Arbeit auf das BEM hin. Es werden dann ggf. Gespräche mit Arbeitgebern geführt, welche Möglichkeiten im Betrieb bestehen.

<sup>309</sup> X3, Interview 12, Paragraph 79

<sup>310</sup> vgl. Köpke, 2009, S. 108

<sup>311</sup> vgl. ebenda, S. 109

<sup>312</sup> Y1, Interview 2, Paragraph 30

Die Fachkräfte für Arbeitssicherheit können ebenfalls als Initiatoren eines BEM dienen und sind dann in den Prozess involviert. Die Gefährdungsbeurteilungen dienen dazu, den Arbeitsplatz zu beschreiben bzw. entsprechend der Leistungswandelung des Mitarbeiters umzugestalten.

*B: „Dass ich versuche, den Arbeitgeber dahin zu beraten, was er machen könnte oder was derjenige nicht machen, ich meine jetzt den Mitarbeiter, was er nicht machen könnte damit seine Gesundheit nicht noch, damit ins Gegenteil vielleicht umschlägt. Die Leute in den kleinen Unternehmen gibt die viele, die haben Angst um ihren Arbeitsplatz, glaube nicht, dass die sagen würden, also ich habe noch die und die Probleme, ich kann das und das nicht machen. Und da denke ich mal, müsste man im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung gucken, kann er denn jetzt die Tätigkeit ausführen oder nicht. Das wäre dann wohl so ein bisschen mit meine Aufgabe genauso wie beim Betriebsarzt.“<sup>313</sup>*

*B: „Also Schwerpunkt ist die Information, dass Unternehmer, dass Geschäftsführer auch wirklich wissen, wie läuft was ab, gibt es da Unterstützung, wenn die hören, da gibt's Geld für, dann kriegen sie immer größere Ohren.“<sup>314</sup>*

Die Betriebsärzte fungieren als Koordinatoren und Berater. Sie untersuchen die berufsbezogene gesundheitliche Leistungsfähigkeit der Beschäftigten. Sie vermitteln zudem auch die Kontakte zu Sozialleistungsträgern und informieren zum Thema BEM.

*B: „Und unsere Aufgabe ist es eben, die Aufgaben, die sich aus dem Arbeitssicherheits- und Arbeitsschutzgesetz für die Betriebe ergeben, als Serviceleistung umzusetzen. Das ist dann einmal also vorwiegend Beratungstätigkeit, Begehungstätigkeiten, Gefährdungsbeurteilung und arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen und Tauglichkeitsuntersuchungen, also so Schwerpunktbereich.“<sup>315</sup>*

*B: „Und wenn man ihm dann erklärt, dass ich nicht mehr machen kann, sondern ich bin der/ich kann als Koordinator mit fungieren, aber m a c h e n muss es die Geschäftsführung, also der Arbeitgeber.“<sup>316</sup>*

*B: „Also bei solchen Sachen hole ich mir grundsätzlich Rat beim Integrationsamt. Und ich hole das Integrationsamt dazu grundsätzlich mit ins Boot. Das machen wir in dem Maße, dass ich den Arbeitgeber über diese Möglichkeit überhaupt erst noch mal informiere. In der Regel das Beratungsgespräch zwischen Integrationsamt und Arbeitgeber vermittele.“<sup>317</sup>*

Die beruflichen Rehabilitationseinrichtungen geben ihr Wissen zum BEM teilweise in Umschulungen bekannt. Sie selbst sehen sich nicht primär als eine Institution, die auch beratend tätig wird. Dazu fehlen die Kapazitäten, dennoch versuchen sie vereinzelt, ihr Wissen an die Öffentlichkeit zu transportieren.

<sup>313</sup> X4, Interview 17, Paragraph 141

<sup>314</sup> X4, Interview 16, Paragraph 235

<sup>315</sup> X4, Interview 15, Paragraph 2

<sup>316</sup> X4, Interview 14, Paragraph 16

<sup>317</sup> ebenda, Paragraph 35

B: „Das andere ist ein positives Beiwerk, weil wir das Wissen haben, können wir es auch, mögliche Multiplikatoren, was ja letztendlich unsere Rehabilitanden sind, mit auf den Weg geben.“<sup>318</sup>

B: „Also, das findet ein bisschen statt und zwar findet das statt, wenn ich ihnen Unterricht gebe. Wir bilden hier Kaufleute im Gesundheitswesen aus, die natürlich auch diese Sequenz Rehabilitation haben und auch überhaupt Gesundheitsmanagement im Unternehmen und da spielt BEM in der Unterrichtsplanung schon eine Rolle.“<sup>319</sup>

B: „Wir versuchen über Kontakte in den Arbeitgeberverbänden natürlich da zu sein, auch die Kontakte die Frau L. hat in dem Bereich zu nutzen, aber da muss man auch sagen, wir wollen auch nicht noch mehr Ressourcen bereit stellen, um das als Produkt nach außen zu verkaufen. Unser Hauptgeschäft ist berufliche Rehabilitation.“<sup>320</sup>

Zur Umsetzung dieser ersten Ansätze spielt Vertrauen zwischen Arbeitgeber, Arbeitnehmer und Fachkraft für Arbeitssicherheit sowie Betriebsarzt eine wichtige Rolle. Insbesondere das Vertrauensverhältnis zwischen Arbeitnehmer und Fachkraft für Arbeitssicherheit und Betriebsarzt ist sehr sensibel. Nur wenn hier ein vertrauensvolles Verhältnis besteht, kann Hilfe gegeben werden. Nach Aussagen der Betriebsärzte kann dieses Vertrauensverhältnis nur durch Loyalität, Vermittlung von Wissen und Datenschutz aufgebaut werden.

B: „Dann die Grundfesten einer ärztlichen Tätigkeit müssen Sie alle wirklich konkret auch einhalten, das ist Thema Schweigepflicht, Umgang mit Kenntnissen, persönlichen Kenntnissen, fair zu sein, auch sich unbeliebt machen.“<sup>321</sup>

Eine Fachkraft für Arbeitssicherheit gibt an, dass der vertrauensvolle Umgang bewirkt, dass Arbeitnehmer sich öffnen. Nur dann kann auch Hilfe geleistet werden.

B: „Und das Vertrauen zum Arbeitnehmer, zum Versicherten, ist da ganz wichtig. Hab ich dieses Vertrauen nicht, weiß ich nicht, was dort falsch läuft.“<sup>322</sup>

### **8.4.3 Betriebliches Gesundheitsmanagement - Einstellungen und Erfahrungen**

In der neueren Literatur wird vermehrt darüber diskutiert, dass BEM ein Bestandteil des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sein sollte.

„Das BEM ergänzt die anderen Elemente des betrieblichen Gesundheitsmanagements.“<sup>323</sup> Die anderen Elemente sind die betriebliche Gesundheitsförderung und der Arbeits- und Gesundheitsschutz. Um das BEM nachhaltig zu gestalten und

<sup>318</sup> Y2, Interview 9, Paragraph 27

<sup>319</sup> ebenda, Paragraph 26

<sup>320</sup> ebenda, Paragraph 107

<sup>321</sup> X4, Interview 15, Paragraph 79

<sup>322</sup> X4, Interview 16, Paragraph 295

<sup>323</sup> vgl. Schian, 2009, S. 206

weiteren krankheitsbedingten Fehlzeiten vorzubeugen, kann es nur dienlich sein, auch die Gesundheitsförderung bzw. den Arbeits- und Gesundheitsschutz im Unternehmen zu implementieren. Typisch sind vor allem punktuelle Maßnahmen, die leicht und schnell umsetzbar sind. Wie bereits im Kapitel 1.2 erläutert, besitzen KMU kaum finanzielle Reserven, so dass langfristige Investitionen eher gescheut werden.

Die Arbeitgeber gaben immer wieder an, dass ihnen ihre Mitarbeiter wichtig sind. Der Nutzen bezieht sich auf gesunde Mitarbeiter im Unternehmen. Daraus lassen sich folgende Fragen ableiten.

- Was tun Arbeitgeber für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter?
- Welchen Stellenwert nimmt die Mitarbeitergesundheit im Unternehmen ein?

Unser Zugang zu Arbeitgebern aus dem Handwerk ist der Tatsache geschuldet, dass diese bereits besonders sensibilisiert sind. Sie wurden im Rahmen einer weiteren Studie der Hochschule Neubrandenburg zum Thema Betriebliche Gesundheitsförderung angesprochen. Im Rahmen der Studie wurden individuelle Maßnahmen erstellt und durchgeführt. Die Unternehmen führen die Anregungen und das Erlernte teilweise weiter und organisieren selbstständig im Unternehmen weitere präventive Veranstaltungen.

*B: „Und deswegen hatten wir damals auch angefangen über, über die Krankenkasse mit, also quasi Rückenschule, Ernährungsberatung und diese Sachen, was eben heute immer noch angewendet wird. [...] Und da achte ich wie gesagt drauf, wenn jetzt auch wirklich ein Mitarbeiter kommt und der ist bisschen beleibt und dann schicken wir ihn los. Und mit Erfolg muss ich sagen und eben auch auf eigenen Erfahrungen basierend, sag ich jetzt mal.“<sup>324</sup>*

*B: „Bei einigen Kollegen ja, da weiß ich das. Zum Beispiel Autogenes Training, dass die das dann zu Hause auch ein bisschen weiter machen. Die dann wirklich für sich selber meinen, sie hätten auch Stress mit Kunden. [...] Da kenne ich schon Kollegen, die dann wirklich für sich selber auch Autogenes Training machen oder so ein bisschen Stressbewältigung, dass sie wieder runter kommen und Rückenschule natürlich auch. Das machen auch einige Kollegen zu Hause.“<sup>325</sup>*

Auf die Frage, was sie für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter tun, wurde meistens eine Rückenschulung angegeben. Die Rückenschulung diente entweder der reinen Kräftigung der Muskulatur, aber auch zur Information zum Thema richtiges Tragen und Heben im Beruf.

Auch andere Arbeitgeber aus dem Bereich der Pflege sehen in der Betrieblichen Gesundheitsförderung positive Auswirkungen auf die Belegschaft. Ein Unternehmen be-

<sup>324</sup> X1, Interview 2, Paragraph 14

<sup>325</sup> X1, Interview 4, Paragraph 72 - 73

auftragte eine externe Firma zur Unterstützung bei der Implementierung. Dabei wurde zuerst ein Screening zu Problemen bzw. Problemkrankheiten durchgeführt, um anschließend gezielte Kurse anbieten zu können.

*B: „Und dann ist es natürlich auch so, dass wir ja ein Betriebliches Gesundheitsmanagement anbieten, in unserem Unternehmen und zwar in Größenordnungen sag ich mal, also wo wir jetzt nicht nur vereinzelte Kurse anbieten, sondern wo wir das wirklich als Projekt mit in unser Unternehmen integriert haben, in unsere Unternehmenskultur auch integriert haben.“<sup>326</sup>*

Arbeitgeber erkennen, dass sie durch die Betriebliche Gesundheitsförderung einen Beitrag zur Gesundheit ihrer Mitarbeiter leisten können und stehen diesem Thema sehr offen gegenüber. Auch vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels erkennen sie an, dass sie ihre Mitarbeiter brauchen. Einige Arbeitgeber sehen darin auch die Chance, die Arbeitsbedingungen zu optimieren, so dass weniger krankheitsbedingte Fehlzeiten entstehen.

*B: „Na, wir insgesamt als Betrieb stehen dem natürlich positiv gegenüber, das muss ich ehrlich so sagen. [...] Aber vom Grundsatz her, ist doch logisch, dass wir alles dran setzen, dass unsere Kollegen auch gesund arbeiten können. Das dient ja nicht nur den Kollegen, das dient ja unserem Betrieb. Das muss man ja ganz einfach so sehen.“<sup>327</sup>*

*B: „Gesundheitstage, da wurden verschiedene Sachen angeboten. Da wurden Lehrgänge angeboten zur gesunden Ernährung oder zum Autogenen Training, für Yoga, Reiten und... Säfte und all dies, was so mit Gesundheit zu tun hat. Wir sind ja auch eine Reha-Einrichtung. Und das haben wir gerade sehr erfolgreich das zweite Mal gemacht. Gesundheit im Unternehmen spielt auch eine Rolle. Der Betrieb ist da bestrebt, dass die Mitarbeiter auch gesund sind und auch gesund arbeiten können.“<sup>328</sup>*

Arbeitgeber bedauerten, dass nicht alle Mitarbeiter an den Präventionskursen teilnahmen. Ein weiteres Problem für Arbeitgeber aus dem Handwerk ist die Nachhaltigkeit und die dauerhafte Umsetzbarkeit in den betrieblichen Alltag.

*B: „Das ist, was ich meine, dieses Nacharbeiten, diese Nachkommunikation, die fehlt einfach. Irgendwann sind diese Projekte abgeschlossen und dann war es das.“<sup>329</sup>*

Von einem Arbeitgeber wurde gefordert, dass die betriebliche Gesundheitsförderung bereits in die Ausbildung implementiert werden sollte. Gerade im Bereich des Handwerks sei eine frühestmögliche Prävention wichtig.

---

<sup>326</sup> X1, Interview 7, Paragraph 125

<sup>327</sup> X1, Interview 4, Paragraph 66 - 67

<sup>328</sup> X2, Interview 9, Paragraph 63

<sup>329</sup> X1, Interview 2, Paragraph 44

B: „Der hat denn auch, wenn er denn die Lehrlinge, die er denn mit ausgebildet hat. Wenn die bei ihm mit waren, der hat denen das auch beigebracht. Der hat sich auch die Zeit genommen. Der hatte auch nie Rückenbeschwerden. Die Lasten sind ja ganz unterschiedlich verteilt. Der hat denn immer so und so musst du das machen. Das ist auch ein Manko zu den Berufsschulen. Das man dort im Prinzip bei der Ausbildung mit drauf achtet. [...] Aber auch gerade auch in der Ausbildung, da müsste es schon anfangen.“<sup>330</sup>

Außerbetriebliche Akteure sehen die Einführung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen als sehr schwierig in KMU an. Sie beobachten, dass häufig wenig getan werde und das Thema personalpolitisch nicht auf der Tagesordnung stehe.

B: „Aber in kleinen, mittelständischen Unternehmen da kommen wir auch [...], da brauchen wir gar nicht weiter [...], da können Sie fast alles, was ich Ihnen über das Eingliederungsmanagement an Begründungen und Ausführungen, Kenntnisstand, Abneigung, keine Zeit, Kernaufgabe was anderes, ja wir kämpfen ums Überleben, Personal ist gar nicht [...], das können Sie da alles fast synchron einsetzen in gleicher Art und Weise.“<sup>331</sup>

B: „Aber der Unternehmer, der ist vom Grunde her dran interessiert, aber es soll eben nicht den Ablauf, die Arbeit und so weiter stören. Ich hab also diesen Satz auch schon gehört, Sie können alles machen in meinem Betrieb, nur behindern Sie mich nicht in meiner Arbeit und das darf auch der Arbeitsschutz nicht.“<sup>332</sup>

Aus Sicht der Betriebe, warum sie kein BGF durchführen, sind mögliche Erklärungen Zeitmangel, die betriebliche Organisation, die Praktikabilität und der Kostenaufwand.

B: „Wünschen würde ich mir, dass insofern, wenn jemand hier her kommt und das hier macht und wir eine Zeit finden, zusammen, wo wir alle die Zeit haben. Das ist nachmittags und das ist immer bisschen schwierig da überhaupt jemanden zu finden.“<sup>333</sup>

B: „Es würde die Berufsgenossenschaft auch Kurse bezahlen, dann müssten wir alle zusammen nach Hamburg fahren, kriegen auch Hotel und Fahrt bezahlt. Das ist aber auf Grund der Größe unserer Sozialstation überhaupt nicht möglich. Das ist ja schon eine Katastrophe, wenn ein Mitarbeiter fehlt. Und ich kann hier nicht jeden, das ist ja auch die Arbeitszeit, also wir sind da schon so knapp bemessen, wenn von acht Leuten einer fehlt ist das schon schlimm, wenn dann noch zwei fehlen, weil der eine noch nach Hamburg fährt, deswegen organisieren wir das eher alleine und dann auch kostenpflichtig.“<sup>334</sup>

Ein besonderes Problem für KMU stellt anscheinend auch die Kassenvielfalt der eigenen Beschäftigten dar. Wenn von Erfahrungen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung berichtet wurde, wurde vielfach auch in den Interviews die Problematik der gesetzlichen Krankenkasse „mit ins Boot zu holen“ thematisiert. Sowohl Arbeitgeber als

<sup>330</sup> ebenda, Paragraph 56

<sup>331</sup> X4, Interview 15, Paragraph 123

<sup>332</sup> X4, Interview 16, Paragraph 65

<sup>333</sup> X1, Interview 5, Paragraph 120

<sup>334</sup> X1, Interview 6, Paragraph 62

auch die Gruppe der Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit kennen das Problem der Kassenvielfalt und wird als Anlaufhürde wahrgenommen.

*B: „Auch von den anderen Krankenkassen, jetzt so zwei, drei andere beschäftigt sind, da kommt gar nichts. Die kommen dann und sagen, wenn dann alle und dann tun wir was. Und das war es.“<sup>335</sup>*

*B: „Durch die Krankenkassen, dumm ist es nur, wenn in einem Unternehmen viele Krankenkassen vertreten sind. Wenn jetzt im Unternehmen die AOK meinetwegen oder die TK oder was weiß ich, verstärkt vertreten ist, dann stellen die auch einen Mitarbeiter zur Seite.“<sup>336</sup>*

*B: „Bloß das Problem ist hier in Mecklenburg- Vorpommern, das haben sie hier im Norden also nicht anders als im Süden: wenn es kleinere Betriebe sind, dann haben sie bei 10 Mitarbeitern 10 verschiedene Krankenkassen. Damit kriege ich keine Krankenkasse in dieses Unternehmen mit rein.“<sup>337</sup>*

Aus Sicht der Krankenkassen wird das Thema BGF in KMU aufgegriffen, wenn ein Krankenstandsproblem in den Betrieben auftritt.

*B: „In den letzten zwei, drei Jahren habe ich häufiger dieses Thema betriebliche Gesundheitsförderung über den Weg Demografie erlebt, also das gesagt wird, „O.k. ich habe immer mehr Ältere. Ich habe auch manchmal auch ein Krankenstandsproblem. Hängt das überhaupt miteinander zusammen? [...] Und über diese Schiene macht sich dann Betriebliches Gesundheitsmanagement auf.“<sup>338</sup>*

Diese Aussage bestätigt sich insofern, da ein Arbeitgeber davon berichtet, dass er einen sehr niedrigen Krankenstand in seinem Unternehmen hat und keine weiteren Maßnahmen im Bereich der Prävention vorhält.

*B: „Es ist ja keiner krank. Insofern wüsste ich gar nicht, was ich da machen soll.“<sup>339</sup>*

*B: „Das bieten die Krankenkassen an, richtig. Aber das bieten sie ja eigentlich für jeden MA an, die werden ja dann selber angeschrieben.“<sup>340</sup>*

Nach Gesamtschau der Interviews ist auch erkennbar, dass in der Regel die Unternehmen mehr Interesse für das BEM zeigten, die Präventionsangebote für die Belegschaft vorhalten. Diese Unternehmen berichteten bereits von Vorerfahrungen mit Eingliederungsfällen. Es bleibt offen, ob Erfahrungen mit längerfristig erkrankten Arbeitnehmern und deren Wiedereingliederung eine höhere Sensibilität für BGF schafft.

<sup>335</sup> X2, Interview 2, Paragraph 44

<sup>336</sup> X4, Interview 17, Paragraph 161

<sup>337</sup> X4, Interview 15, Paragraph 91

<sup>338</sup> Y1, Interview 3, Paragraph 117

<sup>339</sup> X1, Interview 5, Paragraph 54

<sup>340</sup> ebenda, Paragraph 52

## 8.5 Einfluss von Betriebsklima und Vertrauen auf BEM

### 8.5.1 Praktische Bedeutung des Betriebsklimas für BEM

Aus bisherigen Studien kann abgeleitet werden, dass ein gutes Betriebsklima, geprägt von Vertrauen, die Einführung und Umsetzung von BEM fördert und eine Grundvoraussetzung darstellt.

- Welche Bedingungen für wechselseitiges Vertrauen liegen im betrieblichen Kontext vor?
- Welche psychologischen Faktoren führen bei Arbeitgebern und Arbeitnehmern zu einer positiven Einstellung zum BEM?

Die empirische Studie „Gesunde Arbeit für alle“<sup>341</sup> hält als ein Ergebnis fest:

*„Eine solche Unternehmenskultur im Einvernehmen mit dem Betriebs- oder Personalrat, ggf. der Vertrauensperson der Schwerbehinderten, bildet eine solide Vertrauensbasis für die Lösung auch schwieriger personeller Situationen. Notwendig seien dabei Verständnis und Einfühlungsvermögen für leistungsschwächere Beschäftigte.“*<sup>342</sup>

Die Studie von Niehaus (Universität Köln) arbeitete in Experteninterviews ebenfalls heraus, dass die grundlegende Voraussetzung für die Zustimmung betroffener Mitarbeiter zum BEM ein vertrauensvolles Verhältnis zu den Arbeitgebern ist.<sup>343</sup>

Sowohl interviewte Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer bestätigen, dass sie das Betriebsklima für sehr wichtig halten.

*B: „Die Leute zu behalten ist wichtig und ein gutes Betriebsklima zu schaffen und erhalten.“*<sup>344</sup>

*B: „Also im Prinzip funktioniert das wirklich alles nur, wenn ein gutes Betriebsklima herrscht. Und ich denke, damit steht und fällt auch so ein Eingliederungsmanagement.“*<sup>345</sup>

*B: „BEM muss gelebt werden. Dieses Wort BEM einfach nur hinzustellen und dann zu sagen: Wir tragen es auch nach außen und wir machen Reklame dafür, dass wir das machen und wir machen es in unserem Unternehmen auch. Also, da muss schon Vertrauen da sein.“*<sup>346</sup>

BEM muss im Unternehmen „gelebt“ werden, denn nur in einem Unternehmen mit einem guten Betriebsklima lässt sich BEM wirklich umsetzen.

---

<sup>341</sup> vgl. Köpke, 2009

<sup>342</sup> Köpke, 2009, S. 106f

<sup>343</sup> vgl. Niehaus et al., 2008, S. 77

<sup>344</sup> X1, Interview 3 Paragraph 67

<sup>345</sup> X1, Interview 6, Paragraph 102

<sup>346</sup> X2, Interview 9, Paragraph 108

Es reicht nicht aus, wenn BEM als Verfahren durch die Unternehmensleitung eingeführt wird. Die Leitung hat eine Vorbildrolle bei der Umsetzung von BEM. Ihre Glaubwürdigkeit hängt davon ab, ob und wie sie das BEM-Konzept vorlebt.

### 8.5.2 Zusammenhang von Leitungsstil und Betriebsklima

Wie bereits in Kapitel 6.2.4 angesprochen, hat der Führungsstil Einfluss auf das Betriebsklima. Auch in der Studie der Universität Köln zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements wurde bereits auf den korrelativen Zusammenhang zwischen dem „Führungsstil“ und der „Bereitschaft zur Zustimmung zum BEM“ hingewiesen.<sup>347</sup> Daher war es von Bedeutung zu untersuchen, ob der Führungsstil einen Einfluss auf die Einführung von BEM hat.

*B: „Aber es steht und fällt eigentlich alles, vieles mit der Chemie, viele Mitarbeiter lassen sich von Ihr (der Pflegedienstleiterin) anrufen, weil SIE es ist, das ist eine verständnisvolle Frau und da machen sie das.“<sup>348</sup>*

*B: „Aber es spielt immer die Angst mit, wenn ich mich da zu sehr äußere, dann verliere ich möglicherweise meinen Arbeitsplatz, so und das ist genau der Punkt, wenn Mitarbeiter das erkannt haben, dass mein Arbeitgeber das nicht will, sondern der will mir helfen und der bietet auch Hilfestellung an, dann profitiert er gewaltig davon. Mitarbeiterzufriedenheit ist das A und O für einen Dienstleister, so und wenn dann auch noch die Krankheitsausfälle gering gehalten werden, ist das umso besser.“<sup>349</sup>*

*B: „Weil da kann man schon mal Spannungen abbauen und man sieht also wirklich, oder der Mitarbeiter empfindet auch: o.k. hier soll mir geholfen werden. Und nicht anders rum.“<sup>350</sup>*

Der Führungsstil beeinflusst den Grad des Vertrauens der Mitarbeiter in die betrieblichen Leitungspersonen maßgeblich. Angst und Vertrauen schließen einander aus. Ein Führungsstil, der Vertrauen schafft, fördert gleichzeitig auch BEM. Spürt der Arbeitnehmer ehrliche Zuwendung und hat das Gefühl, ihm soll geholfen werden, so kann er sich bereitwilliger auf das BEM einlassen.

### 8.5.3 Betriebsgröße und Vertrauen

Die Größe des Unternehmens hat sicherlich Auswirkungen auf das Betriebsklima. Merkmale von KMU sind kurze Kommunikationswege und flache Hierarchien.

- Fördern diese speziellen Organisationsstrukturen einen vertrauensvollen Umgang der Mitarbeiter untereinander sowie mit der Unternehmensleitung?

<sup>347</sup> vgl. Niehaus et al., 2008, S. 78

<sup>348</sup> X1, Interview 6, Paragraph 110

<sup>349</sup> Y2, Interview 9, Paragraph 67

<sup>350</sup> X4, Interview 14, Paragraph 12

- Welche Besonderheiten von KMU, z. B. die Betriebsgröße, spielen dafür eine Rolle?

*B: „[...] weil viele Mitarbeiter ja jenseits des zehnten Jubiläums sind, gerade in so einem kleinen Unternehmen, kennt man sich dann. Sind alle in Einem, anders als bei einer größeren Einrichtung, dort kennt man sich nicht ganz so gut.“<sup>351</sup>*

KMU sind häufig dadurch gekennzeichnet, dass langfristige persönliche Beziehungen und Bindungen der Mitarbeiter untereinander bestehen. Es existiert ein Zusammengehörigkeitsgefühl, d. h. die Mitarbeiter identifizieren sich mit ihrer Arbeit und fühlen sich füreinander verantwortlich.

Ist das Verhältnis zur Leitung dagegen durch Angst und Misstrauen geprägt, wird es problematisch, Maßnahmen des BEM an die Beschäftigten heranzutragen und zu implementieren. Die Mitarbeiter befürchten Nachteile. Misstrauen zur Leitungsebene führt zu Vorbehalten gegenüber BEM.

*B: „Ich denke, dass die Mitarbeiter eher Vorbehalte hätten. Da sieht es immer sehr komisch aus, wenn der Chef kommt und sagt, ich hätte jetzt eine gute Möglichkeit da für dich was Vernünftiges zu regulieren und dann denken die immer, ich will ihnen eine Kappe drauf setzen, dass sie irgendwie verschwinden oder so.“<sup>352</sup>*

In größeren Unternehmen kann ein möglicherweise mangelndes Vertrauen durch gut funktionierende betriebsinterne Strukturen, die den Arbeitnehmer schützen, ausgeglichen werden. Daher ist die zentrale Rolle gerechtfertigt, die dem Betriebsrat und der Schwerbehindertenvertretung in § 84 Abs. 2 SGB IX zugewiesen wird.

*B: „Und da (in größeren Unternehmen) fällt es natürlich wesentlich leichter. Da sind ja auch ganz andere betriebsinterne Strukturen, die man nutzen kann dafür.“<sup>353</sup>*

#### **8.5.4 Betriebsklima und Kollegenbeziehungen**

Das Betriebsklima wird ebenfalls stark von den Beziehungen der Kollegen untereinander geprägt.<sup>354</sup>

- Inwieweit kann das Verhalten der Kollegen untereinander ein unterstützender Faktor für das Betriebsklima und für BEM sein oder werden?
- Wie wird eine positive Wahrnehmung der Chancen für eine betriebliche Wiedereingliederung erreicht?

<sup>351</sup> X1, Interview 6, Paragraph 93 - 96

<sup>352</sup> X1, Interview 1, Paragraph 66

<sup>353</sup> X4, Interview 14, Paragraph 14

<sup>354</sup> siehe auch Kapitel 6.2

B: „Also es müssen alle Mitarbeiter mitmachen, nur mit Gesetzen wären sie auch aufgeschmissen.“<sup>355</sup>

B: „Ja, also wenn jemand was hat mit dem Rücken und sagt, also ich kann nicht mehr, du musst mir mal helfen, dann ist das kein Problem.“<sup>356</sup>

Das Netzwerk und die sozialen Beziehungen der Kollegen untereinander müssen bei Maßnahmen des BEM berücksichtigt werden.

B: „Wenn das Team das nicht tragen muss, wenn die Person nicht zu einem belastenden Faktor für das Team wird, sondern mitwirkt, wird er akzeptiert, fühlt er sich wohl, ist das Klima gesund. Ist das umgekehrt, dann schaukelt sich da was auf im Untergrund: Unzufriedenheit, Imageprobleme nach draußen.“<sup>357</sup>

Sollte ein Mitarbeiter aus Krankheitsgründen z. B. an einen anderen Arbeitsplatz innerhalb des Unternehmens umgesetzt werden, ist es ratsam, auch die Sozialstrukturen und Interaktionen der Kollegen untereinander zu beachten. Die Arbeitsplatzbeschreibungen allein reichen dafür nicht aus. Wird der Mitarbeiter im neuen Team nicht gut integriert, könnte Unmut oder sogar Mobbing entstehen und der Erfolg des BEM wäre gefährdet.

B: „Ganz sensibel ist auch das Thema, wer mit wem. Man kann immer nur bestimmte Gruppen zusammen arbeiten lassen. Manche die können gar nicht, da geht gar nichts. Die reden dann aber auch nicht drüber. Das kommt dann irgendwann mal, irgendwo zur Sprache, also nur so kurz am Rande. Und dann muss man sich die Leute greifen und mit denen dann reden.“<sup>358</sup>

Wird darauf geachtet, dass die betroffenen Kollegen des langzeiterkrankten Mitarbeiters keine große Mehrbelastung zu tragen haben, kann in der Regel mit deren Unterstützung als fördernder Faktor gerechnet werden. Ein BEM gelingt nur in dem Maße, wie die Kollegen das Konzept auch mittragen.

---

<sup>355</sup> X1, Interview 6, Paragraph 120

<sup>356</sup> X3, Interview 10, Paragraph 105

<sup>357</sup> X4, Interview 16, Paragraph 207

<sup>358</sup> X1, Interview 2, Paragraph 82

## 8.6 Relevanz des Datenschutzes in der Praxis

### 8.6.1 Datenschutz und Vertrauen

Datenschutz steht in engem Zusammenhang mit dem Thema Vertrauen. Dabei hat die Betriebsgröße eine besondere Bedeutung. Auf Grund der flachen Hierarchieebenen und kurzen Kommunikationswege in Kleinst- und kleinen Unternehmen<sup>359</sup> wird die Krankheitsdiagnose oft bekannt.

Da häufig jeder über jeden Bescheid weiß, bleibt dem Vorgesetzten und den Kollegen meist nicht verborgen, woran der Mitarbeiter erkrankt ist.

*„Viele Kleinbetriebe sind durch ein familiäres Milieu geprägt, [...] in denen Familienangehörige gemeinsam arbeiten. Die damit einhergehende Verschmelzung von Arbeit und Privatsphäre führt zu einem hohen Maß an Transparenz unter den MitarbeiterInnen in Bezug auf ihre persönlichen Lebensumstände [...].“<sup>360</sup>*

Mittlere Unternehmen verfügen dagegen über betriebsinterne Strukturen, z. B. Betriebsrat, die den Mangel an persönlichen Beziehungen ausgleichen können.

Kann davon ausgegangen werden, dass sich die in kleineren Unternehmen vorherrschende familiäre Betriebsatmosphäre, förderlich auf das Vertrauensverhältnis zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern auswirkt?

Arbeitgeber von Kleinstunternehmen berichten, dass ihre Mitarbeiter ihnen gegenüber ehrlich erzählen, was ihnen fehlt. Die Firmenleitung führt das auf eine familiäre Arbeitsatmosphäre zurück.

*B1: „Ich habe eher positive Erfahrungen, muss ich jetzt ehrlicherweise sagen, bei Nachfragen, dann auch wenn ich die Kolleginnen noch mal anspreche: ‘Mensch, was war?’ oder ‘Wie kann man helfen’ ja, ‘Was kann man verändern?’. Und dann erzählen sie auch, was dann wirklich war oder ist, weil ich denke, dass das noch ein Stück familiärer ist im Unternehmen.“<sup>361</sup>*

Arbeitgeber sehen häufig im Datenschutz keine größeren Probleme, da sie davon ausgehen, im Rahmen ihrer Fürsorgepflicht nur das Beste für ihre Mitarbeiter zu wollen. Häufig wollen Arbeitgeber die Gründe der Erkrankung wissen, um frühzeitig intervenieren zu können, falls eine Ersatzarbeitskraft gesucht werden muss oder auch um abzuschätzen, welche Auswirkungen sich durch den Ausfall des Mitarbeiters auf die Firma ergeben.

---

<sup>359</sup> vgl. Kriener, 2005, S. 182

<sup>360</sup> ebenda, S. 182

<sup>361</sup> X1, Interview 1, Paragraph 75 - 76

Im Folgenden werden Arbeitnehmer-Sichtweisen betrachtet. Zu einer im Unternehmen eingerichteten oder vorhandenen Vertrauensperson (entweder aus einem Integrations-team oder aus dem Personalamt) geben Arbeitnehmer sehr bereitwillig ihre Krankendaten preis, mit dem Wissen und Vertrauen darauf, dass diese Daten vertraulich behandelt werden. Ihren Kollegen oder der Unternehmensleitung würden sie diese Daten aber nicht mitteilen wollen.

*B: „Also, bei diesem, wenn wir mal beim BEM bleiben mit Frau L, denk ich, geh ich schon recht offen mit um. Ich hab da auch keine Scheu, das zu erzählen. Ansonsten mit anderen Mitarbeitern, sag ich mal, das geht keinen was an. Die Personalabteilung weiß, dass ich krank bin, die wissen auch viel durch Hörensagen, was es denn ist. Aber so generell mach ich das nicht. Und bei Frau L. ist es eben, man sagt es und da weiß man auch, da bleibt es.“<sup>362</sup>*

Besteht für den Arbeitnehmer das Ziel in der Wiedereingliederung an seinem früheren Arbeitsplatz und die berechtigte Hoffnung, dass dieses gelingt, geht er auch gegenüber der Firmenleitung relativ offen und bereitwillig mit seinen Krankendaten um. Der Arbeitnehmer ist in der Lage, sich in die Perspektive seines Vorgesetzten hineinzusetzen und akzeptiert, dass die Daten zur erfolgreichen Eingliederung gebraucht werden. Er setzt Vertrauen in seinen Arbeitgeber.

*B: „Naja gut, ich meine, das sollte so sein, wenn ich so einer Maßnahme oder so etwas unterliege, dass der Unternehmer auch weiß, was hat er denn nun. Das müsste schon so sein, damit habe ich auch keine Probleme.“<sup>363</sup>*

Je mehr Vertrauen die Mitarbeiter also gegenüber der Unternehmensleitung haben können, umso offener gehen sie auch mit ihren Krankheitsdaten um.

### **8.6.2 Datenschutz und Krankheitsdiagnose**

Da der Datenschutz eines *der* zentralen Themen beim BEM ist, ist zu hinterfragen, ob noch weitere wichtige Zusammenhänge vorliegen, die den Umgang mit Daten positiv oder negativ beeinflussen.

- Wovon hängt es noch ab (außer von der Betriebsgröße, wie im vorigen Kapitel dargestellt), ob Arbeitnehmer offen mit ihren Krankendaten umgehen können?

Arbeitgeber sind mitunter erstaunt darüber, wie offen ihre Mitarbeiter über Erkrankungen berichten, auch wenn es sich um sehr schwerwiegende Krankheiten, wie z. B. onkologische Krankheiten, handelt. Dies ist umso mehr der Fall, wenn es sich bei der Mehrzahl der Mitarbeiter um weibliche Beschäftigte handelt.

<sup>362</sup> X2, Interview 9, Paragraph 75

<sup>363</sup> X2, Interview 8, Paragraph 84

*B: „Ich kenne das in der ambulanten Pflege, dass recht offen über Beschwerden [...], und gerade, wir sind ja ein Frauenbetrieb und da ist uns ja keine Krankheit wirklich fremd. Das habe ich persönlich noch nie erlebt, dass da einer zurückhaltend war. Allerdings, wenn es bösartige Erkrankungen waren, da bin ich hier erstaunt, wie offen das diskutiert wird.“<sup>364</sup>*

Rehabilitationsträger machen dagegen, in Abhängigkeit von der Diagnose, häufig eine andere Erfahrung. Betroffene Arbeitnehmer wählen z. B. bei Suchtkrankheiten lieber eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme, um ohne Wissen des Arbeitgebers und der Kollegen professionelle Hilfe in Anspruch nehmen zu können.

*B: „Und die ambulante Rehabilitation ist vielleicht auch insofern ein Angebot, als dass man es nicht unbedingt dem Arbeitgeber verraten muss, dass man nicht weg muss in irgendeine Klinik, was dann auffallen wird, sondern, dass man weiter arbeiten kann. Und dann hier abends herkommt. Das spielt für manche auch eine Rolle, auch dass sie es nicht gern möchten/ an die große Glocke gegangen haben möchte.“<sup>365</sup>*

Die Art der Erkrankung spielt demnach beim Thema Datenschutz eine entscheidende Rolle. Während mit orthopädischen oder auch onkologischen Krankheiten sehr offen umgegangen wird, sind psychosomatische und Sucht-Krankheiten sehr schambesetzt und die Angst des Arbeitnehmers vor Bekanntwerden und damit die Möglichkeit der Stigmatisierung unter Kollegen und vor Verlust des Arbeitsplatzes ist hoch.

*„So erlebt sich der Stigmatisierte auch selbst als defizitär und entwickelt Schamgefühle und andere primär passive Reaktionsvarianten (Versuch, sich der Eigenschaft zu entledigen, sie geheim zu halten, in anderen Rollen zu kompensieren, Selbstmitleid, Flucht in psychosomatische Krankheit).“<sup>366</sup>*

Neben individuellen Persönlichkeitsmerkmalen wirken kontextuale Umweltfaktoren, z. B. Stressoren, wie die zunehmende Arbeitsverdichtung.

### **8.6.3 Datenschutz und Angst vor Kündigung**

Die Angst des Arbeitnehmers vor einer krankheitsbedingten Kündigung führt seinerseits zu einem vorsichtigen, ja evtl. sogar misstrauischen Umgang mit Fragen des Datenschutzes. Es besteht für ihn ein nicht abschätzbares Risiko, was der Arbeitgeber mit den Daten beabsichtigt.

Mitarbeiter von Rehabilitationseinrichtungen erleben diese Angst in ihrer Praxis bei langzeiterkrankten Rehabilitanden.

<sup>364</sup> X1, Interview 6, Paragraph 88-89

<sup>365</sup> Y2, Interview 11, Paragraph 127

<sup>366</sup> Fachlexikon der Sozialen Arbeit, 2002, S. 943

B: „Es waren ja auch große Sorgen, was macht der Arbeitgeber denn damit, spioniert er mich aus, will er mich rausschmeißen, all diese Dinge und dadurch, dass wir die Sozialpartnerschaft gelebt haben hier, sind diese Befürchtungen natürlich nicht ganz weg in den Köpfen, das ist völlig normal beim Menschen.“<sup>367</sup>

Betriebsräte beurteilen das ähnlich.

B: „Es hat jeder erst mal Angst, ich soll ersetzt werden, ich geh raus und diese Angst muss erst mal abgebaut werden: Das ist eben das, was solche neuen Möglichkeiten sterben lässt bevor sie überhaupt greifen können.“<sup>368</sup>

Betriebsärzte klären Arbeitnehmer über das Verfahren des BEM in Form von Beratung auf. Besonders wichtig in diesem Prozess ist, dass der Betroffene den Betriebsarzt als *seine* Vertrauensperson wahrnimmt und nicht als verlängerten Arm des Arbeitgebers.

B: „Das ist es zum Einen, dass man als Arzt missbraucht werden könnte, um die Entlassung vorzubereiten. So nach dem Motto: der Arbeitgeber versucht es jetzt über den Betriebsarzt. Ich werde untauglich geschrieben. Das ist ja immer so, leider noch so ein bisschen das Markenzeichen, was so einem Betriebsarzt im Volksmund so aufgedrückt wird. Hier gehe ich zum TÜV, hier kriege ich meinen Stempel. Und in dem Falle ist es natürlich ganz wichtig, ihn erst mal darauf hinzuweisen, dass der Erhalt im Betrieb das Wichtigste ist und der Betrieb auch nur so ein BEM macht, wenn er bereit ist, diesen Mitarbeiter zu halten, entsprechend seinem Leistungsvermögen.“<sup>369</sup>

Langzeiterkrankte Arbeitnehmer haben deshalb häufig große Angst vor betriebsmedizinischen Untersuchungen, da sie befürchten, dass als Ergebnis eine krankheitsbedingte Kündigung anstehen könnte. Hier ist es wichtig, von Seiten des Arbeitgebers über die Zielstellung des BEM, nämlich Erhalt des Arbeitsplatzes, aufzuklären und diesbezügliche Ängste abzubauen.

#### **8.6.4 Datenschutz und Freiwilligkeit zum BEM**

Zur Umsetzung des BEM ist nach dem rechtlich verpflichtenden Angebot des Arbeitgebers auch die freiwillige Zustimmung des Arbeitnehmers notwendig.

- Wovon hängt es ab, dass sich Arbeitnehmer zur Teilnahme am BEM entscheiden?

Ein nicht unwesentlicher Grund ist hierbei die Wahrung des Datenschutzes bezüglich der Krankheitsdaten. Nur so kann ein Arbeitnehmer auch sicher gehen, dass mit seinen Daten kein Missbrauch erfolgt und er sich durch eine Zustimmung am BEM möglicherweise selbst schadet.

<sup>367</sup> Y2, Interview 9, Paragraph 16

<sup>368</sup> X3, Interview 13, Paragraph 151

<sup>369</sup> X4, Interview 14, Paragraph 100

Vorab kann der Arbeitnehmer diese für ihn noch unkalkulierbare Situation nur durch das Aufbringen von Vertrauen lösen.<sup>370</sup> Eine hundertprozentige Sicherheit, dass das BEM gelingt und der Arbeitsplatz erhalten bleibt, gibt es nicht. Andererseits kann er sich auch bei Nichtteilnahme selbst schaden. In diesem Falle wäre der Arbeitgeber bei einer Kündigungsschutzklage rechtlich insofern abgesichert, als dass er nachweisen kann, seinen gesetzlichen Auftrag erfüllt zu haben. Hier wird sehr deutlich, in welchem (zum Teil stark angstbesetzten) Dilemma sich der Arbeitnehmer befindet. Es besteht somit ein maßgeblicher Zusammenhang zwischen Freiwilligkeit zum BEM, Angst vor Kündigung und Vertrauen gegenüber dem Arbeitgeber.<sup>371</sup>

*B: „Und der Mitarbeiter muss ja dazu auch einwilligen. Und dazu haben wir also auch den Vorschlag eines Formulars erstellt, den wir im Vorfeld dem Arbeitgeber zur Verfügung stellen. Und er kann sich das alles mit anschauen, kann das in seiner Riege da durch sprechen und dann muss der entsprechende Mitarbeiter dazu selbstverständlich einwilligen. Und das macht er schriftlich. Und mit dieser Einwilligung verbinden wir auch immer ein kurzes Beratungsgespräch.“<sup>372</sup>*

Wie hier in diesem Beispiel führen Betriebsärzte eine arbeitsmedizinische Beratung durch. Bestimmte Formulare und schriftliche Einwilligungen führen zu Verbindlichkeit. Sie lassen aber auch die Möglichkeit offen, sich im Vorfeld beraten zu lassen und Hilfe in Anspruch zu nehmen. Damit kann der Arbeitnehmer das Risiko seiner freiwilligen Zustimmung etwas eingrenzen.

## **8.7 Einflussfaktoren auf die Motivation zur betrieblichen Eingliederung**

Die Motivation zum BEM soll hier hauptsächlich aus psychologischer Perspektive beleuchtet werden. Der Einfluss ökonomischer Faktoren auf die Motivation fließt in die Betrachtung der extrinsischen (von außen kommenden) Motivation aber mit ein. Vertiefende Ergebnisse zu ökonomischen Parametern liefert das Kapitel 8.3, welches die Erwartungen an Kosten und Nutzen durch BEM beinhaltet.

Zum Einen stellt sich die Frage:

- Was motiviert Arbeitnehmer, am BEM teilzunehmen?

Interessant ist aber auch, welche Motivation Arbeitgeber oder andere Akteure am BEM haben.

---

<sup>370</sup> siehe auch Kapitel 6

<sup>371</sup> vgl. Niehaus et al., 2008, S. 78

<sup>372</sup> X4, Interview 14, Paragraph 8

In einer Studie der Universität Köln aus dem Jahr 2008<sup>373</sup> wurde die Freiwilligkeit bzw. freiwillige Zustimmung der Betroffenen zum BEM untersucht. Die Grundüberlegung war, dass es für den Betroffenen nur zwei Wahlmöglichkeiten gibt; entweder für oder gegen die Zustimmung zum BEM. Bei etwa einem Viertel aller befragten Arbeitnehmer war die Bereitschaft zur Zustimmung niedrig. Insgesamt bestand also eine mehrheitliche (dreiviertel) neutrale bis positive Haltung der Arbeitnehmer zum BEM. Arbeitgeber schätzten die Zustimmung der Arbeitnehmer deutlich positiver ein, als die Gruppe der Interessenvertreter (Betriebsrat, Personalrat, Schwerbehindertenvertretung). Die Studie untersuchte daraufhin Ursachen für eine fehlende Zustimmung zum BEM, z. B. Ängste der Beschäftigten vor Arbeitsplatzverlust.

Im Abschlussbericht des Projektes EIBE von 2007 („Entwicklung und Integration eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements“) wird die Teilnahmebereitschaft der Adressaten des BEM ausgewertet (Anzahl der Zustimmung in Abhängigkeit von Arbeitsunfähigkeitstagen). Dabei wurden die einzelnen Gründe zur Teilnahmebereitschaft nicht näher differenziert. Es erfolgte eine Einteilung in die beiden Kategorien „Zustimmung“, oder „Ablehnung“ zum BEM-Informationsgespräch. Allerdings findet die Motivation der Beschäftigten als eine Dimension im „Eingliederungsgespräch“ Berücksichtigung, welches Teil des vom Projekt entwickelten strukturierten BEM-Verfahrens ist.<sup>374</sup>

Wurden in der Studie von Niehaus et al.<sup>375</sup> die Faktoren *Freiwilligkeit* und *Zustimmung* und im EIBE Projekt die *Teilnahmebereitschaft* näher untersucht, so geht die hier vorliegende Studie davon aus, dass in der *Motivation* die Gründe für die Zustimmung zum BEM und dessen Unterstützung zu suchen sind. Die Motivation kann innerhalb einer Person liegen (intrinsisch) oder von außen angeregt werden (extrinsisch). Die folgenden Interviewergebnisse zeigen unterschiedlichste Motive für ein BEM auf.

### **8.7.1 Zusammenhang von Motivation und gesundheitsförderlichem Handeln**

Hat die Motivation zu gesundheitsförderlichem Handeln bei Arbeitnehmern oder Arbeitgebern Auswirkungen auf die Motivation zum BEM und wenn ja welche?

Betriebliche Gesundheitsförderung und BEM stehen in engem Zusammenhang und können nicht losgelöst voneinander betrachtet werden. Infolgedessen ist zu fragen, ob die Motivation zu gesundheitsförderlichem Handeln bei Arbeitnehmern und Arbeitgebern Auswirkungen auf die Motivation zum BEM hat.

<sup>373</sup> vgl. Niehaus et al., 2008, S. 69ff

<sup>374</sup> vgl. Eggerer/Kaiser, 2007, S. 49

<sup>375</sup> siehe Niehaus et al., 2008, S. 69ff

Die Bereitschaft zum BEM korreliert mit der Motivation zu Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung.<sup>376</sup> Arbeitgeber erwarten von ihren Mitarbeitern, dass diese sich aktiv um den Erhalt und die Verbesserung ihrer Gesundheit bemühen, um ihre Arbeitskraft langfristig auf hohem Niveau stabil zu halten. Sie können es nicht verstehen, warum die von ihnen initiierten gesundheitsrelevanten Angebote von Arbeitnehmerseite nicht ausreichend angenommen und genutzt werden.

*B: „Ich habe das so ziemlich schwerwiegend bei jüngeren Kolleginnen, die über die betriebliche Vorsorge, die wir mit der Krankenkasse und auch mit Ihnen hier mit der Hochschule machen, teilweise nicht teilgenommen haben an Rückenschulen oder irgendwelchen ausgleichenden Sachen.“<sup>377</sup>*

Der Arbeitgeber erwartet von seinen Beschäftigten auch, dass sie private Freizeit für derartige Maßnahmen investieren. In der Praxis würden sich Unternehmer von KMU dabei mehr Engagement und Motivation ihrer Mitarbeiter im Bereich der Gesundheitsprävention wünschen.

*B: „Ja, das Erstaunliche war eigentlich, dass ich mir für meine Kolleginnen gewünscht hätte, dass mehr daran teilnehmen würden. Die Krankenkasse, hat ja den Kolleginnen, weil die meisten Frauen ja im Schichtsystem arbeiten, also Früh- und Spätschicht, Zeiten eingeräumt, die Ihnen nicht unbedingt mehr Wege beschert hätten [...] Von den 35 haben sich 17 oder 18 eingetragen, übrig geblieben sind nachher 10, die es dann wirklich für ihre Gesundheit durchgearbeitet haben.“<sup>378</sup>*

Arbeitnehmer scheinen nicht immer dazu bereit oder in der Lage zu sein, außerhalb der Arbeitszeit ihre Freizeit dafür zu nutzen, um an präventiven Maßnahmen teilzunehmen. Hier muss kritisch angemerkt werden, dass die Interviews eine relativ einseitige Sichtweise der Arbeitgeber abbilden. Unberücksichtigt bleiben Probleme der Vereinbarkeit zwischen Familie und Beruf, vor allem bei weiblichen Beschäftigten.

*B: „Also es kommt auch immer darauf an, wie weit sie sich selbst bewegen müssen oder auch selbst was dafür tun müssen. Ja, wenn es dann an irgendwelche Freizeiten geht, dann sieht es nachher schon anders aus.“<sup>379</sup>*

Aus der fehlenden Fähigkeit oder Motivation von Arbeitnehmern für Betriebliche Gesundheitsförderung (außerhalb der Arbeitszeit) schließen Arbeitgeber auf deren fehlende Motivation zum BEM. Arbeitgeber gehen davon aus, dass die Motivation ihrer Mitarbeiter zum BEM ebenfalls davon abhängt, ob und wie viel persönliche Freizeit sie investieren müssten.

---

<sup>376</sup> siehe Kapitel auch 8.4.3

<sup>377</sup> X1, Interview 1, Paragraph 10

<sup>378</sup> X1, Interview 1, Paragraph 34 - 35

<sup>379</sup> ebenda, Paragraph 73 - 75

*B: „Nein, sondern dass ich ihnen irgendwas überhalsen will, zeitmäßig. Dass sie sozusagen noch mehr beansprucht sind.“<sup>380</sup>*

Grundsätzlich kann man aber erkennen, dass sich diejenigen Unternehmen, die sich bereits für Betriebliche Gesundheitsförderung engagieren, auch vermehrt Interesse an Fragen des BEM zeigen. Die Botschaft der Arbeitgeber könnte lauten "Ich bin aufgeschlossen gegenüber BEM, da ich bereits an BGF teilgenommen habe". Möglicherweise ist damit der Wunsch nach einer gesundheitsbewussten Außenwirkung des Unternehmens (Image) verknüpft. Ob sich die Motivation auf diese kurze Formel „Je offener für BGF, desto offener für BEM“ reduzieren lässt, ist nicht gesichert. Besonders die Sichtweise der Arbeitnehmer müsste hier deutlich mehr erfragt werden.

### **8.7.2 Motivation und Sicherheitsbedürfnisse**

Bestimmte Motive (Bedürfnisse) steuern das menschliche Handeln. Sicherheitsbedürfnisse sind primäre Bedürfnisse und wichtiger als sogenannte Wachstumsbedürfnisse, die der Entfaltung der Persönlichkeit dienen.<sup>381</sup> Der Erhalt des bisherigen Arbeitsplatzes bedeutet existenzielle Sicherheit für den Arbeitnehmer und ist deshalb ein starkes (extrinsisches) Motiv zur Mitwirkung am BEM.

Die Aussicht auf Erhalt des (alten) Arbeitsplatzes kann eine ausreichend große (intrinsische) Motivationsquelle des Arbeitnehmers zur Mitwirkung beim BEM sein.

- Was motiviert Arbeitnehmer zur eigenen Wiedereingliederung und Mitwirkung am BEM?
- Welche Faktoren wirken fördernd auf die Realisierung des BEM bei den handelnden Personen?

Betriebsratsmitglieder erleben den Wunsch der Betroffenen, am alten Arbeitsplatz wiedereingegliedert zu werden. Sie bringen Verständnis auf, da sie sich selbst in der Rolle von Arbeitnehmern befinden.

*B: "Ja, jeder möchte doch wieder an seinen Arbeitsplatz, wo er gearbeitet hat und jahrelang gearbeitet hat.“<sup>382</sup>*

Eine wesentliche Motivationsquelle zur Teilnahme oder Nicht-Teilnahme an Maßnahmen des BEM (z. B. stufenweise Wiedereingliederung) ist die finanzielle Situation des Arbeitnehmers.

---

<sup>380</sup> X1, Interview1, Paragraphen 67 - 69, 71 - 72

<sup>381</sup> siehe auch Kapitel 6.4

<sup>382</sup> X3, Interview 10, Paragraph 131

B: „Viel mehr würde ich dann aber auch nicht machen wegen des Geldes. Man geht arbeiten und kriegt nur das Krankengeld.“<sup>383</sup>

B: „Für die ist es schon schwer da noch irgendetwas Positives raus zuziehen, weil die wirklich dann in so ein finanzielles Loch fallen irgendwann.“<sup>384</sup>

B: „Die (Arbeitnehmer) haben es auch wirklich befürwortet und haben selber gesagt, es war gut so, dass sie es (stufenweise Wiedereingliederung) gemacht haben, Geld hin oder her. Falls es noch nicht funktioniert, kann man es auch abrechnen und wir müssen es irgendwann noch mal neu starten.“<sup>385</sup>

Oft sehen Arbeitnehmer ein, dass Maßnahmen der Eingliederung nach einer längeren Krankheitszeit sinnvoll sind. Die finanziellen Einschränkungen, die sich daraus für Arbeitnehmer ergeben, auf Grund von Kranken- oder Übergangsgeld, müssen sich jedoch in einem begrenzten Rahmen halten. Sonst, so befürchtet es die Arbeitgeberseite, kann die Motivation am BEM bei den Betroffenen zum Erliegen kommen.

B: „Vorbehalte waren jetzt höchstens, dass man arbeiten geht, und dann wenn man keinen Lohn bekommt, irgendwann die Motivation nicht mehr so ganz da war.“<sup>386</sup>

Auch betriebliche Interessenvertreter sehen in finanziellen Einschränkungen einen hemmenden Faktor.

B: „Die Krankenkasse, Arbeitgeber, Betriebsarzt können sich einig sein, aber der Beschäftigte sagt: 'Bin doch nicht blöd, ich kann für das gleiche Geld zu Hause bleiben, warum soll ich denn da jetzt arbeiten gehen. Das kann ich dann machen, wenn ich wieder fit bin'.“<sup>387</sup>

In einer strukturschwachen Region bei einer hohen Arbeitslosenquote (häufig existiert nur ein Allein-Verdiener in den Familien) ist es von existenzieller Bedeutung, ob der Arbeitnehmer lange im niedrigen Krankengeld- oder Übergangsgeldbezug bleibt. Er hat deshalb ein großes Interesse daran, wieder den vollen Lohn zu erhalten.

B: „Der (Arbeitnehmer) reduziert doch seine Arbeitszeit nicht, weil dann kriegt er ja weniger Geld, das sieht er ja auch nicht ein. Ja das ist ja dann auch ein Problem, ich meine, und machen wir uns nichts vor. In vielen Familien sind die Frauen Alleinverdiener, die sind auf das Geld angewiesen.“<sup>388</sup>

Zu beachten ist, dass bei diesen Interviewziten kein Arbeitnehmer selbst zu Wort kam, sondern die Perspektive Dritter (nämlich Arbeitgeber, betriebliche Interessenvertreter und Sozialleistungsträger) auf Arbeitnehmer sichtbar wird.

<sup>383</sup> X1, Interview 6, Paragraph 90

<sup>384</sup> Y1, Interview 2, Paragraph 152

<sup>385</sup> X1, Interview 6, Paragraph 90

<sup>386</sup> ebenda, Paragraph 97

<sup>387</sup> X4, Interview 15, Paragraph 12

<sup>388</sup> X1, Interview 6, Paragraph 149

Ein Defizit dieser Studie liegt darin, dass zu wenig erkrankte Arbeitnehmer befragt werden konnten, was sich aus Problemen bei der Gewinnung von Arbeitnehmern als Interviewpartner erklärt. Hier liegt künftig weiterer Forschungsbedarf, um die Sichtweise der Arbeitnehmer deutlicher herauszuarbeiten.

### 8.7.3 Motivation versus Angst

Angst vor Arbeitsplatzverlust ist ein stark hemmender Faktor, der die Motivation zum BEM senkt oder verhindert.<sup>389</sup> Die Frage die sich daraus ableitet ist, wie wirken Motivation und Angst im Zusammenspiel auf die Durchführung des BEM. Es ist ein wichtiger Gegenstand der Forschungsfrage, welches die hemmenden Faktoren Prozess des Wiedereingliederns sein könnten.

Langzeiterkrankte Arbeitnehmer haben häufig Angst vor einer arbeitsmedizinischen Untersuchung, da sie befürchten „ausgemustert“ zu werden und den Grund einer krankheitsbedingten Kündigung zu liefern. Ein möglicher Ausweg liegt für sie dann im Vermeidungsverhalten, indem sie versuchen diese Untersuchung zu umgehen.

*B: „Vorbehalte der Mitarbeiter bestehen, wenn sie zum Arbeitsmediziner gehen sollen. In einem aktuellen Fall (bei dem ausnahmsweise eine Kündigung ausgesprochen werden musste) wurde dem Arbeitnehmer nahe gelegt, zum Betriebsarzt zu gehen. Das hat der Arbeitnehmer jedoch nicht gemacht. Die Prognose war negativ, der Arbeitnehmer war schon seit ca. 2 Jahren krank, es gab keine Möglichkeiten mehr, ihn in einer Festanstellung zu behalten. Gelegentlich bekommt er noch kleinere Aufträge auf Honorarbasis, jedoch ist keine dauerhafte Festanstellung auf Grund der gesundheitlichen Probleme möglich.“<sup>390</sup>*

Rehabilitationsanbieter berichten davon, dass erkrankte Arbeitnehmer zu früh an den alten Arbeitsplatz zurückkehren wollen oder sogar Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation entgegen dem ärztlichen Rat verkürzen (keine Verlängerung einer stationären Rehabilitationsleistung).

*B: „Es kommt vor, eher auch auf Patientenwunsch, die häufig früher wieder beginnen wollen. Ärztlicherseits, denke ich, nicht unbedingt gewollt.“<sup>391</sup>*

Auch die Angst vor Arbeitsplatzverlust und sozialer Isolation spielt hier eine Rolle. Die nachteilige Bedeutung von Präsentismus ist hier einzuordnen.

*B: „Ja, na klar. Ich denke das ist ja der Oberpunkt bei der ganzen Geschichte. Wenn die keine Angst haben müssten, dann wäre es wahrscheinlich alles sehr zieloffener. Wenn sie die Sicherheit hätten, bis zum Ende weiterbeschäftigt zu werden. Wenn es nur darum gehen würde, sinnvoll weiter zu arbeiten, dann glaube ich, wäre es auch was anderes. Ja, da haben sie*

<sup>389</sup> vgl. Niehaus et al., 2008, S. 78

<sup>390</sup> X1, Interview 3, Paragraph 57 - 59

<sup>391</sup> Y2, Interview 12, Paragraph 48

*Recht. Ich denke es ist Arbeitsplatzangst. Das ist der Knackpunkt.*<sup>392</sup>

Für eine Mitwirkung am BEM ist die Kenntnis über die krankheitsbedingten Einschränkungen des betroffenen Arbeitnehmers notwendig. Arbeitgeber beziehen gern Betriebsärzte bzw. Arbeitsmediziner ein und erhoffen sich dadurch, endlich zu erfahren, was ihrem Mitarbeiter fehlt, wie lange dieser ca. noch ausfallen wird und ob evtl. ein Arbeitskraft-Ersatz organisiert werden muss.

#### **8.7.4 Motivation und Unternehmenskultur**

Leistungsanbieter berichten, dass es sich sehr motivierend auf langzeiterkrankte Betroffene auswirkt, wenn deren Arbeitgeber und Mitarbeiter bereits Kontakt zu ihnen aufnehmen, während sie sich noch in stationärer Rehabilitation befinden.

*B: „Das merken Mitarbeiter auch, die sind also froh, wenn man anruft bei längerer Krankheit oder schon sagt, also wir warten auf dich, was können wir für dich tun in der Zwischenzeit und so. Da passiert schon etwas, was mit Zufriedenheit endet.“*<sup>393</sup>

Dementsprechend interessant war es zu untersuchen, wie sich die Unternehmenskultur auf die Motivation von Arbeitnehmern und Mitarbeitern zur Teilnahme am BEM auswirkt. Eine wertschätzende Unternehmenskultur fördert die Bereitschaft zum BEM. Arbeitnehmer fühlen sich in diesem Prozess eher passiv und erleben sich entweder als (unerwünschter/gebrauchter) Spielball oder erleben Mitleid.

*B: „Naja, einfach du wirst umher geschubst, geh mal da hin, geh mal da hin, geh heute mal da hin. Das war ja in der Zeit so, dann war ich ein paar Tage da, denn wieder da.“*<sup>394</sup>

*B: „Ja, so habe ich das auch im Gefühl. Leider, ich täte ja noch arbeiten wollen, aber wenn man dann merkt, naja entlassen wollen wir ihn nicht, können wir nicht, dann wirst du durchgeschoben.“*<sup>395</sup>

Motivierend für BEM wirkt sich aus, wenn ein Arbeitnehmer weiß, dass sich jemand um ihn kümmert und dass ein echtes Interesse von Seiten der Leitung besteht.<sup>396</sup> Echte Wertschätzung, Fürsorge und Interesse am Arbeitnehmer sind fördernde Faktoren für BEM. Dagegen entstehen Motivationsverluste bei Arbeitnehmern durch fehlende Wertschätzung.

<sup>392</sup> Y1, Interview3, Paragraph 89 - 91

<sup>393</sup> Y2, Interview 9, Paragraph 36

<sup>394</sup> X2, Interview 8, Paragraph 127

<sup>395</sup> X2, Interview 8, Paragraph 125

<sup>396</sup> vgl. BGW, 2006, S. 13f

### 8.7.5 Motivation und Zeitfaktor

Der Zeitraum zwischen aufgetretener Erkrankung und beruflicher Eingliederung könnte einen Einfluss auf die Motivation und Mitwirkungsbereitschaft des Arbeitnehmers haben. Daher ist zu betrachten, ob sich die Dauer des Eingliederungsprozesses auf die Motivation des Arbeitnehmers zum BEM auswirkt.

Die Erfahrungen der Sozialleistungsträger zeigen, dass die Länge des Bearbeitungszeitraumes von Anträgen auf Eingliederungsmaßnahmen, ein Absinken der Motivation des Arbeitnehmers zur Folge haben kann.

*B: „Ja, weil je länger jemand auch raus ist, das ist ja auch meistens nicht gut so für die Betroffenen. Nach vielleicht acht oder zehn Wochen sind sie noch motiviert, dann kommt erstmal der Reha-Antrag, das dauert 5, 6 Wochen bis der Bescheid kommt, dann müssen sie zum Teil auf eine psychosomatische Reha 3, 4 Monate warten, dann kommen sie erst zu einer medizinischen Reha. Bis dahin passiert sehr wenig, so die sitzen den ganzen Tag zu Hause, den fällt die Decke auf den Kopf und da geht so viel verloren.“<sup>397</sup>*

### 8.7.6 Motivation und Bereitschaft zur Veränderung

Die Motivation des Arbeitnehmers am BEM kann darin liegen, die Chance zu einem beruflichen Neuanfang zu erhalten. Oft kämpfen Arbeitnehmer bei den Behörden um diese Möglichkeit.

- Wie wirkt sich die Angst vor Veränderung im Kontext der beruflichen Eingliederung aus?

*B: „Ich hab immer wieder nachgefragt und nachgehakt und hab mich nicht mit Dingen einverstanden gegeben, die dann dazu gekommen sind. Hab auch schon mal Widerspruch eingelegt. Also, auch drum gekämpft. Also, zu Hause bleiben, ich sag mal: Ich bin noch ein bisschen zu jung, also, ich würd' ja am Rad drehen. Das war keine Alternative für mich. Ja, und dann treibt man das selbst voran. Dann steht man anders hinter.“<sup>398</sup>*

Leistungsträger gehen davon aus, dass die Motivation zur beruflichen Veränderung vom Alter des erkrankten Arbeitnehmers abhängig ist. Je jünger ein Mitarbeiter ist, umso mehr Engagement zeigt er für berufliche Veränderungen, da er noch relativ flexibel und wenig angstbesetzt mit Veränderungen umgehen kann.

<sup>397</sup> Y1, Interview 2, Paragraph 83

<sup>398</sup> X2, Interview 9, Paragraph 91

*B: „Die Jüngeren betrachten es auch wirklich als Herausforderung. Sie sind dann auch dankbar und sagen, Mensch der Rentenversicherungsträger hat mir die und die Leistung vorbereitet, hat mich hier und hier hin begleitet und da sehe ich jetzt eine Chance mich zu verwirklichen. Ich nutze die Chance.“<sup>399</sup>*

Je älter ein Beschäftigter ist, umso mehr Ängste vor Veränderung treten auf und umso weniger trauen sie sich selbst einen Neuanfang zu.

*B: „Die trauen sich einfach auch nicht zu, noch mal unbedingt auf die Schulbank zu gehen oder was ganz anderes lernen oder sei es nur der Umgang mit dem Computer, nur der Umgang dem Computer in Anführungsstrichen.“<sup>400</sup>*

Die Angst vor der Veränderung impliziert gleichzeitig eine Überforderung des Betroffenen. Seine Copingstrategien (Bewältigungsmuster) zum Umgang mit der neuen Situation reichen nicht aus.<sup>401</sup>

Arbeitsmediziner berichten, dass sie versuchen diese Ängste abzubauen, indem sie den Betroffenen beratend zur Seite stehen und mit Ihnen gemeinsam Handlungsperspektiven und Zukunftsvorstellungen entwickeln.

*B: „Und das ist wirklich ganz wichtig, dass der Mitarbeiter wirklich mit arbeitet indem er da wirklich für sich auch sieht, welche Einsatzmöglichkeiten habe ich im Betrieb. Was ist für mich sowieso das A und O. Der Mitarbeiter verlässt nie die Sprechstunde, ohne/bevor er nicht selber geäußert hat/ in der Regel ist das sogar der Einstieg: „Haben sie sich selber schon einmal Gedanken gemacht, in welcher Form sie einen Einsatz im Betrieb für sich sehen?“<sup>402</sup>*

*B1: „Also es hängt ganz viel damit zusammen, dass man die Leute öffnen muss für diesen Prozess und...“ B2: „...auch die Bereitschaft, sich zu verändern haben muss, bei den Leuten.“(Y1, Interview 3, Paragraph 64)*

Die Angst vor Veränderung zählt deshalb zu den hemmenden Faktoren im Eingliederungsmanagement.

### **8.7.7 Motivation und Kommunikation**

Gute Kommunikation schafft Vertrauen und ist ein fördernder Faktor für BEM.<sup>403</sup> Gelingene Kommunikation zwischen erkrankten Arbeitnehmern und den anderen Akteuren wirkt sich positiv und motivierend auf das BEM-Verfahren aus.

- Wie wirkt sich die Qualität der Kommunikationsprozesse auf das BEM-Verfahren aus?

<sup>399</sup> Y1, Interview 1, Paragraph 149

<sup>400</sup> Y1, Interview 2, Paragraph 53

<sup>401</sup> siehe auch Kapitel 6.3.2

<sup>402</sup> X4, Interview 14, Paragraph 12

<sup>403</sup> vgl. Köpke, 2009, S.107f

B: „Ich sag mal, das, was wir bis jetzt erlebt haben oder ich jetzt so, kann ich schon sagen dass die Mitarbeiter, wir mit ihnen und sie mit uns gesprochen haben, dass eigentlich für beide Seiten, denk ich mal, eine gute Lösung gefunden haben.“<sup>404</sup>

B: „Einen Betriebsrat oder eine Schwerbehindertenvertretung gibt es nicht. Wenn Probleme mit längerer Erkrankung auftreten, dann setzen sich alle gemeinsam an einen Tisch (Personalleiter, Bereichsleiter, Arbeitnehmer und evtl. Geschäftsleitung) um zu besprechen, woran es liegt und was man tun kann, wie derjenige wieder eingegliedert werden kann.“<sup>405</sup>

Leistungsträger messen der betrieblichen Informationspolitik bei Einführung des BEM eine maßgebliche Bedeutung zu.

B: „Also ich denke, dass die Schwierigkeit wird dann da sein, wenn nicht vorher offen über diesen Prozess informiert wurde. Also insofern sagen wir, zur Einführung BEM gehört auch eine Information an die Beschäftigten, gleichermaßen. Eine offene Darlegung der Verfahrensweise.“<sup>406</sup>

Darüber hinaus gehen Leistungsträger davon aus, dass es bereits Betriebe gibt, die Maßnahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements durchführen, ohne sich dessen richtig bewusst zu sein. Diese Unternehmen müssten nur ihre Dokumentation erweitern.

B: „Wo eben Betriebe mit einer guten Unternehmenskultur im Umgang miteinander, die haben letztlich ihr BEM, ohne dass sie's wussten. Da spricht man eben miteinander, da hilft man einem Kollegen und ruft da mal eben, weil man vielleicht besser mit Kostenträgern umgeht, mit Krankenkassen, Pflegekassen zu verhandeln und die wissen, wie man mit denen spricht, wie man mit denen umgehen muss, da hilft man dann eben, wenn man Mitarbeiter hat. Und dann haben die [...], genau, das haben einige so eigentlich ganz verduzt festgestellt, dass sie's nur noch ein bisschen besser dokumentieren müssen und dann haben sie eigentlich ihr BEM schon seit langer Zeit, bevor Vater Staat das überhaupt erfunden hat.“<sup>407</sup>

Fehlende Kommunikation führt zu Missverständnissen. Fühlt sich der Arbeitnehmer von der Leitungsebene nicht in seinen Bedürfnissen verstanden und ernst genommen, kann das zu einem gravierenden Vertrauensverlust führen.

B: „Ich war ja auch motiviert und auch guter Dinge und auch noch gut drauf eingestellt und wollte es so angreifen, obwohl der Rententräger mir abgeraten hat von diesem Job, ich würde gegen meine Gesundheit arbeiten. Das habe ich mittlerweile auch selber rausgefunden.“<sup>408</sup>

Der Arbeitnehmer im vorigen Beispiel war frustriert, da die Empfehlungen des Rentenversicherungsträgers im Hinblick auf die Eingliederung unberücksichtigt blieben.

<sup>404</sup> X1, Interview 6, Paragraph 93

<sup>405</sup> X1, Interview 3, Paragraph 35

<sup>406</sup> Y1, Interview 3, Paragraph 62

<sup>407</sup> Y1, Interview 5, Paragraph 18 - 19

<sup>408</sup> X2, Interview 8, Paragraph 45

Die erlebte Enttäuschung führte zu Motivationsverlust.

*B: „Beim nächsten Mal würde ich auch wieder ganz anders an die Sache heran gehen und nicht so wie ich das erfahren habe, dass ich dann geknickt bin nachher. Das man was ausgesucht hat für mich, wo ich das Gefühl hatte, da ist was faul. So kann es doch nicht gehen, versuche es auch anzusprechen beim Produktionsleiter.“<sup>409</sup>*

Liegen größere Kommunikationsprobleme oder Informationsdefizite der Akteure vor, kann BEM nicht gelingen.

### **8.7.8 Motivation und Erfolgserlebnisse**

Erfolgreiche BEM-Fälle motivieren für künftige Fälle. Betroffene Erkrankte entwickeln Vertrauen in den Arbeitgeber nach gelungenen Maßnahmen.

*B: „Dieses Wiedereingliedern, wo man dann auch anders anfängt, nicht gleich voll. Also, wenn man das alles mal durch hat, dann weiß man auch, das ist ein Betrieb, der mich nicht unbedingt loswerden will.“<sup>410</sup>*

Wurde in einem KMU bereits ein Beschäftigter erfolgreich wieder eingegliedert, kann das eine nachfolgende Reaktion bei anderen Beschäftigten auslösen, die zu einem Vertrauensvorschuss führt. Erfolgreiche Eingliederungen wirken als motivierende positive Verstärker. In pädagogischen und psychologischen Zusammenhängen wird vermehrt mit positiven Verstärkern gearbeitet, um Ziele zu erreichen. Diese Erkenntnis kann auch für BEM nutzbar gemacht werden. Positive Verstärker (Erfolgserlebnisse, Belohnungen) führen demnach besser zum Erfolg als negative Verstärker (Bestrafungen).<sup>411</sup>

## **8.8 Probleme bei der Umsetzung**

### **8.8.1 Verhalten des Arbeitgebers**

Die Implementierung von BEM ist abhängig von der Einstellung der Unternehmensleitung, deren Informationspolitik und Transparenz, sowie einer vertrauensvollen Unternehmenskultur.<sup>412</sup> Sowohl ökonomische als auch psychologische Faktoren spielen dabei eine Rolle.<sup>413</sup>

---

<sup>409</sup> ebenda, Paragraph 74

<sup>410</sup> X2, Interview 9, Paragraph 203

<sup>411</sup> siehe auch Kapitel 8.9.1/8.9.2

<sup>412</sup> vgl. Niehaus et al., 2008, S. 81

<sup>413</sup> siehe auch Kapitel 6

- Was könnte Arbeitgeber daran hindern, BEM zu unterstützen?

Einer der entscheidenden Faktoren zur erfolgreichen Implementierung und Durchführung eines BEM ist aus Sicht von Rehabilitationsanbietern und Sozialleistungsträgern die Einstellung der Unternehmensleitung zu diesem Thema.

*B: „Und wenn der Arbeitgeber partout nicht will und denjenigen auch nicht unbedingt unterstützen möchte, dann hat man da wenig Chancen.“<sup>414</sup>*

*B: „Man kann natürlich sagen, o.k. versuch mal reine Individualprävention, aber diese Zustandsanalyse, die setzt im Prinzip am ganzen Betrieb an und da muss der Chef mitmachen.“<sup>415</sup>*

*B: „Dass man sich wirklich auch nicht nur überlegt, wie kann ich Arbeitsabläufe verbessern für den Kunden im Interesse, dass mein Unternehmen profitabler wird, sondern eben auch im Interesse der Mitarbeitergesundheit. Das Letztere fällt dann doch schon mal eher untern Tisch. Hängt dann eben von den Betriebsinhabern wieder ab, das ist der Dreh- und Angelpunkt.“<sup>416</sup>*

Führungskräfte kleinerer und mittlerer Unternehmen stehen heute unter einem enormen Existenzdruck (Zeitdruck und finanzieller Druck). Da sie mit der Einführung von BEM einen zeitlichen und finanziellen Mehraufwand erwarten, stehen sie diesem Thema eher zwiespaltig gegenüber. Hemmende Faktoren sind betrieblicher Stress und Arbeitsverdichtung in Folge des verschärften Wettbewerbs.<sup>417</sup>

*B: „Die Wirtschaftslage ist schlecht. Und das letzte, um was sich der Chef da kümmern wird oder auch jemanden abstellen wird, ist die Etablierung eines BEMs. Die müssen überleben, die müssen Aufträge ran holen. Und so lange das nicht irgendwie richtig weh tut denen, machen die das nicht.“<sup>418</sup>*

*B: „Da möchte ich einen Satz vorweg stellen, den mir ein Arbeitgeber mal gesagt hat, wo's um die Weiterbeschäftigung eines schwerbehinderten Mitarbeiters ging. Der hat mir gesagt, Und wenn Sie mir 100 Prozent Förderung anbieten, ich kann ihn nicht weiter beschäftigen. Und ich glaube, das geht vielen so und das ist sicherlich die Aussage eines Arbeitgebers, aber das widerspiegelt so ein bisschen den Tenor, den wir hören. Die wirtschaftliche Situation zwingt Arbeitgeber zur Beschäftigung von leistungsfähigen, flexibel einsetzbaren Mitarbeitern. Wenn sie denn eine Behinderung haben, ist das an sich nicht das Problem, soweit sie eben weitgehend belastbar sind.“<sup>419</sup>*

Arbeitgeber befürchten entstehende Unruhe in der Mitarbeiterschaft, wenn einzelne Kollegen durch Maßnahmen des BEM scheinbar privilegiert werden (z. B. nicht mehr im Schichtdienst arbeiten zu müssen).

<sup>414</sup> Y2, Interview 13, Paragraph 238

<sup>415</sup> Y1, Interview 6, Paragraph 41 - 42

<sup>416</sup> Y1, Interview 5, Paragraph 66-67

<sup>417</sup> vgl. Köpke, 2009, S. 108

<sup>418</sup> Y1, Interview 5, Paragraph 24 - 25

<sup>419</sup> Y2, Interview 14, Paragraph 52

Angstbesetzt bei Arbeitgebern ist die Auseinandersetzung mit dem Thema „Einstellung von Schwerbehinderten“.

*B: „Dass Arbeitgeber sich scheuen, es ist ja für alle Mitarbeiter gedacht, aber es wird eben gedanklich viel mit den Schwerbehinderten an sich in Verbindung gebracht und dass Arbeitgeber sich scheuen, im Betrieb für schwerbehinderte Mitarbeiter irgendwelche Sonderregelungen zu machen, um die dann folgende oder die befürchtete Unruhe in der Belegschaft ja oder Angst vor dieser Unruhe haben, die das in der Belegschaft auslöst, wenn man zum Beispiel im Rahmen von Betrieblichem Eingliederungsmanagement für die betroffene Zielgruppe Regelungen erarbeitet, die ja von der Belegschaft abweichen, und wenn es eben Präferenzzeiten sind, also was die Schichten angeht, oder was die Pausenregelung angeht, all diese Dinge, die wir mitunter in so einem Rahmen erarbeiten. Der Arbeitgeber sieht immer das, wie es sich für den Rest der Belegschaft auswirkt und da sind ganz viel Vorbehalte.“<sup>420</sup>*

Von zentraler Bedeutung für Arbeitgeber ist die Funktionsfähigkeit, Einsetzbarkeit und Belastbarkeit des einzelnen Mitarbeiters. Ein neuer, gesunder Mitarbeiter wird deshalb oft als rentabler eingeschätzt, als die Wiedereingliederung eines langzeiterkrankten Mitarbeiters.

*B: „Ja, beim Arbeitgeber denke ich, ist es so, dass: Naja, das wird ja sowieso nix. Der war jetzt solange krank und ob wir uns da jetzt Mühe geben oder nicht. Da nehmen wir uns leider einen Neuen, das kostet uns weniger. Ich denke, es ist kurzsichtig.“<sup>421</sup>*

*B: „Da war sogar der Geschäftsführer und für den war eine Arbeitnehmerin ein Ersatzteil. Auch so in der Wahrnehmung. Und dann in solchen Betrieben, die haben dann so brav vielleicht pro forma ihr BEM, aber das wird da nicht gelebt.“<sup>422</sup>*

Die ökonomischen Faktoren stehen auf Arbeitgeberseite insgesamt klar im Vordergrund. Darin liegen vor allem die Ursachen für eine mangelnde Befürwortung des BEM bei Arbeitgebern kleinerer Unternehmen. Es ist die Überzeugung „BEM rechnet sich nicht.“ Diese Überzeugung kann nur mit einer individuellen Kosten-Nutzen-Analyse für das einzelne Unternehmen aufgebrochen werden.

---

<sup>420</sup> ebenda, Paragraph 64

<sup>421</sup> Y2, Interview 13, Paragraph 106

<sup>422</sup> Y1, Interview 5, Paragraph 32

## 8.8.2 Verhalten der Beschäftigten

Das BEM ist für Arbeitnehmer freiwillig. Wenn die Freiwilligkeit nicht hervor gehoben wird, keine Aufklärung zum Thema BEM erfolgt und arbeitsrechtliche Konsequenzen nicht ausgeschlossen werden, so verweigern möglicherweise Arbeitnehmer die Teilnahme am Verfahren.<sup>423</sup>

- Was könnte Arbeitnehmer hindern ins BEM einzuwilligen?

Darüber hinaus sind Transparenz des Verfahrens und Kommunikation mit dem erkrankten Mitarbeiter essentiell. Ein „Diktat von oben“ wirkt sich hemmend auf die Motivation und das Wohlbefinden des erkrankten Mitarbeiters aus. Die Mitarbeiter fühlen sich nicht ernst genommen und der Wiedereingliederungsversuch kann dadurch scheitern, weil die Mitarbeit des Arbeitnehmers im BEM-Prozess gefährdet ist. Eine Umsetzung auf einen neuen Arbeitsplatz wird nicht als Chance gesehen, sondern eher misstrauisch betrachtet. In Kapitel 8.6.7 wurde bereits das Thema Vertrauen als essentieller Faktor beim BEM beschrieben.

*B: „Würde ich auch wieder ganz anders, sage ich mal, an die Sache heran gehen und nicht so wie ich das erfahren habe, dass ich dann geknickt bin nachher. Das man was ausgesucht hat für mich, sage ich mal, wo ich das Gefühl hatte, da ist was faul. So kann es doch nicht gehen, versuche es auch anzusprechen beim Produktionsleiter.“<sup>424</sup>*

*B: „Ich bin nur letztes Jahr Ende November mit diesem Formular vom Hausarzt, diesem Eingliederungsmanagement, war es, haben gesagt: Das haben wir mit den anderen auch gemacht, dann machen wir mit dir das auch.“<sup>425</sup>*

*B: „Also, es ist schon so, dass dem Mitarbeiter angeboten wurde, also, ihm wurde eine Tätigkeit angeboten, aber die möchte er nicht ausführen. Und das ist natürlich auch so eine Sache.“<sup>426</sup>*

Die Motivation zu einem gesundheitsförderlichem Handeln und Maßnahmen der Prävention und Betrieblichem Eingliederungsmanagement auf Arbeitnehmerseite hängt nach Einschätzung von Arbeitgebern und Betriebsärzten auch von der familiären Situation des Arbeitnehmers ab.

<sup>423</sup> vgl. Eggerer/Kaiser, 2007, S. 69ff

<sup>424</sup> X2, Interview 8, Paragraph 74

<sup>425</sup> ebenda, Paragraph 37

<sup>426</sup> X3, Interview 12, Paragraph 41

B: „Irgendwelchen äußeren Umständen, sprich im Moment oder in absehbarer Zeit Schwerpunkt Urlaubszeit, kann man nicht umsetzen, kann man nicht zur Kur schicken oder familiäre Verhältnisse so, dass er nicht gewillt und ja, kleines Kind oder Einschulung [...] Es sind ja 1000 Sachen, die da so eine Rolle spielen. Das muss nicht unbedingt an Abneigung oder nicht Umsetzbarkeit oder nicht Willens sein gelegen haben. Das sind halt auch [...], man kann den Menschen nicht vorschreiben, wie sie selber Prioritäten setzen.“<sup>427</sup>

In der täglichen Arbeit mit Rehabilitanden bemerken die Sozialleistungsanbieter, dass Arbeitnehmer mitunter den Wunsch haben, schon früher als medizinisch indiziert und vernünftig an ihren alten Arbeitsplatz zurückzukehren. Sie vermuten dahinter die Angst vor Arbeitsplatzverlust und die finanziellen Verluste durch den Arbeitsausfall.

B: „Es kommt vor, eher auch auf Patientenwunsch, die häufig aus finanziellen Gründen wieder beginnen wollen. Ärztlicherseits, denke ich, nicht unbedingt gewollt.“<sup>428</sup>

Die Folge dieses Verhaltens ist die Gefährdung einer positiven Wiedereingliederung im Betrieb, wie dies bereits ein Arbeitgeber erlebt hat.

B: „Das ist also, als Grundvoraussetzung, wo sich entweder der Mitarbeiter überschätzt hatte, also weil er einfach dachte, der ist gesundheitlich in seiner Therapie schon weiter, oder wo's der Arzt einfach falsch eingeschätzt hat. Das denk ich schon, das merkt man natürlich dann und wenn dann gar keine Belastungsfähigkeit gegeben ist.“<sup>429</sup>

Umso wichtiger erscheint daher, Arbeitnehmern die Vor- und Nachteile am BEM zu erläutern, damit sie frei entscheiden können. Wichtig ist auch die Kommunikation zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern. Um die Kommunikation offen gestalten zu können, kann es hilfreich sein, einen zweiten Arbeitnehmer oder andere Vertrauenspersonen zum Gespräch einzuladen. Das Verhalten der Arbeitnehmer, sich für oder gegen ein BEM zu entscheiden, wird beeinflusst vom Vertrauen zum Vorgesetzten, Angst, vom Grad der Selbstbestimmung<sup>430</sup> und von den finanziellen Rahmenbedingungen des erkrankten Arbeitnehmers. Diese Faktoren spiegeln sich auch in der Zusammenarbeit mit den betrieblichen Interessenvertretern wider.

B: „Das ist das Problem, die Angst vor dem Arbeitgeber und um den Arbeitsplatz und die Angst ist hier sehr stark vertreten.[...] Es ist insgesamt die Belegschaft des Hauses, da spielt eine große Angst mit um den Arbeitsplatz, weil nicht das gleiche [...] als andere, aber man fühlt sich relativ sicher in seinem Arbeitsplatz und möchte das Vertrauensverhältnis zum Chef nicht gefährden und möchte deswegen keinen Personalrat und keine Schwerbehindertenvertretung mit ins Boot holen.“<sup>431</sup>

<sup>427</sup> X4, Interview 15, Paragraph 117

<sup>428</sup> Y2, Interview 12, Paragraph 48

<sup>429</sup> X1, Interview 7, Paragraph 217

<sup>430</sup> vgl. Niehaus et al., 2008, S. 70

<sup>431</sup> X3, Interview 13, Paragraph 81

*B: „Wenn ich sie dann mal angesprochen habe, weil sich irgend' aus der Sicht des Arbeitgebers wohl in Richtung Kündigungsschiene schon was ergeben hatte, wurde immer wieder darauf bestanden: „Ich will damit nichts zu tun haben“, „Ich will die nicht ärgern“, „Ich bin lieber ruhig und habe damit möglicherweise noch 'n Jahr länger hier mitzuarbeiten“, ne.“<sup>432</sup>*

Es scheint, dass im Einzelfall erkrankte Arbeitnehmer die Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber auf Grund von Angst vor dem Vorgesetzten ablehnen. Die Erfahrungen der Sozialleistungsträger zeigen in der Zusammenarbeit mit erkrankten Arbeitnehmern, dass nicht immer nur die finanziellen Aspekte im Vordergrund stehen oder die Angst vor Arbeitsplatzverlust.

*B: „Bei dem einen war es so gewesen der wollte den Betrieb verlassen und wollte eine Abfindung haben, also war gar nicht an einer Wiedereingliederung interessiert und der andere will einfach irgendwie in die Erwerbsminderungsrente gehen.“<sup>433</sup>*

Daraus leitet sich die Frage ab, ob es weitere Gründe erkrankter Arbeitnehmer gibt, Eingliederungschancen nicht wahr nehmen zu können und wie dem entgegengewirkt werden könnte. Die Mitarbeit des Beschäftigten im BEM-Prozess ist wichtig, damit die Eingliederung erfolgreich verlaufen kann.

### **8.8.3 Informationsdefizit**

Voraussetzung für die Umsetzung von BEM sind Informationen. Mangelnde Informationen wirken sich negativ auf BEM aus. In einer 2009 veröffentlichten Studie der DRV-Nord „Gesunde Arbeit“ wurden Informationsdefizite bereits als eine der hemmenden Faktoren für die Umsetzung von BEM aufgezeigt und eine nachhaltige Informations- und Öffentlichkeitsarbeit gefordert.<sup>434</sup>

Die bisherigen Bemühungen, das Thema BEM in kleinere und mittlere Unternehmen zu transportieren, reichten offenbar noch nicht aus, um dieses auch erfolgreich umzusetzen. Das wird im Kapitel 8.1 Ergebnisse des Umsetzungsstandes deutlich.

*B: „Ja Information ist das A und O. Und in dem Falle denke ich nicht Information der Unternehmer, weil das ist probiert worden, die kann man über die Innung über die Integrationsämter, da sind genug Seminarangebote in der Richtung, da ist auch eine Menge erfolgt, das wird aber nicht weiterhelfen, das haben wir denk ich fünf Jahre lang probiert und wissen, es ist bei den Betroffenen, bei den Erkrankten selber nicht angekommen. Und da müssen wir ansetzen, wir müssen irgendwie versuchen, diejenigen, die sechs Wochen und länger krank sind, zu erreichen. Und das wird wahrscheinlich nur über die Gesunden gehen, also ein Verständnis zum Thema Krankheit und Arbeit unterzubringen und anzubringen.“<sup>435</sup>*

<sup>432</sup> ebenda, Paragraph 14

<sup>433</sup> Y1, Interview 2, Paragraph 30

<sup>434</sup> vgl. Köpke, 2009, S. 108f

<sup>435</sup> Y1, Interview 4, Paragraph 36

Arbeitgeber kleiner und mittlerer Unternehmen weisen Informationsdefizite darüber auf, welche Chancen im BEM liegen könnten. Um sie für das Thema aufzuschließen, ist jedoch eine Kosten-Nutzen-Analyse unerlässlich. Angstbesetzte Themen können perspektivisch durch die Herausarbeitung des Faktors „Nutzen“ weiter abgebaut werden.<sup>436</sup>

*B: „Diese Möglichkeiten haben Kleinunternehmen, sie wissen nur nicht um Möglichkeiten...Und wir müssen irgendwie denk ich, es schaffen, dass die Unternehmer auch die Möglichkeiten erkennen, die sie haben. Es sind ja durchaus Möglichkeiten da, die kennen die nur nicht. Und dieses Wissen, das müssen wir in die Unternehmen bringen und damit tun wir eine Menge.“<sup>437</sup>*

Verschiedene deutschlandweite Projekte und Schulungen<sup>438</sup> hatten das Ziel, den Informationsstand von Leistungsträgern, Leistungsanbietern und Arbeitgebern zu verbessern. Unberücksichtigt blieb dabei die Gruppe der Arbeitnehmer. Diese zu informieren, wäre Aufgabe des Arbeitgebers. Ob die Informationen aber tatsächlich beim Arbeitnehmer ankommen, hängt von der spezifischen Interessenlage des Arbeitgebers am BEM ab. Könnte man langzeiterkrankte Arbeitnehmer persönlich ansprechen und zum Thema BEM schulen, wäre das eine weitere Möglichkeit, das Thema an die möglicherweise künftig betroffenen Akteure zu transportieren.

*B: „Also ich denke, es ist an der Zeit, einfach einen Schlussstrich unter die Bemühungen zu ziehen, die sie gemacht haben, [...] aber jetzt weitere Veranstaltungen da zu machen und immer wieder dieselben Leute erzählen sich die selben Dinge, [...] das bringt den Betroffenen, den erkrankten Menschen, überhaupt nichts. Und man muss endlich versuchen, die auch zu erreichen.“<sup>439</sup>*

Neben dem Fokus auf erkrankte Arbeitnehmer, könnte künftig der Schwerpunkt auch auf Schulungen gesunder, leistungsfähiger Mitarbeiter im Rahmen der Gesundheitsprävention liegen. Schulungen und Initiativen, z. B. über Vereine stoßen jedoch dort an ihre Grenzen, wo es um die Finanzierung des BEM geht. Hier ist die Verantwortung der Leistungsträger gefragt.

#### **8.8.4 Strukturen und Ressourcen**

Im Zwischenbericht des EIBE-Projektes aus dem Jahre 2007 wurden fehlende Strukturen und Verantwortliche als ein zentrales Hindernis bei der Ein- und Durchführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements benannt.<sup>440</sup>

---

<sup>436</sup> siehe auch Kapitel 7.5

<sup>437</sup> Y1, Interview 4, Paragraph 38, 44

<sup>438</sup> siehe auch Kapitel 2

<sup>439</sup> Y1, Interview 4, Paragraphen 53,62 - 64

<sup>440</sup> vgl. Eggerer/Kaiser, 2007, S. 69

Nach Gesamtschau der in diesem Projekt geführten Interviews wurde ersichtlich, dass diese auch in KMU wesentliche hemmende Faktoren darstellen. Diese Faktoren haben zwei Ausprägungen. Zum Einen fehlt es in Klein- und Mittelbetrieben an Strukturen, Umsetzungsmöglichkeiten oder Schonarbeitsplätzen. Zum Anderen fehlt es an personellen Ressourcen.

Ein entscheidendes Problem von KMU bei der Durchführung des BEM scheint darin zu liegen, dass sie auf Grund fehlender Arbeitsressourcen keine anderen Möglichkeiten haben, einen leistungsgeminderten Mitarbeiter im Unternehmen weiter zu beschäftigen. Somit kann die Zielstellung des BEM - der Erhalt des Arbeitsplatzes - oft gar nicht realisiert werden. Besonders in der ambulanten Pflege und in kleinen Handwerksbetrieben wird deutlich „Einen Schonarbeitsplatz gibt es nicht!“.

*B: „Wenn man ein Jahr und länger krank ist und denn, ich sage mal, gleich wieder in die Vol-len, weil, wie man weiß in so Pflegeberufen gibt es keinen Schonplatz.“<sup>441</sup>*

Auch aus Sicht der betrieblichen Interessenvertreter kann eine Wiedereingliederung scheitern, weil es im Unternehmen keine weiteren Umsetzungsmöglichkeiten gibt.

*B: „Das war auch nicht möglich, er hatte eigentlich schon einige Bereiche durch und alle Stellen waren besetzt. Es war nicht so, dass wir hier irgendwie eine freie Stelle hätten, wo er hätte umgesetzt werden können.“<sup>442</sup>*

Die Experten aus den Gruppen der Sozialleistungsanbieter und -träger schätzen die Problematik ähnlich ein. Umsetzungsmöglichkeiten gibt es nur wenige bis gar keine in KMU. Als besonders benachteiligt werden die einfachen Qualifikationsbereiche angesehen. In den nächsten Jahren werden laut einer Studie von Steiner et al.<sup>443</sup> immer weniger gering qualifizierte Arbeitnehmer nachgefragt werden. Daher ist zu vermuten, dass Arbeitsplätze für gering qualifizierte Arbeitnehmer sukzessive abgebaut werden.

*B: „Das führt dazu, dass viele Unternehmen dann auch sagen: Gut wozu soll ich es eigentlich machen, ich habe ja kaum Möglichkeiten, was anderes anzubieten. Also dieses Ziel, ich will den in Arbeit halten, wie mach ich`s? [...] Dass die Zielstellung eigentlich gar nicht erfüllt werden kann, das denke ich, ist ein Punkt.“<sup>444</sup>*

*B: „Es zeichnet sich sozusagen als Problem ab, fehlende Alternativen, besonders im einfachen Bildungsbereich, weil die Arbeitswelt immer komplexer wird und es dann schwieriger ist, die Leute wieder zu integrieren und geeignete alternative Arbeitsplätze zu finden.“<sup>445</sup>*

---

<sup>441</sup> X1, Interview 6, Paragraph 52

<sup>442</sup> X3, Interview 13, Paragraph 56

<sup>443</sup> vgl. Steiner et al., 2009, S. 14ff

<sup>444</sup> Y1, Interview 2, Paragraph 20, 61 - 62

<sup>445</sup> Y2, Interview 13, Paragraph 257 - 259

Arbeitgeber führten immer wieder an, dass nicht nur mangelnde alternative Arbeitsplätze ein Problem darstellen, die dem neuen Leistungsprofil des erkrankten Arbeitnehmers entsprechen, sondern auch die Umschulungsfähigkeit, sich dem neuen Arbeitsplatz anzupassen, gegeben sein muss.

*B: „Nee, also ich sage mal, wir haben in der Verwaltung hier, wir sind nur zu zweit. Das kann ich nicht, also das würde nie funktionieren. Ich könnte auch nie einen Arbeitnehmer, der jetzt direkt draußen vom Bau kommt. Der könnte sich nie drinnen hinsetzen und dort arbeiten. Das funktioniert nicht. Auch selbst, wenn er es wollte. Einer der draußen jahrelang gearbeitet hat, der geht drinnen kaputt. Das sind auch wieder so Sachen, die ganz schwer Außenstehende begreifen können. Das ist ein Wesen des Menschen. Auch selbst jetzt, wenn er es will. Er macht es mit Widerwillen, und wenn ich etwas mit Widerwillen mache, dann mache ich Fehler und mache meine Arbeit nicht vernünftig.“<sup>446</sup>*

Die betriebsinternen Strukturen sind nicht nur bei dauerhaft leistungsgeminderten Mitarbeitern mitunter ein Hemmnis. Sie treffen bereits schon während der Wiedereingliederungsphase auf ihre Grenzen, z. B. bei der stufenweisen Wiedereingliederung.<sup>447</sup> Bei den derzeitigen betrieblichen Strukturen in der ambulanten Pflege und in Bau betrieben ist sie nur bedingt realisierbar.

*B: „In vielen Bereichen kriegen sie's gar nicht unter, weil sie so ein Hamburger Modell, das muss natürlich auch irgendwie zum[...], das muss machbar sein. Und da hört's dann oft auch auf an der Unflexibilität des einen oder anderen.“<sup>448</sup>*

Die betrieblichen Strukturen und Ressourcen sind auch beim Aufbau des BEM ein Hemmnis. Laut § 84 Abs. 2 SGB IX ist der Betriebsrat zu beteiligen. Betriebsräte, sowie auch die Schwerbehindertenvertretungen – soweit sie überhaupt bestehen – stoßen mit ihren zeitlichen Kontingenten schnell an ihre Grenzen, weil die gesetzlich garantierte Freistellung von der Arbeit nicht praktiziert wird. Vieles muss von zu Hause in Mehrarbeit geleistet werden.

*B: „Das man sich vorrangig in diese Sachen einarbeiten kann, muss man auch die Zeit haben, um dann nachher, auf Arbeit ist es schon schlecht, zu Hause dann noch leistungsfähig sein. Da kenne ich doch langsam meine Grenzen, dass die dann nicht, also dass die nicht voll ausgeschöpft sind hier auf Arbeit. Weil es ist vorrangig der Arbeitsplatz und dann nachher die andere Tätigkeit.“<sup>449</sup>*

---

<sup>446</sup> X1, Interview 2, Paragraph 86

<sup>447</sup> siehe dazu auch Köpke, 2004, S. 72ff

<sup>448</sup> X4, Interview 15, Paragraph 12

<sup>449</sup> X3, Interview 13, Paragraph 109

B: „Dann hat man so Fälle, da muss man wieder irgendwelche Betriebsvereinbarungen abzeichnen. Dann müssen wir uns darum kümmern, dass wenn Verträge auslaufen von Arbeitskollegen, ob die verlängert werden, dann haben wir noch unsere Arbeit zu machen und denn so, ja, ich weiß auch nicht. Also, wir machen da nichts im Moment, weil einfach die Zeit nicht da ist.“<sup>450</sup>

Zeitmangel scheint nicht nur ein Problem der betrieblichen Interessenvertreter zu sein, sondern auch der Personalabteilungen. Die Durchführung des BEM wird aus Sicht der Sozialleistungsanbieter und Arbeitgeber als eine Aufgabe der Personalabteilung verstanden. Dabei wird insbesondere von den Sozialleistungsanbietern angezweifelt, dass die Personalabteilung diese zusätzlichen Aufgaben in ihrem bisherigen Arbeitsalltag bewältigen kann.

B: „Ja und das wir auch mit der Erfahrung dieser Zeit gemerkt haben, dass man auch Ressourcen bereitstellen und das ist nichts, was man so nebenbei machen kann. Als ich in Klein- und Mittelständischen Unternehmen für dieses Projekt Interviews gemacht habe, da ist mir oft gesagt worden, wir machen das schon und das macht die Personalabteilung mit und dann ist auch klar, wie das gemacht wird. Also ich denke, Ressource wäre auch eine wichtige Sache, die gegeben sein muss.“<sup>451</sup>

Kritisch wird diese zusätzliche Aufgabenübertragung auf die Personalabteilung von einer Schwerbehindertenvertretung gesehen.

B: „Und auch Frau H. macht jetzt diese Personalsachen am Rande. Die hat gar nicht die Zeit dafür, denn man weiß gar nicht, wie vielfältig das Arbeitsgebiet doch da drum ist und dass sie wirklich auch sich da einiges holen kann. Das kennt man einfach nicht.“<sup>452</sup>

Daher wird von den betrieblichen Interessenvertretern stärkere Hilfe gefordert, um die Nachteile der geringen personellen Ressourcen auszugleichen.

B: „Also, hat man größere Betriebe, die einen größeren Apparat haben, der das auch alles stemmen kann, kann natürlich die Anforderungen eher erfüllen als ein kleiner Betrieb, der eigentlich die Hilfe bräuchte. Ja, und wenn denn so ein Bonus eh bei denen landet, die sowieso mehr Förderung kriegen vielfach, weil sie eben auch besser aufgestellt sind, dann bringt das auch nicht viel.“<sup>453</sup>

Die angesprochenen vier Punkte Verhalten der Arbeitgeber, Arbeitnehmer, Informationsdefizite sowie betriebsinterne Ablauf- und Betriebsstrukturen wurden aus Sicht der Experten als Hemmnisse benannt, die eine Einführung eines BEM in KMU besonders erschweren. In diesem Kapitel wurden diese Probleme jeweils einzeln dargestellt.

---

<sup>450</sup> X3, Interview 12, Paragraph 89

<sup>451</sup> Y2, Interview 9, Paragraph 48

<sup>452</sup> X3, Interview 13, Paragraph 169

<sup>453</sup> X3, Interview 12, Paragraph 126

Allerdings ist eine Beziehung zwischen diesen benannten Faktoren nicht auszuschließen, und es ist sogar zu vermuten, dass sie sich gegenseitig beeinflussen.

Zu fragen ist auch, ob und welche Anreize eine Implementierung eines BEM fördern würden. In § 84 Abs. 3 SGB IX benennt der Gesetzgeber einen Bonus bzw. eine Prämie als ein Anreizinstrument. Daher wurden die Experten nach ihrer Meinung zu Anreizmechanismen befragt.

## 8.9 Anreize zur Einführung des BEM

### 8.9.1 Bonus und Prämie

Der Gesetzgeber eröffnet die Möglichkeit von Anreizen in § 84 Abs. 3 SGB IX (Bonus, Prämien). Indem diese Anreize rechtlich festgeschrieben wurden, impliziert der Gesetzgeber folglich auch deren Wirksamkeit. Andernfalls würde für § 84 Abs. 3 SGB IX keine Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit bestehen.

- Welche Anreize sind für KMU geeignet und fördern die Implementierung von BEM?

Sowohl ökonomische als auch psychologische Anreize können die Einführung und Umsetzung von BEM positiv beeinflussen. Die gesetzliche Möglichkeit, Anreize durch Boni und Prämien zu schaffen, scheint bisher ihre Wirkung jedoch noch nicht voll entfaltet zu haben. Die Rehabilitationsträger haben bislang darauf verzichtet, sie einzuführen und entsprechende Regelungen der Integrationsämter scheinen kaum genutzt zu werden. Diese Erfahrung machte auch ein Sozialleistungsanbieter.

*B: „Wir haben alle Sozialleistungsträger angeschrieben nach denen wir zertifiziert waren. Haben gesagt: ‘So rüber mit dem Bonus’, und die Antworten waren sehr interessant, weil keiner war irgendwie zuständig. Keiner hat sich irgendwie bereit erklärt, aber wir machen das eben über den Einzelfall.“<sup>454</sup>*

Daher ist zu fragen, ob § 84 Abs. 3 SGB IX für KMU ausreichend und geeignet ist. Fragt man Arbeitgeber, ob das Gewähren eines Bonus sie zur Einführung des BEM anregen würde, erhält man exemplarisch folgende Rückmeldung.

*B1: „Ja auf alle Fälle. Ich sag jetzt mal, wenn ich dann noch mal Geld zur Verfügung hätte.“*

*B2: „Geld ist immer gut.“<sup>455</sup>*

*B: „Ein Bonus wäre nicht der ausschlaggebende Grund, um ein BEM-Verfahren einzuführen, aber ein reizvoller Nebeneffekt.“<sup>456</sup>*

<sup>454</sup> Y2, Interview 9, Paragraph 121

<sup>455</sup> X1, Interview 6, Paragraph 206

<sup>456</sup> X1, Interview 3, Paragraph 70

Auch Leistungsanbieter sehen keine zwingende Notwendigkeit für einen Bonus, da ein BEM auch ohne dessen Gewährung funktionieren kann.

*B: „Wäre das eigentlich gar nicht notwendig. Weil es einfach auch so funktioniert, ohne diesen finanziellen Anreiz. Und die, die es ablehnen, da würde dieser finanzielle Anreiz nicht greifen. Da ist im Vorfeld entweder das Arbeitsverhältnis gestört. Das hat meist irgendwelche Gründe. Die sind da außen vor, da bringt der Anreiz auch nichts.“<sup>457</sup>*

Die Zahlung eines Bonus würde zwar in KMU gern angenommen werden, wird in der Regel aber nicht als notwendig erachtet. Anders ausgedrückt „Ein Bonus wäre zwar eine willkommene Leistung, würde jedoch für KMU nicht den Hauptmotivator darstellen, um ein BEM einzuführen“. Häufig funktioniert Betriebliche Eingliederung auch ohne Bonuszahlung. Von einigen Arbeitgebern werden bereits das gezahlte Krankengeld während einer stufenweisen Wiedereingliederung oder Lohnkostenzuschüsse als Bonus erachtet.

*B: „Ich finde es schon toll, dass die Krankenkasse diese Unterstützung so macht, dass sie diese Zeit eben weiter als Krankschreibung zählt. Das ist ja auch schon ein Bonus. Das muss man auch so sehen.“<sup>458</sup>*

Sollte die Beziehung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber jedoch tiefgreifend gestört sein oder sollten andere zwingende Gründe eine Eingliederung verhindern, z. B. Mangel an Arbeitsplatzalternativen, würde ein Bonus als Anreiz ohnehin nicht mehr ausreichen.

Die in § 84 Abs. 3 SGB IX vom Gesetzgeber vorgesehenen finanziellen Anreize zur Einführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements werden in der Praxis also unterschiedlich bewertet. Generell wird das Gewähren eines Bonus von Arbeitgebern positiv empfunden, auch bei kleineren Unternehmen. Allerdings wird eine nachhaltige Wirkung eines einmaligen Bonus von Arbeitgebern noch bezweifelt.

*B: „Nein, das wäre so, als würde man dem Esel eine Möhre vor den Mund halten und schauen, wie lange er läuft. Das bringt nichts, vor allem keine Nachhaltigkeit. Es wird konkrete Unterstützung gebraucht, wenn der Fall da ist, die punktuell geleistet werden sollte.“<sup>459</sup>*

Arbeitgeber beurteilen deshalb kritisch, dass die Zahlung eines einmaligen Bonus nicht unbedingt zu einer Nachhaltigkeit für das BEM führen muss. Sie würden eher eine Einzelfallhilfe bevorzugen. Ein Betriebsratsmitglied konkretisiert dies noch. Im Vordergrund steht der tatsächliche Förderbedarf.

---

<sup>457</sup> Y2, Interview 12, Paragraph 104 - 105

<sup>458</sup> X1, Interview 4, Paragraph 116

<sup>459</sup> X1, Interview 1, Paragraph 148

B: „Ich würde es besser finden, wenn dann im konkreten Fall bestimmte Sachen gefördert würden. Wo wir dann auch Förderbedarf für irgendwelche Arbeitshilfen oder so. Das bringt glaube ich dem Einzelnen mehr, als wenn jetzt irgendwie [...] Ja, wo bleibt so ein Bonus dann nachher ab?“<sup>460</sup>

Die Frage nach der gerechten Bemessung und Ausgestaltung von Boni ist besonders für Sozialleistungsträger - wie in den folgenden Beispielen deutlich wird - ein noch ungeklärtes Problem.

B: „Wir haben uns sehr, sehr viel mit dem Thema Prämie [...] befasst und [...] dann hab ich schon wieder große Probleme, wenn's um die Differenzierung kleine und große Unternehmen geht und wir müssen das tun, wenn wir so eine Prämie ausschütten wollten [...] Wir können nicht sagen, eine große Klinik, die Infrastruktur hat, bei der machen wir das, die können das am ehesten abbilden, ja und der Kleinstunternehmer, der hat eben keine Chance, eine Prämie zu kriegen, weil er solche Dokumentationen gar nicht vorhält, weil er sich gar nicht mit dem Thema so beschäftigt, aber nicht weil er primär seine Mitarbeiter zu stark belastet, sondern weil er die Möglichkeiten tatsächlich nicht hat. Und das wäre also schon mal schwierig, ein Verfahren zu haben, das für alle gerecht ist an der Stelle, für alle Unternehmen.“<sup>461</sup>

B: „Und dann ist es eben auch eine Schwierigkeit auch bei der Bemessung der Prämie zu gucken, wie, was ist das denn eigentlich wert, wie machen wir das denn. Ich sag mal, wenn wir mit Beträgen kommen unter vierstellig, ist das ja eine Lachnummer bei dem Aufwand, den ein Unternehmer dann betrieben hat, wird er sagen: Das ist ja doll. Dann muss man ja auch sagen, ob das eine wiederkehrende Prämie ist, oder ist das nur eine einmalige Prämie. Da wird's sehr schwierig, da ranzugehen und wir haben sehr, sehr kontroverse Diskussionen hier im Haus.“<sup>462</sup>

Eine große Schwierigkeit, vor der Leistungsträger in der Praxis stehen, ist demnach eine gerechte Bemessung und Verteilung eines Bonus. Die Wirkung solcher Anreize ist u. a. von der Betriebsgröße abhängig. Kleinst- und Kleinunternehmen sind gegenüber mittleren und größeren Unternehmen hierbei benachteiligt, da sie nicht über die notwendigen und hilfreichen betriebsinternen Strukturen verfügen. Sie sind kaum in der Lage ein standardisiertes BEM-Verfahren durchzuführen und können somit auch keinen Anspruch auf einen Bonus erwerben. Nach heutiger Rechtsauslegung wird für die Gewährung eines Bonus gefordert, dass private Arbeitgeber ein Konzept des betrieblichen Eingliederungsmanagements verfolgen, das über die Mindestanforderungen gemäß § 84 Abs. 2 SGB IX hinausgeht.<sup>463</sup>

<sup>460</sup> X3, Interview 12, Paragraph 124

<sup>461</sup> Y1, Interview 4, Paragraph 24

<sup>462</sup> Y1, Interview 4, Paragraph 24

<sup>463</sup> vgl. Trenk-Hinterberger, § 84 Rz. 72f

Die Voraussetzungen, um in den Genuss einer Prämie zu kommen, liegen relativ hoch und werden selbst von Sozialleistungsträgern als Hemmschwelle angesehen, da KMU die notwendigen Bedingungen nicht vorhalten können.

*B: „Die müssten ja uns nachweisen oder auch dem anderen Rehaträger, dass sie ein strukturiertes, systematisches Verfahren haben, was durchweg positiv läuft, so im Falle eines Falles ein Kleinunternehmen, unter Umständen haben die noch nie einen Fall gehabt mit den sechs Wochen, oder sie haben so einen Fall gehabt, der ging aber relativ glatt in die Rente und gar nicht die Möglichkeiten hatten, da nun so groß dran zu arbeiten, wie es vielleicht andere, so Leuchtturmunternehmen, dann an der Stelle halt machen. Und da wird's einfach unheimlich schwierig mit so einer Prämie zu agieren.“<sup>464</sup>*

Wie dieser Bonus aussehen sollte und wofür man ihn erhalten könnte, darüber herrscht noch große Unsicherheit. Während in größeren Unternehmen, die über betriebsinterne Strukturen, wie Betriebsrat und Schwerbehindertenvertretung verfügen, Boni als Anreize zur Implementierung bzw. „Anschub-Finanzierung“ des BEM sinnvoll erscheinen, sieht es in Klein- und Mittelunternehmen jedoch differenzierter aus.

Um eine Überregulierung zu vermeiden, macht der Gesetzgeber keine Vorgabe zur Ausgestaltung und Differenzierung des Bonus. Die entstehende Unsicherheit über dessen Höhe und Gestaltung führte bisher dazu, dass diese Anreize kaum genutzt wurden. Eine Schwierigkeit vor der KMU stehen, ist auch der geringe Bedarf durch die geringen Fallzahlen betroffener Langzeiterkrankter. Der erwartete Mehraufwand durch die Einführung eines standardisierten BEM-Verfahrens wird durch einen Bonus nicht aufgefangen. Das Unternehmen muss in Vorleistung gehen, da Boni in Abhängigkeit vom Erfolg rückwirkend gewährt werden.

Es reicht jedoch nicht aus, nur den gesetzlichen Auftrag zu erfüllen, sondern die Bemühungen des Unternehmens sollten die gesetzlichen Anforderungen übertreffen. Kreatives Engagement ist gefordert. Diese Anforderungen können KMU nur schwer erfüllen.

*B: „Es wird aber sehr kompliziert, wenn man ins Detail geht. Alleine dadurch, dass man eben sagt, ja, § 84, beschreibt eine Anforderung an ein strukturiertes Verfahren, was die Unternehmen vorhalten sollen, so, das ist eine gesetzliche Anforderung, wenn er die jetzt erfüllt, dann kann's eigentlich nicht sein, dass man dafür eine Prämie kriegt, dann müsste man ja auch eine Prämie kriegen, weil man nicht bei Rot über die Ampel fährt.“<sup>465</sup>*

<sup>464</sup> Y1, Interview 4, Paragraph 25 - 26

<sup>465</sup> Y1, Interview 4, Paragraph 24

Kritisch wird hier auch gesehen, dass eine Belohnung dafür gezahlt wird, seinem gesetzlichen Auftrag nachgekommen zu sein.

Von einigen außerbetrieblichen Akteuren, insbesondere aus der Gruppe der Sozialleistungsträger, und von Betriebsärzten aber auch von zwei betrieblichen Interessenvertretern, wurde der Bonus kritisch hinterfragt. Einige Interviewpartner sehen die Gefahr, dass die Zahlung eines Bonus oder einer Prämie nicht zu dem gewünschten Effekt führt. Sie sehen in diesem Anreizmechanismus ein gewisses Missbrauchspotential. Es wird befürchtet, dass ein BEM nur offiziell vorgehalten wird, jedoch faktisch nicht zur Anwendung kommt.

*B: „Das ist immer so: [...]wenn es dann auch wirklich gut funktioniert, warum nicht, als Ansporn, wirklich da auch mal was zu machen, was zu tun, aber es birgt auch immer die Gefahr mit sich, dass da irgendwas aus dem Boden gestampft wird, nur, um diesen Bonus abzugreifen.“<sup>466</sup>*

Ein anderer Aspekt, der aus Sicht von Betriebsärzten befürchtet wird, wäre der Missbrauch eines Bonus durch die Ärzte selbst, wenn Betriebs- oder Vertragsärzte einen monetären Bonus pro BEM-Fall erhielten. Um möglichst viele Arbeitnehmer wieder einzugliedern und dafür einen Bonus je Eingliederungsfall zu erhalten, wird angenommen, dass erkrankte Arbeitnehmer eventuell zu früh wieder eingegliedert werden.

*B: „[...] der Anreizapparat muss ja nicht bei dem Betroffenen liegen. Der Anreizapparat kann ja auch auf anderen Ebenen wirken. Der kann ja sagen: Pass mal auf Doktor, du kriegst eine Kopfprämie von 200 Euro, [...], oder 300 Euro pro Nase, BEM-Fall, wenn du - Vorschlag Hamburger Modell [...] - denjenigen ganz zügig wieder in den Arbeitsprozess kriegst. Dann sieht der Doktor [...], egal ob er nun seinen Eid geschworen hat oder nicht, diese 300 Euro, und ich weiß nicht, ob er dann relativ klar den Blick nach vorne hat, um zu sagen, den Zeitpunkt wann ich den Mann diese Maßnahme starten lasse, erkenne ich zum richtigen Zeitpunkt oder, damit ich die Prämie relativ zügig abkassiere, jage ich den mal 14 Tage eher wieder auf die Piste, obwohl der eigentlich noch nicht wieder gesund ist.“<sup>467</sup>*

Neben der Gewährung einer Belohnung (Bonus) wurde auch der Ruf nach einer Bestrafung (Zahlung eines Zuschlages) als finanzieller (negativer) Anreiz genannt. Das Kapitel über die psychologischen Faktoren lieferte jedoch Erkenntnisse darüber, dass positive Verstärker (Bonus) besser geeignet sind, um eine langfristige Verhaltensänderung zu bewirken als negative Verstärker. Somit wäre die Zahlung eines Zuschlages, als Konsequenz für die Unterlassung eines BEM keine optimale Anreizstruktur.

<sup>466</sup> X3, Interview 12, Paragraph 124

<sup>467</sup> X4, Interview 15, Paragraph 65

*B: „Die Alternative wäre ein Zuschlagsystem, dass man nicht sagt: Der Gute kriegt einen Nachlass, sondern der Schlechte kriegt einen Zuschlag [...] Tut vielleicht noch mehr weh, gibt aber auch höhere Widerstände und so was, also ist vielleicht die Belohnung psychologisch günstiger.“<sup>468</sup>*

*B: „Also rein theoretisch können wir Bußgelder verhängen und Zwangsgelder als Aufsichtsbehörde, machen wir aber so gut wie nie. Ist auch nicht unbedingt politisch gewollt bei uns.“<sup>469</sup>*

*B: „Ich denke mit Bestrafung von Nicht-Durchführung von BEM, das hat ja nichts gebracht oder das bringt ja nichts, und wenn aber es belohnt wird, es zu tun, ist die Wahrscheinlichkeit, dass es genutzt wird, höher.“<sup>470</sup>*

Die Ausgestaltung eines Bonus wurde vom Gesetzgeber offen gehalten. In der Praxis herrscht jedoch noch große Unsicherheit über die Sinnhaftigkeit sowie die mögliche Ausgestaltung und gerechte Verteilung eines Bonus. Neben der gerechten Verteilung und der Zugänglichkeit für jede Betriebsgröße, sehen die Interviewpartner auch Missbrauchstendenzen im Bonus.

### **8.9.2 Fachkräftemangel/Humankapital**

- Gibt es noch andere entscheidende Wirkfaktoren und mögliche Anreize für KMU, die bisher noch nicht erkannt oder hinreichend gewürdigt und ausgeschöpft wurden?

Hier spielt das Humankapital eine bedeutende Rolle.<sup>471</sup>

Entscheidender als die Zahlung eines Bonus könnte der Erhalt des Humankapitals für kleine und mittlere Unternehmen sein. Zu dieser Einschätzung gelangen Sozialleistungsanbieter (erstes Beispiel) und betriebliche Interessenvertreter (zweites Beispiel).

*B: „Also ich denke schon, dass der Arbeitgeber vielleicht auch nicht auf erfahrene Leute verzichten möchte. Wobei sicher auch bei welchen, die er leichter austauschen könnte, wird er es nicht einfach dürfen.“<sup>472</sup>*

*B: „Ich denke aber, dass das (der Bonus) alleine nachher nicht mehr entscheidend sein wird, denn der Fachkräftemangel nimmt so zu. Und insbesondere jetzt in diesem Jahr merke ich es jetzt ganz enorm, die Abwerbung der Fachkräfte schon von einem Betrieb zum anderen. Oder die sind bei einem CNC-Schweißerlehrgang gewesen und sind noch gar nicht ganz zu Hause und haben schon die Abwerbe-Mail drauf auf ihren privaten Computern.“*

<sup>468</sup> Y1, Interview 6, Paragraph 141, 143

<sup>469</sup> Y1, Interview 5, Paragraph 104 - 105

<sup>470</sup> Y1, Interview 2, Paragraph 121

<sup>471</sup> siehe auch Kapitel 7.1

<sup>472</sup> Y2, Interview 11, Paragraph 97

So dass ich denke, dass die Betriebe auch nach wie vor jetzt nachher aus diesem Grunde, egal ob Anreiz von der BG ja oder nein, einfach, um ihre Fachkräfte zu halten, da immer mehr drauf ansprechen werden.<sup>473</sup>

Eines der im Zuge für das BEM-Verfahren bedeutendsten Motivationsquellen könnte der Fachkräftemangel sein. Ob diese Motivation greifen kann, hängt von der jeweiligen fachlichen Qualifikation des Arbeitnehmers ab.

B: „Aber ich sag mal die Arbeitskraft, auf die so jemand baut mit seinem Kleinunternehmen, gerade wenn da Kundenbindungen sind, dafür wird er schon einiges tun, dass sie wiederkommt. Und das gilt, denk ich auch, für den Handwerker um die Ecke, der weiß auch, wenn da jemand ist, der da mit den Kunden gut umgeht, dass wer da handwerklich gut ist und mit den Kunden auch noch gut umgeht, dann wird Ihnen so jemand fehlen und er weiß ja nie, wenn er jemand von außen holt, was das für jemand ist und wird ja einen Grund haben vielleicht, warum der arbeitslos ist oder wie auch immer. Das mag vielleicht ein guter Handwerker sein, aber ist halt jemand, der beim Kunden überhaupt nicht gut ankommt.“<sup>474</sup>

B: „Er freut sich, wenn die wieder da ist, weil die Kunden die ganze Zeit danach fragen und natürlich auch will, dass die wiederkommt, weil eben der Umsatz deutlich von der Person abhängt. Und da sind sicherlich Möglichkeiten, also wenn er von der Leistung dieser Arbeitskraft überzeugt ist, dann wird er auch alles tun.“<sup>475</sup>

Besonders im Dienstleistungsbereich, wo eine starke Kundenbindung besteht, hat die eingearbeitete Fachkraft einen hohen Wert. Der Umsatz ist von den entsprechenden Mitarbeitern abhängig. Das Vertrauen des Arbeitgebers in den Mitarbeiter ist entscheidend, um ihn mit dem direkten Kundenkontakt zu beauftragen.

B: „Die Arbeitgeber sind in den meisten Fällen froh, dass ihre Leute zurückkommen, dass sie zurückkommen und brauchen sie dringend zurück.“<sup>476</sup>

B: „Denn es ist in der Regel qualifiziertes Fachpersonal, die eingearbeitet sind dort. Das rechnet sich immer.“<sup>477</sup>

B: „Der prozentuale Anteil der Persönlichkeit zwischen Kundin und Kollegin ist sehr, sehr hoch. Dass man sich riechen kann. Bewusst diese Sache auch, das Vertrauen, das über Jahre aufgebaut worden ist, zwischen der Kundin und der Kollegin letztendlich dann auch eine ganz wichtige Rolle spielt.“<sup>478</sup>

B: „Der Nutzen liegt darin, das Personal zu halten. Ein ständig wechselndes Personal wäre auch für die Kundenzufriedenheit problematisch zu bewerten, auch für das Image der Firma.

[...]

<sup>473</sup> X4, Interview 14, Paragraph 27

<sup>474</sup> Y1, Interview 4, Paragraph 42 - 43

<sup>475</sup> Y1, Interview 4, Paragraph 38

<sup>476</sup> Y2, Interview 12, Paragraph 63

<sup>477</sup> Y2, Interview 13, Paragraph 100

<sup>478</sup> X1, Interview 1, Paragraph 112 - 113

*Da spielt es dann auch eine Rolle, den Mitarbeiter der Firma schon zu kennen und Vertrauen zu haben.*<sup>479</sup>

Gerade bei kleineren und mittleren Unternehmen sind die Qualifikationen des Arbeitnehmers und das jahrelang gewachsene Vertrauen in die bestehende Zusammenarbeit zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer entscheidende Motive, um den Beschäftigten im Unternehmen zu behalten und ihn nach längerer Krankheit wieder zu integrieren. In KMU liegt häufig eine starke Kundenbindung an den einzelnen Mitarbeiter vor. Bei krankheitsbedingtem Ausfall eines Mitarbeiters wirkt sich das einschneidend auf den Umsatz aus.

Arbeitgeber beklagen vermehrt den sich abzeichnenden Mangel an guten Fachkräften, insbesondere im Bereich der Pflege. Sie haben bereits heute schon Schwierigkeiten, geeignetes Personal zu finden.

*B: „Aber das ist nicht nur in unserem Bundesland so, sondern überall, Pflegefachkräfte gibt es gar nicht und erst schon erst recht nicht, wenn sie denjenigen sagen, dass sie befristet eingestellt werden.“*<sup>480</sup>

*B: „Das ist mittlerweile traurig, weil es Fachkräfte sehr wenige gibt. Also spricht man nicht über seine Arbeitnehmer, die man hat. Das wird in Zukunft noch schwerer werden. Junge Leute fehlen, sag ich mal, und auch Fachkräfte werden fehlen und dann spricht man über diese Sachen im Bereich wenig.“*<sup>481</sup>

Der Erhalt des Humankapitals verliert anscheinend dort seine argumentative Kraft, wenn es um Branchen geht, in denen vorwiegend gering qualifiziertes Personal eingestellt wird oder im Moment noch kein Fachkräftemangel besteht. Insbesondere hier setzt der Arbeitsmarkt negative Anreize zur Durchführung eines BEM.

*B: „Das könnte natürlich ein Knackpunkt sein. Das die ganzen Anreize, die den Arbeitgeber so schon angeboten werden, letztendlich auch dazu führen, dann zu sagen, ist doch leichter jemanden los zu werden, als neue zu kriegen und dann noch Geld dann dazu zu kriegen.“*<sup>482</sup>

*B: „Das ist ja nicht so, wenn ich dann einen Arbeitslosen einstelle, aus Sicht des Arbeitgebers, da gibt es ja noch eine Förderung von der Agentur.“*<sup>483</sup>

Die Anreize, die durch die Bundesagentur für Arbeit gesetzt werden, um Arbeitslose wieder auf dem ersten Arbeitsmarkt zu integrieren, können sich, so geben die Vertreter der Sozialleistungsträger zu bedenken, auch negativ auf die Durchführung eines BEM auswirken.

---

<sup>479</sup> X1, Interview 3, Paragraph 71

<sup>480</sup> X1, Interview 6, Paragraph 22

<sup>481</sup> X1, Interview 2, Paragraph 100

<sup>482</sup> Y1, Interview 1, Paragraph 185

<sup>483</sup> ebenda, Paragraph 182

Es scheint für Arbeitgeber einfacher, manche erkrankte Mitarbeiter durch neue Mitarbeiter zu ersetzen, als sie wieder einzugliedern. Dies gilt allerdings vorwiegend für solche Arbeitsplätze, die keinen längeren Einarbeitungsaufwand benötigen.

*B: „Ich denke mal, dass die Arbeitgeber sich schon bewusst sind, dass es Arbeitslose gibt und die auch zu allem bereit sind. Da fällt es natürlich als Arbeitgeber schwer sich mit jemand, der ein Rückenleiden hat, auseinander zu setzen, wenn ich weiß, da stehen schon zehn andere vor der Tür, die mir die gleiche Arbeit machen.“<sup>484</sup>*

*B: „Ja und der Arbeitsmarkt müsste natürlich nicht ganz dicht sein, wie er es zur Zeit ist, damit nicht wirklich immer gleich der nächste vor der Tür steht, der eben gesund ist und fit ist und das machen könnte.“<sup>485</sup>*

*B: „So dass sie eigentlich auch nicht viel Zeit brauchen, um einen Neuen wieder einzuarbeiten, wahrscheinlich, dass der Aufwand wahrscheinlich/ Der ist nicht groß, dann kann er auch schon mal sagen, er nimmt einen Neuen.“<sup>486</sup>*

Insbesondere wurde das Gaststättengewerbe genannt. Die Sozialleistungsträger weisen darauf hin, dass erst diese negativen Anreize beseitigt werden müssen, um das BEM flächendeckend umzusetzen zu können.

*B: „Im Gaststättenbereich, das habe ich jetzt so beobachtet, befristet, ein viertel Jahr. Das läuft dann gleich als Probezeit. Der funktioniert natürlich nicht, weil ich ja den nächsten gefördert bekomme. Aber ich kann die komplette Schicht für das nächste viertel Jahr besetzen. Also da könnte ich sogar mit Namen und Adresse arbeiten, die das schon so die letzten drei Saisons so bestreiten. Was natürlich ganz fatal ist. Denen müsste man auf die Finger hauen, statt denen noch Geld zu geben, aber auch das funktioniert. Aber solange solche Geschichten alle noch laufen im Hintergrund, werden wir es natürlich äußerst schwer haben, auf reellem Wege diesen politischen Auftrag umzusetzen.“<sup>487</sup>*

### **8.9.3 Moralische Verpflichtung**

Eine rechtliche Norm allein führt noch nicht zum erfolgreichen BEM. Das zeigen die bisherigen Ergebnisse über den Umsetzungsstand<sup>488</sup>. Unabhängig von der gesetzlichen Verpflichtung fühlen sich Arbeitgeber oft aber auch moralisch dazu verpflichtet, im Rahmen ihrer Fürsorgepflicht etwas für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter zu tun, insbesondere wenn langjährige persönliche Beziehungen zu ihnen bestehen.

*B: „Weil ich denke den Anspruch zu haben, ihnen helfen zu wollen.“<sup>489</sup>*

<sup>484</sup> ebenda, Paragraph 181

<sup>485</sup> Y1, Interview 2, Paragraph 55

<sup>486</sup> Y1, Interview 1, Paragraph 162

<sup>487</sup> Y1, Interview 2, Paragraph 188

<sup>488</sup> siehe auch Kapitel 8.1

<sup>489</sup> X1, Interview 1, Paragraph 10

B: „Da versuchen wir natürlich auch, dass wir die Mitarbeiter halten. Weil er auch schon länger bei uns ist, es soll ja auch so ein, dass sich jeder in der Firma geborgen fühlt.“<sup>490</sup>

Dem Arbeitgeber ist, wie hier beschrieben, an einem guten Betriebsklima gelegen. Aus seiner Sicht zählt dazu auch langfristige Personalbindung.

Rehabilitationsanbieter schätzen das Verhalten von Arbeitgebern im Einzelfall ähnlich ein.

B: „Unabhängig vom Gesetz, dass der Arbeitgeber dann sagt: Unternimm was gegen deine Suchtkrankheit, dann kannst du auch wieder anfangen, hier zu arbeiten.“<sup>491</sup>

Dabei spielt aus der Sicht von Leistungsträgern die Größe des Unternehmens eine wichtige Rolle. In sehr kleinen Unternehmen kann der persönliche Kontakt des Arbeitgebers zum Mitarbeiter eine Quelle für moralische Verantwortung sein.

B: „Also ich würde denken, dass in den kleinen diese persönliche Schiene [...] noch stärker ausgeprägt ist, einfach weil man sich zwangsläufig näher ist, weil es weniger Leute sind. [...]“<sup>492</sup>

Betriebliche Interessenvertreter haben wiederum die Erfahrung gemacht, dass die Unternehmensleitung häufig erst vom BEM überzeugt und somit auf ihre moralische Verantwortung hingewiesen werden muss.

B: „Bei den kleinen Betrieben ist es ja häufig erst, dass man den Geschäftsführer von der Sinnhaftigkeit überzeugen muss.“<sup>493</sup>

#### **8.9.4 Rechtliche Verpflichtung**

Die beiden Parteien im BEM (Arbeitgeber und Arbeitnehmer) haben sehr unterschiedliche Positionen im BEM-Verfahren. Während für den Arbeitgeber eine rechtliche Verpflichtung besteht, ist das BEM für die Beschäftigten freiwillig. Dieses Dilemma ist Leistungsträgern bewusst.

B: „Also das ist ja schon eine schwierige Konstellation zu sagen, der Arbeitgeber ist verpflichtet, ein Eingliederungsmanagement zu haben, ist dann aber vollständig drauf angewiesen, dass jemand freiwillig mitmacht.“<sup>494</sup>

Leistungsträger schätzen die Situation so ein, dass sich Arbeitgeber schnell bevormundet fühlen, wenn sie auf ihre rechtliche Pflicht hingewiesen werden.

<sup>490</sup> X1, Interview 3, Paragraph 14 - 15

<sup>491</sup> Y2, Interview 11, Paragraph 15

<sup>492</sup> Y1, Interview 16, Paragraph 53 - 54

<sup>493</sup> X4, Interview 14, Paragraph 16

<sup>494</sup> Y1, Interview.4, Paragraph 16

B: „Ja, bevormundet. Das ist ja quasi, wenn ich mit dem Gesetzbuch unterm Arm komm, sag ich, Hier, das ist so, das weiß auch jeder, gegen ein Gesetz kann ich nicht an. Dann fühlt er sich gleich bevormundet und quasi vorgeführt, ich mach hier was nicht richtig.“<sup>495</sup>

Da die rechtlichen Konsequenzen des Kündigungsschutzes für KMU mitunter gar nicht greifen, entfällt deren argumentative Wirkung auf die Arbeitgeber zur Implementierung des BEM.

B: „Das ist ja die ganze Argumentation, die da aufbaut, auch die juristische Argumentation vom Kündigungsschutz: das betrifft ja Klein- und Mittelbetriebe nicht, wenig oder gar nicht.“<sup>496</sup>

B: „Man sagt ja auch, der § 84 hat insofern nur Auswirkungen, also der Arbeitgeber ist ja verpflichtet, Prävention durchzuführen, wird aber nicht bestraft, wenn er's nicht macht. Er wird nur insoweit bestraft, indem er bei krankheitsbedingten Kündigungen unter Umständen sagt, also du hast keine Prävention durchgeführt und das könnte sozial wichtig sein. Aber das passiert auch nur in den Betrieben, die dem Kündigungsschutzgesetz unterliegen. Alle Kleinbetriebe, kleine Bäckerei oder was, die unterliegen ja auch fast [...], oder kleine Handwerksbetriebe, die unterliegen ja gar nicht dem Kündigungsschutzgesetz, also kann da die Sozialwidrigkeit [...] auch nicht geprüft werden.“<sup>497</sup>

Möchten Arbeitgeber eine Förderung des BEM über Boni vom Integrationsamt erhalten, müssen sie zunächst ihre gesetzliche Pflicht zur Beschäftigung Schwerbehinderter erfüllen, um finanzielle Mittel aus der Ausgleichsabgabe nutzen zu dürfen. Ansonsten entfällt für sie die Möglichkeit, sich über das Integrationsamt fördern zu lassen. Die Förderung könnte dann nur über einen anderen Sozialleistungsträger, z. B. Rentenversicherungsträger, erfolgen.

B: „Also das verlangen wir einfach, dass er seine gesetzliche Pflicht, nämlich fünf Prozent der Arbeitsplätze mit Schwerbehinderten zu beschäftigen, erfüllt, denn dann können wir ihn auch ausreichend unterstützen und das ist eine Prämisse, wo wir [...], wo auch das Land sicherlich auch seinen Wert darauf legt. I: Wenn er die Förderung vom Integrationsamt haben möchte.“<sup>498</sup>

Die gesetzliche Verankerung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements als Pflichtaufgabe für Arbeitgeber wird seitens der Sozialleistungsträger positiv gesehen. Ihrer Ansicht nach haben Arbeitgeber vorrangig die existenzielle Sicherung des Unternehmens im Blick und müssen deshalb bezüglich ihrer Fürsorgepflicht für die Arbeitgeber sensibilisiert werden.

---

<sup>495</sup> ebenda, Paragraph 39 - 41

<sup>496</sup> Y1, Interview 6, Paragraph 10

<sup>497</sup> Y1, Interview 8, Paragraph 103 - 106

<sup>498</sup> Y1, Interview 8, Paragraph 70 - 72

*B: „Es ist ja nicht jeder so sozial und sensibilisiert, dass er damit für den andern den Arbeitsplatz erhält. Der hat ja in erster Linie als Unternehmer erst mal die Existenz, das ist ja auch richtig, seines Unternehmens im Kopf, aber er muss jetzt sensibilisiert werden, dass er was tut und wenn man von außen keine Impulse gibt, und mit dem BEM, mit dieser gesetzlichen Verankerung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements, hat man diesen nicht nur einen Impuls gegeben, sondern man hat das richtig festgeschrieben.[...].“<sup>499</sup>*

Die gemeinsamen Servicestellen können eine hilfreiche Funktion zur Durchsetzung des BEM übernehmen.

*B: „Wenn man dann noch so eine Institution, wie die Servicestelle wirklich hätte, die dann zum BEM auch tatsächlich was tut, da auch hinterher geht, dann wär das schon eine feine Sache und dann wär das auch eine Verpflichtung, weil die Rehaträger tragen ja diese Stellen, was das Personal angeht, dann wär das auch etwas, wo die sich einbringen und wo man dann nicht über Prämien und Boni an der Stelle reden muss. Also es wär wahrscheinlich mehr an der Praxis organisiert.“<sup>500</sup>*

### **8.10 Fördernde Faktoren zur Umsetzung des BEM**

Viele Studien zeigen, dass die Implementierung eines BEM in KMU schwierig ist.<sup>501</sup> Es werden zahlreiche Hindernisse, aber auch fördernde Faktoren benannt. Da allerdings nur wenige Klein- und Mittelbetriebe das BEM anwenden,<sup>502</sup> scheinen die Hindernisse zu überwiegen.

- Was sind die Grundvoraussetzungen, dass ein BEM auch in KMU funktionieren kann?

Eine der wesentlichen Grundvoraussetzung ist die Gesundheit des Mitarbeiters.

*B: „Na, eine unabdingbare Voraussetzung für den Erfolg ist natürlich, dass die gesundheitlich in der Lage sind, das auch leisten zu können, das ist erst mal eine Grundlage.“<sup>503</sup>*

Kommunikation wird beispielsweise als ein entscheidender Faktor in der Umsetzung des BEM aus Sicht der Arbeitnehmer sowie Arbeitgeber genannt. Ohne Kommunikation können die jeweiligen Interessen und Standpunkte nicht dargelegt und kein Vertrauen aufgebaut werden, wie ein Arbeitgeber darlegt.

---

<sup>499</sup> ebenda, Paragraph 146, 148

<sup>500</sup> Y1, Interview 4, Paragraph 53

<sup>501</sup> vgl. Eggerer/Kaiser 2007; Köpke, 2009; Niehaus et al., 2008

<sup>502</sup> vgl. Niehaus et al., 2008, S. 33f

<sup>503</sup> X1, Interview 7, Paragraph 199

B: „Die er also auch erfahren soll, dann muss ich das natürlich in Frage stellen. Aber das läuft dann auch so, dass man das gemeinsam in Frage stellt, also, dass es nicht so ist, dass wir dann sagen: `Es geht nicht, ist nicht, fertig`, sondern dass man mit dem Mitarbeiter redet und sagt, wie er das selber einschätzt.“<sup>504</sup>

B: „Dann vielleicht auch unsere Sicht der Dinge noch mal darlegt und dann einfach versucht, den vernünftigen Weg miteinander zu finden. Nur so entsteht ja auch ein Vertrauensverhältnis.“<sup>505</sup>

Eine weitere Voraussetzung, die aus Sicht der Sozialleistungsanbieter benannt wurde, ist die Öffnung des Betriebsinhabers für das Thema BEM.

B: „Das Entscheidende ist, der Betriebsinhaber muss die Sicht dafür haben, dass es für seinen Betrieb speziell von Erfolg sein kann. Das ist das A und O. Die Tür muss auf sein. Wenn er das erkannt hat, dann gibt es alle möglichen Hilfen, die man sich denken kann.“<sup>506</sup>

Ohne die Öffnung der Arbeitgeber gegenüber BEM kann es nicht implementiert werden. Auch aus Sicht der betrieblichen Interessenvertreter ist dies ebenfalls ein wichtiger Erfolgsfaktor.

B: „Wenn die Leitungsebene erkannt hat, welche Möglichkeiten auch für ihn da positiv zu sind, würde ich sagen, könnte ich man zu dritt an einem Strang ziehen, also wirklich an einem Strang, der Schwerbehinderte selber, inklusive Unterstützung Schwerbehindertenvertretung und Arbeitgeber. Das könnte richtig rundum funktionieren und es wäre für alle Beteiligten ein, doch sorgenfreieres Arbeiten.“<sup>507</sup>

Weitere fördernde Faktoren, die aus der Perspektive der Schwerbehindertenvertretung genannt wurden, sind Zusammenarbeit und Sozialpartnerschaft. Auch ein Sozialleistungsanbieter sieht die Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat und der Beschäftigtenvertretung als unerlässlich an, damit BEM auf Seiten der Mitarbeiter akzeptiert wird.

B: „Also der Betrieb muss für mich, nein umgekehrt, Sozialpartnerschaft ist das A und O. Wenn ein Betrieb das lebt, dann funktioniert auch das BEM-Verfahren.“<sup>508</sup>

B: „[...] die gesagt haben, wir stülpen das nicht über, sondern wir machen das in Sozialpartnerschaft und der erste Weg ist der Betriebsrat und der erste Weg ist zu versuchen, eine Betriebsvereinbarung hinzukriegen.“<sup>509</sup>

Die Einbindung aller Beteiligten schafft somit Transparenz und Vertrauen. Neben der Offenheit des Betriebsinhabers gegenüber BEM ist aus Sicht der erkrankten Arbeitnehmer die eigene Offenheit ein wichtiger fördernder Faktor.

<sup>504</sup> X1, Interview 7, Paragraph 219  
<sup>505</sup> ebenda, Paragraph 221  
<sup>506</sup> Y2, Interview 9, Paragraph 181  
<sup>507</sup> X3, Interview 13, Paragraph 179  
<sup>508</sup> Y2, Interview 9, Paragraph 47  
<sup>509</sup> Y2, Interview 9, Paragraph 216

*B: „Ja, nö, eigentlich bin ich da sehr offen für. Da hab ich dann ganz einfach gedacht: Erstmal hören, erstmal sehen, was das ist und denn kann man sich ein Urteil erlauben. Vorher geht das nicht, einfach nur vom Hörensagen.“<sup>510</sup>*

Für Arbeitnehmer ist ein fester Ansprechpartner im Unternehmen wichtig, jemand der bei der Wiedereingliederung in den Betrieb hilft und begleitet. Wieder spielen die betriebsinternen Strukturen und personellen Ressourcen in KMU eine entscheidende Rolle bei der Durchführung eines BEM.

*B: „Da müssten Mitarbeiter sein [...] oder ich sage mal, von meiner Sicht jetzt her, sollte ein Unternehmen mit so und so viel Beschäftigte [...] da müsste auch eine Auflage, gesetzliche sein, dass da ein Mitarbeiter auch geschult wird[...] wo man auch einen Ansprechpartner hat [...]und dass der denn auch, dass ein bisschen im Unternehmen für einen lenkt.“<sup>511</sup>*

*B: „Dass da Mitarbeiter geschult werden bzw. die Kompetenz haben und dass die das dann, sage ich mal, zum Chef überbringen oder gemeinsam mit dem Chef klären in so einem Unternehmen. Ansonsten fruchtet das nicht [...]“<sup>512</sup>*

Mitarbeiter von Leistungsträgern erleben in ihrer Beratungsarbeit, die von professioneller Distanz zu den Ratsuchenden geprägt ist, auch eine persönliche Betroffenheit im Einzelfall. Mitarbeiter in helfenden und beratenden Berufen, wie z. B. Gesundheitsberater der Krankenkassen, können es deshalb als motivierend empfinden, durch eine gute Beratung am Erfolg des BEM mitzuwirken. Positive Beispiele müssen geschaffen werden.

*B: „So natürlich haben wir ein Netzwerk, auch ein Vermittlungsnetzwerk, haben eine Plattform und wenn es gewollt ist.“<sup>513</sup>*

Daneben spielt auch das Vorhandensein eines Netzwerkes eine Rolle, wenn leistungsgewandelte Arbeitnehmer nicht im eigenen Betrieb weiterbeschäftigt werden können, jedoch in anderen Betrieben diese Möglichkeit bestünde.

*B: „Wir haben einen, der ist auch jetzt in der Landwirtschaft tätig. Der hat gesagt, das ist das was ich eigentlich wollte, aber das hat er erst nach 30 Jahren begriffen. Ja aber auch durch eine Krankheit. So kann man dann versuchen, die Leute hier so ein bisschen umzusetzen. Wenn man jemanden kennt und sagt, das und das könntest du eventuell noch machen.“<sup>514</sup>*

Wie bereits die Erfahrungen des EIBE-Projektes zeigten, stellte es einen fördernden Faktor dar, wenn ein positiver Eingliederungsfall geschaffen wurde.<sup>515</sup>

---

<sup>510</sup> X2, Interview 9, Paragraph 57

<sup>511</sup> X2, Interview 8, Paragraph 43

<sup>512</sup> X2, Interview 8, Paragraph 133

<sup>513</sup> Y2, Interview 9, Paragraph 207

<sup>514</sup> X1, Interview 2, Paragraph 86

<sup>515</sup> vgl. Eggerer/Kaiser, 2007, S.77

Erfahrungen der Betriebsärzte und eines Personalleiters, die BEM in ihrem Unternehmen einführen, zeigen, dass durch Beispiele viel bewegt werden kann und v. a. das Vertrauen der Mitarbeiter zum Arbeitgeber gefördert wird.

*B: „Und wenn Sie einen Äquivalentfall dort haben, dann geht das schon ganz anders ab. Denk ich, ist der zentrale Dreh- und Angelpunkt. Also an Mitteln liegt's definitiv nicht, bin ich der Meinung.“<sup>516</sup>*

*B: „Man erfährt es ja trotzdem, also es spricht sich dann schon rum und ich sage mal, wenn man jemanden auch wirklich zufrieden gestellt hat und vielleicht sogar glücklich gemacht hat, dann spricht sich das rum und dann ruckt das auch durch das Unternehmen. Wir haben jetzt auch so einen Fragebogen entwickelt: Würden Sie das BEM weiterempfehlen?' und da gibt es dann, wenn es wirklich richtig gut geklappt hat 'Natürlich meine Kollegen haben ja auch gesehen, was ich jetzt habe und das ist ganz toll', dann kann man davon ausgehen das es auch ein bisschen ruckt.“<sup>517</sup>*

Aus den Ausführungen vorheriger Kapitel<sup>518</sup> wird ein Zusammenhang vermutet zwischen gesundheitsförderlichem Verhalten und BEM. Einen solchen Zusammenhang scheint es auch zu geben, wenn ein Qualitätsmanagement im Unternehmen vorhanden ist. Eine Fachkraft für Arbeitssicherheit machte die Erfahrung, dass Arbeitgeber, die ein Qualitätsmanagement im Unternehmen vorhalten, sensibilisierter für den Arbeitsschutz sind.

*B: „Aber da wo Qualitätsmanagement ist, da ist das immer mit auf der Fahne mit drauf. Ja und wir arbeiten da dann auch im Arbeitsschutz auch anders, weil dann läuft es meistens auf ein Arbeitsschutzmanagement hinaus und da ist die Rückinformation auch da.“<sup>519</sup>*

*B: „Und dort wo also ich sag mal das Qualitätsmanagement, wo das mit den Gefährdungsbeurteilungen funktioniert, wo das in dem Betrieb gelebt wird, da läuft das eigentlich auch.“<sup>520</sup>*

## **8.11 Beratungsbedarf**

### **8.11.1 Erforderliche Inhalte der Beratung**

Wie dargestellt, herrscht in KMU ein noch ungenügender Kenntnis- und Umsetzungsstand bezüglich BEM.<sup>521</sup> Der Beratungsbedarf ist bei allen Beteiligten noch sehr groß.

Die Gruppe der im Rahmen dieses Forschungsprojektes befragten Arbeitgeber, wünscht sich zunächst erst einmal ganz grundlegende und umfassende Informationen zum Thema BEM. Exemplarisch verdeutlicht wird dieses durch das folgende Zitat.

<sup>516</sup> X4, Interview 15, Paragraph 75

<sup>517</sup> Y2, Interview 9, Paragraph 83

<sup>518</sup> siehe auch Kapitel 8.3 und 8.6

<sup>519</sup> X4, Interview 16, Paragraph 77

<sup>520</sup> X4, Interview 16, Paragraph 261

<sup>521</sup> siehe auch Kapitel 8.1

*B: „Na, für mich wäre erst mal ganz wichtig zu erfahren, was das Ganze umfasst, wie ich damit umgehen kann als Arbeitgeber, auch in der Hinsicht und welche Möglichkeiten es da überhaupt gibt, etwas zu machen in der Richtung.[...]. Dazu müsste ich jetzt erst mal die Sachen wissen, die da hinten so dran hängen, ja mit allem was dazu gehört, um dann zu gucken, wie passt das jetzt auch ein Stückchen [...] für mein Unternehmen dann auch. Wie läuft das, wie funktioniert das, welche Möglichkeiten habe ich als Arbeitgeber, dem Arbeitnehmer gegenüber..., das ist ganz wichtig.“<sup>522</sup>*

Auch die befragten Mitarbeiter von Rehabilitationseinrichtungen benötigen noch umfassende Basisinformationen zum BEM und versprechen sich positive Wirkungen dadurch.

*B: „Ja überhaupt, dass man überhaupt weiß, wie das funktioniert. Kann ich mir schon fruchtbringend vorstellen.“<sup>523</sup>*

Einzelne Mitarbeiter von Sozialleistungsträgern räumen ebenfalls eigenen Schulungsbedarf ein.

*B: „Es werden immer mal auch Fortbildungsmaßnahmen angeboten. Aber wir sind noch gar nicht alle geschult, weil das System ist träge.“<sup>524</sup>*

Sie erleben in ihrer Beratungspraxis, dass sowohl langzeiterkrankte Arbeitnehmer als auch Arbeitgeber von KMU oft nicht über ihre Rechte Bescheid wissen und darüber hinaus auch hilflos im Umgang mit Behörden sind.

*B: „Die sind ja sehr schnell aufgeschmissen und die Betroffenen auch in so einem Kleinunternehmen, wenn dann alleine eine Ablehnung einer Kur zum Beispiel kommt, wenn die Rentenversicherung sagt: ‘Nee, du kriegst keine Kur’. So, dann sitzen beide da und wissen nicht, was sie tun sollen. So, und dass ein Schreiben mit einem Satz ‘Ich lege Widerspruch ein’ [...] in der Regel so etwas derart beschleunigt, das wissen die nicht. Ja oder wenn sie sagen ‘Ich will aber in eine bestimmte Klinik’. Dass es im SGB IX selbstbeschaffte Leistungen gibt, das heißt, ich kann mir meine Leistung selber bringen und setz damit den Leistungsträger unter Druck, also den Rehaträger, indem ich nämlich sage ‘Ich will in die und die Klinik, ich hab mir da schon einen Platz besorgt’, dann müssen die halt binnen zwei Wochen entscheiden. So und dann krieg ich viel schneller eine Entscheidung, als wenn eine Sache einfach nur liegt. Das gilt an vielen Stellen und da sind viele Möglichkeiten, und dieses Wissen, das müssen wir in die Unternehmen bringen und damit tun wir eine Menge.“<sup>525</sup>*

Hier können Beratung und Informationsarbeit zur Verbesserung der Situation beitragen.

<sup>522</sup> X1, Interview 1, Paragraph 50, 60 - 65

<sup>523</sup> Y2, Interview 11, Paragraph 107 - 112

<sup>524</sup> Y1, Interview 8, Paragraph 170 - 173

<sup>525</sup> Y1, Interview 14, Paragraph 44

Die interviewten Vertreter von Rehabilitationseinrichtungen äußerten, dass sie in einer verbesserten Öffentlichkeitsarbeit Chancen bei der Umsetzung von BEM in den Betrieben sehen.

*B: „Man muss natürlich viel Öffentlichkeitsarbeit dazu machen, damit sich das sozusagen in den Betrieben auch umsetzt.“<sup>526</sup>*

### 8.11.2 Geeignete Ansprechpartner

Eine externe Beratung wird von Arbeitgebern in der Regel als sinnvoll erachtet.

*B: „Zehn mal besser als wenn ich das machen würde. Es heißt ja: ‘Der eigene Prediger im eigenen Haus ist nichts wert.’ Ich halte es für wichtiger, wenn jemand von außen kommt und sich hinstellt und darüber Aufklärung betreibt, das anspricht und bespricht, als wenn ich als Chef da stehe, weil das wieder eine andere Autorität in sich hat, als ich als Arbeitgeber oder als Chef, das muss man so sagen.“<sup>527</sup>*

Die befragten Betriebsratsmitglieder sahen in der Nutzung von externer Beratung darüber hinaus auch ein Kontrollinstrument zur erfolgreichen Umsetzung des BEM.

*B: „Erstmal sieht der Arbeitgeber dann, dass dann sich von außen jemand kümmert und auch so ein bisschen guckt. Ich empfinde das auch so ein bisschen als Kontrolle, ob es auch wirklich dann so gemacht wird. Das wäre eigentlich relativ gut.“<sup>528</sup>*

Arbeitgeber mittlerer Unternehmensgröße holen sich mitunter Rechtsberatung von einem Rechtsanwalt. Erstaunlicherweise wird diese von ihnen aber nicht unter dem Begriff „externe Beratung“ deklariert.

*B: „Externe Beratung ist nicht unbedingt immer hilfreich. Vieles kann man auch bereits intern klären durch Informationen aus dem Netz oder rechtliche Beratung. Der Betrieb holt sich derzeit rechtliche Beratung bei einem Rechtsanwalt für Arbeitsrecht, um sich in allen Dingen, die die Arbeitsverhältnisse angehen, beraten zu lassen und sich auch rechtlich abzusichern, z.B. bei einer Kündigung.“<sup>529</sup>*

Oft wünschen sich Arbeitgeber eine einheitliche Anlaufstelle, an die sie sich wenden können. Bisher nutzten die interviewten Arbeitgeber von KMU eher ihnen vertraute Ansprechpartner (häufig die Krankenkasse), aus Mangel oder Unkenntnis anderer Beratungsangebote. Arbeitgeber wünschen sich einen Leitfaden für ein strukturiertes BEM-Verfahren, auf den sie bei Bedarf zurückgreifen können.

<sup>526</sup> Y2, Interview 10, Paragraph 41

<sup>527</sup> X1, Interview 1, Paragraph 121

<sup>528</sup> X3, Interview 10, Paragraph 123

<sup>529</sup> X1, Interview 3, Paragraph 78

*B: „Als hilfreich für die Einführung eines BEM wäre eine Art „Leitfaden“ bzw. eine vorgegebene Struktur, ein Verfahren, an dem sich der Arbeitgeber halten kann, auch wenn der Personalchef mal verhindert wäre. Dieses Programm würde helfen, das BEM umzusetzen, damit der Arbeitgeber auch weiß, welche nächsten Schritte zu tun wären. Es würde der besseren Handhabbarkeit dienen. Das Unternehmen erhofft sich durch die Teilnahme an diesem Projekt, mögliche Hilfe für solch ein standardisiertes Programm.“<sup>530</sup>*

Arbeitgeber kleinerer Unternehmen wenden sich zunächst auch an das eigene soziale und/oder berufliche Netzwerk.

*B1: „Ich kenn das auch, man ruft erstmal Bekannte an, die auch in der Branche arbeiten, bittet um Schweigepflicht. Ich sag, nur die Fallkonstruktion.“ B2: „Ja und dann haben sie auch noch den Austausch mit den anderen Leitungskräften, dann geht man mal zu Fortbildungen, da trifft man Gleichgesinnte.“<sup>531</sup>*

Die gemeinsamen Servicestellen als möglicher Ansprechpartner für externe Beratung sind jedoch noch weitgehend unbekannt; hier liegen noch unerschlossene Ressourcen.

*B: „Ja, die (gemeinsame Servicestellen) gibt es, aber die leben ja nicht, das ist auch so ein Punkt, der nett gemeint ist und der eigentlich auch von der Logik her passend ist, so wie BEM auch logisch ist, aber faktisch kommt's auf die Personen an, die da tätig sind. Es gibt Regionen, in denen eine Servicestelle durchaus eine Adresse ist, aber ich würde fast, wenn ich's einschätzen soll, also bestimmt über 75 % der Regionen in Deutschland, die eine Servicestelle haben, da passiert nichts, da passiert gar nichts, das sind Briefkästen, das ist vielleicht ein Besprechungsraum wie dieser, der als Servicestelle deklariert ist... Und auch von den Rehalträgern werden ja die Servicestellen nicht gefordert und umgekehrt eben auch nicht.“<sup>532</sup>*

Betriebsärzte halten sich selbst für eine geeignete Institution, um das Wissen über BEM in die Betriebe zu tragen. Dabei sehen sie die Firmenleitung als ersten Adressanten, an den sich diese Schulung und Wissensvermittlung über § 84 SGB IX richten sollte.

*B: „Dazu hatten wir in vielen Betrieben eine gesonderte Sprechstunde eingerichtet, so dass wir die Betriebe zuerst angesprochen haben, auf diesen Paragraphen hingewiesen haben. Und ihnen dann auch erklärt haben. Da haben wir also richtig so als kleine Präsentation gemacht. Da hatten wir uns innerhalb unserer Region also dazu verständigt, wie wir das verständlich dem Betrieb gegenüber, dem Geschäftsführer, derjenige, der die Entscheidung dann trifft, ob ein Vorstand oder Geschäftsführer, dass wir diesen Ablauf, was umfasst das erst mal, erläutert haben.“<sup>533</sup>*

---

<sup>530</sup> X1, Interview 3, Paragraph 49

<sup>531</sup> X1, Interview 6, Paragraph 168 - 171

<sup>532</sup> Y1, Interview 4, Paragraph 27 - 28

<sup>533</sup> X4, Interview 14, Paragraph 6

### 8.11.3 Anforderungen an externe Beratung

Externe Beratung sollte nach Ansicht der Arbeitgeber keine zusätzlich größeren Mehrkosten bedeuten. Diese können sich KMU unter dem enormen Existenzdruck nicht leisten und greifen alternativ auf eigene Ressourcen, wie berufsspezifische fachliche sowie soziale Netzwerke zurück.

*B: „Von außen gut, kann immer nicht verkehrt sein auf der einen Seite. Und dann muss man auch immer gucken, ja wir sind eine kleine Einrichtung, wie teuer es ist. Wenn das ganz horrenden Preise sind, die der da für eine Stunde Beratung haben möchte, dann sag ich jetzt mal, o.k. ich mache es doch lieber alleine, mich irgendwo kundig und telefoniere oder so.“<sup>534</sup>*

Sozialleistungsträger sehen sich selbst in der Verantwortung für Beratungsleistungen, da sie das Personal für Servicestellenmitarbeiter ohnehin finanzieren müssen. Das wäre aus ihrer Sicht eine praxisorientierte Lösung, die auch ohne Anreizstrukturen (Boni, Prämien) zum Erfolg führen könnte.

*B: „Wenn man dann noch irgend so eine Institution, [...] auch die Servicestelle wirklich hätte, die dann zum BEM auch tatsächlich was tut, [...] dann wär das schon eine feine Sache und dann wär das auch eine Verpflichtung, weil die Rehaträger tragen ja diese Stellen, was das Personal angeht. Dann wär das auch etwas, wo die sich ja auch einbringen und wo man dann nicht über Prämien und Boni an der Stelle reden muss. Also es wär wahrscheinlich mehr an der Praxis organisiert.“<sup>535</sup>*

*B: „Eigentlich ist aus meiner Sicht diese Konstruktion Servicestelle, in der eigentlich ja alle Träger sein sollen, der richtige Weg, um dann letztendlich, wenn ich jetzt als Servicestelle meinewegen zum Unternehmen XY hingefahren bin, weil die da Fragen zu hatten, und hab mit denen jetzt darüber gesprochen.“<sup>536</sup>*

Die vom Gesetzgeber mit der Einführung des § 84 SGB IX beabsichtigte interdisziplinäre und sozialleistungsträgerübergreifende Zusammenarbeit führte offenbar in der Praxis zu einer vermehrten Abgrenzung aller Akteure untereinander. Das führt in letzter Konsequenz dazu, dass der betroffene Langzeiterkrankte isoliert ist.

*B: „Wir haben übers SGB IX aus meiner Sicht nur eine Abgrenzung. Wir haben ganz viele Dinge, die ganz toll klingen, eben, der Betroffene im Mittelpunkt und so weiter und so fort, aber tatsächlich steht er im Mittelpunkt, aber da steht er alleine. Und es ist keiner, der ihm, wie soll ich sagen, unter die Arme greift, einfach mal sagt: ‚Mensch, wir sind auch noch da.‘ Und das ist Realität, das will man nicht hören, aber das ist so.“<sup>537</sup>*

<sup>534</sup> X1, Interview 6, Paragraph 159 - 159

<sup>535</sup> Y1, Interview 4, Paragraph 52

<sup>536</sup> ebenda, Paragraph 60

<sup>537</sup> ebenda, Paragraph 79

Einzelne Vertreter der Rehabilitationsanbieter entwickeln Vorstellungen, wie eine gute und praxisnahe Beratung aussehen könnte. Dabei stehen Flexibilität und Erreichbarkeit für KMU im Vordergrund. Chancen liegen ihrer Meinung nach in der Selbstverwaltung des Handwerkes.

*B: „Und das Modell, was denkbar ist, auch mit Hilfe von Rehaträgern [...] wäre ein flexibles Beratungs- und Informationssystem vor Ort, wo die betroffenen Betriebe sich in den Einzelfällen hinwenden können. Das könnte auch die Handwerks- und Handelskammern und andere Verbände mit unterstützen, indem sie durch Öffentlichkeitsarbeit darauf hinweisen.“<sup>538</sup>*

Sie sehen sich selbst nicht in der Verantwortung zur Information kleinerer Unternehmen zum BEM. Dieses stellt aus ihrer Sicht eine öffentliche Aufgabe dar. Problematisch scheint zu sein, dass bisher überwiegend nur diejenigen Adressaten erreicht wurden, die für das Thema BEM ohnehin bereits aufgeschlossen waren. Sodass diese „Insider“ auf öffentlichen Schulungen, z. B. des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, unter sich blieben.

*B: „So, wir selbst sind jetzt nicht überragend tätig, was die Informationen von kleineren Betrieben angeht, das ist auch nicht unsere Aufgabe, die ist eine öffentliche Aufgabe aus meiner Sicht, eine Aufgabe von Verbänden, hierüber ernsthaft zu informieren, Veranstaltungen zu machen. In dem Zusammenhang sind die Veranstaltungen des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales an hervorragender Stelle auch zu nennen, das ist sinnvoll und gut, nur da kommen auch Unternehmer hin, wobei das Problem ist, wenn man sich dort trifft, die Unternehmen in der Regel, eine Vielzahl die dorthin kommen, sind dort/ findet man dort nicht. Findet man uns, die Insider.“<sup>539</sup>*

Sowohl die Gruppe der interviewten Leistungsträger als auch die der betrieblichen Interessenvertreter wünschen sich ein standardisiertes Verfahren. Auf Grund der mangelnden Erfahrung mit BEM hält die Mehrzahl der befragten Akteure einen konkreten Handlungsleitfaden, in welchem Aufgaben, Ablauf und Handlungsfelder des BEM-Prozesses konkretisiert werden, für hilfreich und notwendig. Den sich darunter befindlichen Servicestellenmitarbeitern ist ihre Verantwortung in diesem Prozess durchaus bewusst, jedoch fehlen ihnen noch Voraussetzungen, um diesem Auftrag auch gerecht zu werden.

*B: „Man braucht schon etwas, was man abarbeiten kann, es geht ja sonst alles unter im Arbeitsalltag. Man braucht das, man muss sicherlich auch diese Organisation so anpassen an die Bedingungen der einzelnen Betriebe.“<sup>540</sup>*

<sup>538</sup> Y2, Interview 10, Paragraph 59

<sup>539</sup> Y2, Interview 10, Paragraph 61

<sup>540</sup> Y1, Interview 8, Paragraph 22

Betriebliche Interessenvertreter haben die Erwartung, dass ein standardisiertes Verfahren ein gutes Hilfsangebot für KMU zur Realisierung von BEM ist.

*B: „Ja, und auch so ein bisschen Schrittabfolgen. Was ist jetzt, was müsste im Konkreten passieren, wenn jetzt der Fall da ist? Der Fall, wenn ein Mitarbeiter jetzt 6 Wochen ausfällt. Also, man müsste dann auch noch mal wissen, welche Schritte muss ich denn jetzt gehen. Man hat zwar viele einzelne Informationen, aber es fehlt so das Gerüst drum herum sozusagen.“<sup>541</sup>*

*B: „Und da ist es eher so, dass [...] wenn es da irgendwelche Handlungshilfen und Möglichkeiten geben würde, dass, wenn kleinere Unternehmen da Unterstützung bekommen, dass ihnen der Start dann etwas leichter fällt.“<sup>542</sup>*

Dabei wird deutlich, dass die gesetzliche Vorgabe noch individueller an die Bedürfnisse und Bedingungen von KMU angepasst werden müsste. Die bisherigen Vorgaben oder Muster sind eher für größere und mittlere Unternehmen geeignet.

*B: „Dass sozusagen solche Regelung, die ja für alle gilt, eben nicht auf alle passt, das liegt in der Natur der Sache. Und ich denke, man muss im Laufe der Zeit angepasste Regelungen finden und angepasste Hilfsmöglichkeiten, um kleinen, mittleren Betrieben insbesondere in schwierigen Situationen, aber eben nicht nur den Betrieben, sondern vor allen Dingen ja auch den Mitarbeitern die betroffen sind, die das ja ausbaden müssen, wenn sie schwer erkranken, zu helfen.“<sup>543</sup>*

*B: „Vielleicht auch mal so eine Handlungshilfe, so für Klein- und Mittelbetriebe. Was müssen wir tun? Gut, wir wissen, dass wir eine Betriebsvereinbarung machen müssen. Bloß die, die ich bisher so gefunden habe an Mustern, die sind halt auch meist für große Unternehmen, die gehen über 10 Seiten. Da denke ich mir immer: ‘Muss das für uns sein?’ Für uns wäre halt so eine kurze, knappe, wo irgendwie die wichtigsten Punkte drin stehen, wo alle sich auch mit identifizieren können, weil viele werden auch sagen: ‘Muss ich jetzt schon wieder so viel Papier lesen?’ Das würde auch den Mitarbeitern helfen. [...] Ja, vielleicht sogar eine externe Beratung, oder eben auch was in dem Sinne, wo sich Leute aus der Region auch mal zusammenfinden können und vielleicht so, dass man so Verbundsysteme schafft. Das versuchen wir letztlich auch schon, aber so richtig weit sind wir da auch noch nicht gekommen. Also, weil wir natürlich auch über die Gewerkschaft auch in Gremien sind, [...] dass man da dann auch schon mal fragt: ‘Sagt mal, was habt ihr denn da gemacht?’ Aber das ist dann auch... Die, die was gemacht haben, [...] also das ist ja auch wieder was Größeres. So die Kleineren, die hinken alle hinterher.“<sup>544</sup>*

Allgemeine Standards, die mitunter auch zu hoch gesteckt sind, sind für KMU nicht praktikabel und müssten für diese Zielgruppe besser ausdifferenziert werden.

<sup>541</sup> X3, Interview 12 Paragraph 93

<sup>542</sup> ebenda, Paragraph 87

<sup>543</sup> Y2, Interview 10, Paragraph 59

<sup>544</sup> X3, Interview 12, Paragraph 91

## 9. Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

### ***Rechtlicher Geltungsbereich des BEM***

Auch kleinste, kleine und mittlere Betriebe und Unternehmen sind zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement nach § 84 SGB IX verpflichtet. Auch wenn die Rechtsnorm auf die betriebliche Interessenvertretung Bezug nimmt, ist das Vorhandensein einer Schwerbehindertenvertretung bzw. eines Betriebsrates keine rechtliche Voraussetzung des BEM. Auch wenn das BEM Einfluss auf das Kündigungsschutzverfahren haben kann, ist die Geltung des Kündigungsschutzgesetzes keine Voraussetzung für die Verpflichtung zum BEM. Auch wenn § 84 SGB IX im Teil 2 des Gesetzes – Recht schwerbehinderter Menschen – verortet ist, gilt die Verpflichtung auch für Betriebe, die nicht der Beschäftigungspflicht schwerbehinderter Menschen unterliegen. § 84 Abs. 2 SGB IX gilt für alle Beschäftigten, nicht nur für schwerbehinderte Menschen.

Die Verpflichtung zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement ist eine Rechtspflicht der Arbeitgeber im Verhältnis zu ihren Beschäftigten. Entsprechend gilt die Regelung nicht für die selbstständigen Arbeitgeber, die in Klein- und Mittelbetrieben mitarbeiten. Ihre Problemlage bei längerer Krankheit kann derjenigen von abhängig Beschäftigten zum Teil entsprechen. Es wäre zu prüfen, ob für sie zusätzliche Regelungen erforderlich sind.

### ***Besonderheiten von kleinen und mittleren Betrieben im Hinblick auf Rechtslage und Rechtspraxis***

Die niedrige Beschäftigtenzahl bewirkt jedenfalls in vielen kleinsten und kleinen Betrieben, dass bei allen Akteuren wenig oder kein Erfahrungswissen im Umgang mit Langzeitkrankheiten besteht. Geregelt Verfahren und Verantwortlichkeiten werden schon aus diesem Grund in vielen Fällen nicht ausgestaltet.

In vielen kleinen und mittleren Betrieben bestehen kein Betriebsrat und keine Schwerbehindertenvertretung. Diese können daher innerbetrieblich weder das BEM anregen noch an seiner Durchführung mitwirken. Es können keine Betriebsvereinbarungen oder Integrationsvereinbarungen initiiert werden. Dadurch wird es erschwert, in den Betrieben zu einer generellen Regelung des BEM zu gelangen, die den betroffenen Interessen gerecht wird. Bei der Durchführung des BEM ist es schwieriger, eine innerbetriebliche Stelle zu finden, die im Hinblick auf mögliche Konflikte das Vertrauen der Beschäftigten genießt:

Auch wenn eine betriebliche Interessenvertretung besteht, hat sie in kleinen und mittleren Betrieben oft nicht die Ressourcen, die erforderlich sind, um ein BEM anzuregen oder an einem BEM mitzuwirken. Da zumeist keine Mitglieder der Interessenvertretung freigestellt sind und die Interessenvertretung in der Arbeitszeit faktisch erschwert ist, können externe und interne Informationen und Impulse zum BEM oft nicht im erforderlichen Umfang an bestehende Interessenvertretungen gelangen und von ihnen verarbeitet werden.

Soweit Kündigungen aus bei Kleinstbetrieben bis zu zehn Beschäftigten aus Rechtsgründen oder bei kleinen Betrieben faktisch ohne Beachtung des gesetzlichen Kündigungsschutzes erfolgen, hat das Unterlassen eines BEM für den Arbeitgeber rechtlich keine Folgen. Wenn bei einer sozial ungerechtfertigten Kündigung keine Abfindung zu zahlen ist, entfallen für den Arbeitgeber erhebliche Kosten eines unterlassenen BEM.

Soweit der Arbeitgeber in kleinen Betrieben bis zu dreißig Beschäftigten für die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall eine Erstattung von bis zu 80% auf Grund der gesetzlichen Umlage erhält, entfällt ein wichtiger Grund, längerfristigen Erkrankungen erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken. Der Nutzen einer betrieblichen Präventionsstrategie ist insoweit geringer als in Betrieben mit voller Verpflichtung zur Entgeltfortzahlung.

Soweit der Arbeitgeber in kleinen Betrieben bis zu zwanzig Beschäftigten nicht zur Beschäftigung von schwerbehinderten Menschen verpflichtet ist, entfällt der Anreiz, durch weitere Beschäftigung gesundheitlich eingeschränkter Personen die Beschäftigungspflicht zu erfüllen. Soweit faktisch keine schwerbehinderten Menschen beschäftigt werden, sind Arbeitgeber oft nicht mit dem Integrationsamt und den Unterstützungsmöglichkeiten der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben vertraut.

Soweit die betriebsärztliche Betreuung in kleinen und mittleren Betrieben faktisch nur punktuell und lückenhaft stattfindet, fehlt in den Betrieben eine für das BEM wichtige Erkenntnisquelle über die spezifische Leistungsfähigkeit von Beschäftigten im Hinblick auf die konkreten Anforderungen der Arbeitsplätze.

### ***Faktische Voraussetzungen und Besonderheiten in kleinen und mittleren Betrieben***

Insbesondere in kleinsten und kleinen Betrieben ist die relative Bedeutung einzelner Beschäftigter als Humankapital für den Betrieb im Hinblick auf die Erledigung der anfallenden Arbeit, das betriebliche Erfahrungswissen und die Bindung von Kunden oft höher als in größeren Betrieben.

Damit besteht ein höherer Druck auf den Betrieb, eine rasche Wiedereingliederung oder jedenfalls eine rasche Entscheidung über den Bestand des Arbeitsverhältnisses zu treffen. Damit kann ein erheblicher Anreiz zur Durchführung eines BEM bestehen.

Ob das Humankapital der Beschäftigten einen Anreiz zum BEM darstellt, unterscheidet sich stark nach Qualifikation der Beschäftigten und der sektoralen und regionalen Arbeitsmarktlage. Zumindest in der Tendenz wird dieser Faktor voraussichtlich an Bedeutung gewinnen.

Durch die stärkere persönliche Bindung unter den Beschäftigten und die persönliche Mitarbeit des Arbeitgebers in vielen kleinen und mittleren Betrieben bestehen oft bessere psychologische und emotionale Kontextfaktoren für ein BEM. Arbeitgeber, Kollegen und kranke Beschäftigte können sich stärker dem gemeinsamen Ziel einer Wiedereingliederung verpflichtet sehen.

Ob die tendenziell stärkeren Bindungen zwischen Arbeitgeber und Beschäftigten und unter diesen das BEM fördern können, hängt von dem im Unternehmen praktizierten Führungsstil ab. Entscheidend ist, dass bei Beschäftigten und Arbeitgebern Vertrauen darin besteht, dass eigene Bemühungen um betriebliche Eingliederung honoriert werden und darin gesetzte Hoffnungen nicht enttäuscht werden. Dies bedeutet insbesondere, dass die Bereitschaft der kranken Beschäftigten, über Krankheit und Leistungseinschränkung offen zu sprechen, nicht die Gefahr einer Kündigung erhöhen darf.

In kleinen und mittleren Betrieben bestehen weniger alternative Beschäftigungsmöglichkeiten für Beschäftigte, deren Leistungsvermögen eingeschränkt oder verändert ist. Dies ist im Vergleich zu größeren Betrieben ein wichtiger hemmender Faktor für das BEM, der mit internen Mitteln nicht oder nur zum Teil ausgeglichen werden kann. Externe Unterstützung bei der Arbeitsplatzanpassung kann hier besondere Bedeutung haben, führt aber nicht in allen Fällen zur Lösung. Überbetriebliche Kooperation könnte weitere Möglichkeiten erschließen.

In kleinen und mittleren Betrieben bestehen weniger Möglichkeiten, spezialisierte Sachkenntnis und Erfahrungswissen für BEM aufzubauen und vorzuhalten. In kleinsten und kleinen Betrieben bestehen oft keine eigenen Personalabteilungen. Arbeitsschutz, Gesundheitsprävention und Belange schwerbehinderter Beschäftigter werden oft nicht von spezialisierten Personen, sondern „nebenbei“ bearbeitet. Die Bildung eines Integrationsteams ist, auch auf Grund der niedrigen Fallzahlen, selten. Überbetriebliche Kooperation und die Nutzung externer Dienstleistungen von Leistungsträgern und Leistungserbringern der Rehabilitation und Teilhabe könnte hier hilfreich sein.

Es kann davon ausgegangen werden, dass in den meisten Betrieben die Durchführung des BEM betriebswirtschaftlich weniger Kosten verursacht als seine Unterlassung. Dieser Zusammenhang ist abhängig vom Erfolg der betrieblichen Eingliederung und der Durchsetzung kündigungsschutzrechtlicher Standards im Betrieb. Es ist anzunehmen, dass die Kosten des BEM zum Teil überschätzt werden und die Vermeidung von Kosten durch BEM im Hinblick auf die Erhaltung von Humankapital und auf die Beendigungskosten des Arbeitsverhältnisses unterschätzt werden. Betriebs- und branchenbezogene Kostenrechnungen zum BEM könnten hier zur Aufklärung beitragen.

### ***Rechte und Pflichten der Sozialleistungsträger beim BEM***

In § 84 Abs. 2 SGB IX sind die gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger als Ansprechpartner der Arbeitgeber und betrieblichen Akteure beim BEM benannt. Ihre Aufgabe ist es, das BEM durch Beratung und Fallmanagement im Hinblick auf Leistungen zur Teilhabe für Beschäftigte und Arbeitgeber zu unterstützen. Ziel der Regelung ist es, Arbeitgebern beim BEM einen einheitlichen, verlässlichen und umfassend für alle Leistungen aller Rehabilitationsträger kompetenten Ansprechpartner zu bieten. Die Regelungen in §§ 84, 22 SGB IX zu den gemeinsamen Servicestellen tragen ein erhebliches Aufgabenspektrum, das auch das aktive Tätig werden zur Anregung von BEM bei den Betrieben generell und im Einzelfall umfasst. Dies ist zum Teil in gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger ausgeführt.

Die einzelnen Rehabilitationsträger, insbesondere die Träger der Rentenversicherung, der Krankenversicherung, der Unfallversicherung sowie die Bundesagentur für Arbeit, können auch mit ihren je separaten Auskunfts- und Beratungsstellen, Rehabilitationsfachdiensten, Berufshelfern und Arbeitgeberserviceabteilungen das BEM unterstützen. Auch dieses Tätig werden der Rehabilitationsträger kann aktive Ansprache der Betriebe umfassen.

Für die aktive Ansprache der Betriebe aus dem Verwaltungshandeln der Rehabilitationsträger heraus ist insbesondere die aktive und systematische Nutzung der Regelung aus § 8 SGB IX möglich. So können Beschäftigte und – mit deren Zustimmung – Betriebe angesprochen werden, wenn von Behinderung bedrohte und behinderte Menschen Anträge auf Krankengeld, Verletztengeld, Erwerbsminderungsrente und Arbeitslosengeld stellen.

Weiterhin können die Vertragsärzte von den Krankenkassen vertraglich eingebunden werden, um im Rahmen der Regelversorgung, von Integrierter Versorgung oder von strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke bei entsprechenden Arbeitsunfähigkeitszeiten ein BEM anzuregen. Sie können hierzu – mit Zustimmung der kranken Menschen – mit den Betriebsärzten in Verbindung treten.

In § 84 Abs. 2 SGB IX ist weiterhin das Integrationsamt als Ansprechpartner der Arbeitgeber und betrieblichen Akteure genannt, soweit schwerbehinderte Beschäftigte betroffen sind. Die Integrationsämter sind von ihrem Aufgabenspektrum und ihrer Erfahrung her gut geeignet ein BEM zu unterstützen. Sie sind auch regional bekannt.

Die Beschränkung der Integrationsämter auf schwerbehinderte Beschäftigte und ihnen gleichgestellte Beschäftigte ist für das BEM nicht funktional. Beim BEM sind typischerweise Beschäftigte betroffen, für die eine Anerkennung als schwerbehindert oder eine Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen durch die lange Erkrankung erstmals in Frage kommt. Insofern ist die Antragstellung für die Anerkennung als schwerbehindert oder für die Gleichstellung häufiger Bestandteil eines BEM; die Unterstützung durch das Integrationsamt kann dann erst nach einem längeren Verwaltungsverfahren erfolgen. Sinnvoll wäre eine gesetzliche Neuregelung, mit der die Integrationsämter auch zur Prävention von Behinderung im Rahmen eines BEM generell tätig werden können.

Die Integrationsfachdienste können im Auftrag der Integrationsämter und der Rehabilitationsträger ein BEM bei schwerbehinderten Beschäftigten unterstützen. Sie sind von ihrem gesetzlichen Aufgabenspektrum und ihrer spezifischen fachlichen Ausstattung her besonders geeignet, ein BEM bei psychischen Krankheiten und Suchtkrankheiten zu unterstützen und damit in einem Bereich tätig zu werden, in dem die eigene Problemlösungskompetenz insbesondere kleiner und mittlerer Betriebe eher schwach ist.

Auch für die Integrationsfachdienste gilt, dass die gesetzliche Beschränkung auf bereits als schwerbehindert anerkannte Beschäftigte zur Unterstützung des BEM nicht funktional ist.

Die Unterstützung der Betriebe beim BEM durch die im Gesetz besonders genannten gemeinsamen Servicestellen und Integrationsämter umfasst zwar ein mögliches Fallmanagement. Entscheidungen über das BEM unterstützende Sozialleistungen sind aber weiterhin von den einzelnen Sozialleistungsträgern zu treffen. Dadurch können Verzögerungen und Abstimmungsschwierigkeiten entstehen.

Die Sozialleistungsträger können aber nach § 87 SGB X einem Sozialleistungsträger oder einer nach § 94 Abs. 2 SGB X mit § 12 Abs. 2 SGB IX gebildeten Arbeitsgemeinschaft den Auftrag erteilen, im Einzelfall tätig werden und dadurch das Verwaltungsverfahren zentralisieren und beschleunigen.

Die Rehabilitationsträger und das Integrationsamt können die Einführung eines BEM mit Prämien oder einem Bonus fördern (§ 84 Abs. 3 SGB IX). Die Voraussetzungen von Prämien und Bonus sind im Gesetz nicht weiter konkretisiert, müssen aber im Hinblick auf den Gleichheitssatz und das Rechtsstaatsprinzip gleichmäßig und am Sinn und Zweck des Gesetzes orientiert sein. Die konkrete Ausgestaltung von Prämien oder Bonus muss daher geeignet sein, die Einführung des BEM zu fördern.

### ***Interessen und faktisches Handeln der Sozialleistungsträger***

Die Sozialleistungsträger haben den rechtlichen Auftrag und das ökonomische Interesse, Einführung und Durchführung des BEM zu fördern. Für alle Sozialleistungsträger können durch erfolgreiches BEM Kosten für Sozialleistungen vermieden und höhere Beitragseinnahmen durch stabilisierte Beschäftigung erreicht werden. Im Bereich der kleinen und mittleren Unternehmen und insbesondere im Handwerk besteht auf Grund der Versicherungsmöglichkeit, zum Teil auch der Versicherungspflicht Selbstständiger auch ein Interesse der Sozialleistungsträger daran, Selbstständige in dem BEM entsprechende Aktivitäten einzubeziehen.

Die rechtlich vorgesehene Möglichkeit der Sozialleistungsträger, Beratung, Service und Fallmanagement für die Betriebe im Rahmen eines BEM bei den gemeinsamen Servicestellen zusammenfassen, entspricht dem Wunsch insbesondere kleiner und mittlerer Betriebe nach einem einfachen Verfahren mit einem einzigen, einheitlichen und umfassend kompetenten Ansprechpartner. Insofern kann diese Möglichkeit das BEM in kleinen und mittleren Betrieben wesentlich fördern.

Faktisch werden in den gemeinsamen Servicestellen Unterstützungsleistungen zum BEM kaum nachgefragt und kaum vorgehalten. Die gemeinsamen Servicestellen als Ansprechpartner für das BEM sind vielfach unbekannt. Sie betreiben keine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit und keine gezielte Ansprache. Sie sind kaum mit den Integrationsämtern und Integrationsfachdiensten vernetzt. Regionale Arbeitsgemeinschaften zur Trägerschaft der Servicestellen und zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit – einschließlich gemeinsamer Entscheidungen – nach § 12 Abs. 2 SGB IX sind nicht gebildet.

Insbesondere bei der Bundesagentur für Arbeit und bei vielen Krankenkassen bestehen keine Strukturen zur Beteiligung an den gemeinsamen Servicestellen. Andere Krankenkassen, die Träger der Rentenversicherung und der Unfallversicherung beteiligen sich an gemeinsamen Servicestellen bzw. ihrer trägerübergreifenden Unterstützung. Auch sie räumen aber der Ausstattung und Bekanntmachung der Servicestellen als trägerübergreifenden umfassenden Ansprechpartner zum BEM keine Priorität ein, sondern sehen hier primär ihre eigenen Dienste und Angebote als geeignete Ansprechpartner an. Bei Krankenkassen wird diese Tendenz noch durch den Kassenwettbewerb verschärft, der eine kassenübergreifende Zusammenarbeit mit Öffentlichkeitswirkung erschwert. Der Kassenwettbewerb ist insoweit ein wesentliches Hindernis zur Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben.

Die Vielfalt wählbarer Krankenkassen und die vom Kassenwettbewerb aufgeworfenen Barrieren für kassenübergreifendes Handeln sind auch darüber hinaus Hindernisse für die Arbeitgeber bei der Suche nach Ansprechpartnern für das BEM und andere Formen des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Soweit nicht aus Tradition – wie im Bereich des Handwerks – oder Zufall eine Mehrheit der Beschäftigten in der gleichen Krankenkasse versichert ist, ist es gerade für kleinere und mittlere Betriebe schwierig, Unterstützung von Krankenkassen für BEM generell oder im Einzelfall zu finden.

Kleine und mittlere Betriebe sind besonders auf Unterstützung bei Einführung und Durchführung des BEM angewiesen. Sie brauchen fachliche Beratung in Bezug auf arbeits- und sozialmedizinische Fragen und Fallmanagement zur Vermittlung geeigneter Leistungen zur Teilhabe. Um den Zugang zu diesen Leistungen zu finden, benötigen sie bekannte, einheitliche und vertraute Ansprechpartner. Dies sollten nach dem Gesetz die gemeinsamen Servicestellen sein.

Prämien und Bonusregelungen bestehen bei den meisten Rehabilitationsträgern und Integrationsämtern nicht. Sie werden von diesen sowie auch von betrieblichen Akteuren skeptisch beurteilt. Es werden Mitnahmeeffekte befürchtet, die daraus entstehen können, dass nur diejenigen Betriebe die Voraussetzungen für Prämien oder Bonus erfüllen, die auf Grund ihrer Ressourcen ohnehin ein BEM einführen und durchführen können. Bei denkbaren Gestaltungen der Voraussetzungen wären kleine und mittlere Betriebe auf Grund ihrer niedrigen Fallzahlen und geringen Ressourcen strukturell benachteiligt. Prämien und Bonus können daher voraussichtlich keinen zweckmäßigen Beitrag zur Implementation von BEM in kleinen und mittleren Betrieben leisten. Entsprechende Mittel sollten besser zur unmittelbaren Unterstützung des BEM genutzt werden.

## **Handlungsempfehlungen**

### ***Der Bundesgesetzgeber sollte prüfen,***

ob die Pflichten der Rehabilitationsträger zur Kooperation bei der Unterstützung des BEM durch gemeinsame Servicestellen verstärkt werden können;

ob die Integrationsämter und Integrationsfachdienste im Rahmen des BEM auch präventiv tätig werden können, ohne dass eine Anerkennung als schwerbehindert vorliegt;

ob den Integrationsfachdiensten beim BEM eine stärkere Rolle in der Unterstützung aller Rehabilitationsträger gesetzlich aufgegeben wird;

ob die Unterstützung Selbstständiger bei der beruflichen Eingliederung analog BEM als Aufgabe der Rehabilitationsträger festgeschrieben wird;

ob die Umlagemöglichkeit der Entgeltfortzahlung bei kleinen Betrieben reduziert wird, um stärkere Anreize zur raschen Wiedereingliederung zu schaffen.

### ***Die Landesregierungen und Landesgesetzgeber sollten prüfen,***

ob die Unterstützung der Betriebe durch gemeinsame Servicestellen der Rehabilitationsträger durch Landesgesetz, aufsichtsbehördliche Maßnahmen und Förderung des Landes, insbesondere über die Integrationsämter, verbessert werden kann.

### ***Die Rehabilitationsträger sollten prüfen,***

wie im Rahmen der Prüfung des Vorrangs von Rehabilitation nach § 8 SGB IX regelmäßig BEM angeregt werden kann;

wie die Zusammenarbeit im Rahmen der gemeinsamen Servicestellen das in § 84 SGB IX vorgesehene Niveau erreichen kann;

wie regionale Arbeitsgemeinschaften nach § 12 Abs. 2 SGB IX zur Trägerschaft der gemeinsamen Servicestellen und für Leistungen aus einer Hand zur Unterstützung des BEM gebildet werden können;

wie die Möglichkeiten der Integrationsfachdienste zur Unterstützung des BEM stärker genutzt werden können, insbesondere auch durch Träger der medizinischen Rehabilitation;

mit welchen weiteren Maßnahmen die kleinen und mittleren Betriebe mit arbeits- und sozialmedizinischer Kompetenz, zugänglichen Informationen und Maßnahmen des Fallmanagements unterstützt werden können.

***Die Kammern, Unternehmensverbände und Gewerkschaften sollten prüfen,***

wie sie als überbetriebliche Akteure des Wirtschaftslebens auf regionaler Ebene möglichst gemeinsam und in Kooperation mit den Rehabilitationsträgern und Integrationsämtern Netzwerke zur überbetrieblichen Zusammenarbeit beim BEM bilden könnten, die auch einen gemeinsamen Arbeitsmarkt für Wiedereingliederung in anderen Betrieben herstellen;

wie sie Arbeitgeber und Beschäftigte über Möglichkeiten, Kosten und Nutzen des BEM zugänglich informieren;

wie sie den Rehabilitationsträgern verdeutlichen, dass ihre Aufgaben im Rahmen des BEM hohe Priorität haben sollten.

***Die Arbeitgeber in den kleinen und mittleren Betrieben sollten prüfen,***

ob sie auch zur Förderung des BEM die Bildung und Arbeit von Betriebsräten und Schwerbehindertenvertretungen fördern und mit diesen gemeinsam betriebliche Strategien zum BEM und betrieblichen Gesundheitsmanagement entwickeln;

ob sie aktiv und fordernd an die gemeinsamen Servicestellen ihrer Region herantreten, um Unterstützung beim BEM einzufordern;

ob sie gesundheitlich eingeschränkte Beschäftigte ermutigen, einen Antrag auf Anerkennung als schwerbehindert zu stellen, um Unterstützung der Integrationsämter und Integrationsfachdienste leichter erlangen zu können;

ob sie einen kooperativen und transparenten Führungsstil als fördernden Faktor von Gesundheit und Wiedereingliederung im Unternehmen betrachten;

ob sie, ggf. in Kooperation mit anderen Betrieben, bewusst die auch kostenpflichtige Unterstützung externer Dienstleister zur Einführung und Durchführung des BEM in Anspruch nehmen;

ob sie Kosten und Nutzen des BEM für ihren Betrieb errechnen.

## Literaturverzeichnis

- Adamy, W. (2010). *Arbeitslosigkeit und Gesundheit*. In: gute ARBEIT. S. 35 - 39
- Bango, J. (2000). *Wissenschaftliches Arbeiten in der Sozialarbeit: Eine Einführung für Studierende und Lehrende*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- Bauknecht, M.; Braun, B.; Müller, R. (2009). *GEK-Bandscheiben-Report. Versorgungsforschung mit GEK-Routinedaten*. Schwäbisch Gmünd: Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 70
- Bethge, M.; Radoschewski, F. M.; Müller-Fahrnow W. (2008). *Arbeitsplatzunsicherheit als Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigungen bei deutschen Erwerbstätigen: eine Kohortenstudie*. In: Gesundheitswesen. Heft 70. S.381 - 386
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hrsg.) (2007). *Konzept- und Kompetenzentwicklung zum betrieblichen Eingliederungsmanagement- Gestaltung von Aufgaben und Rollen betrieblicher und überbetrieblicher Akteure*. Hamburg
- BKK Bundesverband (2008). *Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen und Frühberentungen in Deutschland*. Essen
- BKK Bundesverband (2009). *BKK Gesundheitsreport 2009 - Gesundheit in Zeiten der Krise*. Essen
- Bödeker, W. (2005). *Kosten der arbeitsbedingten Frühberentung aus Krankheitsgründen*. In: Gesundheits- und Sozialpolitik. Ausgabe 9/10. S. 56 - 63
- Bödeker, W.; Friedel H.; Friedrichs M.; Röttgers, C. (2006). *Kosten der Frühberentung*. Bremerhaven: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
- Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W.(Hrsg.) (2005). *Das Experteninterview*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Bortz, J.; Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 4. überarbeitete Auflage
- Brussig, M.; Knuth, M.; Wojtkowski S. (2008). *Die Erwerbstätigkeit im Alter steigt - die Beschäftigungslosigkeit auch*. In: WSI Mitteilungen. Ausgabe 11+12. S. 597 - 604
- Brussig, M. (2010). *Künftig mehr Zugänge in Altersrenten absehbar. Gegenwärtig kein Ausweichen in die Erwerbsminderungsrente zu beobachten*. Altersübergangsreport 02/2010. Duisburg/ Essen
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (2009). *Jahresbericht 2008/2009*. Wiesbaden: Universum Verlag
- Bundesagentur für Arbeit. (2007). *Arbeitsmarkt in Zahlen, Schwerbehinderte Menschen in Beschäftigung (Anzeige-verfahren SGB IX)* . Abgerufen am 14. Juni 2010 von Arbeitsmarkt in Zahlen - Beschäftigungsstatistik: <http://www.pub.arbeitsagentur.de/hst/services/statistik/detail/b.html>
- Bundesagentur für Arbeit. (2009). *Zahl der Betriebe und ihrer Beschäftigten nach Größenklassen*. Abgerufen am 14. Juni 2010 von Arbeitsmarkt in Zahlen - Beschäftigungsstatistik: <http://www.pub.arbeitsagentur.de/hst/services/statistik/detail/b.html?call=i>

Bundesministerium für Gesundheit. (11/2009). *Arbeitsunfähigkeits-, Krankengeld- und Krankenhausfälle und -tage*. Abgerufen am 14. Juni 2010 URL. [http://www.bmg.bund.de/nn\\_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Gesetzliche-Krankenversicherung/Geschaeftergebnisse/KG2-96-04-pdf-4713,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/KG2-96-04-pdf-4713.pdf](http://www.bmg.bund.de/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Gesetzliche-Krankenversicherung/Geschaeftergebnisse/KG2-96-04-pdf-4713,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/KG2-96-04-pdf-4713.pdf)

Bunge D.; Welti, F. (2008). „*Ermessensfehlerhafte Ablehnung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben wegen des Lebensalters des Versicherten I*“ In: Diskussionsforum A, Abgerufen am 20.07.2010 URL. [http://www.iqpr.de/iqpr/download/foren/A\\_2-2008.pdf](http://www.iqpr.de/iqpr/download/foren/A_2-2008.pdf)

Buntenbach, A. (2010). *Hilfen für Arbeitgeber zur Eingliederung Beschäftigter* In: Sozialrecht + Praxis. Heft 1. S. 12 - 17

Bürger, W.; Kluth, W.; Koch, U. (2008). *Stufenweise Wiedereingliederung zu Lasten der Gesetzlichen Rentenversicherung - Häufigkeit, Indikationsstellung, Einleitung, Durchführung, Bewertung und Ergebnisse*. Karlsruhe

Bürger, W. (2006). Entwicklungsstand der berufsbezogenen Angebote in der medizinischen Rehabilitation. In: Müller-Fahmow, W.; Hansmeier, T.; Karoff, M. (2006). *Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation*. Lengerich: Pabst Science Publisher. S. 47 - 55

Bürger, W.; Dietsche, S.; Morfeld, M.; Koch, U. (2002). *Ambulante und Stationäre orthopädische Rehabilitation. Ein Vergleich von Strukturmerkmalen, Wirksamkeit und Kosten*. Hamburg

Ciccone, A.; de la Fuente, A. (2002). *Das Humankapital in der wissensbasierten globalen Wirtschaft - Bewertung auf EU-Länder-Ebene (Teil I)*. Abgerufen am 15. 05 2010 URL. Europäische Kommission Beschäftigung, soziale ANgelegenheiten und Chancengleichheiten: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=643&langId=de&moreDocuments=yes>

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. (2008). *DGUV-Statistiken für die Praxis 2008*. Abgerufen am 14. Juni 2010 URL. <http://www.dguv.de/inhalt/zahlen/documents/dguvstatistiken2008d.pdf>

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Spitzenverband. (2009). *Vorläufige Unfall- und Berufskrankheitszahlen 2009*. Abgerufen am 6. Juni 2010 URL. [http://www.dguv.de/inhalt/zahlen/vorl\\_insgesamt/unfallzahlen\\_vorl\\_2009/index.jsp](http://www.dguv.de/inhalt/zahlen/vorl_insgesamt/unfallzahlen_vorl_2009/index.jsp)

Deutsche Rentenversicherung Bund (2007). *Regionale Inititative Betriebliches Eingliederungsmanagement*. Berlin

Deutsche Rentenversicherung (2008). *Rentenzugang 2008*. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Band 173

Deutsche Rentenversicherung Bund (2009). *Arbeitslos - was sie beachten sollten*. Abgerufen am 6. Juni 2010 URL. [http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn\\_7130/SharedDocs/de/Inhalt/04\\_Formulare\\_Publikationen/02\\_info\\_broschuere\\_n/04\\_vor\\_der\\_rente/arbeitslos\\_was\\_sie\\_beachten\\_sollten,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/arbeitslos\\_was\\_sie\\_beach](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn_7130/SharedDocs/de/Inhalt/04_Formulare_Publikationen/02_info_broschuere_n/04_vor_der_rente/arbeitslos_was_sie_beachten_sollten,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/arbeitslos_was_sie_beach)

Deutsche Rentenversicherung Bund (2010). *Reha-Bericht. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik*. Berlin

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2002). *Fachlexikon der sozialen Arbeit*. 5. Auflage. Frankfurt am Main: Eigenverlag

DGB Bundesvorstand. (2009). *Menschen mit Behinderung in der Arbeitswelt*. In: Sozialrecht+Praxis. Heft 4. S. 219 - 226

Düwell, F. J. (2010). *Mehr als ein Gespräch mit Betriebsrat und Arbeitgeber* In: Sozialrecht+Praxis. Ausgabe 4. S. 163 - 169

Eberhardt, B. (2009). *Eingliedern statt kündigen*. In: gute ARBEIT. Heft 6. S. 27 - 29

Eiff von, W., Klemann, A., Meyer, N. (2007). *Redia-Studie II Auswirkungen der DRG Einführung auf die medizinische Rehabilitation*. Berlin: Lit Verlag

Endress, M. (2002). *Vertrauen*. Bielefeld: Transkript Verlag

Emmert, M.; Schöffski, O.; Faßmann, H. (2009a). *Rentiert sich das Betriebliche Eingliederungsmanagement für ein Unternehmen?* In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, Heft 14. S. 59 - 61

Emmert, M. (2009b). *Ökonomische Evaluation des Betrieblichen Eingliederungsmanagements aus betrieblicher Perspektive*. In: Faßmann, H.; Steger, R. (2009). *Beitriebliches Eingliederungsmanagement - Besondere Anreize für Unternehmen zur Umsetzung von BEM in die Praxis?!* Nürnberg. S. 7 - 10

Eggerer, R.; Kaiser, H. (2007). *Bericht zur Umsetzung des Projekts EIBE (Entwicklung und Integration eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements)*. Abgerufen am 07.04.2009 URL. [http://www.eibe-projekt.de/eibe/seiten/intern/downloads/EIBE-05-07\\_Projektbericht.pdf](http://www.eibe-projekt.de/eibe/seiten/intern/downloads/EIBE-05-07_Projektbericht.pdf)

Europäische Kommission. (2006). *Die neue KMU-Definition*. Abgerufen am 5. Februar 2010 URL. [http://ec.europa.eu/enterprise/policies/sme/files/sme\\_definition/sme\\_user\\_guide\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/enterprise/policies/sme/files/sme_definition/sme_user_guide_de.pdf)

Europäische Kommission (2010). *Humankapital*. Abgerufen am 14. Juni 2010 URL. Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=643&langId=de>

Faber, U. (2010). *Mitbestimmung des Betriebsrats bei der Ausgestaltung des betrieblichen Eingliederungsmanagement*. In: gute ARBEIT. Heft 4. S. 36 - 39

Faßmann, H.; Steger, R. (2009). *Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) – Besondere Anreize für Unternehmen zur Umsetzung von BEM in die Praxis?! Ergebnisse einer Fachkonferenz am 21. und 22. Januar 2009 im Berufsförderungswerk Nürnberg*. Nürnberg, Heft 1/2009

Feldes, W. (2004). *Kündigungsprävention und betriebliches Eingliederungsmanagement im novellierten SGB IX*. In: Behindertenrecht. Heft 7. S. 187 - 193

Feldes, W. (2005a). *Eingliedern statt kündigen*. In: Arbeitsrecht im Betrieb. Heft 9. S. 546 - 548

Feldes, W. (2005b). *Das Rehabilitationsmanagement*. In: Behindertenrecht. Heft 2. S. 48 - 52

Feldes, W. (2010). *Beschäftigte in Gesundheitskrisen* In: Soziale Sicherheit. Heft 4. S. 146 - 150

Felkel, S. (2008). *Beratungskonzept zur Stärkung der Führungs-, Management- und Gesundheitskompetenz in Klein- und Mittelständischen Unternehmen*. Neubrandenburg

Fischer, K.; Irle, K. (2009). *Psychische Störungen – Sozialmedizinische Bedeutung und Entwicklungen in der medizinischen Rehabilitation*. In: RVaktuell. Heft 4. S. 149 - 157

Flamholtz, E. (1982). Rechnungslegung über die Kosten des Humankapitals. In: Schmidt, H. (1982). *Humanvermögensrechnung: Instrumentarien zur Ergänzung der unternehmerischen Rechnungslegung, Konzepte und Erfahrungen*. Berlin: de Gruyter. S. 73 - 98

Fleischer, K.; Letzel, R.; Franzen, H.; Hase, U. (2006). *Situation der gemeinsamen Servicestellen in Schleswig-Holstein nach den Paragrafen 22 und folgende des Sozialgesetzbuches IX – Bericht zur Besuchsreihe*, o. O.

Franken, S. (2007). *Verhaltensorientierte Führung. Handeln, Lernen und Ethik in Unternehmen*. Wiesbaden: Gabler Verlag. 2. überarbeitete u. erweiterte Auflage

Friedel, H. (2007). *Der Anteil der Arbeitswelt an den finanziellen Folgekosten der Frühinvalidität für die Gesetzliche Rentenversicherung*. In: Deutsche Rentenversicherung. Ausgabe 1. S. 43 - 55

Fuchs, J.; Hummel, M.; Klinger, S.; Spitznagel, E.; Wanger, S.; Zika, G. (2010). *Die Spuren der Krise sind noch länger sichtbar*. Nürnberg: IAB-Kurzbericht Nr. 3

Gagel, A. (2004). *Betriebliches Eingliederungsmanagement Rechtspflicht und Chance*. In: NZA. Heft 24. S. 1359 - 1362

Gagel, A.; Schian, M. (2006a): *Zur Berechnung der Sechs-Wochen-Frist des § 84 Abs. 2 SGB IX* In: Behindertenrecht. Heft 2. S. 46 - 48

Gagel, A.; Schian, M. (2006b): *Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (§ 74 SGB V/§ 28 SGB IX)* In: Behindertenrecht. Heft 2. S. 53 - 56

Gagel, A. (2009). *Zeitdauer zwischen Rehabilitationsmaßnahme und stufenweiser Wiedereingliederung*. In: jurisPR-SozR. Heft 20. o. S.

Gagel, A. (2010a). *Klarstellungen zur Stufenweisen Wiedereingliederung (§ 28 SGB IX), Teil I*. In: Diskussionsforum B. Beitrag 3. URL. [www.iqpr.de](http://www.iqpr.de)

Gagel, A. (2010b). *Klarstellungen zur Stufenweisen Wiedereingliederung (§ 28 SGB IX), Teil II*. In: Diskussionsforum B. Beitrag 3. URL. [www.iqpr.de](http://www.iqpr.de)

Gagel, A. (2010c). *Klarstellungen zur Stufenweisen Wiedereingliederung (§ 28 SGB IX), Teil III*. In: Diskussionsforum B. Beitrag 3. URL. [www.iqpr.de](http://www.iqpr.de)

Grobe, T.; Schwartz, F. W. (2003). *Arbeitslosigkeit und Gesundheit*. Berlin: Robert-Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 13

Gusy, B. (1998). Prävention - (k)ein Thema für Klein- und Mittelbetriebe. In: Busch, R. (1998). *Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben*. Berlin: Freie Universität Berlin. S. 23 - 38

Hagedorn, M.; Kaul, A. (2002). *Langzeitarbeitslosigkeit in Deutschland: Fakten, Ursachen und Bekämpfung*. In: IZA Discussion Paper No. 680. S. 1 - 26

Hans Böckler Stiftung. (2010). *Schwieriger Berufsausstieg für Kranke*. Böckler Impuls. S. 1

Haustein, L. M. (2007). *Die quantitative Entwicklung der Erwerbsminderungsrenten – Eine vergleichende Betrachtung der Jahre 2000 bis 2006*. In: RV Aktuell. S. 345 - 350

Heikenroth, C. (2006). *Aktiv - für ein betriebliches Eingliederungsmanagement*. Dresden

Hermes, R. (2010). Innovatives Versorgungsmanagement im Spannungsfeld des Gesundheitsfonds. In: Neumann, W.; Claßen, G.; Erbsland, M.; Brückner, S.; Hermes, R.; Petitjean, J.

(2010). *Innovative Konzepte und Interventionen in der betrieblichen und individuellen Gesundheitsförderung und Prävention*. Lengerich: Pabst Science Publisher. S. 8 - 21

Hesse, B.; Heuer, J.; Gebauer, E. (2008). *Rehabilitation aus der Sicht kleiner und mittlerer Unternehmen: Wissen Wertschätzung und Kooperationsmöglichkeiten – Ergebnisse des KorRB-Projektes*. In: Rehabilitation. Heft 47. S. 324 - 333

Heyde, K.; Macco, K.; Vetter, C. (2009). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2008. In: Badura, B.; Schröder, H. (2009). *Fehlzeiten-Report 2008*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. S. 205 - 437

Hien, W. (2009). *Pflege bis 67?* Frankfurt am Main: Mabuse Verlag

Hobmair, H. (Hrsg.) (1994). *Pädagogik*. Köln/München: Stam-Verlag

Holleder, A. (2003). *Arbeitslos- Gesundheitslos- chancenlos?* Nürnberg: IAB Kurzbericht 4/2003

Holleder, A. (2007). *Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen und Fallmanagement*. Dokumentation 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit (S. 1 - 5). Berlin: Gesundheit Berlin URL. <http://www.gesundheitberlin.de/download/Holleder.pdf>

InReha. (2010). *Aktuelles rund um InReha*. Abgerufen am 14. Juni 2010 URL. <http://inreha.net/aktuelles.html>

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. (2009). *Forschungs- und Arbeitsprogramm 2009*. Nürnberg

Kaiser, D. (1993). *Erziehungs- und Elternurlaub in Verbundsystemen kleiner und mittlerer Unternehmen*. Heidelberg: Verlag Recht und Wirtschaft

Kaiser, H. (2007). *Begutachtungen nach dem SGB IX – Das betriebliche Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX – praktische Erfahrungen*. In: Der Medizinische Sachverständige. Heft 3. S. 86 - 89

Keck, T. (2006). *Rehabilitationsberatung der Deutschen Rentenversicherung Bund - Beratung und Leistung aus einer Hand*. Vortrag gehalten im Rahmen des 3rd International Forum on Disability Management. Brisbane

Kistler, E.; Trischler, F.; Bäcker, G. (2009). *Renten mit 67 - für viele Beschäftigte unerreichbar! Dritter Monitoring-Bericht des Netzwerks für eine gerechte Rente*. Berlin: Deutscher Gewerkschaftsbund

Klaesberg, S. (2008). *Betriebliches Eingliederungsmanagement in der Rechtsprechung*. In: Der Personalrat. Heft 10. S. 391 - 395

Kohte, W. (2008). *Betriebliches Eingliederungsmanagement und Bestandsschutz*. In: Der Betrieb. Heft 11. S. 582 - 587

Kohte, W.; Welti, F.; Igl, G. (2010). *Betriebliche Teilhabe (schwer)behinderter Menschen am Arbeitsleben nach SGB IX*. Baden-Baden: Nomos Verlag

Köpke, K-H. (2004). *Nachsorge in der Rehabilitation. Eine Studie zur Optimierung von Reha-Leistungen in der gesetzlichen Rentenversicherung*. Lübeck, Hamburg

Köpke, K-H. (2009). *Gesunde Arbeit für alle. Von der Gesundheitsförderung zum Eingliederungsmanagement im Betrieb*. Hamburg

- Kriener, B. (2005). Bei uns geht es um's Überleben. Charakteristika kleiner Unternehmen und ihre Bedeutung für die Durchführung betrieblicher Gesundheitsförderung. In: Meggeneder, O.; Pelster, K.; Sochert, R. (2005). *Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen*. Bern: Verlag Hans Huber
- Kuckartz, U. (2007). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuhn, J. (2009). *Der Krankenstand – ein „Gesundheitsindikator“?*. In: die BG, Heft 2, S. 74 - 78
- Lange, A.; Feldes, W.; Magin, J.; Nickel, G.; Themat, W. (2010). *Für kleinere Betriebe: Projekt „Werkzeugkasten Eingliederungsmanagement“*. In: Gute Arbeit 7. Ausgabe 8/2010
- Luhmann, N. (1989). *Vertrauen. Ein Mechanismus der Reaktion sozialer Komplexität*. Stuttgart: Enke. 3. Auflage
- Luik, S. (2007). *Stufenweise Wiedereingliederung und Arbeitslosigkeit*. In: jurisPR-SozR. Heft 24. o. S.
- Magin, J. (2004). *Betriebliches Eingliederungsmanagement nach dem SGB IX - Projekt Integrationsteam LGW des BMW-Werkes Regensburg*. Regensburg
- Marburger, H. (2006). *SGB II - Grundsicherung für Arbeitssuchende*. Regensburg, Berlin: Walhalla Fachverlag
- Marburger, H. (2009). *Antrag auf Rehabilitation und Rente – Einschränkung des Dispositionsrecht des Versicherten*. In: Behindertenrecht. Heft 4. S. 101 - 104
- Mascher, U. (2010). *Ältere werden bei Bildungsmaßnahmen benachteiligt*. In: Sozialrecht+Praxis Heft 2. S. 71 - 77
- Mehrhoff, F. (2005). *Betriebliches Eingliederungsmanagement nach dem SGB IX – Neuland für Betriebe und soziale Versicherungen*. In: die BG. Ausgabe 6. S. 329 - 333
- Meuser, M.; Nagel, U. (1989). *Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion*. Arbeitspapier Nr. 6. Sonderforschungsbereich 186 der Universität Bremen. Bremen
- Mika, T.; Baumann, J. (2008). *Soziale Konsequenzen der Abschaffung des Vorruhestands für Langzeitarbeitslose*. In: WSI Mitteilungen. Ausgabe 11+12. S. 605 - 610
- Moser, N.-T.; Fischer, K. (2009). *Prävention – eine Strategie zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit*. In: RVaktuell. Heft 10. S. 345 - 350
- Nebe, K. (2008). *(Re-)Integration von Arbeitnehmern: Stufenweise Wiedereingliederung und Betriebliches Eingliederungsmanagement- ein neues Kooperationsverhältnis*. In: Der Betrieb. Heft 33. S. 1801 - 1805
- Neumann, W.; Claßen, G.; Erbsland, M.; Franz, U.; Kugler, J.; Seelbach, H. (2006). *Untersuchung der Akzeptanz und Inanspruchnahme von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation unter Berücksichtigung nichtstationärer Rehabilitationsangebote zum Abbau von Inanspruchnahmebarrieren in Mecklenburg-Vorpommern*. Lengerich: Pabst Science Publisher
- Niehaus, M.; Marfels, B.; Vater, G.; Magin, J.; Werkstetter, E. (2008). *Betriebliches Eingliederungsmanagement, Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX*. Köln

- Panter, W. (2007). *Begutachtung nach dem SGB IX- Aufgaben des Betriebsarztes*. In: Der Medizinische Sachverständige. Heft 3. S. 90 - 91
- Pfaff, H. et al. (2004). *Lebenslagen der behinderten Menschen - Ergebnis des Mikrozensus 2003*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt - Wirtschaft und Statistik
- Pühl, H. (1994). *Angst in Gruppen und Institutionen, Der Einzelne und sein unbewusstes Gruppenetz*. Hille: Ursel Bush Verlag. völlig veränderte und aktualisierte Neuauflage
- Rehfeld, U. (2006). *Gesundheitsbedingte Frühberentungen*. Berlin: Robert-Koch-Institut
- Reusch, J. (2009). *Gearbeitet, krank geworden, Unfall gehabt: Handlungsfelder für Prävention und Rehabilitation*. In: gute ARBEIT. Heft 6. S. 17 - 24
- Rosenstiel von, L. (2007). *Grundlagen der Organisationspsychologie, Basiswissen und Anwendungshinweise*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag. 6.Auflage
- Seidel, R. (2004). *Rolle des Betriebsrat bei der Eingliederung*. In: Sozialrecht+Praxis. Heft 4. S. 228 - 240
- Schian, M.; Gagel, A.; Landau, K.; Laschet, U. (2004). *Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderung*. Köln
- Schian, M.; Faber, U. (2008a). *Rechtliche und organisatorische Aspekte des Datenschutzes im Betrieblichen Eingliederungsmanagement*. In: Diskussionsforum B. Beitrag 3. URL: [www.iqpr.de](http://www.iqpr.de)
- Schian, M.; Faber, U. (2008b). *Rechtliche und organisatorische Aspekte des Datenschutzes im Betrieblichen Eingliederungsmanagement, Teil 2*. In: Diskussionsforum B. Beitrag 7. URL: [www.iqpr.de](http://www.iqpr.de)
- Schian, M. (2009). *Umsetzung des betrieblichen Eingliederungsmanagements: Geklärte Rechtsfragen und bleibende Unklarheiten*. In: Die BG. Heft 04. S. 206 - 211
- Schönborn, G.; Buchholz, C. (2009). *Unternehmenskultur - Erfolgstreiber und Erfolgsbremse*. In: Kromm, W.; Frank, G. (2009). *Unternehmensressource Gesundheit - Weshalb die Folgen schlechter Führung kein Arzt heilen kann*. Düsseldorf: Symposion Publishing. S. 91 - 113
- Shahriari, J. (2004). *Einkommensverteilung und ihre Bestimmungsgünde unter Deutschen und Ausländern in Deutschland*. Bochum
- Sockoll, I.; Kramer, I.; Bödeker, W. (2008). *Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention*. o. O.: IGA-Report 13
- Sörensen, M. (1996). *Einführung in die Angstpsychologie, Ein Überblick für Psychologen, Pädagogen, Soziologen und Mediziner*. Weinheim: Deutscher Studienverlag. 4. Auflage
- Sprenger, Reinhard K. (2002) *Vertrauen führt, Worauf es im Unternehmen wirklich ankommt*. Frankfurt, New York: Campus Verlag
- Stähler, T.; Welti, F. (2010). *Gemeinsame Servicestellen. § 22 Aufgaben* In: Lachwitz, K.; Schellhorn, W.; Welti, F. (2010). *HK-SGB IX. Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen*. Köln: Luchterhand
- Stary, J. (1994). *Umgang mit wissenschaftlicher Literatur: Eine Arbeitshilfe für das sozial- und geisteswissenschaftliche Studium*. Frankfurt am Main: Cornelsen Scriptor

Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern. (2008). *Statistischer Bericht - Strukturdaten zur Bevölkerung Haushalte, Erwerbstätigkeit, Erwerbstätigkeit in Mecklenburg-Vorpommern (Mikrozensus)*. Schwerin

Statistisches Bundesamt. (2009). *Verdienste und Arbeitskosten 2008*. Abgerufen am 18. Mai 2010 URL. [http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2009/Verdienste/begleitheft\\_\\_verdienste,property=file.pdf](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2009/Verdienste/begleitheft__verdienste,property=file.pdf)

Stein, D. (2010). *Bilanzierung von Humankapital*. Companion Schriftreihe für die Wirtschaft. Köln

Steiner, M.; Zwingmann, C.; Riedel, W.; Schüssler, R.; Zweers, U. (2009). *Die medizinischen Rehabilitation Erwerbstätiger - Sicherung von Produktivität und Wachstum*. Basel

Steinwede, J. (2005). *Arbeitslosigkeit und Integrationschancen schwerbehinderter Menschen*. Abgerufen am 14. Juni 2010 URL. [http://www.guetersloher-stiftung.de/htm/Vortrag\\_infas\\_Steinwede.pdf](http://www.guetersloher-stiftung.de/htm/Vortrag_infas_Steinwede.pdf)

Streich, D. (2006). *Wertorientiertes Personalmanagement*. Frankfurt am Main: Europäische Hochschulschriftenreihe

Trenk-Hinterberger, P. (2010). § 84 Prävention In: Lachwitz, K.; Schellhorn, W.; Welti, F. (2010). *HK-SGB IX. Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen*. Köln: Luchterhand

Uhlig, E.; Geisler, S.; Hänsel, M.; Lehnert, M. (2009a). *Case Management am Berufsförderungswerk Leipzig - Ergebnisse der Datenanalyse im Rahmen des Projektes Gunda - Gesundheit und Arbeit, Projektstandort BFW Leipzig*. Leipzig

Uhlig, E., Geisler, S., Hänsel, M., Lehnert, M. (2009b). *Mein Personal ist mein Tafelsilber - Ergebnisse der Unternehmensbefragung im Rahmen des Projekts Gunda - Gesundheit und Arbeit - Projektstandort BFW Leipzig*. Leipzig

Viebrok, H. (2004). *Absicherung bei Erwerbsminderung Expertise für die Sachverständigenkommission für den fünften Altenbericht der Bundesregierung*. Bremen

Voges, W. (1994). *Mißbrauch des Rentensystems*. Frankfurt/Main: Campus Verlag

Weber, A. (2003). Anmerkungen zur gesellschafts- und sozialpolitischen Bedeutung von Assessmentverfahren in der beruflichen Rehabilitation. In: Pechthold, N.; Wallrabenstein, H.; Weber, A.; Wicher, K. (2003). *Assessment-Voraussetzungen für erfolgreiche Teilhabe am Arbeitsleben*. Hamburg: Feldhaus Verlag. S. 42 - 48

Welti, F. (2006). *Das betriebliche Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX - sozial- und arbeitsrechtliche Aspekte*. In: Neue Zeitschrift für Sozialrecht. Heft 12. S. 623 - 630

Welti, F. (2007). *Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf/Begriff der Behinderung*. In: Zeitschrift für europäisches Sozial- und Arbeitsrecht. Heft 1. S. 42 - 48

Welti, F. (2008). *Die Aufgaben und Pflichten der Sozialleistungsträger*. In: Soziale Sicherheit. Heft 4. S. 125 - 129

Welti, F. (2010). *Stufenweiser Wiedereingliederung: Erstattung an erstangegangenen Rehabilitationsträger bei Weigerung des möglicherweise zuständigen Trägers von vornherein*. In: jurisPR-SozR. Heft 12. o. S.

Wicher, K.; Lewien, S.; Prosche, P. (2008). Prävention als Chance für Unternehmen und Mitarbeiter (PACUM). In: Wicher, K.; von Borstel, B. (2008). *Betriebliches Eingliederungsmanagement, Handeln- aber wie?* Hamburg: Feldhaus Verlag. S. 25 - 45

Winkler, B. (2010). *Die Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben - Eine Untersuchung der arbeitsrechtlichen und sozialrechtlichen Ansprüche und Verfahren.* Berlin, Münster: Lit Verlag

Zelfel, R., Alles, T., Weber, A. (o. J.). *Gesunde Arbeit in kleinen und mittleren Unternehmen- Ergebnisse einer Befragung zum Stand und Bedarf bei kleineren und mittleren Unternehmen.* Abgerufen am 15. Februar 2010 URL. [http://www.gesunde-arbeit.net/upload/dokumente/cati\\_ergebnis\\_kmu.pdf](http://www.gesunde-arbeit.net/upload/dokumente/cati_ergebnis_kmu.pdf)

Zelfel, R.; Altengarten, W. (2007). *Der 8-Punkte-Plan zur Eingliederung und Gesundheit im Hotel- und Gaststättengewerbe.* Köln

Zimmermann, T. (2007). *Begutachtungen nach dem SGB IX – Umsetzung des SGB IX am Beispiel der Servicestellen.* In: Der Medizinische Sachverständige. Heft 3. S. 83 - 85

#### **Internetquellen**

<http://www.manager-magazin.de/koepfe/karriere/0,2828,324209,00.html>

<http://www.symposion.de/?cmsinfo/0002440> (30.03.2010)

[http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn\\_7130/SharedDocs/de/Inhalt/04\\_Formulare\\_Publikationen/02\\_info\\_broschueren/03\\_rente/rente\\_so\\_wird\\_sie\\_berechnet\\_alte\\_bundeslaender,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/rente\\_so\\_wird\\_sie\\_berechnet\\_alte\\_bundeslaender](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn_7130/SharedDocs/de/Inhalt/04_Formulare_Publikationen/02_info_broschueren/03_rente/rente_so_wird_sie_berechnet_alte_bundeslaender,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/rente_so_wird_sie_berechnet_alte_bundeslaender) (Berechnung der Rente, 5. Mai 2010)

[http://bundesrecht.juris.de/sgb\\_6/anlage\\_1\\_567.html](http://bundesrecht.juris.de/sgb_6/anlage_1_567.html) (Durchschnittsverdienst, 5. Mai 2010)

[http://bundesrecht.juris.de/sgb\\_6/anlage\\_10\\_578.html](http://bundesrecht.juris.de/sgb_6/anlage_10_578.html) (Umrechnungsfaktor, 5. Mai 2010)