

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

*Bericht im Rahmen des mehrjährigen
Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP-IV)*

Disability Management in Unternehmen in der Schweiz

Forschungsbericht Nr. 03/08



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV
Office fédérale des assurances sociales OFAS

Das Bundesamt für Sozialversicherungen veröffentlicht in seiner Reihe "Beiträge zur Sozialen Sicherheit" konzeptionelle Arbeiten sowie Forschungs- und Evaluationsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Sozialen Sicherheit, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Folgerungen und Empfehlungen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherungen wieder.

Autoren/Autorinnen: Thomas Geisen, Annette Lichtenauer, Christophe Roulin, Georg Schielke
Institut Integration und Partizipation der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW
Riggenbachstrasse 16, 4600 Olten
Tel. +41 (0) 62 311 96 36 / Fax +41 (0) 62 311 96 21
E-mail: thomas.geisen@fhnw.ch

Auskünfte: Olivier Brunner-Patthey
Bereich Forschung und Evaluation
Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20
3003 Bern
Tel. +41 (0) 31 324 06 99
E-mail: olivier.brunner@bsv.admin.ch

ISBN: 3-909340-58-X

Copyright: Bundesamt für Sozialversicherungen, CH-3003 Bern
Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung – unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares an das Bundesamt für Sozialversicherungen gestattet.

Vertrieb: BBL, Vertrieb Publikationen, CH - 3003 Bern
<http://www.bundespublikationen.admin.ch>

Bestellnummer: 318.010.3/08 d

Disability Management in Unternehmen in der Schweiz

Institut Integration und Partizipation
der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW

Thomas Geisen/Annette Lichtenauer/
Christophe Roulin/Georg Schielke

Olten, 10. Juli 2008

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherungen

Die vorliegende Studie gibt einen ersten, interessanten Überblick über die Einführung, die Durchführung und die Beurteilung von Disability Management (DM) in acht Unternehmen in der Schweiz.

Unter DM versteht man hier ein gesamtbetriebliches Konzept, wie ein Unternehmen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter umgeht und solche zu verhindern versucht.

Disability Management umfasst alle Prozesse und Massnahmen, die

- der Verhinderung (Prävention) von Krankheit und Unfall,
- der Früherkennung von gesundheitlichen Risiken (in der Regel anknüpfend an ein systematisches Absenzenmanagement), sowie
- der Reintegration von erkrankten oder verunfallten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern dienen.

Mit DM sollen einerseits Kosten (Produktionsausfälle aufgrund Absenzen, Versicherungsprämien, Rekrutierungskosten usw.) eingespart und andererseits durch die Verminderung von Personalabgängen Know-how-Verlust vermieden werden.

Diese Tätigkeiten von Unternehmen sind aus Sicht der Invalidenversicherung zu begrüßen, unterstützen sie damit doch dieselben Ziele: Von gesundheitlichen Risiken Betroffene früh zu erkennen und Rentenfälle zu vermeiden. Um mehr über den Stand von DM in der Schweiz zu erfahren, hat das BSV im Rahmen des mehrjährigen Forschungsprogramms zur Invalidenversicherung (FoP-IV) die vorliegende Studie in Auftrag gegeben.

Aus Sicht des BSV zeigt die Studie auf einer generellen Ebene zunächst auf, wie jung die Entwicklung von DM in der Schweiz noch ist. Dies zeigt sich daran, dass die untersuchten Betriebe unterschiedliche Begriffe sowie Vorgehensweisen verwenden und die Konzepte noch nicht vollständig geklärt sind. Auch die betriebswirtschaftliche Verankerung im Unternehmen ist erst teilweise gegeben: Zwar ermitteln z.B. alle acht untersuchten Unternehmen die Absenzenrate, jedoch messen zur Zeit nur zwei der acht Betriebe die Reintegrationsquote.

Aus den Interviews mit den Betrieben scheint uns bemerkenswert, dass DM zwar klar mit der Idee der Kosteneinsparung eingeführt worden ist, dass aber auch das Element einer positiven, auf die Mitarbeitenden orientierten Unternehmenskultur stark gewichtet wurde. Dieser Fokus deckt sich mit dem erfreulichen Resultat der Befragung der durch DM betreuten Mitarbeitenden: Die Befragten haben das DM als eine echte Unterstützung - und nicht als schikanierende Kontrolle - empfunden.

Die Studie schliesst mit Empfehlungen. An die Invalidenversicherung gerichtet lauten sie insbesondere, den Kontakt mit den Unternehmen frühzeitig aufzunehmen, eine gute Zusammenarbeit zu pflegen und die Verfahrensdauer möglichst zu kürzen. Dies alles sind Ziele, die sich mit der 5. IV-Revision decken und seit Einführung in diesem Jahr verstärkt verfolgt werden.

Olivier Brunner-Patthey
Bereich Forschung und Evaluation
Abteilung Mathematik, Analysen, Statistik

Rainer Hartmann
Bereich Entwicklung
Geschäftsfeld Invalidenversicherung

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

Cette étude donne un premier aperçu intéressant sur l'introduction, l'application et l'évaluation de la gestion du handicap (GH ; en anglais, disability management) dans huit entreprises en Suisse.

La GH est conçue ici comme un modèle ayant un impact à tous les niveaux opérationnels. C'est la stratégie appliquée par une entreprise lorsque ses collaborateurs sont atteints dans leur santé, qui détermine aussi la prévention effectuée dans ce domaine.

La gestion du handicap comprend tous les processus et toutes les mesures visant à

- empêcher les maladies et les accidents (prévention),
- reconnaître très tôt les risques pour la santé (en règle générale grâce à une gestion systématique des absences) et
- favoriser la réinsertion des salariés atteints dans leur santé ou victimes d'accidents.

La GH doit permettre d'une part d'économiser des coûts (pertes de production consécutives à des absences, primes d'assurance, frais de recrutement, etc.) et, d'autre part, de prévenir une perte de savoir-faire en réduisant le nombre de départs.

L'AI apprécie les initiatives prises par les entreprises dans ce domaine, parce qu'elles poursuivent des buts qui sont aussi ceux de l'assurance : repérer précocement les personnes exposées à des risques pour la santé et prévenir la mise à l'invalidité. Afin d'en savoir plus sur la pratique suisse de la GH, l'OFAS a commandé la présente étude, qui fait partie du programme de recherche pluriannuel sur l'assurance-invalidité (PR-AI).

Pour l'OFAS, l'étude montre d'abord que la GH est une approche qui n'a été introduite que tout récemment en Suisse, ce dont témoigne le fait que les entreprises étudiées utilisent des concepts différents – les notions ne sont pas encore clairement définies – et ne procèdent pas de la même manière. Le processus n'est pas non plus toujours intégré dans la gestion de l'entreprise : si les huit entreprises étudiées calculent le taux d'absence, seules deux d'entre elles cherchent à connaître le taux de réinsertion.

Un élément remarquable selon nous ressort des entretiens réalisés dans les entreprises. Celles-ci introduisent la GH en vue d'économiser des coûts, mais accordent aussi une grande importance à la culture d'entreprise, qu'elles souhaitent positive et axée sur les collaborateurs. Ce souci est cohérent avec les résultats réjouissants des interviews des personnes touchées par la GH, puisque celles-ci y voient un véritable soutien et non pas un contrôle tracassier.

L'étude se termine sur des recommandations. L'AI est ainsi invitée à prendre contact très tôt avec les entreprises, à entretenir un bon climat de collaboration et à raccourcir le plus possible la durée de la procédure. Ce sont là des buts qui recoupent ceux de la 5e révision de l'AI et sur lesquels l'accent a été mis encore plus fortement cette année, depuis l'introduction de cette révision.

Olivier Brunner-Patthey
Secteur Recherche et évaluation
Division Mathématiques, analyses et statistiques

Rainer Hartmann
Secteur Développement
Domaine Assurance-invalidité

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Il presente studio offre un primo, interessante quadro dell'introduzione, dello svolgimento e della valutazione della gestione della disabilità (GD) in otto imprese svizzere.

Per GD s'intende un sistema interno di gestione e prevenzione dei problemi di salute dei dipendenti dell'azienda.

La gestione della disabilità comprende tutti i processi e provvedimenti atti a

- prevenire malattie e infortuni,
- rilevare per tempo i casi a rischio (di norma sulla base di una rilevazione sistematica delle assenze) e
- reintegrare i collaboratori colpiti da malattia o vittima d'infortunio.

La GD ha l'esplicito scopo di risparmiare sui costi (perdite di produzione dovute alle assenze, premi assicurativi, spese di reclutamento ecc.) e conservare all'azienda preziose conoscenze limitando le partenze di dipendenti.

L'assicurazione invalidità non può che vedere con favore e interesse queste attività delle imprese, dal momento che anch'esse perseguono lo scopo di individuare tempestivamente i collaboratori a rischio e prevenire i casi di rendita. Per avere un quadro più preciso della situazione della GD in Svizzera, l'UFAS ha quindi commissionato il presente studio, nel quadro del programma di ricerca pluriennale sull'assicurazione invalidità (PR-AI).

Nel nostro Paese la GD sta muovendo i primi passi. Basti pensare, p. es., che le imprese analizzate hanno concetti e procedure diverse e sistemi non ancora del tutto definiti. Anche la funzione della GD nell'organizzazione dell'azienda è chiara soltanto in parte. Le aziende analizzate, infatti, rilevano tutte la quota di assenze, ma soltanto due di esse calcolano anche la quota di collaboratori reintegrati.

Dai colloqui con i responsabili delle imprese emerge un elemento a nostro avviso degno di nota: benché la GD sia stata introdotta con il chiaro intento di risparmiare, si è data grande importanza anche allo sviluppo di una cultura aziendale positiva, attenta alle esigenze dei collaboratori. Questo aspetto è confermato dal risultato dell'inchiesta svolta presso i collaboratori assistiti dalla GD. Gli interpellati, infatti, percepiscono la GD come un autentico sostegno e non come una molesta forma di controllo.

Lo studio si conclude con alcune raccomandazioni all'assicurazione invalidità, cui si suggerisce, in particolare, di prendere contatto tempestivamente con le imprese, curare una buona collaborazione e abbreviare, nel limite del possibile, la procedura. Tutti obiettivi che, dall'entrata in vigore, all'inizio di quest'anno, della 5^a revisione AI, vengono perseguiti con maggior decisione.

Olivier Brunner-Patthey
Settore Ricerca e valutazione
Divisione Matematica, analisi, statistica

Rainer Hartmann
Settore Sviluppo
Ambito Assicurazione invalidità

Foreword of the Federal Social Insurance Office

The present study provides the first set of important results on the introduction, administration and rating of in-house disability management programmes by eight Swiss firms.

Disability management is a company-wide strategy aimed at managing and preventing disability in the workplace.

Disability management refers to all processes and measures which serve to:

- prevent illness and injury,
- recognise health risks early on (generally linked to systematic absence management), and
- assist health-comprised workers return to work.

Disability management should not only cut costs (production losses due to absenteeism, insurance premia, recruitment costs etc.) but also prevent the loss of know-how as the result of fewer staff departures.

The invalidity insurance system (IV) welcomes the efforts companies have made in this regard, as the objectives of disability management tally with those pursued by the system itself, namely the early recognition of health risks and reducing the numbers of new IV pension recipients. To find out more about disability management in Switzerland, the FSIO commissioned the present study as part of its multi-annual invalidity insurance research programme (FoP-IV).

What is interesting from an FSIO perspective is that the study shows how new to Switzerland disability management actually is. This is reflected in the fact that the companies surveyed in the study each use different terms and procedures, and that the design of their in-house disability management programmes remains somewhat vague. Also the organisational integration of these programmes is largely incomplete. For example, all eight firms record the rate of absenteeism, but only two keep track of the share of employees who return to work after taking part in a disability management programme.

One particularly interesting finding emerged from the company interviews. While the decision to introduce an in-house disability management programme was largely driven by financial concerns (reducing costs), companies felt that such a move would also have a positive impact on their employee-oriented corporate culture. This point is echoed by the encouraging reports from employees who considered disability management to be a real and valuable support and not an underhand way to police them.

The study concludes with a series of recommendations. Those directed at the IV system correspond to the objectives stated in the 5th IV revision and intensively pursued since it came into force in early 2008, namely establishing contact with employers early on, promoting good cooperation and shortening the time it takes to process IV cases as far as possible.

Olivier Brunner-Patthey
Research and Evaluation Unit
Mathematics, Analyses, Statistics Department

Rainer Hartmann
Development Unit
Invalidity Insurance Domain

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Tabellenverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	IV
Glossar	V
Zusammenfassung	VII
Résumé	XIII
Riassunto	XIX
Summary	XXV
1 Einleitung	1
1.1 Grundlagen und Formen des Disability Managements	2
1.2 Entwicklungen im internationalen Rahmen	6
1.3 Fragestellung und Ziele der Untersuchung	6
2 Aufbau der Untersuchung	9
2.1 Schriftliche Befragung von Unternehmen mit DM	9
2.2 Interviews mit verschiedenen Akteuren in ausgewählten Unternehmen	9
2.3 Befragung der vom Disability Management betreuten Mitarbeitenden	11
2.4 Zusammenführung der Ergebnisse	12
3 Untersuchungssample	13
3.1 Zusammenstellung des Untersuchungssamples	13
3.2 Charakteristika der im Untersuchungssample vertretenen Unternehmen	14
3.3 Die betreuten Mitarbeitenden	15
4 Charakteristika des Disability Managements	19
4.1 Klinik Barmelweid – „Gesundheitsmanagement als etwas Gegenseitiges“	19
4.2 Migros Basel – „das Menschliche mit dem Wirtschaftlichen verbinden“	22
4.3 PostFinance – Fallspezifischer Lösungsansatz	25
4.4 PostMail – „Kümmern statt Verkümmern, agieren statt reagieren“	27
4.5 ISS – In der Kultur des Unternehmens verankert	31
4.6 Basler Verkehrsbetriebe (BVB) – Stärkung der Eigenverantwortung	34
4.7 Siemens – Arbeitsprinzip in der Sozialberatung	36
4.8 Implenia – Unberechtigte Absenzen verhindern	39
5 Einführung, Durchführung und Beurteilung	43

5.1	Einführung des Disability Managements	43
5.1.1	Motive der Unternehmen	43
5.1.2	Verortung des Disability Managements im Unternehmen	47
5.1.3	Ressourcenausstattung	49
5.2	Durchführung des Disability Managements	51
5.2.1	Ursache der Arbeitseinschränkung	51
5.2.2	Prozess der Fallbearbeitung	56
5.2.3	Rolle der Sozialversicherungsträger und Hausärzte/Hausärztinnen	60
5.3	Beurteilung des Disability Managements	62
5.3.1	Allgemeine Kriterien der Erfolgsbeurteilung	62
5.3.2	Beurteilung durch die Personal-/Unternehmensleitung	65
5.3.3	Beurteilung durch die Durchführenden des DM	66
5.3.4	Beurteilung durch die betreuten Mitarbeitenden	66
6	Schlussfolgerungen und Fazit	79
6.1	Disability Management in Unternehmen in der Schweiz	79
6.2	Empfehlungen zur Einführung von Disability Management	82
6.2.1	Empfehlungen an Unternehmen	82
6.2.2	Empfehlungen an die IV	83
6.2.3	Fazit	84
	Literaturverzeichnis	85
	Anhang	89

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick über das Forschungssample	14
Tabelle 2: Verteilung nach Geschlecht	16
Tabelle 3: Verteilung nach Geburtsland	17
Tabelle 4: Rücklauf nach Betrieben und Repräsentativität der Stichprobe	18
Tabelle 5: Motive zur Einführung des DM und Handlungsorientierung	46
Tabelle 6: Bedeutung der Handlungsorientierungen für die Unternehmen mit DM	47
Tabelle 7: Positionierung im Unternehmen und strukturelle Elemente des DM	49
Tabelle 8: Ressourcenausstattung der Unternehmen mit DM	50
Tabelle 9: Hauptursache der Arbeitseinschränkung nach Betrieben	54
Tabelle 10: Kriterien der Fallbearbeitung im DM	57
Tabelle 11: Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern und Ärzten/Ärztinnen	61
Tabelle 12: Kriterien der Erfolgsmessung im DM	63
Tabelle 13: Effekte des DM auf der Ebene Personal-/Unternehmensleitung	66
Tabelle 14: Effekte des DM auf der Ebene der Durchführung des DM	66
Tabelle 15: Kovarianzanalyse	76
Tabelle 16: Beurteilung des DM durch die betreuten Mitarbeitenden	77

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufbau der Untersuchung	9
Abbildung 2: Verteilung der Stichprobe nach Betrieben	16
Abbildung 3: Entwicklung des DM in der Klinik Barmelweid	20
Abbildung 4: Entwicklung des DM bei der Migros Basel	23
Abbildung 5: Entwicklung des DM bei der PostFinance	26
Abbildung 6: Entwicklung des DM bei PostMail	29
Abbildung 7: Entwicklung des DM bei ISS	32
Abbildung 8: Entwicklung des DM bei der BVB	35
Abbildung 9: Entwicklung des DM bei Siemens	37
Abbildung 10: Entwicklung des DM bei Implenia	40
Abbildung 11: Ursache der Arbeitseinschränkung	51
Abbildung 12: Hauptursachen für Arbeitseinschränkung	52
Abbildung 13: Unfall als Hauptursache	53
Abbildung 14: Krankheit als Hauptursache	53
Abbildung 15: Hauptursache der Arbeitseinschränkung nach Betrieben	54
Abbildung 16: Zustimmung zu Selbstaussagen und Selbstpositionierungen	55
Abbildung 17: Wer hat Disability Management ins Spiel gebracht?	59
Abbildung 18: Im DM erhaltene Massnahmen	60
Abbildung 19: Arbeitsausfall nach Betrieben	64
Abbildung 20: Erfolg der Arbeitsintegration gemessen am Arbeitsausfall	64
Abbildung 21: Arbeitszufriedenheit nach Betrieben	65
Abbildung 22: Wer unterstützt die vom DM betreuten Mitarbeitenden?	68
Abbildung 23: Wie wird die erhaltene Unterstützung beurteilt?	69
Abbildung 24: Beurteilung der Unterstützung im betrieblichen Umfeld	70
Abbildung 25: Beurteilung der Unterstützung durch KK, PK, IV und öffentliche Beratungsstellen	71
Abbildung 26: Nutzenbeurteilung nach Betrieb	72
Abbildung 27: Aussagen über die Qualität des Disability Managements	74
Abbildung 28: Verbesserungspotential aus Sicht der vom DM betreuten Mitarbeitenden	75

Glossar

CM	Case Management
DM	Disability Management
EF	Einzelfälle
FTE	Full Time Equivalent
HR	Human Relations
IV	Invalidenversicherung
KK	Krankenkasse
KTV	Krankentaggeldversicherung
PK	Pensionskasse
SB	Sozialberatung
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

Zusammenfassung

Disability Management (DM) stellt einen neuen Handlungsansatz in Unternehmen dar, der in den vergangenen Jahren auch in der Schweiz Verbreitung gefunden hat. Eines der Hauptziele des DM ist die Reintegration von erkrankten und verunfallten Beschäftigten in die Erwerbsarbeit. Dies kann am bisherigen Arbeitsplatz geschehen, aber auch an alternativen Arbeitsplätzen im gleichen oder in anderen Unternehmen. Für die Durchführung des DM sind die Leistungen der Sozialversicherungsträger von zentraler Bedeutung.

Ziel der vorliegenden Studie war es, in Unternehmen mit internem DM die Einführung, Durchführung und die Beurteilung des DM zu untersuchen. Hierzu wurden acht Unternehmen aus unterschiedlichen Branchen und mit unterschiedlicher Betriebsgrösse befragt. Es wurden qualitative Interviews mit Angehörigen der Personal- oder Unternehmensleitung, mit Durchführenden des DM und mit DM betreuten Mitarbeitenden durchgeführt. Dabei wurde auch nach der Bedeutung der Sozialversicherungsträger und der Hausärzte/Hausärztinnen gefragt. Informationen über die Gesamtheit der in den Unternehmen mit DM betreuten Mitarbeitenden und über ihre Beurteilung des DM wurden im Rahmen einer standardisierten schriftlichen Befragung erhoben.

Die vorliegende Untersuchung hat zu folgenden Ergebnissen geführt:

- Mit der Einrichtung eines internen DM in den untersuchten Unternehmen wurden unterschiedliche betriebswirtschaftliche und unternehmenskulturelle Motive verfolgt. Die Unternehmen gaben an, dass die *mit dem DM verfolgten Ziele weitgehend erreicht* werden konnten, so unter anderem eine Senkung der Absenzen und die erfolgreiche Unterstützung von erkrankten und verunfallten Mitarbeitenden bei der Reintegration.
- In der Studie konnten unterschiedliche Einflüsse identifiziert werden, die für die Einführung eines DM im Unternehmen von Bedeutung sind. Es handelt sich hierbei um *betriebswirtschaftliche Motive, unternehmenskulturelle Motive und externe Anstösse*. Diesen liegen Effizienz, Identifikation und produktive Reaktion als Handlungsorientierungen zugrunde. Bis auf ein Unternehmen konnte für alle untersuchten Betriebe festgestellt werden, dass neben den betriebswirtschaftlichen Motiven, die unternehmenskulturellen einen wichtigen Stellenwert bei der Entscheidung über die Einführung eines DM eingenommen haben. Neben diesen unternehmensinternen Motiven konnten aber auch externe Anstösse für die Einführung eines DM als wirksam auf den betrieblichen Kontext festgestellt werden. Verbinden sich diese mit relevanten unternehmensinternen Motiven, können sie auch zum Entschluss beitragen, ein internes DM einzuführen.
- Das DM kann auf unterschiedliche Weise im Unternehmen positioniert sein. In der vorliegenden Studie konnten drei Formen der Positionierung gefunden werden: *DM integriert in die Sozialberatung, DM als HR-Unterabteilung und DM integriert in das HR*. Die dominante Form stellt die Etablierung des DM als HR-Unterabteilung dar, zum Teil besteht das DM in den Unternehmen neben einer eigenständigen Sozialberatung. Durch die Positionierung des DM im Personalbereich ist das DM strukturell mit diesem verbunden. Negative Wirkungen auf die Durchführung des DM in den Unternehmen konnten aber nicht gefunden werden.
- Die Ressourcenausstattung ist in den untersuchten Unternehmen sehr unterschiedlich. Im Schnitt sind die Mitarbeitenden des DM pro Vollzeitstelle für 1'717 Mitarbeitende zuständig. Die *Zahl der Mitarbeitenden pro DM-Vollzeitstelle liegt in den einzelnen Betrieben zwischen 1'143 und 4'310 Beschäftigten*. Neben einer mangelhaften Ressourcenausstattung lassen sich die Un-

terschiede der Verhältnisse zwischen Mitarbeitenden des DM und zu betreuenden Mitarbeitenden zum Teil auch auf die unterschiedlichen Konzepte des DM in den untersuchten Unternehmen zurückführen. Unternehmen mit einer intensiven Begleitung von erkrankten resp. verunfallten Mitarbeitenden weisen im Allgemeinen eine bessere Personalausstattung auf. Sie nähern sich dem Orientierungswert von Mitarbeitenden des DM in Vollzeit pro 1'000 Beschäftigten sehr stark an (vgl. hierzu Kapitel 5.1.3 Ressourcenausstattung). Die Untersuchung hat gezeigt, dass eine ausreichende Ressourcenausstattung entscheidend ist, für das Erreichen der Ziele, die sich das Unternehmen mit der Implementierung des DM vorgenommen hat.

- In der *Durchführung des DM unterscheiden sich die untersuchten Unternehmen nach dem Grad der Systematisierung* ihres jeweiligen Modells des DM. So sehen die Unternehmen in ihrem DM etwa Stufengespräche im Umfang von 3 bis 6 Stufen vor. Auch der Beginn des Einsatzes des DM variiert und erfolgt zwischen 7 und 90 Tagen Absenz. Trotz dieses Unterschieds in der Kontaktaufnahme durch das DM hat die Befragung der betreuten Mitarbeitenden ergeben, dass diese mit dem Zeitpunkt des Beginns des DM grundsätzlich zufrieden waren. Ein Grund hierfür liegt sicherlich auch darin, dass den Vorgesetzten eine wichtige Rolle in allen untersuchten Unternehmen zukommt. Diese nehmen in der Regel vor Beginn des DM Kontakt zu den erkrankten resp. verunfallten Mitarbeitenden auf und nehmen erste Abklärungen vor. Die Betreuung durch das DM erfolgt hier meist erst nachrangig. Für den Erfolg des DM ist also nicht nur die Qualität der Arbeit des DM allein, sondern sind auch die Führungsqualitäten und das Handeln der unmittelbaren Vorgesetzten von hoher Relevanz.
- *Die im DM angewendeten Methoden beruhen auf dem Handlungsansatz Case Management (CM) bzw. sind sehr eng an diesen angelehnt.* Die Untersuchung hat gezeigt, dass der systematischen Erfassung und Beurteilung der Absenzen eine wichtige Bedeutung zukommt. Das DM ist nicht generell für erkrankte und verunfallte Mitarbeitende zuständig, sondern vielmehr nur für schwierige und komplexe Fälle. Welches diese Fälle sind, wurde in den Unternehmen oft nicht klar definiert. Zum Teil wurde dies als Defizit empfunden, andererseits bietet dies aber die Chance, dass nicht vorab in integrierbare und nicht-integrierbare Fälle unterschieden wird. Die Unterstützung im DM wurde damit von den bestehenden Reintegrationsaussichten abgekoppelt. Der Zugang zum DM wird in den Unternehmen also zum Teil auf der Basis von Prognosen selektiv gestaltet und beschränkt. Trotz der unter anderem dadurch bedingten Unterschiede in der Durchführung konnten keine empirischen Belege dafür gefunden werden, dass ein spezifisches Modell des DM von den Akteuren als durchgängig besser beurteilt würde und daher als besonders geeignet betrachtet bzw. empfohlen werden könnte.
- *Ein funktionierendes DM ist auf eine gute Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern angewiesen.* Die Sozialversicherungsträger sind daher für das DM im Unternehmen von besonderer Bedeutung. Entsprechend werden auch von Durchführenden des DM und Personal-/ Unternehmensleitungen Massnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit gefordert. Verbesserungsbedarf wird vor allem in Bezug auf die Beziehung zur IV lokalisiert. Es werden eine stärkere Flexibilität, schnellere Fallbearbeitungen und ein aktiveres Zugehen auf die Unternehmen gefordert. Kritisch wird auch angemerkt, dass die Zuständigkeit der Wohnkantone bei der IV die Unternehmen zwingt zu relativ vielen IV-Stellen Kontakte zu etablieren und aufrecht zu erhalten, was zum Teil die Ressourcen übersteigen würde. Generell kann jedoch gesagt werden, dass dort wo gute persönliche Kontakte zu den Mitarbeitenden in den Sozialversicherungen bestehen, die positiven Beurteilungen in der Zusammenarbeit überwiegen.

- Der Erfolg des DM wird in den Unternehmen auf sehr unterschiedliche Weise ermittelt. *Als allgemeine Erfolgsindikatoren werden in der Regel die Entwicklung der Absenzenrate und die mittelbaren und unmittelbaren Kosten, die über Absenzen entstehen, verwendet.* Eine direkte kausale Verbindung zum DM ist hierbei jedoch nicht möglich, da auch eine Vielzahl anderer Faktoren diese Indikatoren beeinflussen. In den untersuchten Unternehmen werden auch keine Anstrengungen unternommen, um dies künftig besser realisieren zu können. Die etablierten Orientierungspunkte zur Erfolgsmessung werden diesbezüglich als ausreichend gewertet. *Der Erfolg wird jedoch nicht allein auf betriebswirtschaftlicher Ebene gemessen, es erfolgen auch Einschätzungen der unternehmenskulturellen Entwicklung, diese entziehen sich jedoch einer quantifizierenden Bestimmung.* Geeignete Indikatoren können hier allenfalls im Rahmen von Mitarbeitendenbefragungen über die Messung der Arbeitszufriedenheit und die Beurteilung des Betriebsklimas erwartet werden.
- Die Beurteilung des DM wird von den einzelnen Akteuren im DM unterschiedlich akzentuiert und spiegelt zum Teil die jeweilige Positionierung der Akteure im Unternehmen wider. So werden auf den Ebenen Personal-/Unternehmensleitung und Durchführung des DM etwa gleichermassen Absenzenreduktion und Unternehmenskultur als Indikator genommen und DM hieran gemessen positiver beurteilt. Der auf den Prozess des DM bezogene Faktor der Frühintervention wird nur auf der Ebene der Durchführung des DM als Indikator herangezogen. Hier ist auch das negative Merkmal „Erwartungshaltung des Managements“ angesiedelt, während sich das negative Gegenargument „Erwartungshaltung der Mitarbeitenden“ auf der Leitungsebene findet. Insgesamt zeigt sich jedoch ein hoher Grad an Übereinstimmung in den Beurteilungen dieser beiden Akteur-Ebenen. Auf der Mitarbeitenden-Ebene zeigt sich eine in hohem Masse übereinstimmende Beurteilung entlang von positiv-negativ Spiegelungen. *Die Studie hat gezeigt, dass Beziehungsaspekte von grosser Bedeutung sind, insbesondere die Äusserung von Wertschätzung und Respekt.* Hierzu kann das Verfahren des DM wichtige Beiträge leisten, etwa durch die Herstellung von Transparenz oder durch die Gewährung von Hilfe und Unterstützung. Negativ wirken sich demgegenüber vor allem ausschliesslich auf die Funktionserfüllung im Unternehmen bezogene Aspekte aus, wie eine fehlende Achtung der Persönlichkeit der Mitarbeitenden und Mängel im Verfahren des DM (beispielsweise eine zu späte Intervention). Insgesamt zeigt sich in den untersuchten Unternehmen jedoch, dass das DM mehrheitlich sehr positiv gesehen und beurteilt wird. *Die Vermutung, DM werde als Kontrolle statt als Hilfe wahrgenommen, wurde von den befragten Mitarbeitenden deutlich abgelehnt.* Vielmehr teilen die Mitarbeitenden die dem DM zugrunde liegende Zielsetzung der Reintegration in den Arbeitsprozess und sie begrüssen daraufhin zielende Massnahmen.

Bei den Ergebnissen dieser explorativen Studie zu DM in Unternehmen handelt es sich um erste wichtige Erkenntnisse, wie sich DM in Schweizer Betrieben entwickelt und etabliert hat. Der Rahmen dieser Studie gestattete allerdings keine abschliessende Beurteilung des betrieblichen DM. Durch die gewonnenen Erkenntnisse konnten zwar erste Forschungslücken geschlossen werden, zugleich hat sich aber weiterer Forschungsbedarf gezeigt.

Auf der Grundlage der Untersuchungsergebnisse können folgende **Handlungsempfehlungen für die Praxis des DM in Unternehmen** formuliert werden:

- *In der Untersuchung hat sich gezeigt, dass **Vorgesetzte** im DM eine sehr wichtige Funktion haben, denn sie stehen in engem Kontakt mit den erkrankten resp. verunfallten Mitarbeitenden.* Darüber hinaus ist deutlich geworden, dass eine angemessene Reaktion der Vorgesetzten auf die Erkrankung bzw. einen Unfall von Mitarbeitenden für ein erfolgreiches DM von besonderer

Bedeutung im Hinblick auf eine erfolgreiche Reintegration ist. *Zur Förderung und Unterstützung* von internem DM in Unternehmen sollte daher eine kontinuierliche Qualifizierung von Vorgesetzten im Bereich der Arbeitsintegration erfolgen. *Voraussetzung* hierfür ist, dass Arbeitsintegration als zentraler Bestandteil der Führungsverantwortung von Vorgesetzten angesehen wird. Für eine Verbesserung der Qualität des DM ist daher eine kontinuierliche Weiterbildung und Qualifizierung von Vorgesetzten von grosser Bedeutung.

- *In der Untersuchung hat sich gezeigt*, dass DM in Unternehmen einen sehr anspruchsvollen und komplexen Zusammenhang darstellt, der mit hohen Anforderungen an **Mitarbeitende des DM** verbunden ist. Darüber hinaus konnten Qualifizierungsdefizite bzw. Qualifizierungsbedarf auf der Ebene der *Mitarbeitenden des DM* aufgezeigt werden. *Zur Förderung und Unterstützung* von internem DM in Unternehmen sollte daher die Qualifizierung und Weiterbildung der Mitarbeitenden des DM gestärkt werden. *Voraussetzung* hierfür ist, dass Mitarbeitende des DM in ihren Qualifizierungs- und Weiterbildungsanstrengungen im Unternehmen motiviert und unterstützt werden. Ebenso sollte eine entsprechende Ressourcenausstattung im DM die Wahrnehmung von Weiterbildungs- und Qualifizierungsmöglichkeiten erleichtern.
- *In der Untersuchung hat sich gezeigt*, dass den **Sozialversicherungsträgern** für eine erfolgreiche Durchführung eines internen DM eine wichtige Bedeutung zukommt. Darüber hinaus wurde von den betrieblichen Akteuren Verbesserungsbedarf in der Koordination und Kooperation mit den Sozialversicherungsträgern gesehen, insbesondere in der Zusammenarbeit mit den Pensionskassen und der Invalidenversicherung. *Zur Förderung und Unterstützung* von internem DM in Unternehmen sollte daher die Kooperation zwischen Unternehmen und Sozialversicherungsträgern verbessert werden. Den Sozialversicherungsträgern ist in diesem Zusammenhang ein aktives Zugehen auf die Unternehmen zu empfehlen. *Voraussetzung* hierfür ist, dass sowohl die betrieblichen Akteure als auch die Sozialversicherungsträger für diese Aktivität in geeigneter Weise mit personellen Ressourcen ausgestattet werden.
- *In der Untersuchung hat sich gezeigt*, dass die **Hausärzte und -ärztinnen** für die vom DM betreuten Mitarbeitenden wichtige Vertrauenspersonen sind. Die Zusammenarbeit der Hausärzte und -ärztinnen mit dem internen DM wurde hingegen von den betrieblichen Akteuren sehr unterschiedlich beurteilt und als eher schwierig charakterisiert. *Zur Förderung und Unterstützung* von internem DM in Unternehmen sollte daher die Rolle der Hausärzte/Hausärztinnen für die Arbeitsintegration gestärkt und die Zusammenarbeit verbessert werden. *Voraussetzung* hierfür ist, dass die Information über Themen der Arbeitsintegration für Hausärzte- und -ärztinnen verbessert wird. Darüber hinaus sollten Hindernisse in der Zusammenarbeit mit dem betrieblichen DM identifiziert und Möglichkeiten der Verbesserung der Zusammenarbeit umgesetzt werden.
- *In der Untersuchung hat sich gezeigt*, dass die Mehrheit der vom DM betreuten Fälle von den für das DM zuständigen Personen identifiziert werden konnten. Der Betreuungsprozess ist dann von diesen oder von den direkten Vorgesetzten eingeleitet worden. In einigen Fällen aber haben auch die *Mitarbeitenden* selbst erfolgreich die Betreuung und Unterstützung des DM gesucht. Es hat sich also gezeigt, dass die Übernahme von Eigenverantwortung und das Einfordern von Betreuung durch die **Mitarbeitenden** selbst ebenfalls am Beginn eines erfolgreichen Prozesses des DM stehen können. *Zur Förderung und Unterstützung* von internem DM in Unternehmen sollte daher sicher gestellt sein, dass ein solcher bottom-up Zugang zu DM und die Übernahme von Eigenverantwortung für die Mitarbeitenden möglich ist. *Voraussetzung* hierfür ist jedoch, dass den Mitarbeitenden ausreichende Information über das Angebot an betrieblichem DM zur Verfügung stehen und dass sie in der Übernahme von Eigenverantwortung befähigt und unter-

stützt werden. Strukturelle Barrieren im Unternehmen, die dies erschweren, sollten daher identifiziert und abgebaut werden.

- *In der Untersuchung hat sich gezeigt*, dass auch externe Anstösse für Unternehmen wichtige Motive sein können, um DM einzuführen. *Zur Förderung und Unterstützung* von internem DM in Unternehmen sollte daher überlegt werden, inwieweit aus der Perspektive der **Sozialpolitik** Anreize für Unternehmen gesetzt werden können, um die Reintegration von erkrankten und verunfallten Mitarbeitenden im Unternehmen zu verbessern. Allerdings bestünde auch die Möglichkeit, Sanktionsmechanismen als Steuerungsinstrument einzusetzen, etwa im Sinne einer gesetzlichen Verpflichtung zu Arbeitsintegrationsmassnahmen im Rahmen des DM. *Voraussetzung* hierfür ist jedoch die Schaffung von Massnahmen und Strukturen, unter anderem bei den Sozialversicherungsträgern, die die Unternehmen darin unterstützen, Arbeitsintegrationsmassnahmen durchzuführen.

Neben diesen adressaten- und akteurspezifischen Empfehlungen sollten Unternehmen bei der Einführung beachten, dass das DM von einem umfassenden betrieblichen Commitment getragen wird, dabei ist das Commitment der Unternehmensleitung von besonderer Bedeutung. Das DM sollte klar strukturiert sein, so dass der Ablauf des DM möglichst transparent ist für Vorgesetzte und Mitarbeitende. Dies ist besonders wichtig, um den Zugang zum DM zu kanalisieren, um Anforderungen und Zielsetzungen zu bestimmen. Mögliche Effekte einer spezifischen organisatorischen Einbettung des DM im Unternehmen sollten bei der Einführung berücksichtigt werden. So hat die qualitative Auswertung der Mitarbeitenden-Interviews etwa als mögliche negative Effekte von DM vor allem Zwang und Bevormundung von betroffenen Mitarbeitenden thematisiert. Dies dürfte im Konfliktfall insbesondere dort gegeben sein, wo Personalverantwortung und Durchführung von DM strukturell und organisatorisch eng verzahnt sind. Diesbezügliche Zusammenhänge konnten in der vorliegenden Studie jedoch nicht weiter konkretisiert werden, daher ist diesbezüglich weitere Forschung erforderlich.

Für die Entscheidung ob internes DM in einem Unternehmen eingerichtet wird oder ob externe Dienstleistungen in Anspruch genommen werden, ist die Unternehmensgrösse ein entscheidender Faktor. Für die vorliegende Studie wurde eine Orientierungsgrösse von einer Vollzeitstelle pro 1'000 Beschäftigten zugrunde gelegt (vgl. Kapitel 5.1.3 Ressourcenausstattung). Dies muss jedoch für den Einzelfall konkretisiert werden, so hat etwa ein Unternehmen mit 250 Beschäftigten in der vorliegenden Untersuchung ein erfolgreiches DM etablieren können, weil es auf im Unternehmen bereits vorhandene fachliche Qualifikationen von Mitarbeitenden zurückgreifen konnte. Generell hat sich gezeigt, dass eine sehr gute Vernetzung und Kooperation mit den internen Akteuren und Akteurinnen im Unternehmen, unter anderem mit den unmittelbaren Vorgesetzten und Mitarbeitendenvertreter/innen, und eine ebensolche, ausgezeichnete Vernetzung mit externen Akteuren und Akteurinnen, hier insbesondere mit den Sozialversicherungsträgern, von entscheidender Bedeutung für ein erfolgreiches DM im Unternehmen ist.

Vor diesem Hintergrund lassen sich aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Studie für die IV folgende Empfehlungen ableiten:

- Aktiver, möglichst frühzeitiger Kontakt zwischen Unternehmen und IV-Stellen;
- Verbesserte Zusammenarbeit zwischen DM und den IV-Stellen;
- Verkürzung der Verfahrensdauer bei der IV;

- Stärkere Unterstützung in der Arbeitsplatzvermittlung für Beschäftigte, die aus gesundheitlichen Gründen trotz aller Anstrengungen nicht mehr im Unternehmen weiterbeschäftigt werden können;
- Beratung und Unterstützung von Unternehmen bei der Einführung von aktiven Massnahmen der Arbeitsintegration.

Aus der vorliegenden Untersuchung kann abschliessend folgendes *Fazit* gezogen werden: DM in Unternehmen und Organisationen stellt einen systematischen Handlungsansatz dar. Dieser dient der Betreuung und Unterstützung von erkrankten und verunfallten Beschäftigten und ist sowohl auf der Fall- als auch auf der Systemebene, das heisst auf der fallübergreifenden Ebene, angesiedelt. DM kann als eine Form der Professionalisierung von Betreuung und Unterstützung von erkrankten und verunfallten Mitarbeitenden im Unternehmen angesehen werden, für die ein breit gefächertes Experten-/Expertinnenwissen erforderlich ist. Darüber hinaus werden Massnahmen zur Früherkennung und Prävention im Rahmen des DM im Unternehmen umgesetzt. In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich, dass sich die Unternehmen in ihren Anstrengungen um eine wirkungsvolle Reduktion von gesundheitsbedingten Kosten und um die Verbesserung der Unternehmenskultur bestätigt sehen. Diese positive Entwicklung spiegelt sich auch wider bei der Beurteilung des DM durch die im DM betreuten Mitarbeitenden. Diese empfinden das DM nicht, wie dies in der Kritik an Massnahmen des DM vielfach geäussert wird, als eine Kontrolle, sondern vielmehr als eine Unterstützung und Wertschätzung von Seiten des Unternehmens. Die Beteiligung von Sozialversicherungsträgern und Hausärztinnen resp. Hausärzten wird als entscheidender Faktor für den Erfolg des DM bewertet.

Angesichts dieser positiven Resultate ist eine je nach Unternehmen angepasste Einführung von DM vor allem dann zu empfehlen, wenn neben betriebswirtschaftlichen explizit auch unternehmenskulturelle Zielsetzungen verfolgt werden.

Résumé

La gestion du handicap (GH), ou *disability management* (DM), est une nouvelle approche de la gestion des ressources humaines dans l'entreprise qui a commencé d'être appliquée, en Suisse aussi, ces dernières années. Un de ses objectifs principaux est de faciliter le retour au travail des collaborateurs malades ou victimes d'un accident. Ce peut être au même poste, mais aussi à un autre poste adapté, dans la même entreprise ou dans une autre. Les prestations des assureurs sociaux jouent un rôle essentiel dans la mise en œuvre de la GH.

La présente étude avait pour but d'examiner l'introduction, l'application et l'évaluation de la GH dans des entreprises qui la pratiquent. Huit entreprises, différant par la taille et par la branche, ont été sélectionnées à cette fin. Des entretiens qualitatifs ont été menés avec des membres de la direction ou des responsables du personnel, avec des responsables de la GH et avec des employés ayant bénéficié de la GH. Les questions posées ont aussi porté sur l'importance des assureurs sociaux et des médecins de famille. En outre, des informations sur l'ensemble des collaborateurs de l'entreprise pris en charge par la GH et sur leur appréciation de la GH ont été recueillies par écrit au moyen d'un questionnaire standardisé.

L'étude a fourni les résultats suivants :

- L'introduction d'une GH interne dans ces entreprises répondait à des motifs variables, relevant de la gestion et de la culture d'entreprise. Les entreprises ont indiqué que *la GH leur avait largement permis d'atteindre les objectifs visés*, notamment une baisse des absences et une réinsertion réussie des collaborateurs malades ou accidentés.
- L'étude a permis de dégager divers facteurs d'influence importants pour l'introduction d'une GH interne. Il s'agit en l'occurrence de *motifs liés à la gestion de l'entreprise*, de *motifs relevant de la culture d'entreprise* et de *incitations externes*. Les principes directeurs sont chaque fois l'efficacité, l'identification et la réaction productive. Dans toutes les entreprises sauf une, on a pu constater qu'outre les motifs liés à la gestion, ceux relevant de la culture d'entreprise jouaient un rôle très important dans la décision d'introduire une forme de GH. Mais l'on a pu observer que des incitations externes pouvaient aussi agir efficacement sur l'entreprise. Si ces facteurs externes s'ajoutent à des motifs pertinents à l'intérieur de l'entreprise, ils peuvent également contribuer à la décision d'introduire une GH interne.
- La GH peut s'insérer de diverses manières dans la structure de l'entreprise. La présente étude a permis de distinguer trois modalités : *GH intégrée dans le service social*, *GH comme subdivision des ressources humaines (RH)* et *GH intégrée dans les RH*. La forme la plus courante est l'intégration de la GH en tant que subdivision des RH ; parfois la GH existe dans l'entreprise à côté d'un service social proprement dit. L'insertion de la GH dans le secteur du personnel la lie structurellement à ce service, mais cela n'a semble-t-il pas d'effets négatifs pour l'application de la GH dans l'entreprise.
- La dotation en personnel de la GH varie beaucoup d'une entreprise à l'autre. Elle est en moyenne d'un poste à plein temps pour 1717 collaborateurs, le *nombre de collaborateurs par poste de GH à plein temps* allant de 1143 à 4310. Les différences de rapport numérique entre l'effectif de la GH et celui de l'entreprise, si elles peuvent trahir une dotation insuffisante, tiennent parfois aussi au type de GH pratiqué dans les entreprises considérées. Celles qui pratiquent un suivi attentif des collaborateurs malades ou accidentés ont en général aussi une GH mieux dotée en personnel. Dans ces entreprises, le rapport numérique est très proche de la va-

leur indicative d'un poste de GH à plein temps pour 1000 collaborateurs (voir à ce propos le chap. 5.1.3 sur la dotation en personnel). L'étude a démontré qu'une dotation suffisante est décisive pour atteindre les objectifs que l'entreprise s'est assignés en recourant à la GH.

- Dans la *pratique de la GH*, les entreprises se distinguent par le degré de systématisation du modèle adopté. Ainsi, le nombre d'étapes dans lesquelles un entretien de GH a lieu va de trois à six selon les entreprises. Le nombre de jours d'absence à partir duquel la GH intervient varie aussi, de 7 à 90. Malgré ces différences dans la prise de contact, l'enquête a révélé que les collaborateurs concernés sont en général satisfaits du moment où la GH démarre. Cela s'explique notamment par le rôle important reconnu aux supérieurs directs dans toutes les entreprises examinées. En règle générale, ceux-ci prennent contact avec les collaborateurs malades ou accidentés et prennent les premiers renseignements avant même l'entrée en jeu de la GH. Le succès de la GH ne dépend donc pas seulement de la qualité de son travail, mais aussi beaucoup des qualités de chef du supérieur direct et de sa manière d'agir.
- *Les méthodes appliquées dans la GH sont basées sur la gestion par cas (case management) ou s'en inspirent de très près.* L'étude a montré que l'enregistrement et l'évaluation systématiques des absences jouaient un rôle important. La GH n'est pas compétente pour les collaborateurs malades ou accidentés en général, mais seulement pour les cas difficiles et complexes. Souvent, les entreprises ne définissent pas de façon claire ce qui fait qu'un cas peut être ainsi qualifié. Cette absence de définition est ressentie par les uns comme une lacune, mais par d'autres comme une chance, car elle ne divise pas d'emblée les cas en « réinsérables » et « non réinsérables ». Ainsi, le soutien apporté par la GH ne dépend pas des perspectives de réinsertion existantes. L'accès à la GH est donc parfois limité et organisé de façon sélective sur la base de pronostics. Malgré les différences d'application résultant entre autres de cet élément, on n'a trouvé aucune preuve empirique susceptible de montrer qu'un modèle particulier de GH soit généralement mieux apprécié que les autres et puisse donc être considéré comme particulièrement approprié ou recommandable.
- *Pour fonctionner, la GH a besoin d'une bonne collaboration avec les assureurs sociaux.* Ceux-ci jouent donc un rôle essentiel pour la GH dans l'entreprise. Il n'est donc pas étonnant que les responsables de la GH comme les responsables du personnel ou les directions d'entreprise réclament des mesures en vue d'améliorer cette collaboration. On trouve qu'elle pourrait être meilleure surtout avec l'AI. On souhaite plus de souplesse, plus de rapidité et davantage de contacts avec les entreprises. On relève aussi que le fait que ce soit l'office AI du canton de domicile qui soit compétent oblige les entreprises à rester en contact avec un nombre relativement important d'offices AI, ce que leurs ressources ne permettent pas toujours. Reste que là où les contacts personnels avec les collaborateurs des assureurs sociaux sont bons, la collaboration est presque toujours jugée bonne elle aussi.
- Le succès de la GH est mesuré de façon très diverse selon les entreprises. *Les indicateurs de succès utilisés sont en général l'évolution du taux d'absences et celle des coûts, directs et indirects, occasionnés par les absences.* Un lien de causalité direct avec la GH n'est toutefois pas possible, car une multiplicité d'autres facteurs influencent aussi ces indicateurs. Les entreprises examinées ne cherchent pas non plus à mieux mesurer ce succès à l'avenir. Les points de repère utilisés pour ce faire sont jugés suffisants. *Le succès n'est cependant pas mesuré seulement au niveau de la gestion d'entreprise, on évalue aussi l'évolution de la culture d'entreprise, ce qui ne peut toutefois pas être quantifié.* On pourrait s'attendre à trouver, le cas échéant, des

indicateurs appropriés dans des questionnaires destinés aux collaborateurs sur la satisfaction au travail et l'appréciation de l'ambiance de travail.

- Les accents mis dans l'évaluation de la GH diffèrent d'un acteur à l'autre et dépendent en partie de la position de chacun au sein de l'entreprise. Ainsi, au niveau des directions d'entreprise ou des services du personnel comme à celui des responsables de la GH, on prend à peu près aussi souvent comme indicateur la baisse des absences et la culture d'entreprise, et à ces deux égards l'appréciation de la GH est plutôt positive. La précocité de l'intervention, facteur qui se réfère au processus de la GH, n'est prise comme indicateur que par les responsables de la GH. Ceux-ci utilisent également comme repère négatif les « attentes de la part du management », tandis que son pendant, les « attentes de la part des collaborateurs », sert de repère négatif au niveau de la direction. Dans l'ensemble, cependant, les évaluations concordent largement entre ces deux niveaux d'acteurs. Au niveau des collaborateurs, les avis sont largement concordants quant aux indicateurs à considérer. *L'étude a montré que les aspects relationnels jouent un rôle important, en particulier les marques d'estime et de respect.* Or, la méthode de la GH peut y contribuer grandement, par exemple en favorisant la transparence ou en apportant aide et soutien. Les effets négatifs, en revanche, apparaissent dans les aspects visant exclusivement l'accomplissement de la fonction dans l'entreprise, comme le manque de respect de la personnalité des collaborateurs et les points faibles dans la procédure de GH (par exemple une intervention trop tardive). Mais dans l'ensemble, dans les entreprises étudiées, la majorité des acteurs ont une perception et une appréciation très positives de la GH. *Les collaborateurs interrogés rejettent clairement l'affirmation selon laquelle la GH serait perçue comme un contrôle et non comme une aide.* Ils partagent au contraire l'objectif à la base de la GH, à savoir la réinsertion dans le processus de travail, et approuvent les mesures prises à cette fin.

Les résultats de la présente étude exploratoire sur la gestion du handicap dans l'entreprise ne constituent que des éléments, importants certes, nous disant comment la GH s'est développée et installée dans un certain nombre d'entreprises suisses. Le cadre de cette étude n'autorise toutefois pas à en tirer des conclusions générales et définitives. Si le savoir ainsi acquis nous permet de combler certaines lacunes de la recherche, il a surtout révélé que d'autres recherches restaient à mener en la matière.

Les résultats fournis par l'étude nous permettent de formuler les **recommandations** suivantes concernant la **pratique de la GH dans les entreprises** :

- *L'étude a montré* que les **supérieurs directs** jouent un rôle très important dans la GH, car ils sont en contact étroit avec les collaborateurs malades ou accidentés. Il est apparu également qu'il était particulièrement important, pour le succès de la GH et donc de la réinsertion, que le supérieur réagisse de façon appropriée lorsqu'un collaborateur tombe malade ou est victime d'un accident. *Pour promouvoir et soutenir* la GH interne dans les entreprises, il serait donc souhaitable que les supérieurs hiérarchiques acquièrent des qualifications dans le domaine de l'intégration au travail. La *condition requise* est que l'intégration au travail soit considérée comme une composante essentielle de leur responsabilité. Il est donc très important, pour améliorer la qualité de la GH, que les supérieurs hiérarchiques suivent régulièrement des sessions de formation continue et de qualification.
- *L'étude a montré* que la GH constitue dans l'entreprise un élément très complexe, plaçant les **responsables de la GH** face à de hautes exigences. En outre, des lacunes ou des besoins de qualification sont apparus au niveau des *collaborateurs chargés de la GH*. *Pour promouvoir et soutenir* la GH interne dans les entreprises, il serait donc souhaitable de renforcer la qualifica-

tion et la formation continue des collaborateurs qui en ont la charge. La *condition requise* est que ces collaborateurs soient motivés et soutenus dans leurs efforts de qualification et de formation continue au sein de l'entreprise. Une dotation en personnel appropriée permettrait aussi aux collaborateurs de la GH de mieux profiter des possibilités de formation continue et de qualification.

- *L'étude a montré* que les **assureurs sociaux** revêtent une grande importance pour la réussite de la GH. En outre, les acteurs au niveau des entreprises relèvent qu'il faut améliorer la coordination et la coopération avec les assureurs sociaux, en particulier les caisses de pension et l'assurance-invalidité. *Pour promouvoir et soutenir* la GH interne dans les entreprises, il importe donc d'améliorer la coopération entre entreprises et assureurs sociaux. Il serait bon à cet égard que ces derniers approchent activement les entreprises. La *condition requise* est que les services concernés, dans les entreprises comme chez les assureurs sociaux, disposent des ressources humaines appropriées pour cette activité.
- *L'étude a montré* que les **médecins de famille** jouent un rôle central : ce sont, pour les collaborateurs pris en charge par la GH, des personnes de confiance. Les acteurs au sein des entreprises en revanche jugent la collaboration entre médecins de famille et GH très diversement, la qualifiant de plutôt difficile. *Pour promouvoir et soutenir* la GH interne dans les entreprises, il faudrait donc améliorer la collaboration avec les médecins de famille et les impliquer davantage dans l'intégration au travail. La *condition requise* est de mieux informer les médecins sur les thèmes relevant de l'intégration au travail. Il faudrait en outre identifier les obstacles entravant leur collaboration avec la GH et faire ce qui peut l'être pour optimiser les choses.
- *L'étude a montré* que les collaborateurs chargés de la GH ont été à même d'identifier la majorité des cas qu'ils ont eu à traiter. Le processus de prise en charge a été déclenché soit par eux, soit par les supérieurs directs. Mais dans certains cas, ce sont les *collaborateurs* eux-mêmes qui ont demandé conseil et soutien à la GH, et les ont obtenus. C'est donc la preuve que la prise de responsabilité et la demande de prise en charge par les **collaborateurs** peuvent aussi être à l'origine d'un processus de GH réussi. *Pour promouvoir et soutenir* la GH interne dans les entreprises, il faut donc veiller à ce qu'un accès à la GH par la base (*bottom up*) et la prise de responsabilité par les collaborateurs eux-mêmes soient possibles. La *condition requise* est que les collaborateurs disposent d'une information suffisante sur l'offre interne de GH, qu'ils aient aussi la possibilité de prendre l'initiative et qu'on les encourage à assumer leurs responsabilités. Il convient également de repérer les obstacles structurels qui s'y opposent dans les entreprises et de les lever.
- *L'étude a montré* que des incitations externes peuvent aussi être, pour les entreprises, des motifs importants pour introduire la GH. *Pour promouvoir et soutenir* la GH interne dans les entreprises, il faut donc se demander dans quelle mesure on peut inciter les entreprises à mieux ré-insérer leurs collaborateurs malades ou accidentés en agissant sur la **politique sociale**. On pourrait toutefois prévoir aussi des sanctions, en créant une obligation légale de mettre en place des mesures d'intégration au travail dans le cadre de la GH. La *condition requise* est cependant la création, notamment du côté des assureurs sociaux, d'instruments et de structures qui aident les entreprises à mettre en œuvre des mesures dans ce domaine.

Mis à part ces recommandations visant spécifiquement les destinataires et les acteurs, les entreprises devraient veiller, au moment d'introduire la GH, à ce que l'entreprise du haut en bas soit persuadée de son utilité, l'engagement pris par la direction étant ici essentiel. La GH devrait être clairement structurée afin que son déroulement soit aussi transparent que possible tant pour les cadres

que pour les collaborateurs. Cet aspect est particulièrement important pour canaliser l'accès à la GH et pour en définir les exigences et les objectifs. Au moment d'introduire la GH, il importe de tenir compte des effets possibles de son intégration à tel ou tel niveau de l'organisation de l'entreprise. L'analyse qualitative des entretiens menés avec les collaborateurs a par exemple montré que la contrainte exercée sur les collaborateurs concernés et leur mise sous tutelle constituaient les principaux effets négatifs éventuels de la GH. Cela pourrait se produire, en cas de conflit, surtout là où responsables du personnel et responsables de la GH sont étroitement liés au niveau de la structure et de l'organisation. La présente étude n'a toutefois pas permis de concrétiser davantage ce genre de corrélations, raison pour laquelle il est nécessaire de poursuivre les recherches à ce sujet.

La taille de l'entreprise joue un rôle déterminant pour savoir s'il faut opter pour une GH interne ou recourir à des prestations de service externes. Les auteurs de la présente étude ont pris pour valeur de référence un poste à plein temps pour 1000 collaborateurs (voir chap. 5.1.3 sur la dotation en personnel). Mais la décision dépend toujours de la situation concrète ; ainsi, une des entreprises étudiées, qui compte quelque 250 employés, est parvenue à mettre en place une GH fonctionnant très bien, car elle pouvait tabler sur les qualifications spécifiques de collaborateurs déjà en place. De façon générale, il est apparu que la qualité du réseau formé et de la coopération, tant à l'intérieur de l'entreprise – notamment avec les supérieurs directs et les représentants des collaborateurs – qu'avec les acteurs extérieurs, à commencer par les assureurs sociaux, joue un rôle déterminant pour la réussite de la GH.

Les résultats de cette étude invitent par conséquent à formuler, pour l'AI, les recommandations suivantes :

- établir le plus tôt possible un contact actif entre les entreprises et les offices AI ;
- améliorer la collaboration entre la GH et les offices AI ;
- raccourcir la durée de la procédure dans l'AI ;
- apporter aux entreprises un soutien plus poussé pour le placement des collaborateurs atteints dans leur santé qu'elles ne peuvent plus continuer d'employer malgré tous les efforts entrepris ;
- conseiller et soutenir les entreprises pour les aider à introduire des mesures actives d'intégration au travail.

L'étude menée permet en conclusion de tirer le *bilan* suivant : la gestion du handicap dans l'entreprise (ou dans une organisation) constitue une manière de faire systématique, visant à suivre et à soutenir les collaborateurs malades ou accidentés, et s'inscrivant aussi bien sur le plan des cas que sur celui du système. La GH peut donc être vue comme une forme de professionnalisation de ce suivi et de ce soutien, nécessitant un savoir expert pluridisciplinaire. Outre le traitement des cas, la GH met en œuvre des mesures de détection précoce et de prévention. La présente étude montre que les entreprises ont été confortées dans les efforts qu'elles ont entrepris pour réduire efficacement les coûts résultant d'atteintes à la santé et pour améliorer la culture d'entreprise. Cette évolution positive se reflète aussi dans l'appréciation que les collaborateurs concernés portent sur la GH. Ils n'y voient pas un contrôle – comme on le dit souvent dans les critiques adressées aux mesures de GH –, mais plutôt un soutien et une marque d'estime de la part de l'entreprise. La participation tant des assureurs sociaux que des médecins de famille est considérée comme un facteur de réussite décisif pour la GH.

Au vu de ces résultats positifs, on recommandera l'introduction d'une gestion du handicap adaptée aux particularités de l'entreprise surtout lorsque les objectifs explicitement poursuivis concernent la culture d'entreprise et qu'il n'est pas seulement question d'efficacité dans la gestion.

Riassunto

La gestione della disabilità (GD) è un sistema ideato dalle imprese che negli ultimi anni ha trovato diffusione anche in Svizzera. Uno degli scopi principali della GD è la reintegrazione dei salariati colpiti da malattia o vittima d'infortunio. La reintegrazione può avvenire sullo stesso posto di lavoro o su un altro, nella stessa impresa o in un'altra. Per la GD le prestazioni delle assicurazioni sociali sono di fondamentale importanza.

Obiettivo del presente studio era l'analisi dell'introduzione, esecuzione e valutazione della GD da parte delle imprese che la praticano. Lo studio è stato eseguito su un campione di otto imprese diverse per dimensioni e settore d'attività. Sono stati svolti colloqui qualitativi con membri del servizio del personale o della direzione, con addetti alla GD e con collaboratori assistiti secondo il nuovo metodo. Sono state poste domande anche sul ruolo delle assicurazioni sociali e dei medici di famiglia. I dati generali sui collaboratori assistiti e sulla loro valutazione della GD sono stati invece rilevati in un sondaggio scritto standard.

Dallo studio è emerso quanto segue:

- Nelle imprese analizzate, la GD è stata introdotta per ragioni economiche o di cultura aziendale di vario genere. Le imprese hanno dichiarato di aver ampiamente *raggiunto gli scopi perseguiti*, in particolare la riduzione delle assenze e la reintegrazione dei collaboratori colpiti da malattia o vittima d'infortunio.
- I fattori che hanno indotto le imprese a introdurre la GD – funzionali all'efficienza, all'identificazione o alla reazione produttiva – possono essere divisi in tre categorie: *ragioni economiche, cultura aziendale e impulsi esterni*. Per tutte le imprese interpellate a parte una, si è potuto constatare che non soltanto riflessioni economiche, ma anche obiettivi di cultura aziendale hanno giocato un ruolo importante nella decisione di introdurre la GD. È stato inoltre osservato che anche fattori esterni possono avere la loro influenza. Se combinati con importanti motivi interni, gli impulsi esterni possono giocare un ruolo significativo nell'introduzione di un sistema di GD.
- Nella struttura dell'impresa, la GD può occupare diverse posizioni. Il presente studio ne ha identificate tre: *GD integrata nella Consulenza sociale, GD quale unità specifica delle Risorse umane e GD integrata nelle Risorse umane*. La forma più diffusa è la GD quale unità specifica delle Risorse umane, in parte parallela ad una Consulenza sociale indipendente. Se integrata nel settore del personale, la GD ne diventa strutturalmente parte. Ciononostante non si sono constatate conseguenze negative sul suo svolgimento.
- Le risorse a disposizione della GD nelle imprese analizzate sono molto diverse. In media ogni collaboratore a tempo pieno della GD è responsabile per 1'717 collaboratori. *Nelle singole imprese il numero di collaboratori per addetto alla GD a tempo pieno varia da 1'143 a 4'310*. Oltre che dalla carenza di risorse le differenze constatate nel rapporto numerico tra personale GD e potenziali assistiti sono determinate anche dal diverso modo di concepire la GD delle singole imprese. Le imprese che assistono intensamente chi è colpito da malattia o vittima d'infortunio hanno in generale maggiori risorse di personale e si avvicinano molto al valore di riferimento di un addetto GD a tempo pieno per 1'000 collaboratori (cfr. in proposito il capitolo 5.1.3 Risorse di personale). Lo studio dimostra che per poter raggiungere gli scopi perseguiti con l'introduzione della GD è decisivo disporre di risorse umane sufficienti.

- *Lo svolgimento della GD delle imprese analizzate si differenzia secondo il grado di sistematizzazione dei modelli scelti.* Tutti i modelli prevedono p. es. una serie di colloqui secondo la fase dell'intervento. Tuttavia, il numero di fasi varia da tre a sei ed anche l'inizio dell'intervento della GD è tutt'altro che uniforme e si situa tra il 7° e il 90° giorno di assenza. Nonostante queste differenze i collaboratori interpellati si sono detti soddisfatti della tempestività degli interventi. Almeno in parte questo è certamente dovuto al fatto che in tutte le imprese considerate i superiori diretti hanno un ruolo importante. In generale, i quadri prendono contatto con il collaboratore malato o infortunato e procedono a primi accertamenti già prima dell'inizio della GD, che interviene di regola in seconda battuta. Per gestire la disabilità con successo non è dunque importante solo la qualità del lavoro dell'apposita unità, ma anche la capacità di conduzione e la rapidità di reazione dei superiori diretti.
- *I metodi applicati nella GD sono ispirati alla gestione per singoli casi o ad essa fortemente improntati.* La registrazione e valutazione sistematica delle assenze riveste grande importanza. La GD, infatti, non è pensata per tutti i collaboratori malati o infortunati, ma soltanto per i casi complessi e di difficile soluzione. Spesso, tuttavia, le imprese non definiscono chiaramente quali casi vadano considerati tali. La mancanza di una definizione precisa è in parte sentita come un deficit, ma permette di non dover distinguere fin dall'inizio tra integrabili e non integrabili. L'assistenza della GD è dunque indipendente dalle prospettive di reintegrazione. L'accesso alla GD è quindi impostato in maniera selettiva, ma solo in parte sulla base di previsioni. Nonostante le diverse prassi, tuttavia, i modelli sono valutati in maniera analoga dagli attori coinvolti e non vi è quindi ragione di ritenerne uno particolarmente idoneo e dunque di raccomandarlo.
- *Per il buon funzionamento della GD è indispensabile una buona collaborazione con le assicurazioni sociali.* Gli addetti alla GD e le direzioni delle imprese / i loro servizi del personale chiedono un miglioramento della collaborazione con le assicurazioni sociali, in particolare con l'AI. Sono auspicate una maggior flessibilità, una maggior rapidità nel disbrigo dei casi e una più attiva ricerca del contatto con le imprese. Si deplora inoltre che la competenza del Cantone di domicilio per l'AI costringa le imprese a stabilire e coltivare contatti con diversi uffici AI – in parte al di là delle risorse disponibili. In generale si può tuttavia rilevare che la collaborazione è valutata perlopiù positivamente se vi sono buoni contatti personali con i collaboratori delle assicurazioni sociali.
- *Le imprese valutano i risultati della GD secondo parametri molto diversi. Come indicatori generali sono però perlopiù utilizzati l'evoluzione delle assenze e i costi diretti e indiretti che ne conseguono.* In questo modo non è tuttavia possibile stabilire un nesso causale diretto con la GD, in quanto gli indicatori considerati sono influenzati anche da molti altri fattori. Le imprese analizzate, comunque, ritenendo sufficienti gli indicatori impiegati non intendono affinare il proprio sistema di valutazione. *I risultati della GD, per altro, non sono valutati soltanto secondo criteri economici, ma anche sulla base di analisi dell'evoluzione della cultura aziendale. Queste ultime, tuttavia, mancano per natura della dimensione quantitativa.* Indicatori adeguati a colmare almeno in parte questa lacuna potrebbero emergere da inchieste presso i collaboratori sulla soddisfazione sul posto di lavoro e sulla valutazione del clima aziendale.
- *Le valutazioni espresse sulla GD pongono l'accento su aspetti diversi e riflettono in parte la collocazione degli interpellati nell'impresa.* Sia la direzione / il servizio del personale che l'unità addetta alla GD considerano come indicatori attendibili la riduzione delle assenze e la cultura aziendale e danno quindi una valutazione più positiva dei risultati. La tempestività dell'intervento è considerata un indicatore soltanto dall'unità responsabile della GD, come del resto la caratteri-

stica negativa „Aspettative della direzione“. L'argomento negativo contrario „Aspettative dei collaboratori“ è invece considerato un indicatore a livello di direzione. Nel complesso tuttavia le valutazioni di questi due livelli concordano ampiamente. A livello di collaboratori si riscontra una grande uniformità di giudizio sugli indicatori da considerare. *Si è rilevata inoltre la grande importanza degli aspetti umani, in particolare l'espressione di stima e rispetto.* Sotto questo profilo, la GD può contribuire non poco, p. es. garantendo la trasparenza o offrendo aiuto e sostegno. Conseguenze negative sono invece da attendersi da aspetti concernenti esclusivamente l'espletamento della funzione (p. es. la mancanza di rispetto nei confronti della persona dei collaboratori) o da lacune nella procedura della GD (p. es. interventi tardivi). In generale la GD è però perlopiù giudicata positivamente. *Il timore che la GD fosse percepita più come controllo che come aiuto si è rivelato infondato alla luce delle risposte dei collaboratori interpellati.* Non solo: i collaboratori condividono l'obiettivo della reintegrazione e approvano provvedimenti in tal senso.

I risultati del presente studio esplorativo offrono primi, importanti dati sull'introduzione e lo sviluppo della GD in Svizzera. Il quadro dello studio non permette tuttavia una valutazione definitiva. I risultati ottenuti hanno colmato lacune conoscitive dimostrando al tempo stesso la necessità di ricerche più approfondite.

Per la prassi della GD nelle imprese, sulla base dei risultati ottenuti possono essere formulate le seguenti **raccomandazioni**:

- *Lo studio ha rilevato* che i **superiori diretti** svolgono una funzione importante nella GD, in virtù del loro stretto contatto con i collaboratori colpiti da malattia o vittima d'infortunio. Una reazione rapida e adeguata da parte loro è fondamentale per la riuscita della reintegrazione. Sarebbe quindi opportuna una formazione continua dei quadri in materia d'integrazione. *Condizione indispensabile* allo scopo: l'integrazione deve essere considerata una componente centrale della funzione di conduzione dei quadri.
- *Lo studio ha rilevato* che la GD è un campo impegnativo e complesso, **i cui addetti** devono rispondere a requisiti di alto livello. *Gli addetti alla GD* accusano deficit di formazione che sarebbe opportuno colmare. Ne andrebbero quindi potenziati la formazione e il perfezionamento. *Condizione indispensabile* allo scopo: gli addetti alla GD devono essere motivati dall'impresa a seguire corsi di formazione e perfezionamento e adeguatamente sostenuti. La GD dovrebbe inoltre disporre di risorse sufficienti a permettere l'aggiornamento dei propri collaboratori.
- *Lo studio ha rilevato* che le **assicurazioni sociali** rivestono grande importanza per la riuscita della GD. Gli attori interni alle imprese ritengono necessario migliorare il coordinamento e la cooperazione con le assicurazioni sociali, in particolare con le casse pensioni e l'assicurazione invalidità. In questo contesto si può quindi raccomandare alle assicurazioni sociali di cercare attivamente il contatto con le imprese. *Condizione indispensabile* allo scopo: sia le imprese che le assicurazioni sociali devono disporre di risorse di personale adeguate a questa attività.
- *Lo studio ha rilevato* che **i medici di famiglia** sono persone di fiducia importanti per i collaboratori assistiti dalla GD. La collaborazione con i medici di famiglia è tuttavia valutata in maniera discorde e ritenuta piuttosto difficile dalle aziende. *A sostegno* della GD si dovrebbe dunque rafforzare il ruolo dei medici di famiglia nell'integrazione e migliorare la collaborazione con loro. *Condizione indispensabile* allo scopo: l'informazione dei medici di famiglia in materia d'integrazione va migliorata. Inoltre bisognerebbe identificare i fattori all'origine delle difficoltà di collaborazione e attuare misure per ovviarvi.

- *Lo studio ha rilevato* che la maggioranza dei casi assistiti dalla GD è stata identificata dagli addetti ai lavori. Il processo di assistenza è stato quindi avviato dai medesimi o dai superiori diretti. In alcuni casi sono stati tuttavia i *collaboratori* stessi a rivolgersi alla GD. È dunque emerso che anche il senso di responsabilità individuale e cioè la richiesta di assistenza da parte dei **collaboratori** stessi possono dare l'avvio a un processo di GD coronato da successo. A sostegno del nuovo sistema va quindi garantita la possibilità di rivolgersi alla GD dal basso in alto e promossa la responsabilità individuale dei collaboratori. *Condizione indispensabile* allo scopo: i collaboratori devono essere sufficientemente informati sull'offerta di GD dell'impresa e sostenuti nell'assunzione della propria responsabilità individuale. Barriere strutturali che ostacolassero il processo andrebbero quindi identificate e abbattute.
- *Lo studio ha rilevato* che anche impulsi esterni possono essere ragioni importanti per l'introduzione di una GD aziendale. Nell'ottica della **politica sociale** sarebbe quindi opportuno valutare in che misura si possano incentivare gli imprenditori a migliorare la reintegrazione dei collaboratori colpiti da malattia o vittima d'infortunio. Tuttavia, vi sarebbe anche la possibilità di introdurre meccanismi di sanzione, p. es. un obbligo legale ad attuare provvedimenti d'integrazione nel quadro della GD. *Condizione indispensabile* allo scopo: l'introduzione di provvedimenti e strutture, anche nelle assicurazioni sociali, che sostengano le imprese nell'esecuzione di misure di reintegrazione.

Oltre a tener conto di queste raccomandazioni, le imprese dovrebbero essere attente a che la GD goda di un ampio sostegno all'interno dell'azienda, in particolare di quello della direzione. La GD dovrebbe essere strutturata in maniera chiara, in modo che il processo sia trasparente per quadri e collaboratori. Questo è particolarmente importante per canalizzare l'accesso e definire esigenze e obiettivi. All'introduzione della GD vanno considerati i possibili effetti della sua collocazione nell'organigramma. L'analisi qualitativa dei colloqui con i collaboratori ha messo in luce in particolare, quali possibili effetti negativi della GD, il senso di costrizione e l'impressione di essere sotto tutela dei collaboratori interessati. In caso di conflitto questa situazione potrebbe presentarsi soprattutto dove l'unità responsabile della GD è strutturalmente e organizzativamente legata al servizio del personale. Il presente studio non ha tuttavia rilevato casi di questo genere. Sono dunque necessarie ulteriori ricerche.

L'introduzione di una GD interna (e quindi la rinuncia a ricorrere a servizi esterni) ha un senso soltanto per imprese di certe dimensioni. Per il presente studio è stato fissato un rapporto di riferimento di un addetto GD a tempo pieno per 1'000 lavoratori (cfr. capitolo 5.1.3 Risorse di personale). La validità di questo rapporto va tuttavia verificata caso per caso: una delle imprese analizzate p. es., pur avendo soltanto 250 dipendenti, ha introdotto con successo una GD grazie alla presenza di collaboratori che disponevano delle necessarie qualifiche. In generale si è potuto constatare che le relazioni e la cooperazione con gli attori interni, in particolare i quadri e i rappresentanti dei lavoratori, ed esterni, in particolare le assicurazioni sociali, sono di fondamentale importanza per la il successo della GD.

Alla luce dei risultati ottenuti, all'AI si può raccomandare di:

- instaurare e coltivare attivamente e per tempo contatti con le imprese;
- migliorare la collaborazione tra GD e uffici AI;
- abbreviare la durata della procedura AI;

- potenziare l'assistenza alle imprese nel collocamento di salariati che per ragioni di salute, nonostante tutti i tentativi intrapresi, non possono più lavorare nella stessa azienda;
- offrire consulenza e sostegno alle imprese che intendono introdurre provvedimenti d'integrazione propri.

Il presente studio permette di trarre la seguente *conclusione*: la GD è una forma sistematizzata di sostegno e assistenza ai collaboratori colpiti da malattia o vittima d'infortunio. La GD può essere considerata una forma professionalizzata di assistenza e sostegno a collaboratori colpiti da malattia o vittima d'infortunio che richiede complesse conoscenze specifiche e prevede, tra l'altro, l'attuazione di provvedimenti di rilevamento tempestivo e prevenzione. Stando ai risultati dello studio, gli imprenditori che l'hanno introdotta hanno visto tradursi in una riduzione dei costi della salute e nel miglioramento della cultura aziendale gli sforzi profusi. L'evoluzione positiva è confermata anche dalle valutazioni espresse dai dipendenti assistiti nel quadro del nuovo sistema. Questi ultimi, infatti, non percepiscono la GD come un sistema di controllo (come spesso sostenuto da chi ne critica i provvedimenti), ma come un sostegno e un attestato di stima da parte dell'impresa. La partecipazione delle assicurazioni sociali e dei medici di famiglia, infine, è ritenuta di capitale importanza.

Sulla scorta dei risultati positivi riscontrati, l'introduzione di una GD specifica alle singole imprese è raccomandabile soprattutto laddove gli obiettivi perseguiti non siano soltanto di natura economica, ma contemplino anche aspetti di cultura aziendale.

Summary

Disability management, the use of which has become increasingly widespread in Switzerland over recent years, is a new type of workplace strategy. One of its key objectives is to enable employees who have suffered an illness or injury to return to work, to take up a different post with their previous employer or to find a new job elsewhere. Social security providers can greatly assist employers with the administration of their disability management programmes.

The aim of the present study is to gather information from companies about the introduction and administration of their in-house disability management programmes, and find out how they rated their success. A total of eight companies from different sectors and of varying sizes were surveyed. This involved qualitative interviews with all the key participants in the disability management process: human resources and management staff, disability management staff and the workers who were in receipt of these services. All respondents were also asked about the importance of social security providers and family doctors in the process. A standardised written questionnaire was used to gather information on every company employee involved in disability management in the workplace and how they rated this service.

The main findings of the present study are as follows:

- Firms explained their adoption of disability management programmes with a range of motives, some financial and others based on broader elements of corporate culture. They reported that *they had largely reached the targets* they had set themselves at the start of the process, such as fewer employee absences and the successful return of ill or injured employees to the workplace.
- A number of factors influenced the decision of companies to adopt disability management programmes: *financial and corporate culture reasons, as well as external incentives*. The surveyed companies stated that they wanted not only to increase efficiency but also to identify problems and come up with effective solutions. With one exception, the companies in our survey also cited corporate culture as a major impetus behind their introduction of in-house disability management programmes. Several companies also cited external motives.
- The incorporation of disability management programmes into the existing organisational structure of the company varies across the surveyed firms. The present study found three approaches: *incorporation in existing employee counselling services, creation of a separate subdivision of the HR department (most common), or incorporation as an integral part of the HR department*. In some cases, the in-house disability management programme was run in addition to an independent employee counselling service. Where companies chose to make these services an HR matter, the disability management programme shared the same organisational structures as HR. However, the study found that this did not have a negative effect on the administration of in-house disability management programmes.
- Staffing levels for disability management programmes varied considerably across the surveyed companies. On average, one full-time disability management advisor was responsible for 1,717 employees. Overall, the *number of employees per full-time disability management advisor ranged from 1,143 to 4,310*. In addition to differences in firms' financial strength, the varying disability management advisor-employer ratio was also due to differences in the specific design of

the in-house disability management programmes. Generally speaking, companies that offered their health-compromised employees intensive support and assistance were better staffed; their staffing levels were almost the same as the target ratio established for the purposes of this study, namely one full-time disability management advisor per 1,000 employees (cf. Chapter 5.1.3 on Staffing Levels). The study found that adequate disability management staffing levels are crucial for the success of in-house programmes.

- *Disability management programmes differ across companies in terms of their systemic implementation.* The programmes offered by the companies surveyed in our study distinguished between three and six interview levels. Also disability management measures tend to be activated after the employee has been absent from work for between 7 and 90 days. Despite this difference, the surveyed employees reported that they were satisfied with the timing of the introduction of disability management measures. This is undoubtedly in part due to the important role played by the employees' line managers. Line managers, most often, are the first to contact the employee, and to launch preliminary investigations. Hence, disability management staff generally only intervene at a second stage. The success of a disability management programme depends not only on the quality of the programme staff, but also on the management skills and intervention of the employees' line manager.
- *The methods used in disability management programmes are based largely on the case management approach.* The study found that it was very important for companies to systematically register and monitor employee absences. Disability management programmes are generally targeted at difficult and complex cases. However, companies often lack a clear definition of what constitutes a difficult or complex case. On the one hand, this vagueness was considered problematic. On the other, it was regarded as a potential advantage because there was no distinction made a priori between employees who appeared to have integration potential and those who did not. This meant that some employees could receive support through the disability management programme without consideration solely of their reintegration prospects. In general, though, access to an in-house disability management programme is selective and based on whether the employee has the potential to return to work. No empirical evidence could be found to suggest that one disability management model fared better in the participants' ratings than other models.
- *The effective administration of disability management programmes relies on good cooperation with social security providers.* Their involvement is of central importance for disability management in the workplace. This was echoed by calls from disability management programme supervisors and company management for greater cooperation with social security providers, especially with the invalidity insurance system. They also wanted to see greater flexibility, a swifter handling of cases and a more proactive approach on the part of social security providers. One criticism was linked to the fact that the cantons are responsible for handling IV cases. Companies often had to contact a large number of IV offices depending on the residency canton of their employees lived, which can imply an excessively large administration burden. However, the study also found that when personal contacts with social security staff were good, respondents rated cooperation predominantly positively.
- Firms use a variety of indicators to rate the effectiveness of their in-house disability management programmes. One widely used indicator is a fall in the number of employee absences, and a reduction in their direct and indirect costs. However, the study was not able to find a direct causal

link to disability management, since these indicators are subject to many other influences. The companies surveyed here do not intend to make any effort to improve their existing rating methods, as they consider that their current benchmarks are sufficiently good at measuring the success of their efforts. *However, success should not be rated according to financial factors alone. The broader impact on company culture should also be taken into account.* Even if not easily quantifiable, suitable indicators might for instance be found based on employee job satisfaction and work environment surveys.

- The emphasis which respondents gave to different aspects of disability management differed. Part of the reason for these differences is the position which each respondent holds in the company. For example, HR/management staff and disability management programme supervisors gave greater weight to absenteeism rates and to the impact on company culture. This approach rates the success of disability management programmes rather positively. Disability management programme supervisors were the only group to cite early intervention as an indicator of success. They also criticised “management expectations”, while company management criticised “employee expectations”. Nevertheless, their ratings of the success of their disability management programmes largely agreed. Employees generally held shared views on the indicators to consider for rating the programmes. *The study found that interpersonal factors, especially feelings such as appreciation and respect, were also very important.* Disability management programmes can greatly help in this regard by creating a climate of transparency and by offering employees assistance and support. In contrast, disability management programmes are not appreciated if perceived as aiming solely at restoring employees’ capacity to fulfil their workplace functions rather than treating them as individual human beings. Failures of the disability management process (such as delayed intervention) were also criticised. Overall, though, the employees we surveyed regarded disability management as a welcome innovation and rated it positively. *The claim that disability management is perceived as a control mechanism rather than as a constructive tool was unequivocally rejected by employees.* In fact, they agree with the stated purpose of disability management programmes, i.e. to help them return to work, and they welcome associated management efforts.

This explorative study on disability management in the workplace has produced a first set of important results on the subject, and offers an insight into its evolution as well as its acceptance in Swiss firms. Owing to the limited scope of this study, we were unable to arrive at a conclusive assessment of in-house disability management programmes. Nevertheless, our findings have helped fill existing gaps and demonstrate that further research in this area is needed.

Based on the survey findings, we have established the following **principal recommendations for companies with regard to the administration of their in-house disability management programmes**:

- *The study found that **general and line managers** have a critical role to play due to their close contact with affected employees. It is increasingly apparent that their reaction to illness or injury suffered by employees is decisive for the success of disability management programmes, i.e. for the reintegration of employees in the workplace. To promote and consolidate in-house disability management programmes, it is important that management staff receive adequate training on an ongoing basis to enable them to build on their existing professional integration skills. To this end, the integration of health-compromised workers ought to be considered an integral part of*

managerial duties. Management training will enable companies to improve the quality of their disability management programmes.

- *The study found* that disability management in the workplace is challenging and complex, and as such places high demands on **disability management staff**. Moreover, disability management staff were often inadequately qualified for the job, and staffing levels were frequently inadequate. *To promote and consolidate* in-house disability management programmes, companies should ensure that their disability management staff are adequately trained and qualified. *To this end*, companies should endeavour to motivate staff to take part in training courses and give them the appropriate support during this process. Improvements in disability management budgets will also act as an extra incentive.
- *The study found* that the involvement of **social security providers** is particularly important for the effectiveness of in-house disability management programmes. The companies surveyed in our study reported a need for better coordination and cooperation between companies and social security providers, especially the occupational pension and invalidity insurance systems. *To promote and consolidate* in-house disability management programmes, cooperation must be stepped up. Social security providers should actively approach companies and respond to their needs. *To this end*, both the companies and social security providers should have an adequate number of staff to handle these activities.
- *The study found* that the involvement of **family doctors** is important for employees who are subject to disability management measures. Assessments of cooperation between family doctors and disability management staff varied. Many respondents saw it as problematic. *To promote and consolidate* in-house disability management programmes, the involvement of family doctors in efforts to help employees return to work should be strengthened and cooperation should also be stepped up. *To this end*, family doctors should be better informed about these activities. Moreover, obstacles to the development of the family doctor-disability management relationship should be identified and ways found to improve cooperation.
- *The study found* that disability management supervisors were able to identify most of the employees who had benefited from the in-house programme. Normally, it is either the line manager or a disability management staff member who initiates the disability management programme. In some cases, though, *employees* contacted disability management staff directly for help. This shows that right from the early stages of the disability management process **employees** are able to assume a high degree of personal responsibility and seize the initiative to actively seek help with returning to work. *To promote and consolidate in-house disability management programmes*, companies should ensure that the necessary conditions are in place to enable this type of bottom-up approach to disability management and to encourage a sense of personal responsibility among their employees. *To this end*, employees must be fully informed of the disability management services offered by their employer. This will allow employees to feel empowered and develop a stronger sense of personal responsibility. Companies should identify and remove any structural barriers which could hinder the adoption of such an approach.
- *The study found* that external incentives can also be important factors behind the decision of a company to set up an in-house disability management programme. *To promote and consolidate* in-house disability management programmes, consideration should be given to whether **social**

policy could provide employers with a greater incentive to help workers with an illness or injury to return to work. Of course, there is also the possibility of introducing penalties as a means to monitor employers' efforts in this regard. For example, employers could be legally obliged to offer return-to-work measures as part of a disability management programme. *To this end*, social security providers, among others, should first establish the appropriate measures and structures to assist employers with their return-to-work programmes.

In addition to these recommendations directed at specific stakeholders, companies and especially their management should ensure that there is a company-wide commitment to the introduction of a disability management programme. The latter should be clearly structured to make the disability management process as transparent as possible for both the programme administrators and employees. This will greatly help to regulate access to the disability management programme, which in turn will make it easier to determine what the needs and objectives are. When introducing an in-house disability management programme, companies should consider how it is to be integrated within the existing company structure. Based on the qualitative results of our employee interviews, it emerged that disability management could have a negative impact if recipients of such services felt patronised or coerced. This type of conflict is much more likely where the HR department doubles up as the disability management service. Owing to the limited scope of the present study, we were unable to further substantiate this conjecture. Further research is required on the subject.

A crucial factor behind the decision of a company to introduce an in-house disability management programme or to outsource this service is its size. The present study used a benchmark figure of one full-time disability management advisor per 1,000 employees (cf. Chapter 5.1.3 Staffing levels). This is not a precise rule applicable to all, as one of the companies we surveyed had a workforce of 250 and successfully set up an in-house disability management programme because it already had staff who were sufficiently qualified to carry out such work. Generally, strong links and cooperation between the key participants in this process, such as line managers and employee representatives, as well as well-established contact with external parties, especially social security providers, were considered to be crucial for the success of in-house disability management programmes.

Based on these findings, we were able to formulate the following recommendations for the IV system:

- More pro-active stance from IV offices, establishing contact with companies in the early stages of the disability management process;
- Better cooperation between disability management staff and IV offices;
- Swifter processing of cases by the IV;
- Greater support for job placement services aimed at employees who cannot be kept on by the employer due to poor health and despite the employer's best efforts;
- Advice and support of companies when implementing return-to-work measures.

To conclude, disability management in the workplace implies systematic action on the part of employers. The aim of disability management programmes is to assist and support employees with an illness or injury and should be part and parcel of a company's overall strategy and organisation, i.e. should not be deployed merely on a case-by-case basis. Disability management can also be seen as the professionalisation of workplace assistance for employees who have been ill or suffered an injury. The study also found that companies implement early identification and prevention measures as part of their own in-house disability management programme. Companies which have introduced

their own in-house disability management programme have seen a substantial reduction in health-related costs as well as significant improvements to their corporate culture. This encouraging development is also reflected in how recipients have rated disability management measures. Far from seeing disability management as a means of control - a criticism often levelled at this strategy - the employees we surveyed considered it a sign of their employer's appreciation of their work and of their willingness to help. Finally, involvement of social security providers and family doctors in the process emerged as crucial factors for successful disability management outcomes.

In light of these encouraging findings, companies should introduce disability management programmes that are tailor-made to their organisation and needs especially if they are motivated by explicit consideration of corporate culture in addition to purely financial objectives.

1 Einleitung

Unternehmen sind in den vergangenen Jahren dazu übergegangen, Absenzen und krankheits- bzw. unfallbedingten Abwesenheitszeiten vermehrte Aufmerksamkeit zu schenken. Dabei setzen sie verstärkt auf früh einsetzende Interventionen, um erkrankte und verunfallte Mitarbeitende wieder in die Erwerbsarbeit zu integrieren. Entscheidend für das Disability Management (DM) ist, dass die Unternehmen selbst tätig werden und die (Re-)Integrationsprozesse ihrer Beschäftigten aktiv fördern und unterstützen. Diese Entwicklung stellt ein relativ neues Phänomen für den Bereich der Arbeitsintegration von Unternehmen in der Schweiz dar. Sie ist durch die Vielfalt und Heterogenität der von den Unternehmen entwickelten und umgesetzten Konzepte gekennzeichnet.¹ Dies zeigt sich auch darin, dass für diese Aktivitäten sehr unterschiedliche Bezeichnungen verwendet werden. In der vorliegenden Studie werden diese zusammenfassend als DM bezeichnet. Vor diesem Hintergrund hat die vorliegende Untersuchung explorativen Charakter. Sie zeigt auf, dass derzeit eher von einem Handlungsansatz DM, denn von einem umfassend entwickelten Konzept mit einheitlichen Standards und Qualitätsmerkmalen gesprochen werden kann. Vor diesem Hintergrund wurde DM als Ausgangspunkt für die vorliegende Untersuchung zunächst im Sinne einer allgemeinen Arbeitsdefinition bestimmt.² Diese umfasst betriebliche Massnahmen der

- Erfassung und Beurteilung der Absenzen von Mitarbeitenden³;
- Beratung und Unterstützung von erkrankten und verunfallten Mitarbeitenden;
- Koordination von Aktivitäten und Leistungen zur Reintegration⁴;
- Prävention im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung.

Neben den konkreten Massnahmen ist die Zielsetzung im DM von entscheidender Bedeutung. Im Mittelpunkt steht dabei eine direkte, auf die konkreten Bedürfnisse der erkrankten resp. verunfallten

¹ Auch in der Forschung wird DM als Handlungsansatz in der Regel sehr weit gefasst und bleibt daher weitgehend unspezifisch (vgl. u.a. Harder/Scott 2005). Konkretisierungen werden in diesem Zusammenhang vor allem in Bezug auf die Prozessgestaltung des DM vorgenommen.

² Zur Bestimmung dieser Arbeitsdefinition wurden auf der theoretischen Ebene die Arbeiten von Wendt (2001) und Di Gursansky et al. (2003) zu Case Management, sowie von Harder/Scott (2005) und der ILO (2002) zum Disability Management herangezogen. Auf der Grundlage dieser Arbeitsdefinition wurden die untersuchten Unternehmen für die vorliegende Studie ausgewählt. Dieses Vorgehen war erforderlich, um zunächst die Vielfalt der systematischen, auf Arbeitsintegration zielenden Massnahmen und Aktivitäten in den Unternehmen zu erfassen.

³ Absenzen werden in Unternehmen auf unterschiedliche Weise erfasst, dies geschieht in der Regel im Rahmen der Personal- und Lohnadministration. Die Verfügbarkeit zusammenfassender Daten und Kennziffern betreffend die Absenzen ist unter anderem abhängig von der technischen Ausstattung in den Unternehmen. In den vergangenen Jahren sind Unternehmen vielfach dazu übergegangen ein sogenanntes Absenzenmanagement einzuführen. Im Unterschied zum DM ist dieses jedoch in der Regel weniger auf die Begleitung und Unterstützung von erkrankten und verunfallten Beschäftigten fokussiert. Beim Absenzenmanagement geht es vor allem um die Frage nach dem Umgang der Vorgesetzten mit absenten Mitarbeitenden im Unternehmen. Der zentrale Ansatzpunkt im Absenzenmanagement liegt daher im Bereich der Verbesserung der Führungsqualität von Vorgesetzten, Rückkehrgespräche stellen hier ein wichtiges Instrument dar (vgl. Pfaff et al. 2003). Demgegenüber fokussiert DM auf die Unterstützung und Bedürfnisse von erkrankten und verunfallten Beschäftigten. Je nach Umsetzung von DM und Absenzenmanagement in Unternehmen lassen sich Unterschiede und Gemeinsamkeiten aufzeigen.

⁴ Dem Koordinationsaspekt kommt im DM eine grosse Bedeutung zu. Harder/Scott betonen diesen Aspekt, indem sie DM als eine koordinierende Aktivität bezeichnen, sie ist: „directed toward an individual with a chronic or permanent functional limitation or disability, or an individual with symptoms indicating a risk of chronic functional limitations or disability; is intended to restore an individual's working or functional capacity, or prevent its lowering; includes measures aimed at developing an individual's own resources or removing obstacles imposed by the environment.“ (Harder/Scott 2005: 1) Auch im ILO code of practice wird die Bedeutung des Koordinationsaspektes spezifiziert. DM ist hier ein Prozess am Arbeitsplatz “designed to facilitate the employment of persons with a disability through a coordinated effort” (ILO 2002: 4). Dabei werden in besonderer Weise die individuellen Bedürfnisse der Mitarbeitenden, das Arbeitsumfeld, die Interessen des Unternehmens und die gesetzlichen Verantwortungen berücksichtigt (vgl. ebd.).

Mitarbeitenden bezogene Beratung und Unterstützung, deren Hauptziel die Reintegration in die Erwerbsarbeit darstellt.⁵ Der Prozess des DM zielt damit einerseits auf die Bearbeitung von Einzelfällen, andererseits aber auch auf die betriebliche Entwicklung. Letztere folgt der Prämisse, dass durch die Aktivitäten des DM sowohl das individuelle Ziel einer persönlich zufrieden stellenden Erwerbstätigkeit als auch die betrieblichen Leistungsziele besser erreicht werden können.⁶ Insgesamt ist DM daher nicht nur ein Mittel, um spezifische, wirtschaftliche Zielsetzungen zu erreichen, etwa krankheitsbedingte Kosten zu reduzieren. Vielmehr werden im DM auch (unternehmens-)kulturelle Ziele verfolgt. So wird beispielsweise mit Hilfe des DM versucht, im Unternehmen eine „Kultur gegenseitiger Verpflichtung“ (OECD 2003: 27) zu etablieren.⁷ Im DM treten Arbeitgeber/in und Beschäftigte/r in ein solches Verhältnis auf Gegenseitigkeit ein. (Wieder-)Eingliederung in den Erwerbsprozess wird als gemeinsames Ziel definiert, auf das sich sowohl die Unterstützungsseite (Arbeitgeber/in) als auch die erkrankten und verunfallten Mitarbeitenden verpflichten.⁸ Die über das DM verfolgte Planung und Durchführung von auf den Einzelfall bezogener Präventions- und Interventionsstrategien stellt für die Unternehmen eine neue Herausforderung dar.

1.1 Grundlagen und Formen des Disability Managements

Case Management⁹ ist eine zentrale Grundlage für die Durchführung von DM (vgl. Wendt 2001, Harder/Scott 2005).¹⁰ Dem Ansatz des Case Management folgend ist DM sowohl auf den konkreten

⁵ Bloch/Prins (2001) haben die Bedeutung eines frühen Eingreifens mit effizienten Strategien für den Reintegrationserfolg im Rahmen einer international vergleichenden Studie aufgezeigt.

⁶ DM kann daher auch im Themenfeld von Betrieb als lernende Organisation verortet werden (vgl. Agyris/Schön 1999).

⁷ Von der OECD wird eine solche, auf Gegenseitigkeit beruhende Kultur im Zusammenhang mit der Arbeitsintegration von Menschen mit Behinderung gefordert (vgl. OECD 2003). Im Einzelnen beinhaltet dies unter anderem die Konzeption und Vereinbarung individueller Beschäftigungs-/Leistungsaspekte, die Einführung neuer Verpflichtungen für Personen mit Behinderung, die Einbeziehung der Arbeitgeber in den Prozess, die Förderung frühzeitiger Intervention, die Flexibilisierung von Geldleistungen, sowie die Reform der Programmverwaltung (vgl. OECD 2003: 29).

⁸ Die Wiedereingliederung im DM wird auch unter dem Aspekt der „Passgenauigkeit“ diskutiert. Greve/Niehaus weisen darauf hin, dass Massnahmen im DM „genau auf den jeweiligen Betrieb und den konkreten Arbeitsplatz (...) abgestimmt werden. Dadurch kann eine möglichst grosse ‚Passgenauigkeit‘ erreicht und die Chancen auf ein für alle Beteiligten zufrieden stellendes Ergebnis erhöht werden.“ (Greve/Niehaus 2007: 289). Theoretisch kann DM als Handlungsansatz im Kontext des „Capability Approach“ verortet werden, vgl. Nussbaum (2006, 2000), Senn (1999).

⁹ Zu Entstehung und Entwicklung von Case Management vgl. unter anderem Brinkmann (2006), Hansen (2006), Klug (2005), Rimmel-Fassbender (2005), Wendt (2005). Case Management wird im deutschsprachigen Kontext in einem umfassenden Sinne als der Zusammenhang von Fall- und Systemebene verstanden: „Es gibt also zum Case Management als methodischem Konzept auf der personalen Handlungsebene ein Case Management als Organisations- oder Systemkonzept in administrativer Funktion. Beides gehört in der Mehrebenenstrategie des Case Managements zusammen. Hier wie dort geht es um die wirksame Handhabung und Gestaltung von *Prozessen*. Aber wer auf der Organisationsebene von Case Management spricht, meint die *Systemsteuerung* und nicht ohne weiteres die professionelle Methodik und den Handlungsablauf im Management eines Einzelfalls, worin bei möglichst weitgehender Abstimmung mit dem Nutzer planmässig, koordiniert und kontrolliert vorgegangen wird.“ (Wendt 2001: III) Der Zusammenhang von Fall und System – es könnte auch unmittelbar von Organisations- und Institutionsentwicklung gesprochen werden – ist also konstitutiv für das Case Management. Während auf der Systemebene von Case Management eher als Handlungsansatz gesprochen werden kann, sieht Wendt das Case Management auf der Fallebene als eine Methode an. Hier stellt sich jedoch die Frage, ob bei einem Ansatz, der das Vorgehen in der Fallbearbeitung plant, koordiniert und kontrolliert bereits von einer Methode gesprochen werden kann. Die Bezeichnung von Case Management als Handlungsansatz wäre vielmehr auch auf der Fallebene als die adäquatere Bezeichnung anzusehen. Bei einer solchen Betrachtung würden dann Beratung, Coaching, Gesprächsführung etc. als Methoden angesehen, die innerhalb des Case Managements in der Fallbearbeitung Anwendung finden.

¹⁰ Harder und Scott betonen: „A DM programme needs a strong element of claim and case management. This consists of the activities that ensure that when an employee is off work he or she is receiving optimal health care and focusing on recovery. (...) Claim management is different from case management. Claim management can be summarized as the evidence required to administer the claim.“ (Harder/Scott 2005: 17). Harder und Scott unterstreichen hier die besondere Bedeutung des Case Managements für das DM und führen ‚claim management‘ als einen weiteren Management-Ansatz

Fall und seine Bearbeitung, als auch auf die organisatorischen und institutionellen Bedingungen (Systemebene) bezogen, unter denen Erwerbstätigkeit im Unternehmen stattfindet. Die Fallbearbeitung im Case Management erfolgt nach einem systematischen Ablauf, der als Regelkreis bezeichnet wird (vgl. Wendt 2001, Neuffer 2007). Der Regelkreis besteht aus folgenden Phasen: Intake (Aufnahme), Assessment (Einschätzung), Planning (Planung), Intervention (Durchführung), Monitoring (Überwachung) und Evaluation (Be- und Auswertung) (vgl. Neuffer 2007: 51). Auf der Grundlage des Case Management bietet das DM im Unternehmen für erkrankte und verunfallte Mitarbeitende einen institutionellen Rahmen, in dem klientenbezogenen Information, Beratung und Unterstützung mit dem Ziel einer Weiterbeschäftigung im Unternehmen zur Verfügung gestellt werden.¹¹ Neben der Fallebene ist auch die Systemebene ein zentraler Bestandteil des Handlungsansatzes Case Management. Aufgrund der Ergebnisse der Fallevaluationen wird untersucht, inwieweit sich hier gesundheitsförderliche und/oder gesundheitshemmende Faktoren identifizieren lassen und wie diese unter Anwendung präventiver Konzepte und Massnahmen bearbeitet werden können.¹² Die für das Case Management in seiner allgemeinen Form analysierten Differenzierungen lassen sich daher auch auf das DM übertragen¹³, das in Anlehnung an Wendt als „Case Management am Arbeitsplatz“ (Wendt

ein. An diesem Beispiel lässt sich das mit der Übernahme von begrifflichen Konzepten und Ansätzen aus unterschiedlichen sozialen Kontexten verbundene Problem deutlich machen, dass vielfach unter gleichen Begriffen unterschiedliche Dinge verstanden werden. Dies gilt vor allem für den Transfer von DM- und Case Management-Ansätzen in den deutschsprachigen Kontext. Das was Harder/Scott (2005) inhaltlich unter ‚claim management‘ fassen ist hier zum Teil Bestandteil des Case Managements. Weitere Tätigkeiten, die in Kanada und den USA als ‚claim management‘ bezeichnet werden basieren auf der starken Unternehmenszentrierung der sozialen Sicherung, wie sie vergleichbar in den Sozial- und Wohlfahrtsstaaten in Europa so nicht gegeben ist, und daher auch in den Unternehmen selbst nicht als relevante Tätigkeiten im DM anfallen. Dies gilt auch für Begriff und Konzept des Case Management, das je nach sozialem und sozialpolitischem Kontext auf unterschiedliche Weise gefüllt wird.

- ¹¹ Baumgartner et al. resümieren in ihrer BSV-Studie zur beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung: „Entscheidend ist jedoch, dass bei Eintritt eines entsprechenden Falles [Unfall oder Krankheit, A.d.V.] eine externe Beratung zur Verfügung steht, die Lösungen über eine Fortführung der Beschäftigung aufzeigen und unterstützen kann. Dieser Aspekt ist allerdings bislang wenig erforscht, da fast ausschliesslich Prozesse der Anstellung (Erst- bzw. Wiedereingliederung) und selten Fragen der Weiterbeschäftigung thematisiert werden“ (Baumgartner et al. 2004: 26). DM stellt zwar keine externe Beratung dar, es hat aber eine der hier von Baumgartner et al. geforderten externen Beratung vergleichbare Funktion, nämlich „Lösungen über eine Fortführung der Beschäftigung aufzeigen und unterstützen“ (ebd.).
- ¹² Trotz international und theoretisch divergierender Auffassungen über den Handlungsansatz Case Management besteht keine Differenz hinsichtlich der Richtung der Problemdefinition und damit in der Art und Weise wie das konkrete Handlungsfeld jenseits der Fallbearbeitung bestimmt wird. So schreiben Harder und Scott etwa: „Ultimately the best way to determine prevention programmes is to look at the needs of the employees, the disability data, the drug utilization data and the common trends, then design the programmes that will address the greatest need.“ (Harder/Scott 2005: 16).
- ¹³ In Theorie und Praxis werden unterschiedliche Auffassungen bezüglich der Unterscheidung von DM und Case Management vertreten. Zum Teil wird Case Management als Methode im DM verstanden, das sowohl auf der Fall- als auch auf der Systemebene angesiedelt ist (vgl. Schmidt/Kessler 2006: 195). Hierin liegt jedoch eine gewisse Unschärfe, da DM hier als ein dem Case Management übergeordneter Ansatz verstanden wird. Allerdings bleibt dieser Rahmen methodisch und konzeptionell weitgehend unausgefüllt. Merckx und Wayland Bigler etwa sprechen vom DM als einem proaktiven Prozess, „in welchem gesundheitsbedingte Fehlzeiten systematisch erhoben und systematisierte Lösungsschritte für den Erhalt der Arbeitskraft und des Arbeitsplatzes entwickelt werden“, dass das DM Angestellten und Führungsverantwortlichen ermöglicht, „gemeinsam die Verantwortung für Interventionen und Dienstleistungen in Bezug auf den Arbeitsplatz zu übernehmen“, und dass das DM „Präventionsstrategien und Rehabilitationskonzepte ebenso wie Programme für die rasche Arbeitswiederaufnahme nach Krankheit und Unfall“ portiere, „die alle zum Ziel haben, sowohl die personellen als auch die betriebswirtschaftlichen Kostenfolgen von Krankheit, Unfall und Invalidität zu kontrollieren.“ (Merckx/Wayland Bigler 2004: 385) Damit wird zwar der Rahmen für das DM gesetzt, unklar bleibt jedoch, wie dieser inhaltlich und konzeptionell konkretisiert wird, ohne dass das Spezifische des DM-Ansatzes gegenüber den verschiedenen Konzepten von Gesundheitsförderung und Prävention im Betrieb, dem allgemeinen Handeln von Personalverantwortlichen oder von Absenzenmanagement verloren geht. Von einem spezifischen DM-Ansatz kann daher nur gesprochen werden, wenn Fall- und Systemebene konzeptionell und strukturell derart aufeinander bezogen werden, wie dies in einem umfassenden Verständnis von Case Management der Fall ist (vgl. Wendt 2006: 23ff.). Der Prozess des Case Managements schliesst daher neben der Fallarbeit auch eine „fallunspezifische Arbeit zur Ressourcenerschliessung“ mit ein. Präventionsansätze spielen hierbei eine wichtige Rolle, Wendt hebt diesen Sachverhalt in besonderer Weise hervor, er betont: „Das Verfahren impliziert generell ein Moment der (sekundären und tertiären) Prävention“ (Wendt 2006: 23).

2001: 57) bezeichnet werden kann.¹⁴ Nachfolgend werden die verschiedenen Systematisierungen des Case Management (CM) aufgezeigt – sie können analog auch für die Systematisierung des DM angewendet werden. Denn bei DM handelt es sich um eine bereichsspezifische Form des CM, die auf Arbeitsintegration bezogen ist.¹⁵

Eine erste Unterscheidung im DM bezieht sich auf seine örtliche Situierung. Beim *internen DM* ist das DM unmittelbar im Unternehmen selbst angesiedelt und ist damit ein Teil der betrieblichen Organisationsstruktur. Beim *externen DM* hingegen ist das DM ausserhalb des Unternehmens situiert. Das Unternehmen ist hier Nachfrager nach Dienstleistungen des DM. Der entscheidende Unterschied zwischen *Internem* und *Externem DM* liegt auf der organisatorischen Ebene und weniger auf der inhaltlich-konzeptionellen Ebene der Fallbearbeitung.¹⁶ DM ist also entweder Teil des Betriebs oder ein Angebot externer Dienstleistungsanbieter. Der Vorteil eines internen DM wird in der kontinuierlichen Tätigkeit und Präsenz des DM im Unternehmen gesehen. Es wird angenommen, dass das interne DM stärker in die organisatorisch-institutionellen Entwicklungen involviert sein kann, das Unternehmen insgesamt besser kennt und von daher womöglich besser in der Lage ist, Lösungen mit den beteiligten Akteuren zu entwickeln. Umgekehrt kann die betriebsinterne Verankerung des DM jedoch auch genau dieses verhindern, dass nämlich sachgerechte Lösungen für die bestehenden Probleme und Konflikte gefunden werden können. Nicht-involviert-sein, soziale Distanz, wie es bei einem externen DM besteht, kann daher je nach konkretem Fall auch ein Vorteil sein.

Eine zweite Unterscheidung im DM bezieht sich auf die Zielsetzung des DM. Hier kann zwischen *Eingliederungs- und Vermittlungsmanagement*¹⁷ unterschieden werden. Das Eingliederungsmanagement verfolgt das Ziel, erwerbstätige Mitarbeitende die erkrankt oder verunfallt sind, baldmöglichst wieder in den Erwerbsprozess zu integrieren. Beim Vermittlungsmanagement geht es darum, Beschäftigten mit erschwerten Zugängen zum Arbeitsmarkt durch eine gezielte Unterstützung und Förderung den Zugang in die Erwerbstätigkeit überhaupt erst einmal zu ermöglichen. Eingliederung und Vermittlung beschreiben daher zwei unterschiedliche Praxen, die das Verhältnis zwischen dem DM und ihren Klienten und Klientinnen auf unterschiedliche Weise strukturieren. Bei der Eingliederung geht es darum bereits bestehende, innerbetriebliche Beziehungen und gegenseitige Verpflichtungsverhältnisse zu mobilisieren und zu erneuern, um so eine Lösung für eine akute Problemsituation innerhalb des betrieblichen Zusammenhangs zu finden. Bei der Vermittlung soll demgegenüber ein

¹⁴ Arbeitsintegration ist für das Case Management ein wichtiges Handlungsfeld. Case Management konkretisiert sich in Unternehmen wie folgt: „In den USA haben viele Unternehmen erkannt, dass es für sie am günstigsten ist, wenn sie ihre Mitarbeiter im Betrieb in ihrem Wohlbefinden, bei ihrer Gesunderhaltung und im Krankheitsfall individuell unterstützen. Sie bieten Präventionsprogramme an, arrangieren soziale Unterstützung bei einer Erkrankung oder Behinderung und kümmern sich um eine frühzeitige berufliche Wiedereingliederung von Arbeitnehmern nach einer Therapie.“ (Wendt 2001: 57). In ihrem Überblick über Case Management in verschiedenen Handlungsfeldern stellt Ulrike Buchmann (2004) auch Projekte und Massnahmen im Bereich Beschäftigungsförderung vor. Darüber hinaus liefert sie Informationen über die Bereiche Weiterbildung und Forschung im CM in Deutschland.

¹⁵ Wenn nachfolgend von DM gesprochen wird, so wird hierunter DM im Sinne eines bereichsspezifischen Case Managements (CM) verstanden.

¹⁶ Vgl. hierzu auch Harder und Scott (2005: 65), die den Vorteil eines internen DM in der unmittelbaren Verfügbarkeit des DM im Unternehmen sehen. Für die Durchführung eines umfassenden DM, das sich nicht allein auf die Fallebene beschränkt, sondern auch auf der Systemebene Massnahmen und Aktivitäten entfalten soll, ist dies sicherlich von Vorteil.

¹⁷ Die Unterscheidung von Eingliederungs- und Vermittlungsmanagement als Formen von DM werfen die Frage nach ihrer Abgrenzbarkeit auf: „Disability Management has primarily been concerned with return to work post-injuries or -illness. This narrow focus is expanding to include people with disabilities to have never entered the workforce and disability issues in general. Nevertheless, its strength and uniqueness derive from its activity in the workplace and its emphasis in finding solutions to disability-related issues in the workplace.“ (Harder/Scott 2005: 3)

solcher Zusammenhang erstmals neu aufgebaut und begründet werden.¹⁸ Die Entwicklungen im DM zeigen jedoch auch, dass Vermittlungsmanagement zu einem Bestandteil des betrieblichen DM werden kann. Dies kann beispielsweise dort der Fall sein, wo erkrankte und verunfallte Mitarbeitende weder am gleichen noch an einem alternativen Arbeitsplatz im Unternehmen beschäftigt werden können. Das betriebliche DM kann hier Mitarbeitende darin unterstützen einen neuen Arbeitsplatz ausserhalb des Unternehmens zu finden, unter anderem in der Förderung des Erwerbs neuer Qualifikationen oder durch eine unmittelbare Vermittlungstätigkeit.

Eine dritte Unterscheidung wird aus der Relation von Fall- und Systemebene abgeleitet. Es handelt sich hierbei um die Unterscheidung von *klienten- und einrichtungsorientiertem* DM (Riet/Wouters 2002: 50f.) bzw. *klienten- und systemzentriertem* DM (Wendt 2001: 65). Diese Differenzierung gibt weniger das Schwergewicht, also die quantitative Verteilung der jeweiligen Aspekte an, vielmehr beruht diese auf der Entwicklungsrichtung, die in der Systematik des DM angelegt ist. Das Handeln im Rahmen des klientenorientierten DM geht von den Fähigkeiten und Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten aus. Wendt betont: „Die Klienten geben die Richtung an und bleiben Subjekte des ganzen Prozesses. Der professionelle Unterstützer versteht sich in erster Linie *als Anwalt* seiner Klienten.“ (Wendt 2001: 65) Im Rahmen des Prozesses des DM geht es dann vor allem darum, für den konkreten Fall individuell abgestimmt Netzwerkressourcen zu erschliessen. Die systemischen Aspekte der Fallbearbeitung sind dieser Praxis nachgeordnet. Einrichtungsorientiertes DM, das auch organisations- oder systemorientiertes DM genannt wird, nimmt demgegenüber die umgekehrte Entwicklungsrichtung ein: „Im Rahmen eines abgesprochenen Behandlungsplans oder getroffener Massnahmen ist der Klient ein Objekt des Dienstes und des professionellen Handelns.“ (Wendt 2001: 65). Aufgrund der organisatorischen Strukturierung des DM und der vorhandenen Möglichkeiten der Ressourcengenerierung im System-Netzwerk können spezifische Leistungsangebote zur Fallbearbeitung bereitgestellt werden. In der Fallbearbeitung können diese dann fallspezifisch abgerufen werden. Trotz dieser strukturellen Trennung der Ansätze gibt es aber auch hier Verbindungen und Übergänge, „das erstgenannte Muster kann in das letztere übergehen“ (Wendt 2001: 65).

In der Regel finden sich diese verschiedenen Formen und Unterscheidungen in der Praxis nicht idealtypisch, sondern es gibt vielfältige *Mischformen*. Hier werden unterschiedliche Formen des DM zum Teil gezielt miteinander verbunden, um die Vorteile der jeweiligen Modelle innerhalb eines Gesamtkonzepts des DM nutzbar zu machen. So könnte beispielsweise die Unabhängigkeit von externem DM in innerbetrieblichen Konfliktsituationen zu einer Versachlichung beitragen. Eine wichtige Zielsetzung des DM würde dann im Aufbau von innerbetrieblichen Kompetenzen im Umgang mit Konflikten und der Entwicklung von Lösungskompetenzen bestehen. Klientenorientierte entwickelte Leistungen helfen womöglich dort weiter, wo standardisierte Leistungsvermittlungen bisher nicht wirksam waren. Demgegenüber könnte ein einrichtungsorientiertes DM dazu beitragen, für einen Teil der Klienten und Klientinnen den Organisations- und Koordinationsaufwand von Leistungen zu begrenzen und effektiver zu gestalten.

¹⁸ In den vergangenen Jahren hat der Ansatz von „Supported Employment“ im Bereich der Arbeitsintegration von Menschen mit Behinderung an Bedeutung gewonnen (vgl. Rüst/Debrunner 2005). Im Vergleich zum DM lassen sich hier in Praxis und Zielsetzung zwar Parallelen aufzeigen. Als Handlungsansätze im Bereich Arbeitsintegration haben sich DM und „Supported Employment“ jedoch unabhängig voneinander und aus unterschiedlichen Kontexten heraus entwickelt.

1.2 Entwicklungen im internationalen Rahmen

International wird DM von Kanada und Australien ausgehend seit den 1990er Jahren auch in europäischen Unternehmen als Strategie der Gesundheitsförderung eingesetzt. Wichtige Stationen der Etablierung und Verbreitung des Handlungssatzes des DM sind die Gründung des National Institute of Disability Management and Research (NIDMAR) In Kanada (vgl. NIDMAR 2008), sowie die Verabschiedung eines „code of practice“ durch die International Labor Organization (ILO) (vgl. ILO 2002).¹⁹

Mit NIDMAR wurde 1994 eine inzwischen international anerkannte Organisation gegründet. Sie hat es sich zur Aufgabe gemacht, die humanen, sozialen und ökonomischen Kosten von Disability zu reduzieren: „As an education, training and research organization, NIDMAR's primary focus is the implementation of workplace-based reintegration programs which international research has proven is the most effective way of restoring and maintaining workers' abilities, while reducing the costs of disability for workers, employers, government and insurance carriers.“ (NIDMAR 2008) Neben Hinweisen auf Forschung und Publikationen werden unter anderem auch Zertifizierungen und ein DM-Audit angeboten. Die von NIDMAR entwickelten Standards für die Aus- und Weiterbildung im Disability Management werden inzwischen weltweit angewendet, unter anderem auch in Grossbritannien, Irland und der Schweiz. Zur Weiterentwicklung und Etablierung des Ansatzes des DM wurde 2002 mit der Gründung des International Forum on Disability Management (IFDM) ein internationaler Rahmen geschaffen, neben der Forschung sind hier vor allem öffentliche Träger und Akteure im Themenfeld Arbeitsintegration vertreten.

Mit der Verabschiedung eines „code of practice“ durch die International Labour Organization (ILO) im Jahre 2002 erfolgte ein weiterer wichtiger Schritt zur Etablierung des DM. Es werden insbesondere ökonomische Gründe als relevante Motive für die Einführung des DM angegeben. Die ILO weist darauf hin, dass Menschen mit Leistungsbeeinträchtigungen bzw. Leistungsminderungen oft über besondere Qualifikationen in spezifischen Bereichen verfügen. Darüber hinaus können Unternehmen über Reintegrationsmassnahmen ihre Ressourcen an erfahrenen und qualifizierten Arbeitskräften stärken und ausbauen (vgl. ILO 2002: Vf.). DM leistet daher unter anderem Beiträge zu Chancengleichheit, zur Verbesserung von Beschäftigungsperspektiven, zur Förderung von Gesundheitsverträglichkeit am Arbeitsplatz und zur Reduktion von Kosten in den Unternehmen und den Sozialversicherungen (vgl. ILO 2002: 1). Mit dem „code of practice“ hat die ILO ein Instrumentarium geschaffen, das Unternehmen darin unterstützen soll, eine positive Strategie im Umgang mit leistungsbeeinträchtigten und Beschäftigten mit Behinderung zu entwickeln (ILO 2002: VI). Die Anwendung des „code of practice“ wird für Unternehmen im öffentlichen und privaten Sektor empfohlen.

1.3 Fragestellung und Ziele der Untersuchung

In der Schweiz wird DM seit Beginn der 2000er Jahre vermehrt in öffentlichen und privaten Unternehmen²⁰ implementiert. Informationen über die Unternehmen mit DM, ihre Motive und Aktivitäten liegen bislang nur in sehr begrenztem Umfange vor, so etwa in Berichten über Pilotprojekte (vgl.

¹⁹ DM hat auch enge Bezüge zum Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung, vgl. unter anderem WHO (2007), ENWHP (2007), Badura et al. (1999), Gröben/Bös (1999), Münch et al. (2004).

²⁰ Im deutschsprachigen Raum gehört das Unternehmen Ford in Köln zu den Vorreitern bei der Einführung des DM. Seit 2006 ist das DM des Unternehmens auch international zertifiziert, nach von NIDMAR (2008) entwickelten Richtlinien. Disability Management wurde zwischen 2001 und 2003 bei Ford im Rahmen eines Pilotprojektes eingeführt (vgl. Henkel 2006).

Stadt Zürich 2006). Kenntnisse über Art und Umfang, Inanspruchnahme, Kosten und Ergebnisse des betrieblichen DM stehen daher nur vereinzelt zur Verfügung. Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es die Einführung des DM in ausgewählten Unternehmen zu rekonstruieren, den Prozess der Durchführung des DM in diesen Unternehmen zu untersuchen und die Bedeutung der Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern für den Prozess des DM herauszuarbeiten. Darüber hinaus geht es darum, die in den Unternehmen mit DM erreichten Ziele und Ergebnisse aufzuzeigen. Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich entsprechend mit folgenden Fragestellungen:

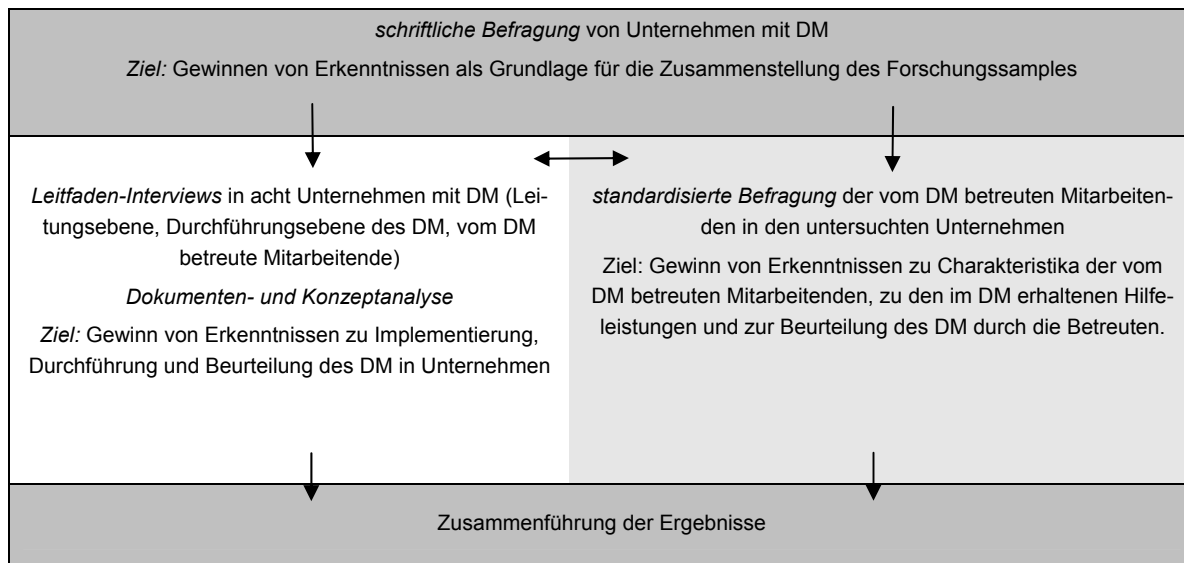
- Was sind die Gründe und Motive für eine *Einführung* des DM im Unternehmen und wie wurde DM im Unternehmen *implementiert*?
- Wie erfolgt die *Durchführung* des DM im Unternehmen und welche Bedeutung haben die Sozialversicherungsträger und Ärzte/Ärztinnen hierfür?
- Welche *Ergebnisse* werden mit DM im Unternehmen erzielt und wie werden diese beurteilt?

Nachfolgend wird zunächst der Aufbau der Untersuchung vorgestellt (Kapitel 2), darauf folgt die Darstellung des Forschungssamples (Kapitel 3). Die anschliessenden Kurzporträts geben einen Überblick über das DM in den untersuchten Unternehmen und über die Charakteristika des jeweiligen DM (Kapitel 4), bevor Einführung, Durchführung und Beurteilung des DM vergleichend dargestellt und untersucht werden (Kapitel 5). Schlussfolgerungen und Fazit bilden den Schluss der Studie. Hier werden die zentralen Erkenntnisse gebündelt vorgetragen, die Ergebnisse im Hinblick auf die Grenzen der vorliegenden Studie und weiteren Fragestellungen hin diskutiert, und es werden Empfehlungen für die Praxis des DM abgeleitet (Kapitel 6).

2 Aufbau der Untersuchung

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine explorative Studie, bei der die Erhebung und die Analyse der spezifischen Praxis des DM von Unternehmen im Mittelpunkt stehen. Um die Komplexität des DM in Unternehmen erfassen zu können, werden Daten von unterschiedlichen, am DM beteiligten Akteuren im Unternehmen (Unternehmens-/Personalleitung, Durchführende des DM, vom DM betreute Mitarbeitende) erhoben und analysiert. Die folgende Abbildung zeigt den Ablauf der Untersuchung und die Anwendung der verschiedenen Instrumente (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Aufbau der Untersuchung



2.1 Schriftliche Befragung von Unternehmen mit DM

Unternehmen, die DM durchführen, werden bislang nicht systematisch erfasst, folglich liegen keine detaillierten Informationen über sie vor. Um Unternehmen mit DM für die vorliegende Studie zu gewinnen, musste zunächst ermittelt werden, welche Unternehmen ein DM durchführen. Hierzu wurden unter anderem alle IV-Stellen befragt und Unternehmen telefonisch kontaktiert. Auf diese Weise konnten Unternehmen in der Schweiz ermittelt werden, die ein internes DM betreiben, und die entsprechend für eine Beteiligung an der vorliegenden Untersuchung in Frage kamen. Um erste Informationen über die praktizierte Form des DM zu erhalten, wurden diese Unternehmen zunächst schriftlich über Einführung, Durchführung und Ergebnisse des DM befragt. Auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Befragung wurden die Unternehmen für eine Teilnahme an der vorliegenden Studie ausgewählt.²¹

2.2 Interviews mit verschiedenen Akteuren in ausgewählten Unternehmen

Ziel der vorliegenden Studie ist es, Einführung, Durchführung und Ergebnisse des DM zu untersuchen. Um dieses Ziel zu erreichen wurden in den ausgewählten Unternehmen Leitfaden-Interviews mit verschiedenen, für das DM relevanten Akteure durchgeführt. Es handelt sich bei diesen Akteu-

²¹ Der Fragebogen zur schriftlichen Befragung der Unternehmen findet sich im Anhang.

ren um Angehörige der Unternehmens-/Personalleitung, die Durchführenden des DM und um die vom DM betreuten Mitarbeitenden. Die Entwicklung von zwei verschiedenen Interview-Leitfäden sollte sicherstellen, dass Struktur, Entwicklung und Praxis des DM im Unternehmen möglichst vollständig erfasst und dabei unterschiedliche Perspektiven auf das DM berücksichtigt werden. Der Leitfaden für die Experteninterviews²² mit Mitgliedern der Unternehmens-/Personalleitung bzw. mit für die Durchführung des DM verantwortlichen Personen, bezieht sich auf die Aspekte der Einführung, Durchführung und Beurteilung des DM. Der Leitfaden für die Interviews mit vom DM betreuten Mitarbeitenden (Fallebene) gliedert sich in die beiden Teilbereiche Fallgeschichte und Beurteilung des DM. Aus jedem Unternehmen sollten zwei im DM betreute Mitarbeitende interviewt werden, um eine Fallkontrastierung zu erreichen sollte ein erfolgreicher und ein weniger erfolgreicher Fall vermittelt werden.

Für die Studie wurden acht Unternehmen ausgewählt, in diesen wurden 31 Interviews (4 Interviews pro Unternehmen)²³ durchgeführt – ein Interview mit einem Mitglied der Unternehmens-/Personalleitung, ein Interview mit der Leitung des DM bzw. einem/einer Durchführenden des DM, zwei Interviews mit vom DM betreuten Mitarbeitenden. Die Interviews wurden zwischen dem 31. Mai und dem 31. Oktober 2007 durchgeführt und hatten jeweils eine Dauer zwischen ca. 60 und 120 Minuten. Sie wurden aufgezeichnet und transkribiert.²⁴ Die transkribierten Interviews wurden für die Auswertung in AtlasTi aufbereitet.

Das gewonnene Datenmaterial wurde nach dem Verfahren der Grounded Theory offen codiert (vgl. Strauss 1998, Charmaz 2006). Beim offenen Kodieren handelt es sich um „das Benennen und Kategorisieren der Phänomene mittels einer eingehenden Untersuchung der Daten“ (Strauss/Corbin 1996: 44). Im Anschluss daran erfolgte in einem nächsten Schritt die Systematisierung und Zusammenfassung der empirischen Befunde anhand der zentralen Fragestellungen der Studie. Bei den einzelnen Unternehmen werden die von den verschiedenen Akteuren mit dem DM verbundenen Bedeutungen und Vorstellungen untersucht und rekonstruiert. Dabei geht es darum, die Motive und Gründe für die Einführung des DM, den Implementierungsprozess, die Strukturen und Abläufe des DM, sowie relevante Kontextbeziehungen und Kontextwirkungen aufzuzeigen und zu analysieren. Abschliessend erfolgt im Rahmen einer fallübergreifenden Auswertung die Ausarbeitung der spezifischen Charakteristika des DM im Unternehmen.

Im Laufe des Forschungsprozesses wurden auch Dokumente und Konzepte zu den einzelnen Unternehmen gesammelt. Hierzu gehören unter anderem Berichte, Dokumentationen, Materialien, Manuals oder Vereinbarungen, die von den Unternehmen zur Verfügung gestellt wurden. Das auf diese Weise generierte Datenmaterial wurde zur Ergänzung und Validierung der erhobenen Daten verwendet.

²² „Anders als bei biographischen Interviews interessiert der Befragte dabei weniger als (ganze) Person denn seine Eigenschaft als Experte für ein bestimmtes Handlungsfeld. Er wird auch nicht als Einzelfall, sondern als Repräsentant einer Gruppe (...) in die Untersuchung einbezogen.“ (Flick 2000: 109, vgl. auch Bogner et al. 2002, Meuser/Nagel 2002). Der Leitfaden findet sich im Anhang.

²³ Es waren insgesamt 32 Interviews geplant. Bei einem Unternehmen konnte jedoch nur eines der zwei geplanten Fallinterviews durchgeführt werden, da die vom DM vermittelten Mitarbeitenden ihre Beteiligung ablehnten.

²⁴ Zwei Fallinterviews konnten aufgrund von technischen Problemen nicht transkribiert werden, über diese Fälle wurde ein ausführliches Gedächtnisprotokoll angefertigt, das in die Auswertung mit einbezogen wurde.

2.3 Befragung der vom Disability Management betreuten Mitarbeitenden

Ziel des DM ist die Reintegration erkrankter und verunfallter Mitarbeitenden in die Erwerbsarbeit. Um einen Überblick darüber zu erhalten welche Charakteristika die vom DM betreuten Mitarbeitenden aufweisen, in welchen konkreten Formen sich die Betreuung zeigt und wie diese von den betreuten Mitarbeitenden beurteilt wird, wurde ergänzend zu den Leitfaden-Interviews eine standardisierte Befragung durchgeführt. Diese Befragung umfasste die Gesamtheit der in den ausgewählten Unternehmen vom betriebsinternen DM betreuten Mitarbeitenden. Die Identifikation der entsprechenden Zielpersonen erfolgte durch die Leitung des DM bzw. durch Durchführende des DM in den Unternehmen. Ausgewählt wurde, wer über einen längeren Zeitraum hinweg vom DM betreut worden war.²⁵

Zur Befragung der vom DM betreuten Mitarbeitenden ist auf theoretischer Grundlage ein 15-seitiger Fragebogen²⁶ entwickelt worden, der die Mitarbeitenden unter anderem zu ihrer Arbeits- und Lebenssituation, zum Gesundheitszustand und zur Arbeitszufriedenheit befragt.²⁷ Darüber hinaus wurde eine persönliche Beurteilung der ihnen durch den Betrieb angebotenen Hilfeleistung im Vergleich mit anderen Hilfsangeboten hinsichtlich Qualität und Nutzen erhoben. Die schriftliche Befragung wurde zeitgleich mit den qualitativen Interviews durchgeführt. Der Versand der Fragebogen und die Erfassung der eingehenden Antworten erfolgte zwischen Juli und November 2007.²⁸ Sieben Unternehmen aus dem Forschungssample haben sich an der Befragung beteiligt.²⁹ Von den Mitarbeitenden des DM in den Unternehmen wurden aufgrund der Vorgabe „längerfristige Betreuung im DM“ insgesamt 570 Mitarbeitende identifiziert, an die der Fragebogen versandt wurde. Von diesen wurden 198 Fragebogen ausgefüllt retourniert.

Auf der Grundlage der Darstellung der Stichprobe hinsichtlich soziodemographischer Merkmale und einer Besprechung der statistischen Repräsentativität, wird die Beurteilung des DM durch die betreuten Mitarbeitenden mittels Mittelwertvergleich dargestellt. Unterschiede nach Betrieben wurden mittels einfaktorieller Varianzanalyse geprüft und auf ihre Signifikanz hin getestet. Die statistische Analyse erfolgte mittels der Statistiksoftware SPSS.

²⁵ Eine genauere Spezifizierung der Dauer der Betreuungsphase als Vorgabe für die Unternehmen war nicht möglich, da hierüber weder in der Forschungsliteratur noch für die Mehrzahl der Unternehmen selbst Informationen vorlagen. Mit dieser Vorgabe sollte sichergestellt werden, dass die ausgewählten Mitarbeitenden über einen längeren Zeitraum im DM betreut wurden. Dies wurde als sinnvoll erachtet, damit Aussagen über Formen und Qualität der Betreuung des DM gemacht werden konnten. Auf diese Weise sollte ausgeschlossen werden, dass so genannte Kurzkontakte des DM mit Mitarbeitenden in das Sample aufgenommen werden oder Kontaktaufnahmen die aufgrund von Absenzen erfolgen, aber erst durch Vorgesetzte erfolgen und das betriebliche DM noch nicht involviert ist.

²⁶ Eine vorgängige Beurteilung des Fragebogens konnte anhand der Resultate aus der bereits durchgeführten ersten Fallstudie (Klinik Barmelweid) vorgenommen werden. Zudem sind Personen aus unterschiedlichen Berufsfeldern und mit unterschiedlichem Bildungsniveau darum gebeten worden, sich in die Rolle eines erkrankten Mitarbeitenden, einer erkrankten Mitarbeitenden zu versetzen und den Fragebogen zu bearbeiten.

²⁷ Auf Grund des explorativen Charakters der Studie konnte nicht auf bewährte Items aus vorangegangenen Untersuchungen zurückgegriffen werden. Die meisten Items mussten daher selbst erstellt werden. In Bezug auf Umfang und Handhabbarkeit wurden sie auf die befragte Population zugeschnitten. Wo auf bestehende Instrumente zurückgegriffen wurde, ist dies im Text angegeben.

²⁸ Die Fragebogen wurden den Unternehmen in der benötigten Anzahl und Sprache (Deutsch, Französisch, Italienisch) für den Versand an die betreuten Mitarbeitenden zur Verfügung gestellt. Einige Wochen nach dem Versand wurde auf gleichem Wege nochmals ein Reminder zugeschickt. Dadurch, dass die Identifikation der Zielpersonen und der Versand der Fragebogen durch die Betriebe erfolgt ist, die Umfrageantworten aber direkt an die Forschenden gesandt wurden, konnte den Teilnehmenden Anonymität zugesichert werden. Der Versand der Fragebogen erfolgte ab 24.07.07. Die Erfassung der Fragebogen wurde am 28.11.07 abgeschlossen.

²⁹ Bis auf Siemens sind alle Unternehmen sowohl in der qualitativen als auch in der quantitativen Erhebung vertreten. Als Grund für die Nichtbeteiligung von Siemens wurden Ressourcenprobleme angegeben.

2.4 Zusammenführung der Ergebnisse

Das DM in den untersuchten Unternehmen wird zunächst im Rahmen von Kurzporträts vorgestellt. Dabei geht es darum besondere Charakteristika des jeweiligen DM aufzuzeigen und einen Überblick über Einführung, Durchführung und Beurteilung des DM zu geben. Dabei wird in besonderer Weise auf die Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern eingegangen. Daran anschliessend folgt eine systematische Abhandlung der Ergebnisse entlang der Untersuchungsfragen. Hierbei werden die Gründe für die *Einführung* des DM und seine strukturelle Positionierung und Ressourcenausstattung, die *Durchführung* des DM, sowie die *Beurteilung* des DM durch die beteiligten Akteure in vergleichender Perspektive analysiert.

3 Untersuchungssample

3.1 Zusammenstellung des Untersuchungssamples

Die Akquise von Untersuchungsbetrieben bildete den ersten inhaltlichen Schwerpunkt des Forschungsprojektes. Insgesamt wurden 62 Unternehmen und öffentliche Verwaltungen³⁰ ermittelt und kontaktiert, bei denen Hinweise über ein DM vorlagen.³¹ Die Bezeichnung DM wurde in den kontaktierten Unternehmen nicht verwendet, vielmehr existieren hier vielfältige Bezeichnungen, mit denen die Unternehmen ihre jeweils etablierten Strukturen der Betreuung und Unterstützung von erkrankten und verunfallten Beschäftigten bezeichnet haben. Bei den im Forschungssample vertretenen Unternehmen werden etwa die Bezeichnungen Sozialberatung, Gesundheitsmanagement und Case Management verwendet. Die Zusammenstellung des Forschungssamples stützte sich daher zunächst auf eine Selbsteinschätzung der angefragten Unternehmen. Sie wurden daraufhin befragt, ob sie eine strukturierte Begleitung und Unterstützung von erkrankten und verunfallten Mitarbeitern resp. Mitarbeiterinnen in ihrem Unternehmen haben und wer diese durchführe. Damit wurde eine Konzentration der Untersuchung auf Unternehmen mit einem internen DM vorgenommen, allerdings wurden Mischvarianten ebenso zugelassen. Massgeblich für die Begrenzung auf internes DM war einerseits die methodische Überlegung, dass es sinnvoll ist, die Varianz in den DM Modellen möglichst gering zu halten, um verschiedene Formen des internen DM besser identifizieren zu können. Vorteile bestehen bei diesem Vorgehen darin, dass Unterschiede und Gemeinsamkeiten, etwa in der Einführung oder in der Beurteilung des DM, besser untersucht werden können. Andererseits war es für die vorliegende Untersuchung von besonderem Interesse, das von den Unternehmen selbst eingeführte und (mit-)konzipierte DM zu untersuchen, da für die Einführung des DM besondere Anstrengungen unternommen und Belastungen auf sich genommen wurden.

Das Forschungssample wurde unter Anwendung des Prinzips des theoretischen Samplings (vgl. Strauss 1998, Strübing 2004, Charmaz 2006) zusammengestellt. Dabei wurden auf der Grundlage des Prinzips der maximalen Kontrastierung und von einem Unternehmen ausgehend insgesamt acht Unternehmen an verschiedenen Standorten, aus unterschiedlichen Branchen und mit unterschiedlicher Betriebsgrösse ausgewählt.³² Das Ziel der Auswahl bestand darin, eine möglichst grosse Bandbreite an Unternehmen und Ansätzen des DM zu erhalten. Es wurden nur Unternehmen für eine Teilnahme an der Studie zugelassen, die das DM bereits mindestens seit zwei Jahren durchführen. Mit diesem Kriterium sollte sichergestellt werden, dass in den Untersuchungsbetrieben DM nach einer Pilot- und Einführungsphase als etabliert gelten kann und einen regulären Betrieb von mindestens einem Jahr vorzuweisen hat. Dieses Kriterium ist besonders vor dem Hintergrund des Interesses der vorliegenden Studie an den konkreten Praxen der Erfolgsmessung und der Beurteilung des DM in Unternehmen von Bedeutung. Die Entscheidung über die Aufnahme eines Unternehmens ins Forschungssample wurde im Prozess der Erhebung und Auswertung der Daten vorgenommen.³³ Unternehmen mit ausschliesslich externem DM wurden zu Beginn des Forschungs-

³⁰ Öffentliche Verwaltungen haben vor allem in den vergangenen Jahren begonnen DM einzuführen. Da aufgrund der Forschungsanlage nur private Unternehmen und öffentliche Verwaltungen mit einem bereits etablierten DM für eine Aufnahme in das Untersuchungssample in Frage kamen, konnten nur wenige öffentliche Verwaltungen diesbezüglich kontaktiert werden.

³¹ Hinweise hierzu wurden über Teilnehmende in Weiterbildungsangeboten zu DM, Anbieter von Dienstleistungen zu DM, Internetrecherche, direkte Nachfrage bei Unternehmen und IV-Stellen gewonnen. Bei den so entstandenen Kontakten wurde das Schneeballprinzip angewendet und nach weiteren Unternehmen mit DM nachgefragt.

³² Es handelt sich hierbei ausschliesslich um private Unternehmen. Öffentliche Unternehmen bzw. Verwaltungen mit einem etablierten DM konnten für eine Beteiligung an der Studie nicht gewonnen werden.

³³ Zum Prozess des theoretischen Samplings vgl. auch Flick 2000: 81.

prozesses zunächst nicht berücksichtigt und schliesslich aus dem Prozess des Samplings ausgeschlossen.³⁴ Die ausgewählten Unternehmen weisen hinsichtlich Mitarbeitendenzahl, Brachenzugehörigkeit und Standort maximal unterschiedliche Merkmalsausprägungen auf.

3.2 Charakteristika der im Untersuchungssample vertretenen Unternehmen

Das Forschungssample umfasst acht Unternehmen. Bei den ausgewählten Unternehmen handelt es sich um: Klinik Barmelweid AG, Migros Basel, PostFinance, PostMail, ISS AG³⁵, Basler Verkehrsbetriebe (BVB), Siemens AG und Implenia AG. Von diesen Unternehmen haben sechs verschiedene Standorte (PostFinance, PostMail, ISS, Implenia, Siemens, Migros Basel), zwei Unternehmen sind nur an einem Standort tätig (Klinik Barmelweid, BVB). Die Zahl der Mitarbeitenden der Unternehmen variiert zwischen 250 und 16'000, damit sind Unternehmen mit unterschiedlicher Grössenordnung vertreten. Die Betriebe wenden ausschliessliche ein internes DM an oder es bestehen Mischformen, das heisst dass sie zusätzlich noch für bestimmte Teile des Unternehmens oder für bestimmte Zielgruppen externes DM anbieten. Im Forschungssample sind folgende Branchen vertreten: Gesundheitswesen, Detailhandel, Finanzdienstleistung, Postdienste, Facility Management, Industrie, Bau-gewerbe. Im Tessin und in der Romandie konnten keine Unternehmen mit DM identifiziert werden, die ausschliesslich dort tätig sind. Bei den in der gesamten Schweiz tätigen Unternehmen wird in der Regel ein einheitliches Modell des DM angewendet. Für die Romandie wurden zum Teil davon un-abhängige Lösungen gefunden: Siemens hat das DM hier an einen externen Anbieter für Dienstleis-tungen des DM ausgelagert, ebenso Implenia.³⁶

Tabelle 1: Überblick über das Forschungssample

Unternehmen	Mitarbeitende	Branche	Form des DM	Beginn des DM
Klinik Barmelweid	▪ ca. 250	▪ Gesundheitswesen	▪ internes DM ▪ Möglichkeit zu ex-ternem DM	▪ 1/2005
Migros Basel	▪ ca. 3'800	▪ Detailhandel	▪ internes DM	▪ 2/2002
PostFinance	▪ ca. 3'000	▪ Finanzdienstleistung	▪ internes DM	▪ 2/2005
PostMail	▪ ca. 16'000	▪ Postdienste	▪ internes DM	▪ 1/2005
ISS Schweiz	▪ ca. 9'000	▪ Facility Management	▪ internes DM	▪ 1/2005
Basler Verkehrsbe-triebe (BVB)	▪ ca. 1'000	▪ Verkehr	▪ internes DM	▪ 1/2004

³⁴ Als besonderes Problem zeigte sich, dass aufgrund betriebsbedingter Belastungen und knapper personeller Ressourcen nicht bei allen Unternehmen die Bereitschaft für eine Beteiligung an der Studie vorhanden war. Darüber hinaus war aufgrund der geringen Gesamtzahl an Unternehmen die im Rahmen der Akquise identifiziert und im zweiten Schritt anhand der aufgeführten Kriterien für eine Teilnahme als qualifiziert eingestuft werden konnten, die Möglichkeit zu einem kriterien- und theoriegeleiteten Sampling nur bedingt gegeben. Gleichwohl ist es gelungen ein nach Standorten, Branche und Beschäftigtenzahl ausreichend differenziertes Sample zu erhalten.

³⁵ Bei der ISS AG – Integrated Service Solutions – handelt es sich um einen in der gesamten Schweiz tätigen Anbieter von Facility Management, Büro-, Liegenschaften-, Reinigungs-, Kanal- und Tunnel-Services. Die ISS AG ist Teil des international tätigen ISS-Konzerns.

³⁶ Das DM der externen Anbieter ist für die vorliegende Studie nicht untersucht worden.

Unternehmen	Mitarbeitende	Branche	Form des DM	Beginn des DM
Siemens	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ca. 6'000 ▪ Zentralschweiz ca. 2'500 ▪ Zürich ca. 2'000 ▪ Westschweiz ca. 1'500 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Industrie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ internes DM ▪ externes DM für Bern und Westschweiz 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1/2002
Implenia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ca. 4'800 – Bereich Bauproduktion, DM ist darauf konzentriert 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Baugewerbe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ internes DM ▪ Fallbearbeitung durch externes DM 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2/2004

3.3 Die betreuten Mitarbeitenden

In den sieben untersuchten Unternehmen mit einer Gesamtbeschäftigtenzahl von 37'850 Personen sind nach Angabe der Betriebe bisher 570 Personen durch das betriebliche DM erfasst worden.³⁷ Die standardisierte schriftliche Befragung der betreuten Mitarbeitenden richtete sich an alle diese Fälle (Vollerhebung). Von den 570 versandten Fragebogen wurden 198 ausgefüllt retourniert.

Dies entspricht einer Rücklaufquote von ca. 35%. Der Rücklauf fiel allerdings je nach Betrieb unterschiedlich aus und beläuft sich im Durchschnitt der Betriebe auf 42%. Den grössten Anteil an der Stichprobe hat die PostMail, die mit 210 Zielpersonen in ihrem Betrieb bereits den grössten Anteil an der Grundgesamtheit stellte. Den geringsten Anteil machen die Mitarbeitenden der ISS AG und der Klinik Barmelweid aus, die je nur 19 resp. 25 Zielpersonen identifizieren konnten (vgl. Tabelle 1 und Abbildung 2).

Die Unterschiede in der Höhe des Rücklaufs kann u. a. einerseits dadurch begründet werden, dass die Zeitspanne zwischen dem Versand der Fragebogen an die Mitarbeitenden und dem Abschluss der Aufnahme der Antworten bei den letzten beiden Betrieben PostFinance und Implenia nur sieben (PostFinance) resp. acht (Implenia) Wochen dauerte. Entsprechend fiel der Rücklauf für diese Teilpopulation vergleichsweise geringer aus. Andererseits fiel der Rücklauf für die kleineren Betriebe wie die Klinik Barmelweid oder die ISS AG prozentual höher und bei Betrieben mit einer vorwiegend manuell arbeitenden und im Schriftverkehr wenig erfahrenen Mitarbeiterpopulation vergleichsweise geringer aus. Dies kann beispielsweise als Erklärung dafür dienen, dass der Rücklauf im Fall der Implenia am Geringsten ausgefallen ist und nur 17% der Fragebogen zurückgeschickt worden sind.

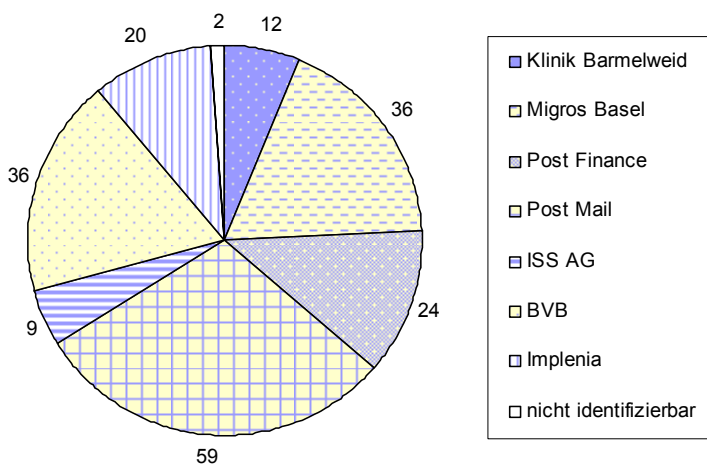
Die zurückgesandten Fragebogen³⁸ wurden teilweise sehr lückenhaft ausgefüllt. Fragen, die auf die eigene Lebenssituation nicht zutrafen, und die mit „nein“ hätten beantwortet werden müssen, wurden oft einfach übersprungen. Es zeigte sich auch, dass gewisse Fragen nicht verstanden worden sind. Selbst die Zuordnung der eigenen Krankheit zu den vorgegebenen Antwortkategorien bereitete offenbar Schwierigkeiten, so dass die Beschwerden oft in die Kategorie „anderes“ eingefügt worden sind. Bei der Erfassung der Angaben war daher teilweise eine hohe Interpretationsleistung notwendig und die Zuordnung musste nachträglich durch die Forschenden vorgenommen werden. Als Erklärung dafür kann sicher das durchschnittliche Bildungsniveau der Befragten, die manuelle Berufs-

³⁷ Nur kurzzeitig erkrankte Personen sind zur Ermittlung der Grundgesamtheit nicht berücksichtigt worden.

³⁸ Die Befragten benötigten im Durchschnitt 28 Minuten zum ausfüllen des Fragebogen (Standardabweichung: 21 Min.; Minimum: 5 Min., Maximum: 240 Min.).

tätigkeit und entsprechend die geringe Erfahrung im Umgang mit umfangreichen Textdokumenten herangezogen werden. Umso bemerkenswerter ist vor diesem Hintergrund die respektable Rücklaufquote, die zum Teil vermutlich auf eine hohe persönliche Betroffenheit der Befragten zurückgeführt werden kann.

Abbildung 2: Verteilung der Stichprobe nach Betrieben³⁹



Die vom DM betreuten Beschäftigten der sieben untersuchten Betriebe haben ein durchschnittliches Alter von 48 Jahren. Die Spannweite reicht dabei von 24 Jahren bis 64 Jahren. Die Verteilung der Stichprobe nach Alter ist leicht rechtsschief (-0.45). In der Population tritt damit eine leichte Häufung älterer Personen auf, was bei einer auf die Thematik der Krankheit und der Arbeitsunfähigkeit zugeschnittenen Grundgesamtheit zu erwarten war. Mit 58% haben mehr Männer als Frauen die Umfrage beantwortet. Dies kann mit der Branchenzugehörigkeit der gewählten Betriebe oder mit der generell höheren Arbeitstätigkeit der Männer zusammenhängen (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Verteilung nach Geschlecht

Geschlecht	gesamt	Barmelweid	Migros Basel	PostFinance	PostMail	ISS AG	BVB	Implenia
N Total	194	12	36	24	57	9	35	19
Männer	58%	33.3%	36.1%	41.7%	61.4%	44.4%	82.9%	94.7%
Frauen	40%	66.7%	63.9%	58.3%	38.6%	55.5%	17.1%	5.3%

Der Fragebogen wurden in den Landessprachen Deutsch, Französisch und Italienisch angeboten. Die teilnehmenden Betriebe konnten nach Rücksprache mit den betroffenen Arbeitnehmer/innen die jeweilige Anzahl Fragebogen anfordern. 76% der Befragten haben den Fragebogen auf Deutsch ausgefüllt, 20% auf Französisch und 4% auf Italienisch (dies entspricht 7 italienischen Antworten) (vgl. Tabelle 3).

³⁹ N = 198

Tabelle 3: Verteilung nach Geburtsland

Geburtsland	gesamt
N Total	191
Schweiz	68.7%
Deutschland	3.5%
Frankreich	9.1%
Italien	3.0%
andere EU-Staaten	4.0%
Staaten des ehemaligen Jugoslawien	4.5%
andere Nicht-EU-Staaten	3.5%
keine Antwort	3.5%

68% der Befragten geben an, in der Schweiz geboren worden zu sein. Ein grosser Anteil (8%) gibt als Geburtsland Frankreich an. Dies lässt sich damit erklären, dass in der Migros Basel einige Grenzgänger aus dem Oberelsass arbeiten (vgl. Abbildung 4). Ob der Anteil der im Ausland geborener Personen in der Stichprobe im Vergleich zur Gesamtbelegschaft erhöht ist, kann nicht gesagt werden, da keine entsprechenden Angaben zur Gesamtbelegschaft vorliegen. Die vorliegenden Zahlen deuten aber in keiner Weise darauf hin, dass es einen Zusammenhang zwischen Arbeitsunfähigkeit und Herkunft geben könnte.

Die Mehrheit der Befragten hat eine Berufslehre absolviert. Ein im Vergleich zur Normalbevölkerung hoher Anteil der Befragten aber verfügt über ein tiefes Bildungsniveau (obligatorische Schule oder Primarschule als höchster Bildungsabschluss). Die Mehrheit der Befragten wohnt in suburbanen Gemeinden oder in Zentren. Dies hängt vermutlich teilweise mit dem Standort der Betriebe zusammen. Mehr als 10% der Befragten haben keine Angaben zu ihrem Wohnort gemacht. 16.7% der befragten Personen leben alleine, 72.2% zusammen mit ihrem (Ehe-)partner oder ihrer (Ehe-)partnerin. 35.4% haben Kinder, die im selben Haushalt wohnen; davon sind 15.7% alleinerziehend. Andere Lebenssituationen kommen so gut wie nicht vor.

Um repräsentative Aussagen für die Grundgesamtheit, d. h. für alle 570 erkrankten oder verunfallten Mitarbeitenden der sieben involvierten Betriebe mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% und einem Fehlerintervall von $\pm 2\%$ machen zu können, ist eine Stichprobengrösse von 142 notwendig.⁴⁰ In der standardisierte Befragung der Mitarbeitenden stimmen bei einer Fallzahl von 198 Personen Aussagen zum Forschungssample auch für die Gesamtheit aller erkrankten und verunfallten Mitarbeitenden der Betriebe.⁴¹

Obwohl die Fallzahl nach Betrieben stark variiert, sind die in diesem Bericht gemachten Aussagen nicht nur für die Grundgesamtheit sondern auch für die einzelnen Betriebe repräsentativ, da die Zahl der Krankheitsfälle und Unfälle in den sieben Betrieben entsprechend unterschiedlich ist. Dies trifft einzig auf Implenia nicht zu. Aufgrund des geringen Rücklaufs von nur 17% sind die Angaben der befragten Mitarbeitenden der Implenia nicht repräsentativ für die Gesamtheit ihrer erkrankten oder verunfallten Beschäftigten (vgl. Tabelle 4).

⁴⁰ Die Stichprobengrösse wurde nach Bortz wie folgt berechnet: $N = 4 \times z^2 \times P \times Q / KIB^2$; $N = 4 \times \text{Sicherheitsgrad}^2 \times \text{Anteil an der Grundgesamtheit in Prozent} \times (100 - \text{Anteil an der Grundgesamtheit in Prozent}) / \text{Breite des Konfidenzintervalls}^2$; $N = 4 \times 1.96^2 \times P \times Q / 4^2$ (vgl. Bortz 1993: 101).

⁴¹ Bezugsgrösse für die Berechnung der Repräsentativität ist die Gesamtzahl aller Beschäftigten in den 7 untersuchten Betrieben (37'850).

Tabelle 4: Rücklauf nach Betrieben und Repräsentativität der Stichprobe

	Beschäftigte	Identifizierte Zielpersonen	Fallzahlen N	Anteil an der Stichprobe	Rücklauf in %	Nötige Fallzahl ⁴²
Migros Basel	3'800	52	36	18.2	69	14
BVB	1'000	64	36	18.2	56	17
Klinik Barmelweid	250	25	12	6.1	48	7
ISS AG	9'000	19	9	4.5	47	5
PostFinance	3'000	80	24	12.1	30	21
PostMail	16'000	210	59	29.8	28	53
Implenia	4'800	120	20	10.1	17	31
nicht zuortbar			2	1.0		
Total	37'850	57043	198	100.0	34.7	142

Limitationen der quantitativen Befragung

Die Aussagekraft der Studie beschränkt sich nicht nur auf die Ebene des Gesamtsamples. Die Repräsentativität der Resultate ist mit Ausnahme der Implenias auch auf Ebene der Einzelbetriebe gegeben.⁴⁴ Im vorliegenden Bericht sind daher die Ergebnisse meist nach Betrieben separiert deskriptiv dargestellt.

Dass die Ergebnisse nicht nur für die Gesamtstichprobe sondern auch für jeden Betrieb einzeln dargestellt wurden, verleitet dazu, die einzelnen Firmen miteinander zu vergleichen. Mit Ausnahme einiger weniger Fälle, wo der Unterschied zwischen den Firmen statistisch signifikant ausgefallen ist (jeweils angegeben), ist ein solcher *Vergleich aber unzulässig*. Die firmenspezifischen Resultate dürfen streng gesehen nur unabhängig voneinander beurteilt werden. Die Tatsache, dass sich kaum statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Betrieben zeigen hängt mit den sehr unterschiedlichen Fallzahlen zusammen.

Auch statistisch signifikante Wirkungszusammenhänge aufzuzeigen, die für eine erfolgreiche Arbeitsreintegration entscheidend sind, war mangels theoriegestützter Hypothesen und aufgrund der Stichprobengrösse nicht möglich. Die quantitative Untersuchung vermag trotzdem die Ergebnisse der qualitativen Interviews zu ergänzen und stellt diese in einen breiteren Kontext.

Der tiefe Kenntnisstand in der Thematik des betrieblichen DM in der Schweiz, zu Beginn der Untersuchung, war für die Identifikation der für die Messung von Erfolg und Qualität eines betrieblichen DM entscheidenden Faktoren und damit für die Aussagekraft der Erhebung erschwerend. Auch die grossen Unterschiede und die Individualität der einzelnen Fälle, mit teilweisen Unterbrüchen und Rückfällen im Krankheitsverlauf, machten eine exakte quantitative Erfassung generell schwierig. Der Befragungsgegenstand war für die befragten Personen offensichtlich mit sehr viel Emotionen verbunden. Die Häufigkeit von Randnotizen und Zusatzkommentaren zeigt, dass die Befragten oftmals nicht einfach nur eine standardisierte Antwort abgeben sondern ihren spezifischen Fall mit allen seinen Eigenheiten abgebildet sehen wollten.

⁴² Bei einem Fehlerintervall $\pm 2\%$ und einem Konfidenzkoeffizienten von 95 %.

⁴³ Grundgesamtheit: Alle in den letzten Jahren erkrankten oder verunfallten Personen der 7 Betriebe.

⁴⁴ Dies unter der Voraussetzung, dass die von den Betrieben identifizierten Zielpersonen auch tatsächlich die Gesamtheit der in den letzten fünf Jahren erkrankten oder verunfallten Mitarbeitenden umfassen.

4 Charakteristika des Disability Managements

DM wird erst seit einigen Jahren verstärkt in Unternehmen in der Schweiz angewendet. In der Forschung wurde diesem Phänomen bislang nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Die Wahrnehmung des DM in der Öffentlichkeit ist hingegen vielfach von Kontroversen über Nutzen und Ziele des DM für die verschiedenen Akteure im Unternehmen bestimmt. Vor diesem Hintergrund haben die nachfolgenden Unternehmensporträts exemplarischen Charakter. Denn hier wird für ganz unterschiedliche Unternehmen aufgezeigt, in welchen betrieblichen Kontexten DM angewendet wird. Darüber hinaus werden jeweils die für Einführung, Durchführung, Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern und Beurteilung des DM in besonderer Weise charakteristischen Merkmale der einzelnen Unternehmen aufgeführt. Auf diese Weise werden die Komplexität der Akteure des DM und die Heterogenität der Praxis des DM in Unternehmen sichtbar gemacht. Die Analyse der einzelnen Unternehmen bildet die Grundlage für die im 5. Kapitel stattfindende systematische, die Unternehmen übergreifende Analyse des DM.

4.1 Klinik Barmelweid – „Gesundheitsmanagement als etwas Gegenseitiges“⁴⁵

Die Barmelweid ist eine Klinik mit ca. 250 Beschäftigten. Das Unternehmen hat das Konzept für ein DM eigenständig entwickelt und in einer Projektphase getestet. Die Entwicklung des DM erfolgte in der ersten Jahreshälfte 2005. Wichtigster Auslöser für die Einführung eines DM war die Kündigung der Versicherungspolice durch den Krankentaggeldversicherer. Nach einer sechsmonatigen Vorbereitungsphase wurde mit dem DM ab Juli 2005 im Rahmen einer halbjährigen Projektphase begonnen. Seit Januar 2006 wird DM für die Beschäftigten in der Klinik angewendet. In diesem Zeitraum wurden bis Mai 2007 insgesamt 25 Fälle bearbeitet.

DM wird in der Klinik Barmelweid als „Gesundheitsmanagement“ bezeichnet. Strukturell ist DM an die Sozialberatung der Klinik angeschlossen und wird von der Leitung der Sozialberatung verantwortungsvoll durchgeführt. Darüber hinaus wurde eine DM-Kommission eingerichtet. Diese trifft sich ca. drei bis vier Mal im Jahr zur Besprechung der laufenden bzw. neu eintreten DM-Fälle. Der Kommission gehören die Leitung der Sozialberatung, die Leitung des personalärztlichen Dienstes und die ärztliche Leitung der Abteilung Psychosomatik an. Die ärztliche Leitung ist zugleich auch Vertreterin in der Klinikleitung. Die Klinik sieht den Daten- und Vertrauensschutz gegenüber den im DM betreuten Mitarbeitenden aufgrund einer gesonderten Aktenführung des DM (die Akten des DM werden separat geführt und sind nicht Teil der Personalakten) und aufgrund der ärztlichen Schweigepflicht als gewährleistet an.

Der Ablauf des innerbetrieblichen DM wird über die Handlungen und Massnahmen der Vorgesetzten strukturiert und richtet sich nach der zeitlichen Entwicklung und Dauer der Absenz. Dabei läuft die Haupttriage⁴⁶ vor allem über die Personalärztin, diese nimmt in Absprache mit der betroffenen Person Kontakt mit der DM-Leitung auf und vermittelt diese zur weiteren Beratung und Betreuung. Vermittlungen können ebenso direkt durch Vorgesetzte erfolgen, auch die unmittelbare Kontaktaufnahme des DM durch Mitarbeitende ist möglich. Durch die Triage werden die für die Fallbearbeitung im DM wichtigen internen Akteure einbezogen, um so von Anfang an mit allen relevanten betriebl-

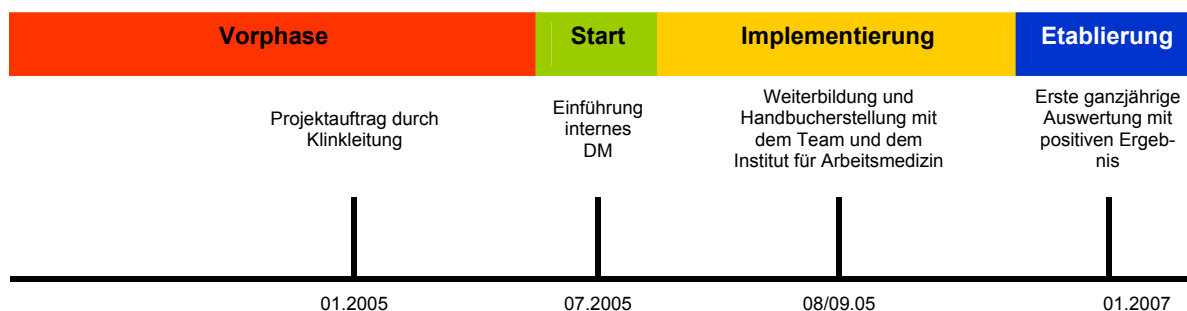
⁴⁵ I/B 1484–1494

⁴⁶ Unter Triage wird der Vermittlungsprozess verstanden, durch den eine dritte, relevante Partei mit in die Fallbearbeitung einbezogen wird.

chen Akteuren einen Austausch herzustellen. Die einzelnen Schritte in der Fallbearbeitung erfolgen jeweils in Absprache mit der betroffenen Mitarbeiterin resp. dem betroffenen Mitarbeiter. Hierdurch soll eine gegenseitige Verpflichtung für die Umsetzung von Teilschritten und eine grösstmögliche Transparenz erreicht werden. Die Beratung und Unterstützung bezieht sich vor allem auf die Förderung der Arbeitsintegration im Unternehmen. Externe Akteure werden ebenfalls einbezogen, vor allem die Sozialversicherungsträger und betreuende Ärztinnen resp. Ärzte. Durch diese erfolgen je nach Fall weitere fachliche und/oder finanzielle Unterstützungen. Das DM übernimmt im Rahmen der weiteren Leistungserbringung vor allem eine koordinierende Funktion. Art und Umfang der erforderlichen Unterstützung werden im Rahmen einer Bedarfsabklärung (Assessment) ermittelt, es wird ein Umsetzungsplan (Planning) erstellt und es werden Zielvereinbarungen abgeschlossen, das Erreichen der Ziele wird überprüft (Monitoring).

Die Zielsetzung des DM in der Klinik Barmelweid wird von der Leiterin des DM wie folgt beschrieben: „Also wir sehen eigentlich das Gesundheitsmanagement als etwas Gegenseitiges. Wir wollen wirklich Hand bieten für Lösungen, für Situationen anzuschauen, wir erwarten aber auch Mitwirkungspflicht. (...) Und wenn jemand nicht bereit ist mitzuarbeiten, dann können wir auch nicht Hand bieten. Dann gibt es irgendwo einen Moment, wo eigentlich niemand mehr gewillt ist, das einfach laufen zu lassen.“ (I/B 1484–1494)⁴⁷ Das DM der Klinik Barmelweid kann als *klientenzentriertes Eingliederungsmanagement* charakterisiert werden.

Abbildung 3: Entwicklung des DM in der Klinik Barmelweid



Folgende unternehmensspezifische Charakteristika kennzeichnen das DM der Klinik Barmelweid:

Einführung

- Motive für die DM-Einführung waren: Kündigung des Krankentaggeldversicherers, hohe Absenzen, hohe krankheits- und unfallbedingte Kosten, Produktivitätsverluste, hohe Betriebsbindung der Mitarbeitenden, Corporate Identity und Berufsethos.
- Einführung und Umsetzung des DM erfolgten nach dem Top-down Prinzip und mit Unterstützung der Unternehmensleitung.
- Die Entwicklung des Konzeptes für das DM erfolgte mit Unterstützung eines externen Beratungsunternehmens.
- Für das DM wurden die im Rahmen der Sozialberatung für Patienten und Patientinnen erworbenen Kompetenzen genutzt.

⁴⁷ Die römischen Ziffern geben die Fallnummer an, die Buchstaben die jeweilige Ebene auf der das Interview geführt wurde: A = Leitungsebene, B = Durchführungsebene des DM, C = positiver Fall, D = negativer Fall. Die nachfolgenden Ziffern beziehen sich auf die Zeilenangaben im Transkript.

- Neben dem Aufbau eines internen DM wurde ein Vertrag mit einem neuen Krankentaggeldversicherer abgeschlossen, der auch ein externe DM in seinem Leistungskatalog für Unternehmen anbietet.

Durchführung

- Für die Durchführung des DM wird ein umfassendes betriebliches Commitment als notwendig angesehen. Die Einbindung und Unterstützung durch die Vorgesetzten wird als entscheidend für einen Erfolg des DM beurteilt. Konflikte, etwa Kompetenz- und Leitungskonflikte, können nach Auffassung der Durchführenden des DM vor allem dort entstehen, wo dieses Commitment nur unzureichend ausgebildet ist.
- Für die Leitung des DM ist Verständigung das zentrale Arbeitsprinzip im DM der Klinik Barmeide. Im DM gehe es darum zwischen den verschiedenen, für das DM relevanten innerbetrieblichen Akteuren Einvernehmen über den Prozess des DM und seine Ziele herzustellen.
- Als Defizit des DM wird von der Leitung des DM eine unzureichende Rollenklärung angegeben. Aufgaben und Aufgabenbereiche des DM seien nur begrenzt festgelegt, so dass vieles immer wieder individuell neu ausgehandelt werden muss, etwa mit der Klinikleitung Kostenfragen im Rahmen von Aktivitäten des DM.
- Für eine effiziente Durchführung des DM werden von dessen Leitung eine geringe Ressourcenausstattung und eine schwache Mandatierung als hinderlich angesehen. Dies wird als strukturelles Defizit wahrgenommen. Das DM ist daher sehr stark von den im DM tätigen Personen abhängig, die im Unternehmen als langjährig tätige Akteure Anerkennung und Akzeptanz erworben haben.

Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern und Ärzten/Ärztinnen⁴⁸

- DM ist mit den Sozialversicherungsträgern vernetzt, eine Zusammenarbeit erfolgt jeweils fallbezogen.
- Von den Pensionskassen werden keine finanziellen Unterstützungsleistungen gewährt. Der Austausch auf der Fallebene, etwa bei der Besprechung des Übergangs in die Rente, funktioniere hingegen gut. Von der Leitung des DM wird die Zusammenarbeit mit der Pensionskasse insgesamt jedoch als entwicklungsbedürftig angesehen.
- Die Zusammenarbeit mit dem Taggeldversicherer wird als sehr gut beurteilt. Dieser kann „für ganz kreative Lösungen“ (I/B 470) gewonnen werden, und zwar auch dann, wenn diese nicht durch die vertraglichen Vereinbarungen gedeckt sind.
- Unterschiedlich wird von der Leitung des DM hingegen die Zusammenarbeit mit den Ärzten/Ärztinnen beurteilt. Es gibt sowohl Beispiele für eine gute als auch für eine weniger gute Zusammenarbeit. In diesem Zusammenhang wurde von der Leitung des DM unter anderem auf Kompetenzstreitigkeiten hingewiesen.

⁴⁸ Ärzte/Ärztinnen sind nicht für alle Unternehmen bedeutsame Akteure des DM. Nachfolgend werden sie daher nur dort thematisiert, wo sie in besonderer Weise in den Interviews erwähnt wurden.

Beurteilung

- Insgesamt wird DM eine grosse Bedeutung für das Unternehmen zugeschrieben, zugleich werden jedoch auch die Grenzen gesehen und benannt. Die leitende Ärztin betont: „Mit einem guten Krankheitsmanagement kann man nicht alle Leute erfolgreich integrieren, weil halt die Schere, dass schlecht ausgebildete Mitarbeiter dann diesen Arbeitsplätzen nicht mehr gewachsen sind, dem kann man mit dem Instrument natürlich nicht entgehen.“ (I/A 1553–1559) Hierzu seien „zukunftssträchtige Modelle gefordert“ (I/A 1549–1550), in denen etwa in Zusammenarbeit mit den Versicherern Arbeitsplätze angeboten werden, die eine geringere Leistungsfähigkeit erfordern.
- Positiv wird von der leitenden Ärztin und der Leitung des DM die Wirkung von geschützten Arbeitsplätzen⁴⁹ angesehen, die vom Unternehmen bereitgestellt werden. Damit bestehen gute Möglichkeiten, leistungsbeeinträchtigte Mitarbeitende weiterhin im Unternehmen beschäftigen zu können. Allerdings wird hierfür aber auch eine stärkere externe Finanzierung und Unterstützung, etwa durch die Sozialversicherungsträger, eingefordert.
- Die Erfolgskontrolle erfolgt aufgrund der Beurteilung der Fallentwicklungen. Weitere Massnahmen der Erfolgsmessung werden nicht durchgeführt.

4.2 Migros Basel – „das Menschliche mit dem Wirtschaftlichen verbinden“

Die Migros Basel beschäftigt 3'800 Mitarbeitende und hat 2001 damit begonnen ein internes DM aufzubauen, mit der Durchführung des DM wurde 2002 begonnen, inklusive Personaladministration besteht für den Bereich „Krankheit und Unfall“ ein Stellenvolumen von 400%, davon stehen 150 Stellenprozente direkt für das DM zur Verfügung. Vom DM werden in der Regel die Langzeitfälle betreut. Kurzzeitfälle werden zum Teil auch von den überwiegend in der Personaladministration tätigen Personen bearbeitet. Zentrale Themen für das DM sind neben der Wiedereingliederung auch die Prävention. Hier wird ein künftiger Handlungsbedarf gesehen, da dieser Bereich bislang noch kaum entwickelt ist.

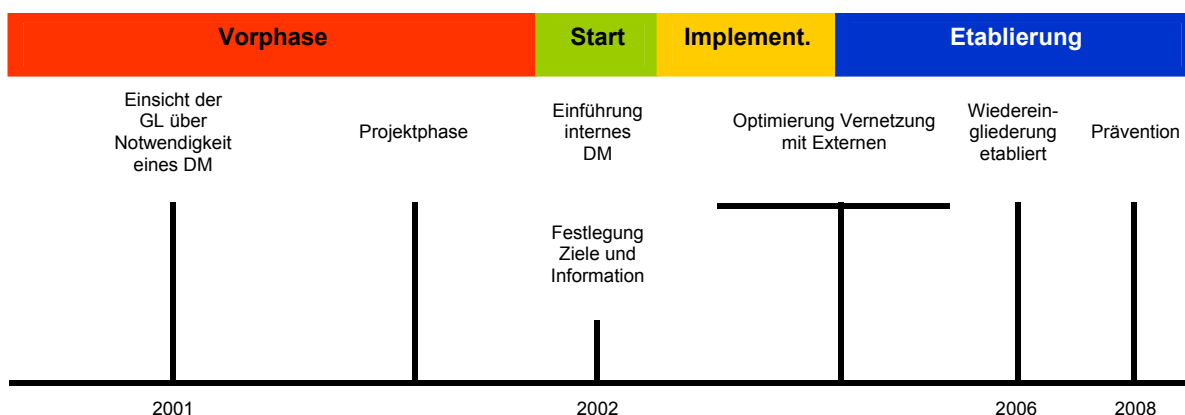
Die Fallbearbeitung beginnt bei Migros mit einem ersten Stufengespräch, das vom direkten Vorgesetzten selbst mit den Mitarbeitenden geführt wird. Anzahl und Umfang der Absenzen werden automatisch durch das Absenzenmanagement registriert und es ergeht von hier aus ein direkter Auftrag an den Vorgesetzten, mit den entsprechenden Mitarbeitenden ein Gespräch über ihre aktuelle gesundheitliche Situation zu führen. Dieses erste Gespräch ist ein zentraler Teil des DM-Prozesses, aber nicht unmittelbare Aufgabe des DM. Nach Möglichkeit erfolgt die Besprechung unmittelbar vor Ort, also dort, wo die Absenzen relevant sind bzw. werden. Es werden weitere konkrete Massnahmen eingeleitet, etwa in Bezug auf die Gestaltung von Umfang und Art der Arbeitstätigkeit. Hierüber entsteht bereits ein enger Kontakt und eine Zusammenarbeit zwischen DM, Vorgesetztem und Mitarbeiterin resp. Mitarbeiter. Für den Prozess des DM sind die einzelnen Prozessschritte in einem Ablaufplan vorstrukturiert, so dass die einzelnen Interventionen je nachdem neue Aktivitäten und weitere Abklärungen auslösen. Die Mitarbeitenden werden von Anfang an informiert und einbezogen. Der Zugang zum DM erfolgt in der Regel über die Erfassung und das Management der Absenzen. Allerdings ist es auch möglich, dass Vorgesetzte oder Mitarbeitende das DM oder die Bereichs-

⁴⁹ Geschützte Arbeitsplätze wurden in Zusammenarbeit mit der Stiftung Pegasus im Unternehmen eingerichtet. Derzeit bestehen 10 geschützte Arbeitsplätze in den Bereichen Küche, Verwaltung, Psychosomatik, Gärtnerei, Tierpflege, Patientenbegleitung.

leitung kontaktieren und neu auftretende Schwierigkeiten dort unmittelbar thematisieren. Generell ist ein Rückkehrgespräch zwischen Vorgesetztem/Vorgesetzter und Mitarbeiter/in vorgesehen, wenn diese/r nach einer Krankheit an den Arbeitsplatz zurückkehrt. Eine besondere Schwierigkeit des DM besteht darin, dass die Linien durch Absenzen stark belastet werden. Für die Fallbearbeitung bedeutet dies, dass der Druck auf den Mitarbeiter resp. die Mitarbeiterin und das DM sehr hoch ist, um zu einer schnellen Rückkehr beizutragen. Dieses Problem tritt besonders in der Reintegrationsphase auf, wenn also eine Rückkehr an den Arbeitsplatz vorbereitet und gestaltet wird, oder wenn neu zeitlich befristete oder dauerhafte Einschränkungen vorliegen (vgl. II/A 1446ff.). Eine schnelle und unkomplizierte betriebsinterne Kommunikation, wird als entscheidend für die Fallbearbeitung angesehen. Neben der offenen Kommunikation sind Freiwilligkeit und Transparenz weitere entscheidende Merkmale für eine erfolgreiche Fallbearbeitung.

Das DM wird als eine auf Gegenseitigkeit beruhende betriebliche Massnahme angesehen. Die allgemeine Prämisse, die dem betrieblichen DM zugrunde liegt, wird vom Personalleiter wie folgt beschrieben: „Wir sind (...) der Meinung, dass die Mitarbeiter (...) grundsätzlich, etwas bewegen wollen im Leben.“ (II/A 200–204) Für die Leitung des DM ist das DM daher in erster Linie ein „Dienstleister für Mitarbeiter und Vorgesetzte“ (II/B 268-270). Es ist eingebettet in die Unternehmensphilosophie, die der Maxime folgt: „Wir kümmern uns um unsere Mitarbeiter“ (II/B 507f.). Das DM der Migros Basel kann als ein durch eine *stark differenzierte Ablaufstruktur* geprägtes, *klientenzentriertes Eingliederungsmanagement* charakterisiert werden, in dem die *Vorgesetzten eine zentrale Bedeutung* haben.

Abbildung 4: Entwicklung des DM bei der Migros Basel



Folgende unternehmensspezifische Charakteristika kennzeichnen das DM der Migros Basel:

Einführung

- Motive für die Einführung von DM waren: krankheits- und unfallbedingte Kosten, eine hohe Absenzenrate, die Verbesserung der Führungsqualität der Vorgesetzten, die Stärkung von Motivation und Bindung der Mitarbeitenden, sowie die Verbesserung der Unternehmenskultur.
- Bei der Migros hat man versucht ein DM aufzubauen, das einfach strukturiert ist und zur Unternehmenskultur passt.
- Zentrales Merkmal des DM ist die Einbindung der Vorgesetzten. Diese sind im Prozess des DM von Beginn an und über den gesamten Verlauf hinweg in der Verantwortung für „ihre Mitarbeite-

rin“ resp. „ihren Mitarbeiter“ eingebunden. DM wird als Führungsaufgabe angesehen. Die Anteilung des DM unterstützt die Vorgesetzten in der Wahrnehmung ihrer Führungsaufgaben.

- Bei der Einführung des DM ging es daher einerseits um die Entwicklung der Prozesse des DM und andererseits um der Einführung und Qualifizierung der Vorgesetzten für die Beteiligung am Prozess des DM.

Durchführung

- Entscheidend für die Umsetzung des DM ist die systematische Erfassung und Auswertung der Absenzen. Im Prozess des DM ist festgelegt, dass die Vorgesetzten frühzeitig auf Absenzen reagieren müssen. Das Gespräch mit dem erkrankten oder verunfallten Mitarbeitenden ist verpflichtend. Es wird hierüber ein Protokoll angefertigt, das dem DM zugestellt wird.
- Die Vorgesetzten sind dazu angehalten gegenüber erkrankten Mitarbeitenden eine „fürsorgliche Haltung“ einzunehmen, das heisst im Gespräch nach den Gründen für die Absenz zu fragen und konstruktiv abklären, wie diese künftig reduziert oder allenfalls verhindert werden können. Falls erforderlich werden den Mitarbeitenden konkrete Hilfen angeboten, um ihre aktuelle Belastungssituation zu reduzieren.

Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern

- Der Erfolg im DM ist auch abhängig von einem guten Schnittstellenmanagement mit den Sozialversicherungsträgern. Diese stellen daher zentrale Akteure im Prozess des DM dar.
- In der Fallbearbeitung wird eng mit den Sozialversicherungsträgern kooperiert. Mit der IV, der SUVA und dem Krankentaggeldversicherer besteht eine intensive Zusammenarbeit.
- Aus Sicht von Personal- und Leitung des DM konnte vor allem mit dem Krankentaggeldversicherer eine sehr gute und professionelle Zusammenarbeit etabliert werden (vgl. II/A 856ff. und II/B 1349f.). Der Krankentaggeldversicherer ist der wichtigste Partner für das DM.
- Auch mit der SUVA hat sich eine gute Zusammenarbeit etabliert, diese hat sich hier in den vergangenen Jahren positiv entwickelt. Dies wird unter anderem auf die zunehmende Konkurrenz des Unfallversicherers mit anderen Versicherern zurückgeführt (II/A 856ff.). Die Fälle der Migros werden inzwischen alle zwei bis drei Monate mit der SUVA besprochen, und in Fällen in denen die Zuständigkeit nicht geklärt ist, wird auch eine Dreierkonferenz durchgeführt in die die Krankentaggeldversicherung mit einbezogen ist.
- Die Zusammenarbeit mit der IV wird von der Personal- und Leitung des DM gleichermassen als „schwierig“ eingestuft. Kritisiert wird vor allem, dass das Interesse des Unternehmens, für ihre Mitarbeitenden eine zügige Bearbeitung ihres Anliegens zu erreichen, nur unzureichend erfüllt wird. Als positiv wird die Zusammenarbeit mit der IV für jene Fälle beschrieben, in denen es nicht um eine Invalidisierung geht, sondern um unterstützende Massnahmen zur Wiedereingliederung, etwa um die Finanzierung von Umschulungen. Generell wird für die Zusammenarbeit mit der IV angegeben, dass sich diese je nach Kanton deutlich unterscheiden können, was sich auch auf die Fallbearbeitung auswirken kann. Mit der IV finden dreimal im Jahr Fallbesprechungen statt, allerdings sieht die Leitung des DM dies noch nicht als ausreichend an und fordert ein stärkeres Engagement der IV (II/B 1393ff.).

Beurteilung

- Im Unternehmen geht man davon aus, dass es nicht zuletzt mit Hilfe des DM gelungen ist, die Absenzenrate im Unternehmen zu senken und im Vergleich mit anderen Migros Genossenschaften auf niedrigem Niveau zu stabilisieren.
- Die Wirkung des DM wird nicht unmittelbar überprüft. Zwar ist das DM auch Teil der betrieblichen Strategie, die Absenzen zu reduzieren bzw. diese niedrig zu halten, der Einfluss des DM hierauf wird allerdings nur als bedingt zurechenbar angesehen.
- Von besonderer Bedeutung ist für das Unternehmen die Wirkung des DM auf das Betriebsklima und auf die Unternehmenskultur. Es geht darum eine Kultur der Gegenseitigkeit zu entwickeln, die ein gegenseitiges Verpflichtungs- und Unterstützungsverhältnis begründet. Dieses kann mit „fördern und fordern“ charakterisiert werden.

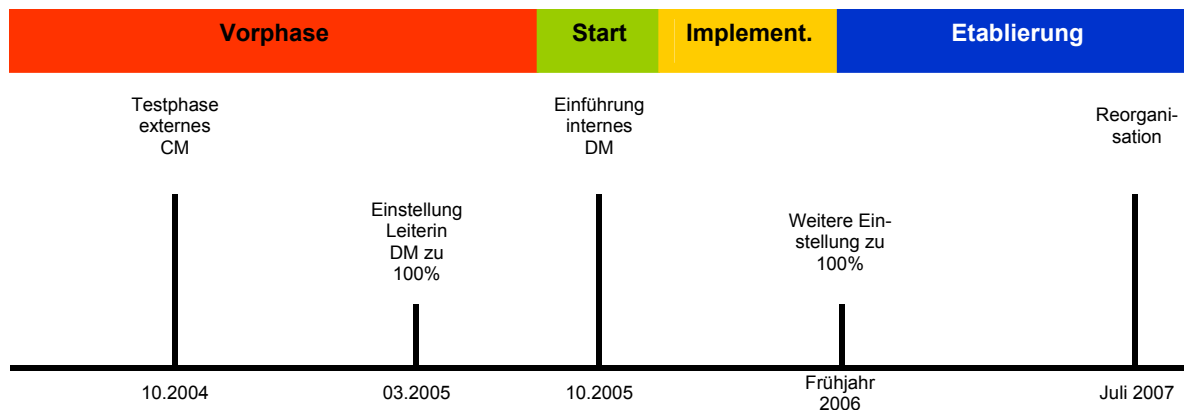
4.3 PostFinance – Fallspezifischer Lösungsansatz

PostFinance ist ein Geschäftsbereich des Postkonzerns. Bei PostFinance sind ca. 3'000 Angestellte beschäftigt. Die Einführung des DM geht auf eine Entscheidung des Gesamtkonzerns zurück, die einzelnen Konzernbereiche konnten sich unabhängig voneinander für ein Modell des DM entscheiden. Im Oktober 2004 hat PostFinance begonnen, in einer eineinhalbjährigen Testphase erste Erfahrungen in der Fallbearbeitung zu sammeln und ein Konzept für DM zu entwickeln. Die Einführung eines stark standardisierten Verfahrens wurde abgelehnt. Stattdessen wurde eine fallspezifische Herangehensweise für das DM favorisiert, bei der auch Raum für unkonventionelle Lösungen besteht. Im Herbst 2005 wurde mit der Einführung eines internen DM's begonnen. Die Einführungsphase wird als noch nicht abgeschlossen betrachtet. Strukturell ist das DM bei PostFinance in der Personalabteilung angesiedelt und wird als Case Management bezeichnet. Es ist ein Teilbereich des Gesundheitsmanagements. Im DM sind zwei Mitarbeitende beschäftigt. Die Fallzahl hat sich seit Beginn der Testphase deutlich nach oben entwickelt. Insgesamt wird das DM als erfolgreich beurteilt.

Eines der Hauptmerkmale des DM bei PostFinance ist die individuelle Vorgehensweise in der Fallbearbeitung bei geringer Standardisierung der Abläufe. Zu Beginn ist zunächst allein der Vorgesetzte resp. die Vorgesetzte dafür zuständig, mit der betroffenen Person ein Standortgespräch zu führen, zu einem späteren Zeitpunkt und wenn die besprochenen Ziele erreicht werden konnten, auch Unterstützungsgespräche. Unmittelbar nach jeder Absenz findet ein Rückkehrgespräch statt. Spätestens nach einem dritten Unterstützungsgespräch wird das DM hinzugezogen und es folgt ein Gesprächsangebot des DM an den betroffenen Mitarbeiter resp. die Mitarbeiterin. Die Teilnahme am DM ist freiwillig. Ein weiteres wichtiges Prinzip in der Fallbearbeitung ist der vertrauliche Umgang mit Informationen und Daten der betreuten Mitarbeitenden. Das DM arbeitet mit den betroffenen Mitarbeitenden einen Handlungsplan aus, Interventionen werden geplant und durchgeführt, der Erfolg der Massnahmen wird evaluiert. Interventionen beziehen sich einerseits auf die Gestaltung des Arbeitsplatzes und des Arbeitsumfeldes, als auch auf die Neustrukturierung von Arbeitszeit und -umfang. Bei Bedarf sind auch Arbeitsplatzwechsel innerhalb des Unternehmens möglich und es wird versucht Nischenarbeitsplätze einzurichten. Neben den internen Kontakten und Massnahmen werden auch mit externen Akteuren, etwa den Sozialversicherungsträgern, Massnahmen besprochen und koordiniert.

Beim DM der PostFinance handelt es sich um ein *klientenzentriertes Eingliederungsmanagement*, das in der *Fallbearbeitung wenig vorstrukturiert* ist. Es beruht auf *Freiwilligkeit* und ist sehr stark an den Bedürfnissen der betroffenen Mitarbeitenden orientiert.

Abbildung 5: Entwicklung des DM bei der PostFinance



Folgende unternehmensspezifische Charakteristika kennzeichnen das DM der PostFinance:

Einführung

- Motive für die Einführung von DM waren: hohe krankheits- und unfallbedingte Kosten, Produktivitätsverluste, eine hohe Absenzenrate, die Verbesserung der Unternehmenskultur und die Förderung der Motivation der Beschäftigten.
- Die Anpassung des DM an die Bedürfnisse des Unternehmens wird als wesentlich für den Erfolg angesehen.
- Auf die Entwicklung eines umfassenden Konzeptes für DM wurde zu Beginn des DM verzichtet. Dieses soll nun entwickelt werden.

Durchführung

- Im Rahmen des DM erfolgt ein fallspezifisches Vorgehen, das sich am Case Management orientiert.
- Bei einem internen DM wird davon ausgegangen, dass die Möglichkeit einer individuellen Herangehensweise eher besteht, als bei einem externen.
- Professionalität wird als wichtig für die Durchführung des DM angesehen und daher auch entsprechend bei der Personalrekrutierung berücksichtigt. Darüber hinaus, haben Weiterbildung und Qualifizierung des Personals des DM einen wichtigen Stellenwert.
- Die Freiwilligkeit der Teilnahme von Mitarbeitenden am DM ist ein zentrales Prinzip des DM. Es gibt keine Verpflichtung am DM teilzunehmen.
- Das DM ist zusammen mit dem Bereich Gesundheitsförderung Bestandteil des Gesundheitsmanagements, welches der Personalabteilung angegliedert ist. Neben der Unterstützung von erkrankten und verunfallten Mitarbeitenden wird auch der Prävention von Absenzen ein hoher Stellenwert eingeräumt.
- Der Unterstützung des DM durch Vorgesetzte und Management wird eine grosse Bedeutung für ein gelingendes DM beigemessen. Es zeigt sich, dass sowohl die Vorgesetzten, wie auch das

Management Hand bieten für unkonventionelle Lösungen und die Schaffung von neu geschaffenen Stellen.

Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern

- Für die erfolgreiche Durchführung des DM wird die Vernetzung mit den Sozialversicherungsträgern als sehr wichtig angesehen.
- Für die Zusammenarbeit mit der IV wurde angegeben, dass diese sehr davon abhängt, mit welcher IV-Stelle zusammengearbeitet wird. Einige IV-Stellen beziehen das DM mittlerweile frühzeitig aktiv in die Fallbearbeitung mit ein. Schwierigkeiten bestünden etwa darin, dass das DM zum Teil nicht als gleichwertiger Partner akzeptiert werde, und dass eine geringe Bereitschaft zur Kooperation in der Fallbearbeitung bestehe. Insgesamt wird die Zusammenarbeit mit der IV jedoch als gut beurteilt. Eine allgemeine Kritik wird von der Mitarbeiterin des DM an der mangelnden Flexibilität des IV-Rentensystems geäußert.
- Die Zusammenarbeit mit der SUVA verlief in der Vergangenheit eher schwierig. Als entscheidendes Problem wird die unklare Zuständigkeitsregelung angegeben. Eine aktivere Zusammenarbeit wäre hier aus Sicht des DM wünschenswert. Inzwischen sind mit der SUVA bereits Fallbesprechungen organisiert worden.
- Als weiterer externer Partner wird die Krankentaggeldversicherung angegeben.

Beurteilung

- Im Laufe der Implementierung des DM hat sich herausgestellt, dass dieses bei einer grossen Fallzahl wesentlich kostengünstiger ist, als die Beauftragung eines externen DM.
- Die durch ein internes DM bewirkten Einflüsse auf die Unternehmenskultur und die Unterstützung der Vernetzung im Betrieb werden als Erfolgsfaktoren des DM angesehen.

4.4 PostMail – „Kümmern statt Verkümmern, agieren statt reagieren“⁵⁰

2002 hat PostMail begonnen, sich stärker mit den betrieblichen Absenzen zu befassen, da diese stark angestiegen waren. Dem voraus ging ein Grundsatzentscheid auf Konzernebene. Hier wurde die Initiative „FIT – Gesundheitsförderung, Gesundheitsmanagement, Arbeitssicherheit“ entwickelt, über die Kosten im zweistelligen Millionenbereich eingespart werden sollten. Den Konzern Post mit seinen 55'000 Mitarbeitenden kostet ein Absenztage 2.7 Millionen Franken (IV/A 40). Bei der PostMail sind 16'000 Mitarbeitende beschäftigt, hier wurde im Rahmen der FIT-Initiative neben den bereits bestehenden Bereichen Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz zusätzlich ein DM aufgebaut. Dieses hat zunächst für zwei Jahre als Pilotprojekt begonnen und wurde dann dauerhaft und umfassend in das Unternehmen integriert. Als Methode wurde das Konzept des DM eines externen Anbieters übernommen und entsprechend für den spezifischen betrieblichen Kontext von PostMail angepasst und umgesetzt.

Das DM, das bei PostMail als Gesundheitsmanagement bezeichnet wird, besteht aus drei Teams, die in Zürich, Lausanne und Bern angesiedelt sind, darüber hinaus ist ein/e Mitarbeiter/in des DM auch im Tessin tätig. Von einem Team des DM werden ca. 120 Fälle bearbeitet und es werden ca. 1'300 Mitarbeitende betreut. Im DM gibt es 20 Vollzeitstellen, 14 davon sind Gesundheitsmana-

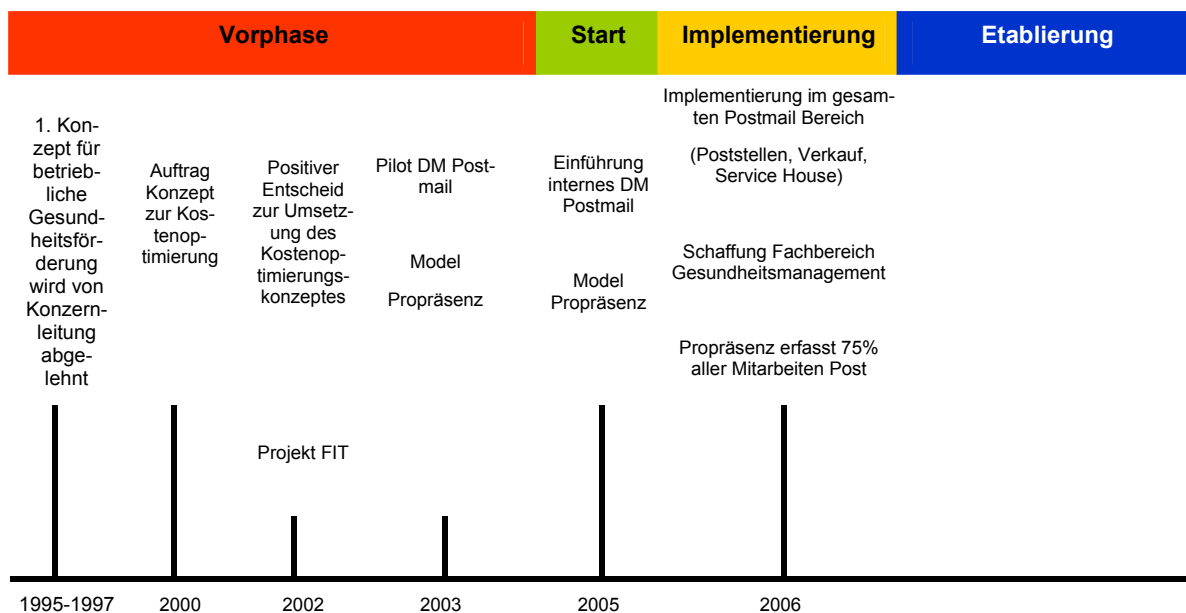
⁵⁰ IV/A 312-313.

ger/innen, 6 haben eine Assistierendenfunktion und arbeiten eher im administrativen Bereich. Eine zentrale Bedeutung für die Umsetzung des DM haben die Vorgesetzten: „Die Führungskraft ist zentral bei dieser Methode. (...) wir entlassen ihn [den Vorgesetzten, A.d.V.] nicht aus der Verantwortung. Wir sind der Meinung, für einen Mitarbeiter, von der Anstellung bis zur Entlassung, ist der Vorgesetzte verantwortlich.“ (IV/B 838–842)

Der mit dem DM verbundene Anspruch an die Vorgesetzten wird von der Leitung des DM wie folgt artikuliert: „Ich erwarte von einem Vorgesetzten, wenn er mit seinen Mitarbeitern zusammenarbeitet, dass er merkt, wenn es jemandem schlecht geht (...) und es hat letztendlich auch mit Wertschätzung zu tun, dass ich überhaupt meine Mitarbeiter wahrnehme und die vorhandenen Signale aufgreife, sie anspreche und nicht einfach, ja ... oberflächlich durch die Welt marschiere. Dort ist der Vorgesetzte die... Schlüsselrolle.“ (IV/B 1545–1553) Innerhalb des Unternehmens besteht ein hohes Commitment gegenüber dem DM. Die Inanspruchnahme des DM beruht nicht auf Freiwilligkeit, vielmehr sind die Mitarbeitenden zu einer Teilnahme verpflichtet, wenn sie entsprechende Fehlzeiten aufweisen.

Das DM wird durch die Vorgesetzten ausgelöst. Diese werden im Rahmen des Absenzenmanagements über die Fehlzeiten der Mitarbeitenden informiert und führen mit diesen ein Erstgespräch, daran können sich je nach weiterem Absenzenverlauf Stufengespräche anschliessen. Auch für die Mitarbeitenden besteht die Möglichkeit bei Beratungs- und Unterstützungsbedarf Kontakt mit dem DM aufzunehmen. In den Gesprächen wird zunächst geklärt, ob die Absenzen im Zusammenhang mit Belastungen am Arbeitsplatz stehen. Es wird eine Beobachtungszeit festgelegt und konkrete Massnahmen werden bestimmt, um die Situation zu verbessern. Zu den Stufengesprächen können die Mitarbeitenden eine Vertrauensperson ihrer Wahl mitbringen. Erst im zweiten Stufengespräch werden Mitarbeitende des DM unmittelbar in die Fallbearbeitung einbezogen. Im Rahmen der Fallbearbeitung kann ein arbeitspsychologisches Belastungsprofil erstellt werden, um herauszufinden, ob ein Zusammenhang zwischen den Absenzen und dem Arbeitsplatz besteht. Je nach Ergebnis schliessen sich dann weitere Massnahmen an, wie etwa Anpassungen am Arbeitsplatz, Arbeitsplatzwechsel, oder Qualifizierungsmassnahmen, um einen internen Arbeitsplatzwechsel oder den Wechsel in ein anderes Unternehmen vorzubereiten. Wichtige Instrumente in der Gesundheitsförderung stellen auch flexible Anpassungen an die Arbeitszeit und der Arbeitsumfang dar. Der/die Vorgesetzte hat im DM eine zentrale Rolle, da er/sie über den gesamten DM-Prozess hinweg die Verantwortung für den Mitarbeiter resp. die Mitarbeiterin behält. Während auf den ersten beiden Stufen vor allem das Aufzeigen der Problematik im Vordergrund steht und die Unterstützung zur Verbesserung gewährt wird. So wird die dritte Stufe als diejenige Stufe definiert, in der Entscheide über das weitere Vorgehen anstehen, da in der bisherigen Fallentwicklung nicht die angestrebten Veränderungen erreicht werden konnten. Hier wird also ein definitives Vorgehen vereinbart, das neben betriebsinternen Lösungen auch eine Kündigung mit einschliesst.

Das DM der PostMail kann als *systemzentriertes Eingliederungsmanagement* charakterisiert werden. Der Ablauf des Unterstützungsprozesses ist hier stark vorstrukturiert und über einen detaillierten Ablaufplan festgelegt.

Abbildung 6: Entwicklung des DM bei PostMail

Folgende unternehmensspezifische Charakteristika kennzeichnen das DM der PostMail:

Einführung

- Motive für die Einführung von DM waren: eine hohe Absenzerate, hohe krankheits- und unfallbedingte Kosten, die Minimierung von Konfliktpotentialen, die Steigerung der Effizienz des Unternehmens, die Wahrnehmung der Arbeitgeberverantwortung und die Unterstützung der Mitarbeiter/innen.
- PostMail hat ein umfassendes System des DM etabliert, das sowohl auf der systematischen Erfassung und Bearbeitung der Absenzen beruht, zugleich aber auch Massnahmen in den Bereichen Prävention und Sensibilisierung (Drei-Säulen-Konzept) vorsieht.
- Für den Umgang mit Absenzen sind in diesem System die Prozessverläufe genau festgelegt und es erfolgt eine detaillierte Dokumentation der vorgenommenen Aktionen und Gespräche.

Durchführung

- DM wird bei PostMail als eine zentrale Führungsaufgabe definiert. Dies war auch der entscheidende Grund, warum sich das Unternehmen für ein internes DM entschieden hatte. Denn das DM wurde auch als ein Beitrag zur Verbesserung der Führungsqualität angesehen.
- Das zweite wichtige Prinzip des DM bei der PostMail ist die Eigenverantwortung der Mitarbeitenden. Das Unternehmen bietet seinen Mitarbeitenden Unterstützung und Hilfe an bei Krankheit und Unfall, zugleich besteht jedoch auch die Erwartung, dass die Mitarbeitenden sich selbst dafür einsetzen, dass sich ihr Gesundheitszustand baldmöglichst verbessert. Ziel des DM ist dabei die schnellstmögliche Reintegration der erkrankten resp. verunfallten Mitarbeitenden. Diese kann sowohl am bisherigen Arbeitsplatz erfolgen, als auch an einem anderen Arbeitsplatz im Unternehmen.
- Sollte eine Umplatzierung im Unternehmen nicht möglich sein, etwa weil keine geeigneten, das heisst den gesundheitlichen Voraussetzungen des Mitarbeitenden entsprechenden Arbeitsplätze

verfügbar oder die möglichen Alternativen im Unternehmen für die Mitarbeitenden nicht attraktiv genug sind, unterstützt PostMail seine Mitarbeitenden auch beim Erwerb von Qualifikationen, die den Übergang in eine neue Beschäftigung erleichtern und fördern. Im DM der PostMail wird Wiedereingliederung also in einer umfassenden und über das Unternehmen hinausgehenden Weise verstanden, indem es vor allem von der Mitarbeitendenseite aus gedacht wird. Das DM geht hier über in ein Vermittlungsmanagement.

- Die Fallanalyse hat diesbezüglich jedoch aufzeigen können, dass dies nicht immer ein leichtes Unterfangen ist, sondern dass zu einem gelingenden Prozess des DM mitunter auch intensive Aushandlungsprozesse gehören, damit letztlich eine passende Lösung gefunden werden kann. Im vorliegenden Fall waren es daher nicht so sehr das DM und die Vorgesetzten des Mitarbeitenden, die den Weg für eine Lösung ebneten. Ausschlaggebend war vielmehr die Bereitschaft der IV-Stelle, die Motivation des Mitarbeitenden und seine Ideen aufzugreifen und mit zu unterstützen. Dieser Fall macht deutlich, dass das DM in einem Unternehmen auch auf eine enge und kooperative Zusammenarbeit mit den verschiedenen Sozialversicherungsträgern angewiesen ist, um in komplexen Fällen gute Resultate erzielen zu können.
- „Fordern und Fördern“ kann als ein entscheidendes Prinzip für die Fallbearbeitung im DM bei der PostMail angesehen werden. Eine weitere wichtige Maxime des DM ist es, sich so früh wie möglich um die erkrankten und verunfallten Beschäftigten zu kümmern. Dies ist von besonderer Bedeutung, da in der Regel zu einem frühen Zeitpunkt verbesserte Handlungsmöglichkeiten für das DM bestehen und mehr zeitliche Ressourcen für die Fallbearbeitung vorhanden sind. Denn der für die Fallbearbeitung im DM zur Verfügung stehende Zeitrahmen wird in der Regel durch den Ablauf der Krankentaggeldversicherung begrenzt.
- Ausgelöst wird der Prozess des DM über ein EDV gestütztes Berichtssystem. In den ersten Stufen werden zunächst die Vorgesetzten Kontakt mit den erkrankten Mitarbeitenden aufnehmen und Gespräche führen. Dabei soll herausgefunden werden, ob die Absenzen im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz stehen. Erst in der zweiten Stufe wird das DM eingeschaltet, das dann gemeinsam mit dem Vorgesetzten und dem/der Mitarbeitenden geführt wird. Die Gespräche werden jeweils protokolliert, es werden Zielvereinbarungen getroffen und Zeiträume für das Erreichen dieser Ziele festgelegt.
- Wird keine Verbesserung erreicht, erfolgt auf einer dritten Stufe dann eine strategische Entscheidung über das weitere Vorgehen auf der Grundlage von ärztlichen Gutachten und einem arbeitspsychologischen Belastungsprofil: Wird weiterhin eine Wiedereingliederung im Unternehmen angestrebt? Oder erfolgt eine Kündigung? Welche Unterstützungsmassnahmen werden im letzteren Fall noch gewährt, beispielsweise eine Umschulung?

Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern und Ärzten/Ärztinnen

- Die Sozialversicherungsträger, vor allem IV, SUVA und der Krankentaggeldversicherer, sind wichtige Kooperationspartner/innen für das DM.
- Die Zusammenarbeit mit der IV soll weiter verbessert und ausgebaut werden. Im Rahmen der Kooperation finden derzeit unter anderem Fallbesprechungen mit IV-Stellen statt. Unterstützung erwartet das Unternehmen hier vor allem in den Bereichen Arbeitsplatzvermittlung, Arbeitsplatzsuche und Coaching von Personen, die eine neue Arbeitstätigkeit anstreben. Insgesamt wird die Zusammenarbeit mit der IV jedoch als schwierig bezeichnet, da hier eine „Holkultur“ herrsche, vom Unternehmen wird hingegen eine „Bringkultur“ gewünscht. Kritisiert wird vor allem die lange Sach- und Fallbearbeitung bei der IV.

- Die Zusammenarbeit mit der SUVA wird als vorbildlich bezeichnet, auch mit dem Taggeldversicherer bestehe eine sehr gute Zusammenarbeit.
- Sehr positiv habe sich die Zusammenarbeit mit den Ärzten/Ärztinnen entwickelt.

Beurteilung

- Das DM wird von PostMail als erfolgreich beurteilt. Obwohl keine direkte Zurechenbarkeit der Wirkung des DM auf die Absenzerate möglich ist, wird diese vom Unternehmen als Orientierungspunkt genommen. Die Absenzerate konnte seit der Einführung des DM gesenkt werden.
- Die besondere Sorgfalt, die PostMail seit der Einführung auf den Aspekt der Gesundheit ihrer Mitarbeitenden legt, hat dazu geführt, dass die Eignung von Mitarbeitenden für die Ausübung bestimmter Tätigkeiten mehr und mehr an Bedeutung gewonnen hat. Im Wiedereingliederungsprozess von Mitarbeitenden ist sie zentral, hier wird über die Erstellung einer Belastungsanalyse und eines Arbeitsplatzprofils geschaut, inwieweit die betroffene Person überhaupt noch in der Lage ist eine Tätigkeit an einem entsprechenden Arbeitsplatz auszuüben.
- Der präventive Aspekt hat an Gewicht gewonnen. So wird das Unternehmen künftig bei Neuanstellungen sehr genau schauen, inwieweit die neuen Mitarbeitenden aufgrund ihrer körperlichen und gesundheitlichen Dispositionen überhaupt in der Lage sind, die Anforderungen des Arbeitsplatzes mittel- und langfristig erfüllen zu können. Auch hier wird künftig in begründeten Fällen ein Belastungsanalyse erstellt werden. Ziel des Unternehmens ist es, mit Hilfe dieses Verfahrens das „Risiko“ künftiger Absenzen am Arbeitsplatz zu verringern.

4.5 ISS – In der Kultur des Unternehmens verankert⁵¹

Das DM wurde Mitte 2005 bei ISS eingeführt. Die 100 Stellenprozent, die für das DM geschaffen wurden, sind auf zwei Case Managerinnen zu je 50% verteilt worden. Seit 2007 führt das Unternehmen eine eigene Pensionskasse, damit ist ein verstärkter Anreiz gegeben, der Vermeidung von Invalidisierungen eine grössere Priorität einzuräumen.⁵² Das DM wurde ab Mitte 2007 auf insgesamt 300 Stellenprozent ausgeweitet und es werden seitdem drei Case Managerinnen im DM beschäftigt. Die Fallzahlen lagen zu Beginn bei 120 Mitarbeitenden, die in der Regel erst nach 60 bis 90 Tagen Absenz kontaktiert werden konnten.

Als entscheidend für die erfolgreiche Implementierung des DM wird das Commitment der Unternehmensleitung angesehen, „dass das wirklich von zuoberst verankert ist die ganze Thematik und dass die Geschäftsleitung bereit ist, die Einführung zu unterstützen (...) Dies mit Beiträgen, Informationen etc. wo man immer wieder sagt, dass wir das wollen und dass alle Vorgesetzten vollumfänglich dahinter stehen.“ (V/A 1059–1067) Für die erfolgreiche Durchführung des DM wird die kontinuierliche Überprüfung und Weiterarbeit an den mit der Einführung des DM etablierten Prozessdefinitionen als notwendig angesehen. Eine Fallbearbeitung alleine sei nicht ausreichend, vielmehr müsse diese dort, wo dies erforderlich ist, mit strukturellen Verbesserungen einhergehen.

⁵¹ V/A 1068–1069.

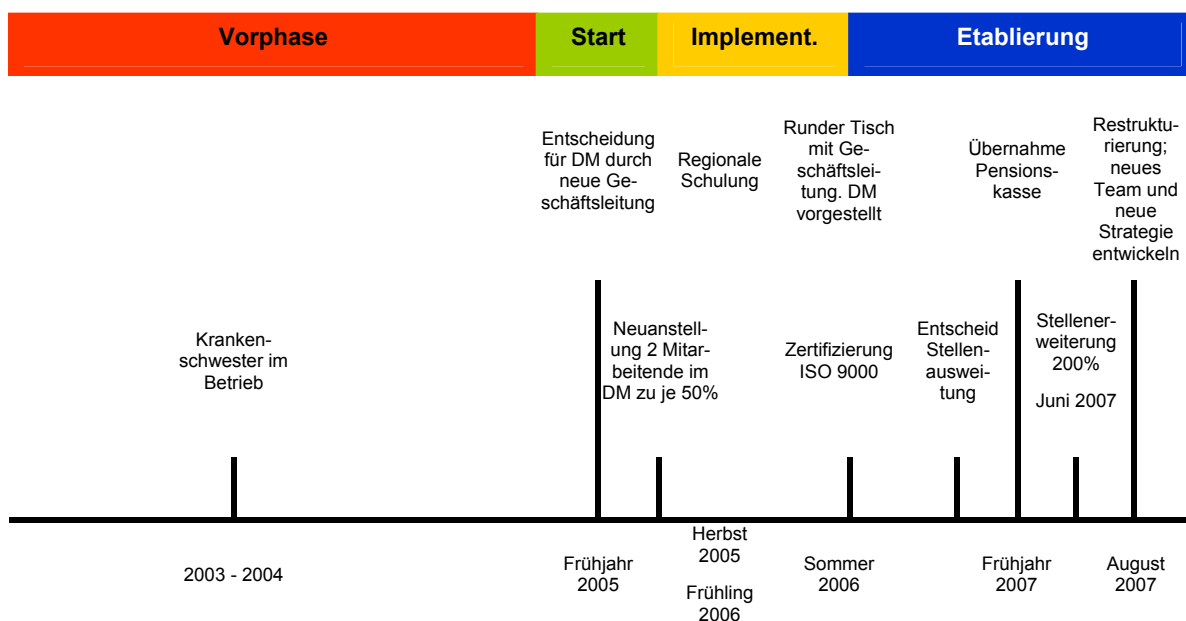
⁵² Bei den unternehmenseigenen Pensionskassen (PK) handelt es sich um Stiftungen, die unabhängig vom Unternehmen bestehen. Allerdings sind leitende Mitarbeitende im Unternehmen vielfach auch im Stiftungsrat der PK vertreten, so dass hier die Chance besteht, dass gemeinsame, langfristige Interessen von Unternehmen und PK stärker zur Geltung kommen können. Darüber hinaus wirken sich Erfolge des unternehmerischen Handelns im DM unmittelbarer auf die Gestaltung der Risikoprämien aus, als dies bei einer Sammelstiftung mit einer Vielzahl unterschiedlicher Akteure der Fall sein dürfte.

Die Leitung des DM bringt dies wie folgt auf den Punkt: „Man kann nicht einfach Wasser und Früchte hinstellen und dann sind alle Mitarbeiter glücklich und länger gesund. Sondern wir legen immer wieder den Finger darauf, was auch die Leute uns in den Regionen erzählen. Nämlich dass sie unter einem enormen Budgetdruck, Mengendruck [stehen, A.d.V.], Distanzen die sie mit dem Auto zurücklegen müssen und so Sachen... dass sie eigentlich unter dem leiden.“ (V/B 530–538) Die Verschränkung von Fall- und Systemebene wird hier als ein konstitutives Moment für eine erfolgreiche Fallbearbeitung angesehen.

In der Fallbearbeitung wird zunächst abgeklärt, was von den Vorgesetzten bereits unternommen wurde und ob sich klare Perspektiven in der Fallentwicklung abzeichnen. Aufgrund dieser Vorklä- rungen entscheidet dann das DM ob ein direkter Kontakt zu der erkrankten Mitarbeiterin resp. dem Mitarbeiter aufgenommen wird. Das weitere Vorgehen wird mit der vorgesetzten Person abge- stimmt. Entwickelt sich der Fall zu einem Langzeitfall, so übernimmt das DM die Betreuung. Im Rahmen der Wiedereingliederung von erkrankten Mitarbeitenden erfolgt eine gezielte Rückkehrpla- nung. Diese sieht sowohl eine Strukturierung des Rückkehrprozesses vor, die unter anderem den Wiedereinstieg mit einem angepassten Prozess der Leistungssteigerung verbindet, als auch die Möglichkeit, einen den veränderten Leistungsmöglichkeiten der Mitarbeiterin resp. des Mitarbeiters angepassten Arbeitsplatz zu erhalten. Eine besondere Herausforderung für das DM stellt die kultu- rell sehr heterogen zusammengesetzte Belegschaft des Unternehmens dar; ein weiteres die hohe Fluktuation im Unternehmen, unter anderem aufgrund von Firmenaufkäufen. Auf der Fallebene zeigt sich daher eine komplexe Integrationsthematik, die sich jedoch nicht auf kulturelle Differenzen son- dern vielmehr auf unternehmenskulturelle Unterschiede beziehen.

Das DM der ISS kann als ein *gering strukturiertes Eingliederungsmanagement* charakterisiert wer- den, das sowohl darauf zielt, die Mitarbeitenden besser zu unterstützen, als auch die Vorgesetzten in der Betreuung erkrankter Mitarbeitenden zu entlasten. Die Entwicklung des DM ist noch relativ in den Anfängen, daher ist eine weitere Spezifizierung nicht möglich.

Abbildung 7: Entwicklung des DM bei ISS



Folgende unternehmensspezifische Charakteristika kennzeichnen das DM der ISS:

Einführung

- Motive für die Einführung von DM waren: hohe krankheits- und unfallbedingte Kosten, Corporate Identity, die Verbesserung der Betriebskultur, das Vorbild anderer Unternehmen und die Unterstützung von Mitarbeiter/innen.
- In der Einführungsphase lag der Schwerpunkt des DM vor allem auf der Entwicklung der grundlegenden DM Strukturen, auf der Einbeziehung der verschiedenen Akteure und der Klärung ihrer Aufgaben und Rollen.

Durchführung

- Der Problematik der dezentralen Firmenstruktur mit Standorten in der gesamten Schweiz hat die Durchführung des DM von Beginn an vor eine besondere Herausforderung gestellt. Durch den Ausbau der personellen Ressourcen im DM kann dies nun befriedigender gestaltet werden.

Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern

- Für den Erfolg des DM ist die Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern von Bedeutung. Das DM arbeitet vor allem mit dem Krankentaggeldversicherer, der Pensionskasse und der SUVA zusammen.
- Eine sehr enge Zusammenarbeit besteht mit der IV, so werden etwa Fallbeurteilungen im Rahmen von Fallkonferenzen gemeinsam diskutiert und es wird über das weitere Vorgehen gesprochen. Die Zusammenarbeit mit der IV wird als „grundsätzlich sehr gut“ (V/B 1076) beurteilt, bei der das Ziel einer Förderung von (Re-)Integration verstärkt im Mittelpunkt der Zusammenarbeit steht.
- Die Zusammenarbeit mit dem Krankentaggeldversicherer wird als „schwerfälliger“ (V/B 1083) charakterisiert. In diesem Zusammenhang wird die Bedeutung des guten persönlichen Kontaktes der beteiligten Akteure für eine erfolgreiche Zusammenarbeit hervorgehoben.
- Das Angebot des DM und Case Management durch die Sozialversicherungsträger selbst, wird hingegen nicht durchwegs positiv bewertet. Hier werden vielmehr aufgrund von Mehrfachbetreuungen negative Effekte für die Fallbearbeitung befürchtet.

Beurteilung

- Die Falldokumentation und ebenso die Erfolgsmessung ist im DM bis anhin nur sehr rudimentär entwickelt. Im Rahmen einer Fallstatistik erfolgt lediglich eine Aufnahme der bearbeiteten Fälle, allerdings ohne eine detaillierte Beurteilung der ergriffenen Massnahmen im Einzelfall. In diesem Bereich besteht künftiger Handlungsbedarf, nicht zuletzt auch, da mit der Verdreifachung des Stellenumfangs im DM ein höherer Legitimationsbedarf im Unternehmen bestehe.
- Als weiteres wichtiges Arbeitsfeld für die künftige Arbeit im DM werden Präventionsmassnahmen angesehen. Im Zusammenhang mit dem kontinuierlichen Wachstum des Unternehmens über Unternehmenskäufe, wird von der Leitung des DM die frühzeitige Beteiligung des DM als wünschenswert angesehen, um fusionsbedingte Friktionen zu vermeiden und das DM in der neuen Struktur wirkungsvoll etablieren zu können.

4.6 Basler Verkehrsbetriebe (BVB) – Stärkung der Eigenverantwortung

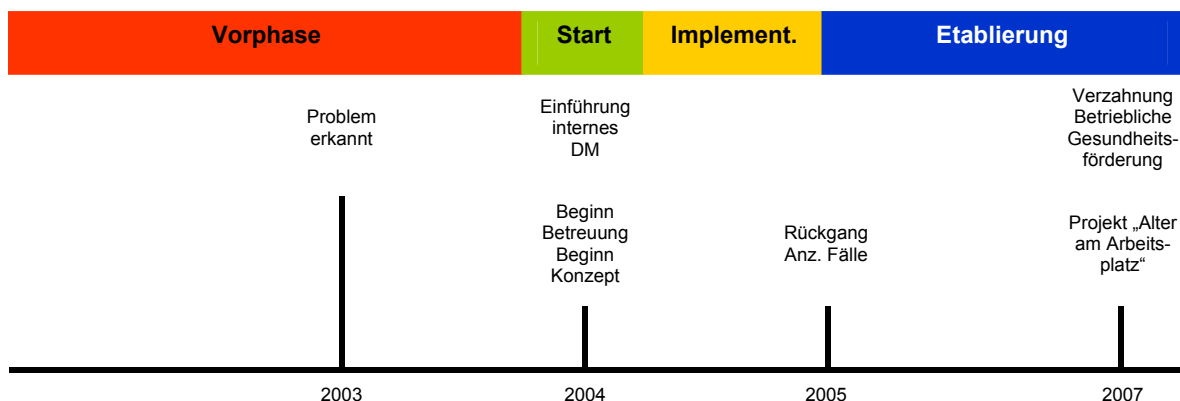
Die Basler Verkehrs-Betriebe (BVB) sind eine öffentlich rechtliche Anstalt im Besitz des Kantons Basel-Stadt und beschäftigen ca. 1'000 Angestellte. Die BVB hat das Konzept für ein DM eigenständig entwickelt und eingeführt. Gründe für die Einführung des DM waren neben den Kosten auch die Forderung der Gewerkschaften nach einer besseren Unterstützung von erkrankten Mitarbeitenden. Die Entwicklung wurde vor allem vom Leiter der Personalabteilung vorangetrieben, sie erfolgte in der zweiten Jahreshälfte 2003. Zu Beginn des Jahres 2004 wurde mit der Umsetzung des Konzeptes begonnen. Die Einführung erfolgte innerhalb eines Jahres.

Das Konzept des DM wurde auf die Unternehmenskultur und auf die Bedürfnisse der Mitarbeitenden abgestimmt. Strukturell ist das DM an die Personalabteilung der BVB angeschlossen und wird von Beschäftigten der Personalabteilung durchgeführt. DM wurde bei ihnen neu als Aufgabe in die Stellenbeschreibung aufgenommen. Die Leitung des DM ist die einzige Mitarbeiterin, bei der der neue Aufgabenbereich konkretisiert und ein Teilpensum von ca. 20% für die Tätigkeit im DM festgeschrieben wurde. Bei den anderen Mitarbeitenden, die nun neu im DM eingesetzt werden, wurde dieses zwar inhaltlich in ihre Stellenbeschreibung aufgenommen, allerdings wurde hierfür kein bestimmtes Pensum festgelegt. Der Umfang ihrer Tätigkeit im DM richtet sich vielmehr danach, wie viele Fallbetreuungen von ihnen übernommen werden. Für das DM wurde also keine neue Stelle geschaffen und kein neues Personal rekrutiert.

Das DM wurde auf Vorschlag der Gewerkschaften und aufgrund der für das Unternehmen anfallenden Kosten bei Langzeiterkrankungen eingeführt. Ziel ist es, auftretende DM-Fälle individuell zu bearbeiten. Dabei sollen Mitarbeitende auch dazu ermutigt werden, selbst Verantwortung für ihre Lage zu übernehmen. Die Leitung des DM beschreibt dies wie folgt: „Es gibt immer Mitarbeiter die das Gefühl haben, wir sorgen für sie. Da braucht es vielleicht mehr als ein Gespräch wo wir ihnen beibringen, es ist deine Verantwortung, dass du jetzt etwas machst.“ (VI/B 1121–1125)

Die Fallbearbeitung erfolgt nach einem festgelegten Ablaufplan. Im Normalfall setzt das Betreuungskonzept des DM nach drei Monaten ein, aufgrund knapper Ressourcen kann sich dies allerdings verzögern. Die Mitarbeitenden können auch selbst Kontakt mit dem DM aufnehmen. Die Handlungsoptionen des DM sind bei der BVB beschränkt, da die meisten Mitarbeitenden im Fahrdienst tätig sind. In begrenztem Umfang werden Alternativarbeitsplätze angeboten. Diese sind jedoch nicht fest im Stellenplan vorgesehen, sie dienen in erster Linie dazu, dass die Mitarbeitenden weiter im Betrieb tätig sein können und so der Kontakt erhalten bleibt. Die Abklärung ob eine weitere Beschäftigung im Fahrdienst noch möglich ist, erfolgt über Vertrauensärzte. Darüber hinaus können die Mitarbeitenden auch durch Erleichterungen am Arbeitsplatz entlastet werden, etwa durch andere Arbeitszeitregelungen oder die Zuteilung anderer Fahrzeuge. Die Betreuung im DM folgt dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“. Erst wenn erkennbar wird, dass die Mitarbeitenden selbst für sich und ihr Problem Verantwortung übernehmen, besteht auch von Unternehmensseite die Bereitschaft zur aktiven Unterstützung.

Das DM der BVB ist vom Ablauf her stark strukturiert und kann eher als ein *systemzentriertes Eingliederungsmanagement* charakterisiert werden. Die Handlungsmöglichkeiten im Rahmen des DM sind aufgrund der verfügbaren Ressourcen eng begrenzt und weitgehend vorgegeben.

Abbildung 8: Entwicklung des DM bei der BVB

Folgende unternehmensspezifische Charakteristika kennzeichnen das DM der BVB:

Einführung

- Motive für die Einführung von DM waren: hohe krankheits- und unfallbedingte Kosten, die Verkürzung des Kündigungsschutzes bei Krankheit, der Gewerkschaftseinfluss und hohe Absenzzahlen.
- Als Entscheidend für die Umsetzung des DM wurde die Unterstützung des DM durch die Unternehmensleitung und die Auswahl der Mitarbeitenden aus der Personalabteilung, denen neu die Durchführung des DM übertragen wurde, angesehen.
- Das DM wird von den Mitarbeitenden der Personalabteilung durchgeführt und stellt damit keinen gesonderten Bereich im Unternehmen dar.

Durchführung

- Durch die enge Zusammenarbeit mit den im Rahmen der Etablierung des DM neu geschaffenen Positionen der Teamleitenden, die jeweils für die personalspezifischen Belange ihres Teams verantwortlich sind, versuchen die Mitarbeitenden des DM der Personalabteilung, die Fallbearbeitung im DM möglichst effizient zu gestalten.
- Da für das DM keine neue Stelle geschaffen und kein neues Personal rekrutiert wurde, kommt es oft vor, dass sich administrative Aufgaben im Personalbereich mit Elementen der Betreuung vermischen. Dadurch kommt vielfach die Betreuung des DM zu kurz, da die administrativen Aufgaben als dringlicher angesehen werden.
- Probleme in der Durchführung des DM entstehen vor allem bei schwierigen und komplexen Fällen. Hier erreichen die betreuenden Mitarbeitenden des DM vielfach die Grenzen ihrer Fähigkeiten. Eine explizite Qualifizierungsstrategie hat das Unternehmen jedoch nicht. Die Personalleitung vertritt vielmehr die Auffassung, dass das notwendige Fachwissen zu DM vor allem über die praktische Tätigkeit erworben werden kann.

Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern

- In der Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern hat das DM gute Erfahrung gemacht. Diese wurden zu Beginn von der Verantwortlichen des DM über die Implementierung des DM informiert.

- Mit der IV wurden bereits in der Konzeptionsphase Kontakte aufgenommen, vor allem um Rahmenfristen und Definitionen abzugleichen. Derzeit werden die Mitarbeitenden nach elf Monaten Absenz bei der IV angemeldet. Dies geschieht nicht immer im Wissen und Einverständnis der Mitarbeitenden. Damit wird das Ziel verfolgt, den Mitarbeitenden einen allfälligen Kontakt mit der IV zu erleichtern: „Wir machen ganz bewusst eine IV-Anmeldung, um so wie einen ersten Kontakt... eine niedrige Schwelle zu haben, dass sie mal Kontakt hatten, einfach mal dort waren.“ (VI/B 957–962) Die Zusammenarbeit mit der IV wird jedoch aufgrund unterschiedlicher Interessenlagen als nicht immer einfach beurteilt. Aus der Sicht der Praxis des DM sind besonders die langen Abklärungszeiten bei der IV ein Problem. Die Zusammenarbeit mit der IV soll daher künftig weiter optimiert werden.

Beurteilung

- Die Personalleitung gibt an, dass aufgrund einer geringen Ressourcenausstattung und einer schwachen Mandatierung die im Konzept vorgesehene Qualität der Betreuung nicht immer gewährleistet werden könne. Die geringe Ressourcenausstattung im DM war schon bei der Konzeptentwicklung ein Problem. Die Planung und Einführung des DM konnte daher nur in Etappen realisiert werden. Aufgrund der hieraus resultierenden, ständig neuen Anpassungen habe sich bisher in der Praxis des DM keine Kontinuität entwickeln können.
- Das vielfältige und komplexe Fachwissen, das zur Fallführung im Rahmen eines DM erforderlich ist, bei den Angestellten, die neu mit Aufgaben des DM betraut wurden, vielfach nicht oder nur sehr rudimentär vorhanden. So verfügt beispielsweise keine/r der Beschäftigten eine für das DM in besonderer Weise qualifizierende Aus- oder Weiterbildung. Dies gilt ebenso für die Teamleitenden. Auch sie haben keine besonderen Qualifikationen zur Durchführung bzw. Beteiligung an einem Beratungsprozess zu DM, so dass auch sie vielfach in Beratungssituationen überfordert sind.

4.7 Siemens – Arbeitsprinzip in der Sozialberatung

Das DM ist bei Siemens in die bestehende Sozialberatung integriert. Es wurde 2004 auf Vorschlag einer Mitarbeiterin der Sozialberatung zunächst bei Siemens Zürich eingeführt. Aufgrund der Expansion des Unternehmens wurde 2005 neu für Siemens Zentralschweiz eine Sozialberatung eingeführt. Diese hat das in Zürich entwickelte Modell einer Kombination von Sozialberatung und DM übernommen und für die Siemens Unternehmen der Zentralschweiz mit ca. 2'500 Beschäftigten umgesetzt. Die Zuordnung der Sozialberatung ist damit *disziplinarisch* zur HR-Abteilung in Zürich und vom Arbeitsfeld her auf die Zentralschweiz hin ausgerichtet. Insgesamt werden von den beiden Beschäftigten der Sozialberatung in den beiden Regionen ca. 4'500 Beschäftigte betreut. Die Region Westschweiz und Bern mit ca. 1'500 Beschäftigten erhält seit Mitte 2007 von einem externen Anbieter DM und Sozialberatungsdienstleistungen.

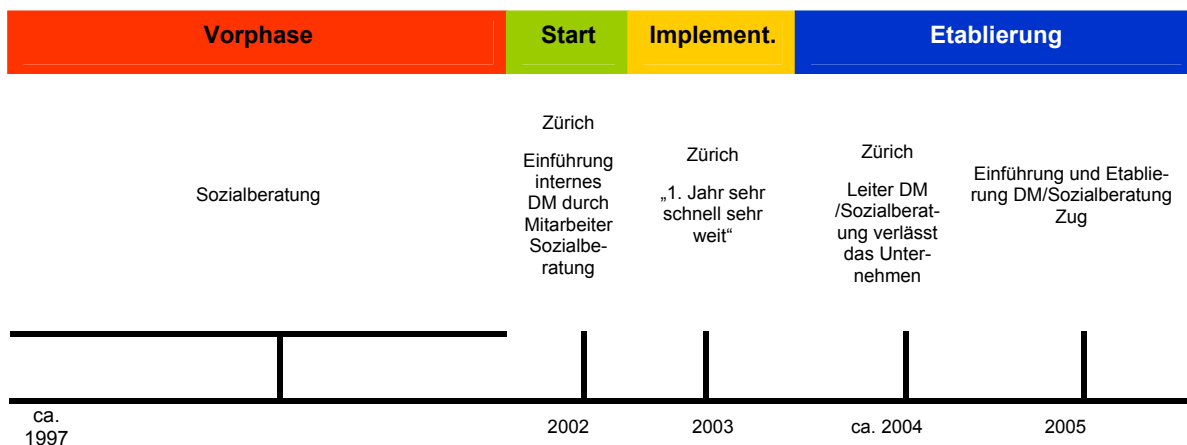
Die Einführung des DM/Sozialberatung in Zug erfolgte nach dem Top-down Prinzip: „Entscheid auf der Unternehmensleitung und dann nach unten.“ (VII/B 1662–1663). Im Betriebsjahr 2005/06 waren 58% der Beratungsfälle durch Krankheit oder Unfall bedingt, es handelte sich hierbei um Fälle für das DM. Die restlichen Fälle verteilten sich auf persönliche (20%) und betriebliche Probleme (20%) (VII/B 1403ff.). Unter den betrieblichen Problemen wurden unter anderem auch Fälle von Burnout und Mobbing geführt. Die Trennung zwischen dem DM und der Sozialberatung lässt sich also nicht ganz genau fassen, vielmehr gibt es Überschneidungen. Hierin sieht die Leitung des DM in der Zentralschweiz allerdings auch den Vorteil der Kombination des DM und Sozialberatung: „Ich finde

es sehr gut so. Weil ich denke, das überschneidet sich auch zum Teil. Man muss dann auch nicht so sauber trennen, es ist eine Anlaufstelle (...) eine Person (...) es ist eine Stelle und man kann da hin gehen und man schaut es ganzheitlicher an. Ich denke was ist beim Case Management. was ich so gemerkt habe, was anders ist, dass man dann klar kommunizieren muss, das ist jetzt eine andere Rolle. Da mache ich jetzt nicht Beratung“ (VII/B 1433–1445).

Mitarbeitende erhalten auf unterschiedlichen Wegen Zugang zum DM: die Mitarbeitenden nehmen direkt Kontakt auf, durch die Personalabteilung und durch Vorgesetzte. Entscheidendes Prinzip in der Fallbearbeitung ist die Suche nach Lösungen und deren Umsetzung in Aushandlungsprozessen mit den Beteiligten. Zu Beginn der Fallbearbeitung steht ein Gespräch mit dem Mitarbeiter resp. der Mitarbeiterin, dem dann ein Assessment erfolgt. Zeigt sich in der Fallsystematik eine übergreifende Problematik, werden auch Initiativen ergriffen, die den Präventionsaspekt stärker in den Vordergrund stellen. Zur Finanzierung kleinerer Massnahmen hat das DM/Sozialberatung Zugang zu einem Wohlfahrtsfonds des Unternehmens, der bei der Pensionskasse geführt und aus Überschüssen der Pensionskasse finanziert wird. Darüber hinaus verfügt das DM auch über einen Fonds, der bei Bedarf für Mitarbeitende eingesetzt werden kann, etwa wenn eine Kinderbetreuung erforderlich ist.

Der Ablauf der Fallbearbeitung und die Handlungsoptionen sind kaum vorstrukturiert, vielmehr wird der Bedarf erst in der Fallbearbeitung ermittelt und mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen dann konkretisiert. Das DM bei Siemens kann daher als ein *klientenzentriertes Eingliederungsmanagement* bezeichnet werden.

Abbildung 9: Entwicklung des DM bei Siemens



Folgende unternehmensspezifische Charakteristika kennzeichnen das DM bei Siemens:

Einführung

- Motive für die Einführung von DM waren: das Engagement eines Mitarbeiters in der Sozialberatung, der die Einführung von DM vorgeschlagen und umgesetzt hatte (bei Siemens/Zürich), und langfristig entstehende Kosten für die PK.
- Bei der Einführung des DM bei Siemens/Zürich wurden bestehende Freiräume in der Sozialberatung genutzt.
- Das DM bei Siemens/Zug wurde auf Initiative des neuen Personalleiters eingeführt. Die Kombination des DM und Sozialberatung wurde analog zur bestehenden Praxis in Zürich übernommen.

men. Das DM war daher in Zug von Anfang an stark mandatiert und die Top-down Einführung ging mit einem hohen Commitment der Betriebsleitung einher.

Durchführung

- DM ist von der Sozialberatung insofern abgegrenzt, als dass sie lediglich für die Schwierigkeiten am Arbeitsplatz den anzuwendenden Handlungsansatz darstellt, nicht jedoch für private Probleme, bei denen eine Sozialberatung erfolgt.
- Der Zugang zum DM erfolgt über die Vorgesetzten, die Mitarbeitenden selbst, oder über die Personalabteilung.
- Alle zwei Monate wird eine Absenzenliste erstellt und es werden diejenigen Mitarbeitenden identifiziert, die länger als zwei Monate absent sind.
- Die Fallbearbeitung erfolgt nach dem Handlungsansatz Case Management.
- Neben der Fallbearbeitung kann das DM auch im präventiven Bereich aktiv werden, allerdings nur dann, wenn sich aufgrund der Fallbearbeitung vergleichbare Fallmuster ergeben. Diese können dann zum Gegenstand der Entwicklung und Anwendung präventiver Konzepte gemacht werden.

Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern

- Die Zusammenarbeit mit den Trägern der Sozialversicherung ist unterschiedlich gut entwickelt. Letztlich ist sie auch von den personellen Ressourcen im DM abhängig. Dies betrifft vor allem die Kontakte zu den jeweiligen IV-Stellen aufgrund der Zuständigkeit des Wohnsitzkantons für die jeweiligen Beschäftigten.
- Bei der IV ist vor allem die lange Bearbeitungsdauer für das DM ein Problem. Besonders kritisiert wird die Dauer der medizinischen Begutachtungsprozesse im Rahmen der IV-Abklärung (VII/B 1086). Innerbetrieblich bedeuten lange Abklärungsverfahren, dass die erkrankten Mitarbeitenden weiterhin ihrer jeweiligen Abteilung zugeordnet sind und diese in ihrer Leistungsbilanz belasten. Eine schnellere Bearbeitung würde daher von dem Unternehmen und den Vorgesetzten als Entlastung empfunden werden.
- Die Zusammenarbeit mit der SUVA wird von der Leitung des DM als deutlich einfacher charakterisiert, da hier die Zuständigkeit in der Betreuung der Mitarbeitenden für das gesamte Unternehmen bei der SUVA Zürich liegt.
- Eine sehr gute Zusammenarbeit mit der Krankentaggeldversicherung besteht ebenfalls. Diese ist „in-house“ angesiedelt. Aufgrund der räumlichen Nähe kann hier eine schnelle und unkomplizierte Kontaktaufnahme erfolgen, um das Vorgehen in der Fallbearbeitung zu besprechen.

Beurteilung

- Für die Leitung des DM hat sich das DM im Rahmen der Sozialberatung als Anlaufstelle bewährt, und zwar sowohl bei Problemen im privaten Bereich als auch bei solchen am Arbeitsplatz.
- Die Mitarbeitenden sehen sich im DM als Person angenommen und anerkannt. Ihnen wird Wertschätzung und Respekt von Seiten des Unternehmens entgegen gebracht.
- Der intensive Kontakt mit dem DM nimmt den erkrankten resp. verunfallten Mitarbeitenden vielfach ihre Angst und Unsicherheit in Bezug auf ihre beruflichen Perspektiven. Dies hat in der Regel auch positive Wirkungen auf die gesundheitliche Entwicklung der Mitarbeitenden.

- Eine direkte Erfolgsmessung des DM findet nicht statt, von der Leitung des DM/Zug wird lediglich eine Fallstatistik geführt.
- Als betriebliches Steuerungsinstrument besteht jedoch ein internes Benchmarking für den Absenzenbereich. Unterstützende, die Absenzen reduzierende Massnahmen werden daher generell von den Bereichsleitungen als wichtige Orientierungspunkte angesehen. Allerdings steht diese in keinem unmittelbaren Zusammenhang zur Tätigkeit im DM/Sozialberatung, wie die Leitung des DM betont.
- Von der Personalleitung werden die derzeit zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen als ausreichend erachtet, um im Rahmen der etablierten Strukturen des DM die auftretenden Fälle entsprechend bearbeiten zu können. Die Personalleitung nimmt jedoch an, dass über eine Ausweitung des DM und über eine systematische Erfassung und Kontrolle der Absenzen, durch die eine frühzeitigere Einschaltung des DM möglich würde, eine weitere strukturelle Verbesserung im Gesundheitsbereich erreicht werden könne. Hierzu hat das Unternehmen jedoch noch keine weiteren Schritte vorgesehen.

4.8 Implemia – Unberechtigte Absenzen verhindern

Implemia gliedert sich in drei Konzernbereiche, Kernstück des Unternehmens ist die Bauproduktion, hier sind ca. 4800 Mitarbeitende beschäftigt. Das von dem Unternehmen entwickelte DM konzentriert sich vor allem auf diesen Bereich. Der Aufbau eines DM in diesem Unternehmensbereich erfolgte vor dem Hintergrund sehr hoher Absenzenraten, die zu erhöhten Sozialversicherungskosten und Produktionsausfällen führten. Der Baubereich ist administrativ an den HR-Bereich angegliedert, deren Leiter Mitglied in der Konzernleitung ist. Das DM ist am Hauptstandort des Unternehmens in Aarau angesiedelt, zwei Vollzeitbeschäftigte und eine Auszubildende sind in diesem Bereich der Personalabteilung beschäftigt. Das DM wird von einem HR-Angestellten in den jeweiligen Profit Centern⁵³ des Unternehmens unterstützt. Diese sind nach den direkten Vorgesetzten auf den Baustellen erste Ansprechpersonen bei Absenzen.

Bei der Umsetzung des DM ist die Implemia auf eine gute Vernetzung mit externen Akteuren angewiesen, da die Fallbearbeitung im engeren Sinne an das Case Management des Krankentaggeldversicherers bzw. der SUVA übertragen wird. Strukturell unterscheidet sich das DM des Unternehmens das in der Deutschschweiz und im Tessin durchgeführt wird von demjenigen in der Romandie. In der Romandie ist der Partner für die Fallbearbeitung ein externer Anbieter für Dienstleistungen im DM. Das DM bei Implemia stellt daher in erster Linie eine Vermittlungs- und Koordinationsstelle zwischen den externen Anbietern von DM und den betreuten Mitarbeitenden dar.

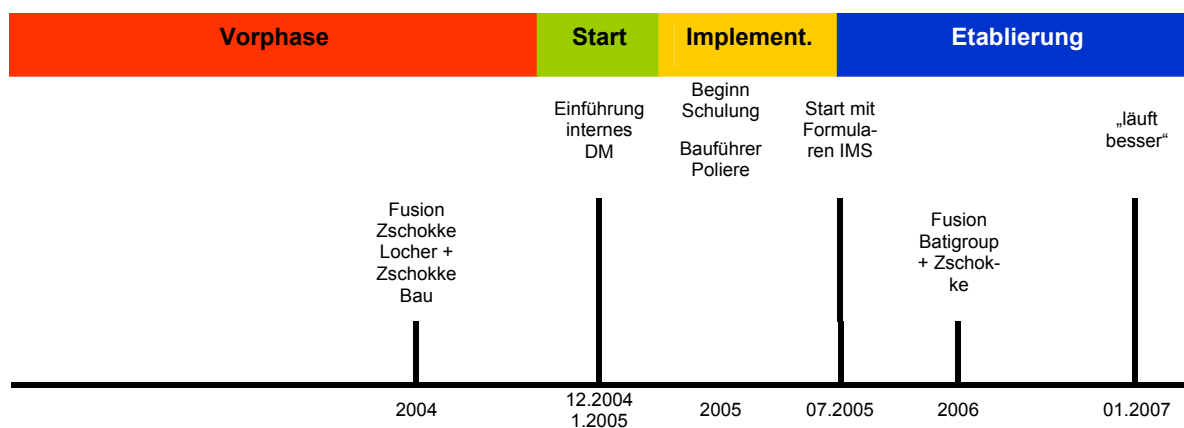
Der Verlauf der Fallbearbeitung ist festgelegt und wird strikt eingehalten. Grundlage ist die Erfassung der Absenzen durch die Vorgesetzten auf den Baustellen. Diese eröffnen bei Absenz ein Dossier, das dann je nach Länge der Absenz der zuständigen Stelle weitergereicht wird. In der Deutschschweiz läuft die Beratung in einer ersten Phase über das operationelle HR. Nach 30 Tagen gilt eine Absenz als Langzeitfall und wird an die Leiterin des DM weitergegeben. Diese nimmt Kontakt mit dem Mitarbeiter resp. der Mitarbeiterin auf und meldet die erkrankten oder verunfallten Mitarbeitenden bei der Krankentaggeldversicherung oder der SUVA an. Die Fallbearbeitung erfolgt durch das CM der Versicherer. Die gemeldeten Mitarbeitenden werden vom CM beraten und unter-

⁵³ Die einzelnen Konzernbereiche sind weiter untergliedert. Diese Untergliederungen werden als Profit-Center bezeichnet.

stützt, allenfalls werden weitere Massnahmen zur Gesundheitsförderung ergriffen und von den Versicherern finanziert. Das DM bleibt jedoch weiterhin in regelmässigem Kontakt mit den Mitarbeitenden, alle zwei bis drei Wochen wird ein Standortgespräch geführt. In der Romandie wurde das DM von Implemia vor sechs Jahren eingeführt. Die Abklärung rund um die Absenz läuft über die PMSE⁵⁴ und wird von Pflegefachpersonal durchgeführt. Sobald Mitarbeitende in der Romandie ein Arztzeugnis abgeben übernimmt die PMSE die Fallbearbeitung. Implemia strebt eine lückenlose Erfassung und Kontrolle der Absenzen an, daher wird die PMSE ab dem zweiten Abwesenheitstag bereits eingeschaltet. Neben dem CM bei erkrankten und verunfallten Mitarbeitenden, führt die PMSE auch Präventionsprogramme für Implemia durch. Unter anderem wurden die Angestellten vor Ort über das Tragen von Lasten und die Entlastung des Rückens informiert. Bei einer Wiedereingliederung sind Angestellte der PMSE immer vor Ort, um den Ablauf mit den direkten Vorgesetzten zu besprechen und entsprechende Arbeitspläne auszuarbeiten. Im Rahmen von Wiedereingliederungen ist ein reduziertes Arbeitspensum möglich, allerdings stellt dies für das Unternehmen keine langfristige Lösung dar und wird nur als eine vorübergehende Massnahme angesehen. Im Ergebnis führt die Fallbearbeitung im DM entweder zur Wiedereingliederung oder zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses. Eine Betreuung findet daher nur dann statt, wenn eine Wiedereingliederung als realistisch eingeschätzt wird, Fälle ohne eine solche Perspektive werden im DM nicht behandelt.

Das DM der Implemia stellt eine Mischform von *externem und internem* DM dar, bei dem die systematische interne Fallkontrolle mit einer systematischen externen Fallbearbeitung verbunden wird. Das DM kann daher dem *systemzentrierten Eingliederungsmanagement* zugerechnet werden. Entscheidendes Merkmal dabei ist, dass Implemia seine Mitarbeitenden nicht einfach an externe Dienstleister abgibt, sondern dass parallel zur externen Fallbearbeitung auch eine Begleitung und Betreuung durch das DM des Unternehmens erfolgt.

Abbildung 10: Entwicklung des DM bei Implemia



Folgende unternehmensspezifische Charakteristika kennzeichnen das DM bei Implemia:

Einführung

- Motive für die Einführung des DM waren: hohe Absenzzahlen, hohe krankheits- und unfallbedingte Kosten, die Sorge um die Gesundheit der Mitarbeitenden und die restriktive IV-Praxis bei der Invalidisierung.

⁵⁴ Das PMSE ist externer Anbieter von Dienstleistungen im Gesundheitsbereich für Unternehmen.

- Aufgrund der Externalisierung der Fallbearbeitung des DM im engeren Sinne ist das DM vor allem auf die systematische Erfassung und Kontrolle der Absenzen konzentriert.
- Durch eine systematische Beratung und Betreuung von erkrankten und verunfallten Mitarbeitenden soll eine schnelle Fallklärung herbeigeführt werden. Auf dieser Grundlage soll dann entweder ein schneller Wiedereingliederungsprozess unterstützt oder eine Neuorientierung des Beschäftigten in andere betriebliche Arbeitsbereiche gefördert werden.
- Während der Durchführung des externen DM wird von Seiten des betrieblichen DM der Kontakt zu den Mitarbeitenden kontinuierlich aufrechterhalten.

Durchführung

- Das DM im Unternehmen hat vor allem die Aufgabe, mit erkrankten und verunfallten Mitarbeitenden Kontakt aufzunehmen und daran anschliessend den Fall an den sachlich bzw. regional zuständigen Dienstleister für DM zu vermitteln. Das DM wird hierin von den direkten Vorgesetzten und der Kontaktperson im HR der Profit Center unterstützt.
- Erkrankte und verunfallte Mitarbeitende, bei denen die Möglichkeit einer Wiedereingliederung aufgrund der medizinischen Indikation negativ beurteilt wird, erhalten von Seiten des Unternehmens keine Unterstützung bei der beruflichen Neuorientierung.
- Dort, wo die Erwerbsfähigkeit aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen nicht mehr hergestellt werden kann, erfolgt eine frühzeitige IV-Abklärung.
- Bei einem Verdacht seitens des Unternehmens oder der Vorgesetzten auf missbräuchliche Absenzen wird eine Klärung der Sachlage durch das DM vorgenommen. In solchen Fällen wird das DM entgegen dem üblichen Ablaufplan frühzeitiger zur persönlichen Kontaktaufnahme eingesetzt. Implemia unterscheidet bei den Hausbesuchen daher zwischen Krankenbesuchen und Kontrollbesuchen, dazu die Leiterin DM: „Wir unterscheiden zwischen Krankenbesuch und Kontrollbesuch. Wenn wir wirklich das Gefühl haben, der ist regelmässig weg, dann können wir dem Taggeldversicherer sagen, ok, das nächste Mal bei einer Absenzmeldung will ich, dass du gerade am ersten Tag vorbei gehst.“ (VIII/B 617–624)

Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern

- Die Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern war ein entscheidender Faktor in der Implementierungsphase des DM. Die Leitung des DM hebt hervor, dass ihr hier kompetente Berater/innen zur Verfügung standen. Neben der Krankentaggeldversicherung und der SUVA waren auch die IV und die ALV wichtige Gesprächs- und Kooperationspartner/innen auf Seiten der Sozialversicherungen.
- Die Zusammenarbeit mit dem Krankentaggeldversicherer bewertet die Leiterin DM als sehr positiv. In der Zusammenarbeit mit der SUVA kritisiert sie jedoch die schlechte Information des Versicherungsträgers über die Fallbearbeitung und Fallentwicklung. Durch den schlechten Informationsfluss ist die Einsatzplanung innerhalb der Implemia erschwert, da lange unklar ist, wann die Verunfallten wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren können. (VIII/B 341–344)
- Das DM, sowie die SUVA engagieren sich in Zusammenarbeit mit dem Sicherheitsbeauftragten auch um Projekte in der Gesundheits- und Unfallprävention. Besondere Präventionsthemen werden unter anderem anhand der Unfall und Krankheitsstatistiken generiert.
- Künftig strebt das DM auch eine verbesserte Zusammenarbeit mit der unternehmenseigenen Pensionskasse an. Diese werde derzeit nicht schnell genug in die Fallbearbeitung involviert,

dies geschieht in der Regel erst mit der IV-Anmeldung. Aus Sicht der Leitung des DM könnte eine frühzeitige Information allenfalls dazu beitragen, dass die Möglichkeiten, eine Frühverrentung zu verhindern, besser ausgeschöpft werden können.

Beurteilung

- Für die Personalleitung ist die Verbesserung der Absenzenrate der entscheidende Indikator für einen gelingenden Prozess des DM.

Die Kontrolle bei Verdacht auf missbräuchliche Absenzen wird von der Personal- und Leitung des DM als wichtiger Teil des Prozesses des DM angesehen.

5 Einführung, Durchführung und Beurteilung

Entlang der Forschungsfragen beschäftigt sich das vorliegende Kapitel zunächst mit der Frage der Einführung des DM. Es werden die Motive vorgestellt, die zu einer Einführung des DM geführt haben. Darüber hinaus werden die Unterschiede in der strukturellen Verortung des DM im Unternehmen und die Ressourcenausstattung des DM aufgezeigt. Daran anschliessend folgt die Analyse der Durchführung des DM indem zunächst die Population der vom DM betreuten Mitarbeitenden beschrieben wird. Es folgt ein Überblick über den Ablauf des DM in den Unternehmen und über die Rolle, die den Sozialversicherungsträgern und Hausärzten/Hausärztinnen von Seiten des Unternehmens für das DM zugeschrieben wird. Im abschliessenden Teil dieses Kapitels wird aufgezeigt, wie die Unternehmen die Ergebnisse des DM erfassen und wie das DM durch die verschiedenen Akteurguppen im Unternehmen beurteilt wird – durch die Personal-/Unternehmensleitung, durch die Leitung des DM-/Durchführung und durch die vom DM betreuten Mitarbeitenden.

5.1 Einführung des Disability Managements

5.1.1 Motive der Unternehmen

Die Motive zur Einführung eines DM in den untersuchten Unternehmen lassen sich in drei Kategorien zusammenfassen: 1) betriebswirtschaftliche Motive, 2) unternehmenskulturelle Motive und 3) externe Anstösse. Die Motivgruppen unterscheiden sich strukturell aufgrund ihres Entstehungsortes: Die Entwicklung betriebswirtschaftlicher und unternehmenskultureller Motive liegt im unternehmerischen Handeln begründet. Sie lassen sich in ihrer Entstehung auf das Unternehmen selbst als eine im wirtschaftlichen Feld tätige Organisation zurückführen. Daneben wirken aber auch externe Anstösse auf das Unternehmen ein und können initiierend und verstärkend auf innerbetriebliche Motive bzw. Motivgruppen (ein-)wirken.

Motive greifen auf dem Hintergrund generalisierter Handlungsorientierungen der für die Einführung des DM verantwortlichen betrieblichen Akteure, als solche konnten Effizienz, Identifikation und produktive Reaktion als besondere Handlungsorientierungen analysiert werden. Effizienz als Handlungsorientierung lenkt das ökonomische Handeln, während hinter der Identifikation mit dem Unternehmen das unternehmenskulturelle Bemühen steht, kontinuierliche und dauerhafte Beziehungen zwischen Mitarbeitenden und Unternehmen weiter zu etablieren und zu stärken. Produktive Reaktion beschreibt demgegenüber eine Handlungsorientierung, die auf externe Anstösse reagiert. Produktiv ist eine solche Reaktion insofern, als differenziert auf die externen Anstösse reagiert wird. Teile davon werden etwa abgelehnt, andere treffen auf Zustimmung und werden umgesetzt. Externe Anstösse treffen dann auf eine produktive Reaktion, wenn sie sich mit den internen Motiven verbinden lassen. Nachfolgend werden die Einflüsse auf das DM vorgestellt und diskutiert und in einer Übersicht zusammengefasst (vgl. Tabelle 5).

Betriebswirtschaftliche Motive

Als häufiges Motiv für die Einführung eines DM wurden steigende *Kosten* angegeben. Diese lassen sich einerseits unterscheiden in unmittelbare oder direkte Kosten, die durch Absenzen entstehen und mit Arbeitsausfällen verbunden sind. Hierzu gehören etwa zu leistende Mehrarbeit von Kollegen und Kolleginnen oder die Beschaffung von Ersatzarbeitskräften, wie dies etwa bei Implanzia im Rahmen von Leiharbeit geschieht. Andererseits handelt es sich um mittelbare Kosten, wie sie etwa mittelfristig über steigende Sozialversicherungsbeiträge (für KTV, SUVA, AHV/IV und PK) entstehen. Bei der Klinik Barmelweid erfolgte aufgrund der Vertragskündigung des Krankentaggeldversicherers

eine Überprüfung der Absenzen. Dabei zeigte sich, dass in einigen Fällen die Absenzendauer durch eine frühzeitige Unterstützung hätte deutlich verkürzt werden können. Vor diesem Hintergrund erfolgte dann die Einführung des DM. Steigende Kosten stehen in einem engen Zusammenhang mit der *Absenzenrate*, die als weiteres Motiv für eine Einführung des DM von den Unternehmen genannt wurde. Die Absenzenrate stellt einen Indikator für mittelbar und unmittelbar steigende Kosten im Personalbereich dar.

Sowohl die durch Absenzen entstehenden zusätzlichen Kosten, als auch der dadurch entstehende Arbeitsausfall, haben unmittelbare Auswirkungen auf die *Produktivität* des Unternehmens. Diese wurde ebenfalls von einigen der untersuchten Unternehmen als Motiv für die Einführung eines DM thematisiert. Der Produktivitätsausfall ist besonders für Unternehmen problematisch, für die eine Kompensation des Arbeitsausfalls nur begrenzt möglich ist. Dies kann etwa bei einem engen Kostenrahmen und knappen Personalressourcen der Fall sein, wie dies etwa für den Pflegebereich (Barmelweid) angenommen werden kann, oder bei hoch spezialisierten Mitarbeitenden im Finanzdienstleistungsbereich (PostFinance). Die Kompensation erfolgt hier zunächst einmal kurz- und mittelfristig über das vorhandene Personal. Dort wo die Tätigkeit hoch spezialisiert ist und ein spezifisches Wissen erfordert ist diese Kompensation sowohl intern als auch extern nur schwer bzw. mit einem in der Regel sehr hohen zusätzlichen Kostenaufwand für das Unternehmen möglich.

Für die untersuchten Unternehmen ist der Ausfall von Beschäftigten daher nicht allein auf der Kostenseite ein Problem, sondern vielmehr auch auf der Leistungsseite, da hier die Leistungserbringung empfindlich gestört wird, ohne dass dies ausreichend kompensiert werden kann. Bei der Klinik Barmelweid wurde das DM in diesem Zusammenhang auch als ein wichtiger Beitrag gesehen, um ältere Beschäftigte unter angepassten Beschäftigungsbedingungen möglichst lange im Unternehmen halten zu können. Denn der frühzeitige Verlust erfahrener Mitarbeiter/innen stellt auch eine Form der Kompetenzverlustes dar. Positiv gewendet bedeutet daher eine verlängerte Beschäftigung von älteren Mitarbeitenden eine Möglichkeit der verlängerten *Nutzung derer Kompetenzen*. Letztlich geht es den Unternehmen die ein DM einführen, daher mittel- und langfristig um eine nachhaltige *Effizienzsteigerung*.

Die von den Unternehmen angegebenen betriebswirtschaftlichen Motive für eine Einführung des DM stehen also in engem Zusammenhang zueinander. Sie beziehen sich alle gleichermaßen auf den Kontext der betrieblichen Kosten- und Leistungsrechnung. Als Handlungsorientierung liegt ihnen das Kriterium der *Effizienz* zu Grunde.

Unternehmenskulturelle Motive

Neben den betriebswirtschaftlichen Motiven sind für die Einführung des DM auch unternehmenskulturelle Faktoren von Bedeutung. Mit dem DM streben die Unternehmen unmittelbar eine Verbesserung ihrer Unternehmenskultur an (Migros Basel, PostFinance, ISS). Es geht darum, eine Kultur auf Gegenseitigkeit zu etablieren, die aus gegenseitiger Anerkennung und Übernahme von Verantwortung für gemeinsam geteilte Unternehmensziele besteht. Letztlich geht es also darum, die *Betriebsbindung* der Mitarbeitenden an das Unternehmen zu verbessern. Das DM bildet in diesem Zusammenhang eine institutionell verankerte Form der Hilfe und Unterstützung, durch die der Arbeitgeber seine Verantwortung für erkrankte und verunfallte Mitarbeitende wahrnimmt (*Arbeitgeberverantwortung*). Es wird davon ausgegangen, dass neben einer stärkeren Bindung der Beschäftigten an das Unternehmen auch positive Impulse in Bezug auf die *Motivationsförderung* (Migros Basel, PostFinance) gesetzt werden können.

Zu den weiteren Motiven in diesem Bereich gehören auch das *Berufsethos* (Klinik Barmelweid) und die *Corporate Identity* (Klinik Barmelweid, ISS). Gerade für die Klinik Barmelweid als Anbieter von medizinischen Dienstleistungen kann Gesundheitsförderung bei den eigenen Mitarbeitenden als Bestandteil des ärztlichen Berufsethos verstanden werden. Dieses wiederum ist eng verzahnt mit der Corporate Identity des Unternehmens, das heisst, dass das unternehmerische Handeln in sich nicht widersprüchlich sein darf, sondern dass die Massstäbe eines sozial gerechten und verantwortungsbewussten Handelns sowohl im Innenverhältnis als auch im Aussenverhältnis zur Anwendung kommen sollen. Bei der Klinik Barmelweid realisiert sich dies im reflexiven Bezug eines medizinischen Dienstleisters auf die eigene Unternehmenspraxis. Für ISS ist soziale Verantwortung im Sinne einer Corporate Identity ein wichtiger Bestandteil der Erfolgsstrategie des Unternehmens, die sich sowohl intern in den Mitarbeiterbeziehungen als auch extern im Marketingbereich realisieren soll. Einerseits wird davon ausgegangen, dass die Motivation der Beschäftigten und die Arbeitszufriedenheit zunehmen, wenn das Unternehmen seinen sozialen Verpflichtungen nachkommt. Andererseits wird über den Nachweis sozial verantwortlichen Handelns im Unternehmen der Absatz der Dienstleistungen unterstützt und gefördert.

Motivationsförderung ist ein weiteres wichtiges Motiv, mit dem die Einführung des DM legitimiert wird (Migros Basel, PostFinance). Diesem Motiv liegt die Annahme zugrunde, dass die Motivation der Beschäftigten am Arbeitsplatz bzw. die Motivation für eine baldige Rückkehr an den Arbeitsplatz gerade in Situationen, in denen die Mitarbeitenden gesundheitlich angeschlagen oder durch einen Unfall eingeschränkt sind, besonders hoch ist, wenn sie von ihrem Unternehmen unterstützt und in ihrem Rehabilitationsprozess gefördert werden.⁵⁵ Das Interesse an der Gesundheit der Mitarbeitenden (Implenia) bringt somit auch ein individuelles, persönliches Interesse des Unternehmens am Wohlergehen seiner Mitarbeitenden zum Ausdruck.

Aus unternehmenskultureller Sicht ist die Tatsache, dass die Einführung des DM ein „geringes Konfliktpotential“ mit sich bringt, zugleich aber auch betriebswirtschaftliche Unternehmensziele entscheidend gefördert und unterstützt werden, von besonderer Bedeutung (PostMail). DM als Teil eines Gesundheitsmanagements kann daher dazu beitragen, dass Alternativen zu Personalabbau und Arbeitsverdichtung entwickelt werden.

Das Motiv der *Mitarbeiterinitiative* (Siemens) verweist auf die im Unternehmen herrschenden Mitgestaltungs- oder Partizipationsmöglichkeiten, die ein wichtiges unternehmenskulturelles Merkmal darstellen. Bei Siemens wurde DM auf Vorschlag eines Mitarbeiters der Sozialberatung von diesem selbst eingeführt und umgesetzt.

DM wird auch als Mittel zur Verbesserung der *Führungsqualität* im Unternehmen angesehen (Migros Basel). Denn die im Rahmen des DM erworbenen Erfahrungen im Umgang mit schwierigen Situationen, Krankheit und Gesundheit, stellen Lernprozesse dar, die sich insgesamt auf die sachgerechte Ausübung der Führungsverantwortung auswirken. Im Rahmen des DM sind Führung und Führungsqualität von Vorgesetzten daher Gegenstand von Reflexions- und Unterstützungsprozessen. Diese werden von den Mitarbeitenden des DM zum Teil gezielt initiiert und gefördert, etwa über Schu-

⁵⁵ Für die Umsetzung von Massnahmen der Arbeitsintegration sind gute Beziehungen zwischen Arbeitgeber/in und Arbeitnehmer/in von besonderer Bedeutung. In einer Studie der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit heisst es hierzu: „Im Allgemeinen erwiesen sich Erleichterungen bei der Arbeit in Kohorten mit hohen Rückkehraten als relevante Unterstützungsmassnahmen. Wie bereits diskutiert, zeigt mit Sicherheit die Flexibilität des Arbeitgebers in Bezug auf Erleichterungen bei Arbeitszeiten einschliesslich schrittweiser Wiederaufnahme der Arbeit und Teilzeitbeschäftigung grosse Wirkung. Die Verwirklichung dieser Art von Massnahmen erfordert Bereitschaft und Engagement auf Seiten des Arbeitgebers, was bedeutet, dass solche Massnahmen voraussichtlich besonders gut greifen, wenn die Arbeitsbeziehungen gut sind.“ (Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit 2002: 37)

lungs- und Qualifizierungsangebote. Darüber hinaus findet im Rahmen des DM bei den Vorgesetzten eine gezielte Sensibilisierung für krankheits- bzw. unfallrelevante Faktoren statt.

Arbeitgeber/innenverantwortung (PostMail) und die *Sorge um die Mitarbeitenden* (ISS) sind in diesem Zusammenhang zwei weitere wichtige Motive, die das DM als wichtiges Führungsinstrument qualifizieren. Denn die Fähigkeit zur Wahrnehmung von Führungsverantwortung ist vor allem in schwierigen und konfliktreichen Situationen von Bedeutung. Im DM erhalten Vorgesetzte in Bezug auf den Umgang mit Krankheit und Unfall bei Mitarbeitenden Hilfe und Unterstützung durch das DM. Damit wird ein sachgerechter Umgang mit den potentiellen Konfliktbereichen Unfall und Krankheit eingeübt und gepflegt. Entscheidendes Prinzip hierbei ist die Etablierung einer dialogischen Praxis innerhalb des Prozesses des DM. Führungsqualität, Arbeitgeber/innenverantwortung und die Sorge um die Mitarbeitenden stellen daher zentrale unternehmenskulturelle Motive für die Einführung des DM in Unternehmen dar.

In den unternehmenskulturellen Motiven kommt *Identifikation* als spezifische Handlungsorientierung zum Tragen. Diese wird über die im DM erfolgenden betrieblichen Interaktionen zwischen den verschiedenen Akteuren im Unternehmen wirksam. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass die Einführung des DM eine besondere Form der Selbstverständigung über zentrale, unternehmenskulturelle Aspekte, etwa *Führungsqualität* und *Sorge um die Mitarbeitenden*, im Unternehmen darstellt.

Externe Anstöße

Neben den internen Motiven gehen entscheidende Impulse für die Einführung eines DM aber auch von externen Faktoren aus. Hierzu gehört vor allem das Vorbild anderer Unternehmen, die das DM bereits erfolgreich eingeführt und angewendet haben (ISS). Marketing und Konkurrenz haben in diesem Zusammenhang eine wichtige Bedeutung für die Unternehmen. Auch die Gewerkschaften stellen als sozialpolitischer Akteur einen externen Faktor dar, durch den Entwicklungen im Unternehmen angestoßen werden können. Sozialpolitische Veränderungen und damit einhergehende Veränderungen in der Praxis der Sozialversicherungen sind ebenfalls in der Lage, für die Unternehmen relevante Impulse zu setzen. So war unter anderem auch die restriktivere IV-Praxis bei der Invalidisierung ein wichtiger Anstoss für Unternehmen, ein DM einzuführen und die Wiedereingliederungsprozesse nach Krankheit oder Unfall zu verbessern. Den externen Faktoren liegt *produktive Reaktion* zwecks Vermeidung von Konflikten durch Übernahme von betriebswirtschaftlichen und unternehmenskulturell konformen Elementen des Anstosses als Handlungsorientierung zugrunde.

Tabelle 5: Motive zur Einführung des DM und Handlungsorientierung

Einflüsse auf DM	Betriebswirtschaftliche Motive	Unternehmenskulturelle Motive	externe Anstöße
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kostenersparnis ▪ Reduktion der Absenzerate ▪ Produktivitätssteigerung ▪ Nutzung der Kompetenzen ▪ Effizienzsteigerung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ stärkere Unternehmensbindung ▪ Verbesserung Führungsqualität ▪ Wahrnehmung Arbeitgeber/innenverantwortung ▪ Entwicklung Corporate Identity ▪ Berufsethos ▪ Motivationsförderung ▪ „geringes Konfliktpotential“ ▪ Sorge um die Mitarbeitenden ▪ Ermöglichung Mitarbeiterinitiative 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorbild anderer Unternehmen (Konkurrenz, Marketing etc.) ▪ Gewerkschaftseinfluss ▪ restriktive IV-Praxis bei Invalidisierung

Die Verteilung Handlungsorientierungen im Forschungssample

Der Blick auf die untersuchten Unternehmen zeigt, dass *Effizienz* und *Identifikation* eine entscheidende Orientierung bei der Einführung des DM darstellen. Beide haben eine sehr hohe Relevanz für die Unternehmen. Auch die *produktive Reaktion* bildet eine wichtige Handlungsorientierung, allerdings wurde diese von den Unternehmen nicht in gleichem Umfang als bedeutsame Orientierung benannt. Eine Gewichtung der Handlungsorientierungen kann hier nicht vorgenommen werden, auch kann nicht darauf geschlossen werden, dass aufgrund der Nicht-Thematisierung einer *produktiven Reaktion* diese bei der Einführung des DM keine Rolle spielte. Die Ergebnisse zeigen lediglich, dass diese für bestimmte Unternehmen im Kontext der Einführung des DM von besonderer Bedeutung war und daher auch in den Interviews thematisiert wurde. Im Überblick über die Handlungsorientierungen der Unternehmen bildet sich dies wie folgt ab (vgl. Tabelle 6)⁵⁶:

Tabelle 6: Bedeutung der Handlungsorientierungen für die Unternehmen mit DM

Handlungsorientierung	Effizienz	Identifikation	produktive Reaktion
Klinik Barmelweid	■	■	
Migros Basel	■	■	
PostFinance	■	■	
PostMail	■	■	
ISS Schweiz	■	■	■
Basler Verkehrsbetriebe (BVB)	■	■	■
Siemens	■	■	
Implenia	■		

5.1.2 Verortung des Disability Managements im Unternehmen

Mit der Positionierung des DM im Unternehmen wird eine entscheidende Ausrichtung des DM vorgenommen. In den untersuchten Unternehmen wird DM im weitesten Sinne als ein Dienstleistungsangebot des HR-Bereichs verstanden, das für Vorgesetzte und Mitarbeitende bereitgehalten wird. In der Untersuchung konnten drei verschiedene Positionierungen unterschieden werden: 1) das DM als HR-Unterabteilung; 2) das DM integriert in die Sozialberatung; und 3) das DM integriert in das HR (vgl. Tabelle 7). Während bei der Ansiedlung des DM im HR-Bereich die Unterstützung des DM als Teil der Personalverantwortung gesehen wird und sich daher disziplinarische mit unterstützenden Elementen vermischen, steht bei der Ansiedlung des DM in der Sozialberatung die Unterstützung der Mitarbeitenden im Vordergrund. Hinweise darauf, dass sich unabhängig von der strukturellen Verortung des DM im Unternehmen, die Wahrnehmung des Unterstützungsauftrags des DM mit den disziplinarischen Aufgaben der Personalabteilung überkreuzen kann, finden sich in den Interviews mit den vom DM betreuten Mitarbeitenden. So sprechen diese etwa davon, dass sie im DM bevormundet wurden (Klinik Barmelweid), dass es im Prozess des DM zu wenig Transparenz gab (Migros Basel), oder dass Mitarbeitende des DM sich unter Druck gesetzt fühlten (PostMail). Allein bei der PostMail wurde versucht, ein strukturelles Gegengewicht zu der in diesen Aussagen zum Ausdruck kommenden Dominanz der Unternehmensperspektive im DM zu schaffen. Der Ablauf des DM wird bei der PostMail evaluiert, so dass hierdurch bereits Fälle, in denen der Verdacht besteht, dass Vorgesetzte in Stufengesprächen Mitarbeitende nicht bzw. nicht ausreichend betreuen oder unter Druck setzen, überprüft werden können. Das DM würde in einem solchen Fall bei dem/r Vor-

⁵⁶ Eine Handlungsorientierung wird als gültig für das untersuchte Unternehmen angenommen, wenn eines der Motive des DM aus der jeweiligen Motivgruppe dem Unternehmen zugeordnet werden kann.

gesetzten intervenieren und eine Klärung herbeiführen. Darüber hinaus besteht aber auch die Möglichkeit, dass Mitarbeitende die sich im Prozess des DM ungerecht behandelt sehen beim DM selbst, der Personalvertretung oder den Gewerkschaften Beschwerde einlegen können. Dadurch konnte bei PostMail gerade zu Beginn des DM entschieden gegen eine missbräuchliche Ausübung des DM, bei der erkrankte Mitarbeitende von Vorgesetzten unter Druck gesetzt wurden, vorgegangen werden.

Generell stand die Einführung des DM jedoch nicht nur vor dem Problem den Prozess des DM inhaltlich und strukturell zu organisieren und einzuführen, vielmehr mussten auch die Voraussetzungen für die Implementierung eines DM überhaupt erst geschaffen werden. Entscheidend für eine erfolgreiche Implementierung ist die Möglichkeit der Reaktion auf die Absenz von erkrankten und verunfallten Mitarbeitenden. Dies geschieht im Unternehmen in der Regel zunächst unmittelbar durch die Vorgesetzten. Aufgrund der Fülle von Aufgaben, die Vorgesetzte wahrzunehmen haben und auch um ein systematisches Vorgehen zu gewährleisten, haben die Unternehmen mit DM aber, in der Regel ein Reporting-System eingerichtet, das die Absenzen von Mitarbeitenden erfasst. Damit können diejenigen Mitarbeitenden identifiziert werden, die im Rahmen des DM unterstützt und begleitet werden können und sollen. Ziel dieses systematischen Ansatzes ist es, Stärken und Schwächen in der Mitarbeitendenführung bei den einzelnen Vorgesetzten derart auszugleichen, so dass alle Mitarbeitenden bei Krankheit oder Unfall gleichermassen Unterstützung von ihrem Unternehmen erhalten und dies nicht allein vom konkreten Vorgesetzten als Person abhängig ist.

Die im Rahmen des DM etablierten Reporting-Systeme sind in der Regel so aufgebaut, dass die Absenzen erfasst und ab einem bestimmten Umfang zunächst einmal eine erste Information und Abklärung über die unmittelbaren Vorgesetzten erfolgt. Treten dann längere Absenzen auf, wird das DM eingeschaltet und übernimmt bzw. ergänzt die Betreuung des Mitarbeitenden. Die Vorgesetzten bleiben meist weiterhin in die Fallbearbeitung involviert, so dass keine Delegation der Führungsverantwortung vom unmittelbaren Vorgesetzten an das DM erfolgen kann. Die Vorgesetzten resp. die Teamleitungen (BVB) gehören daher in allen untersuchten Unternehmen zu den zentralen internen Akteuren im DM.

DM ist in der Regel im HR-Bereich oder in HR-nahen Bereichen angesiedelt. Nur in Ausnahmefällen, wie etwa bei der Klinik Barmelweid, bei der das DM in die Sozialberatung für Patienten und Patientinnen integriert ist, oder wie bei Siemens, wo strukturell eine andere Lösung bevorzugt wird. Aufgrund der engen Verzahnung des DM mit dem Personalbereich kann es zu einer Überschneidung der advokatorischen Position des DM gegenüber den im DM betreuten Mitarbeitenden mit der disziplinarischen Funktion der Personalabteilung kommen.⁵⁷ Damit verändert sich der Charakter des DM, es kann von einem kundenbezogenen, advokatorischen und vermittelnden Prozess zur Unterstützung erkrankter und verunfallter Mitarbeitender zu einem Instrument der betrieblichen Interessenvertretung werden. Hierdurch könnte tendenziell auch seine Wirkung eingeschränkt werden, da im DM nicht mehr allein die Motivation und die gesundheitlichen Belange der Mitarbeitenden im Mittelpunkt stehen, sondern auch verstärkt betriebliche Interessen die Handlungen des DM beeinflussen.

⁵⁷ Letztlich ist jedoch auch dort wo eigentlich eine Trennung von Personalbereich und DM strukturell verankert ist, aufgrund von intermediären Strukturen oder persönlichen Beziehungen eine enge Kooperation zwischen den beiden Bereichen ebenfalls möglich, was die Gefahr der Vermischung unterschiedlicher Aufgaben und Zuständigkeiten mit sich bringen und sich negativ auf das DM auswirken kann.

Tabelle 7: Positionierung im Unternehmen und strukturelle Elemente des DM

Positionierung und strukturelle Elemente	Positionierung des DM in der Betriebsstruktur	systematische Erfassung der Absenzen und Auswertung		betriebliche Unterstützung von erkrankten/verunfallten Mitarbeitenden	
		vorher	nachher	vorher	nachher
Klinik Barmelweid	integriert in Sozialberatung	Nein	Nein	EF ⁵⁸ in SB ⁵⁹	DM
Migros Basel	HR Unterabteilung	Nein	Ja	SB	DM u. SB
PostFinance	HR Unterabteilung	Ja	Ja	SB	DM u. SB
PostMail	HR Unterabteilung	Ja	Ja	SB	DM u. SB
ISS Schweiz	HR Unterabteilung	Nein	Nein	Nein	DM
Basler Verkehrsbetriebe (BVB)	integriert in HR	Ja ⁶⁰	Ja ⁶¹	externe SB	DM und externe SB
Siemens	integriert in Sozialberatung	Nein	Nein	SB	SB (DM)
Implenia	HR Unterabteilung	Ja	Ja	Nein	DM

5.1.3 Ressourcenausstattung

Das DM in den untersuchten Unternehmen ist sehr unterschiedlich mit Ressourcen ausgestattet. Im Vordergrund stehen die personellen Ressourcen, finanzielle Mittel, die eigenverantwortlich eingesetzt werden können für Aufgaben des DM, stehen diesem nicht oder nur sehr eingeschränkt zur Verfügung. In der Fachliteratur wird davon ausgegangen, dass für die Durchführung des DM ein angemessenes Betreuungsverhältnis bestehen sollte, darüber wie dieses aussehen soll, gibt es jedoch kaum Angaben. Basierend auf Erfahrungen in der Einführung und Umsetzung von Projekten zu DM in der Schweiz wird angegeben, dass ein ideales Verhältnis von Personal des DM und Mitarbeitenden bei ca. 1/1'000 liegen sollte, wenn eine intensive Betreuung und Begleitung von Mitarbeitenden im DM stattfindet (vgl. Schmidt/Kessler 2006, Stadt Zürich 2006). In der nachfolgenden Tabelle werden die Mitarbeitendenzahlen für die untersuchten Unternehmen und Teilbetriebe für die im DM beschäftigten Personen angegeben und es wird ermittelt, wie hoch rechnerisch die Zahl der Mitarbeitenden pro Unternehmen ist, die von einer Mitarbeiterin resp. einem Mitarbeiter des DM im Stellenumfang von 100% betreut werden (FTE).⁶² Je höher die ermittelten Werte über der als Idealzahl angenommenen Mitarbeitendenzahl von 1'000 liegen, desto weiter entfernt ist die Ressourcenausstattung des DM in dem jeweiligen Unternehmen von dem von Schmidt und Kessler eingebrachten Orientierungswert.

⁵⁸ EF bedeutet, dass es zwar keine systematische Unterstützung für erkrankte und verunfallte Beschäftigte gab, dass in Einzelfällen (EF) aber eine intensive Fallbetreuung stattfand, die nicht ausschliesslich von den unmittelbaren Vorgesetzten im Rahmen einer direkten Personalverantwortung und persönlichem Engagement durchgeführt wurde, sondern in der besondere Massnahmen erfolgten, die von der üblichen administrativen Betreuungstätigkeit im Personalbereich abweichen. Bei der Klinik Barmelweid erfolgte die Unterstützung der Mitarbeitenden etwa in der Sozialberatung, die ein Dienstleistungsangebot für die Patienten und Patientinnen der Klinik darstellt.

⁵⁹ SB = Sozialberatung

⁶⁰ Die Erfassung der Absenzen erfolgt über ein limitiertes Zeiterfassungssystem, das einen erhöhten Aufwand erfordert, um die für das DM relevanten Daten zu generieren. Die Einführung eines neuen Zeiterfassungssystem ist geplant.

⁶¹ Vgl. die vorangehende Fussnote.

⁶² Full Time Equivalens (FTE)

Als zweiter Indikator wird die Zahl der Langzeitfälle pro DM-Vollzeitstelle herangezogen, diese sollten im Rahmen eines angemessenen DM mit einer intensiven, systemischen Betreuung und Begleitung zwischen 25–35 Fällen pro Jahr liegen (vgl. Schmidt/Kessler 2006). Der Indikator wurde bezogen auf das Jahr 2006 für die Unternehmen berechnet, für die genaue Angaben über die Fallzahlen vorlagen.

Tabelle 8: Ressourcenausstattung der Unternehmen mit DM⁶³

Ressourcen	Mitarbeitende	Personal des DM/FTE ⁶⁴	betreute Mitarbeitende pro Vollzeitstelle DM	Fallzahlen in 2006	Fallzahlen pro FTE
Klinik Barmelweid	250	0.2	1'250	25	125
Migros Basel	3'800	1.5	2'533	163	109
PostFinance	3'000	2	1'500	k.A.	k.A.
PostMail	16'000	14 ⁶⁵	1'143	940/210 ⁶⁶	67/15 ⁶⁷
ISS Schweiz	9'000	3	3'000	k.A.	k.A.
Basler Verkehrsbetriebe (BVB)	1'000	0.2 ⁶⁸	n. b. ⁶⁹	53	k.A. ⁷⁰
Siemens (Zentralschweiz)	2'500	0.58 ⁷¹	4'310	k.A.	k.A.
Implenia	4'800	2	2'400	k.A.	k.A.
Gesamt	40'350 ⁷²	23.48	1'717		

Das Verhältnis der Mitarbeitendenzahl zu den im DM verfügbaren Personalressourcen zeigt, dass die Zahl der im DM betreuten Mitarbeitenden pro Vollzeitstelle unterschiedlich hoch ist und von

⁶³ Die Tabelle ist nicht vollständig, da bestimmte Faktoren entweder nicht bekannt waren oder weil keine Angaben hierüber vorlagen.

⁶⁴ Die Personalangaben beziehen sich nur auf das Personal des DM das unmittelbar in der Durchführung des DM tätig ist, also nicht auf eher administratives Personal im Bereich des DM. Auch Auszubildende werden nicht als Betreuungspersonal des DM mit einbezogen.

⁶⁵ Im DM der PostMail werden insgesamt 20 Personen beschäftigt, 14 davon sind unmittelbar im Gesundheitsmanagement tätig, 6 Personen haben eine Assistierendenfunktion. Da in den anderen Unternehmen das DM in administrativen Belangen ebenfalls unterstützt wird durch das HR-Personal, ohne dass dies besonders ausgewiesen wird als Teilbereich des DM, wurde hier zur Berechnung der Indikatoren nur die Zahl der unmittelbar in der Beratung und Betreuung tätigen Mitarbeitenden des DM verwendet.

⁶⁶ 940 ist die Gesamtzahl der im DM betreuten Beschäftigten; 210 ist die Zahl der Langzeitfälle. Für die quantitative Erhebung wurden nur die Langzeitfälle berücksichtigt.

⁶⁷ Die Prozentangaben entsprechen den jeweiligen Anteilen an der Beschäftigtenzahl, hier bezogen auf die Gesamtzahl der im DM betreuten Mitarbeitenden und auf die Langzeitfälle.

⁶⁸ Bei BVB wurde angegeben, dass die -Leitung des DM ca. 20 Stellenprozente für das DM verwendet. Für die Mitarbeitenden des DM richtet sich der Stellenanteil des DM je nach Zahl und Umfang der Fallbetreuung, genaue Angaben hierüber bestehen nicht. In der vorliegenden Berechnung wurde daher nur der Stellenumfang der Leitung des DM aufgenommen.

⁶⁹ Zu den weiteren Betreuungspersonen des DM liegen keine weiteren Angaben vor, das Betreuungsverhältnis kann daher nicht ermittelt werden.

⁷⁰ Der Indikator wurde hier nicht berechnet, weil die Angaben über den Beschäftigungsumfang von BVB im DM unvollständig sind.

⁷¹ Der Angabe liegt der Anteil des Arbeitsumfangs für das DM bei Siemens Zentralschweiz zugrunde.

⁷² Die Angaben hier unterscheiden sich von denjenigen der quantitativen Erhebung, da Siemens hier mit berücksichtigt wurde, aber in der standardisierten Befragung nicht vertreten ist.

1'143 bis 4'310 reicht. Im Durchschnitt ist also eine Mitarbeiterin resp. ein Mitarbeiter des DM (100%) für die Betreuung von 1'717 Beschäftigten zuständig. Bei den Unternehmen, für die die genauen Fallzahlen für das Referenzjahr 2006 vorliegen, liegt die Zahl der zu betreuenden Mitarbeitenden im DM pro Vollzeitstelle bei 125 (Klinik Barmelweid), 109 (Migros Basel) und 67/15 (Post-Mail). Sie liegt damit über der als Idealzahl angenommenen Zahl (25-35) von im DM betreuten Mitarbeitern.

5.2 Durchführung des Disability Managements

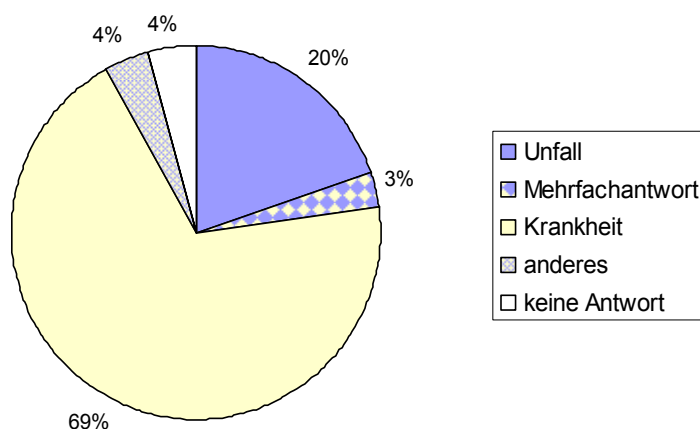
In der Mehrzahl der Unternehmen ist das DM für alle Mitarbeitenden zuständig, nur vereinzelt, werden bestimmte Mitarbeitende bzw. Mitarbeitendengruppen explizit vom internen DM ausgeschlossen. Dies geschieht beispielsweise im DM der Klinik Barmelweid, hier werden unter anderem die leitenden Mitarbeitenden bei Krankheit oder Unfall nicht vom internen DM sondern durch das DM des Krankentaggeldversicherers betreut.

Die vom DM betreuten Mitarbeitenden wurden bereits in der Darstellung der Stichprobe (vgl. Kapitel 3.3) anhand allgemeiner Kriterien wie Geschlecht und Bildung beschrieben. Nachfolgend werden zunächst die spezifischen Merkmale herausgearbeitet, die die Mitarbeitenden als eine für das DM relevante Zielgruppe charakterisieren. Dabei geht es vor allem um die Frage nach den Ursachen der Arbeitseinschränkung. Daran anschliessend folgt die Analyse des Prozesses der Fallbearbeitung und die Rolle der Sozialversicherungsträger und Hausärzten/Hausärztinnen für das DM.

5.2.1 Ursache der Arbeitseinschränkung

Auf die Ursache ihres Arbeitsausfalls hin befragt, gaben 69% der 198 befragten Personen an, krank geworden zu sein, 20% erlitten einen Unfall. 4% der Befragten gaben andere Gründe an, darunter insbesondere Mobbing, aber auch Probleme mit dem Vorgesetzten, Schwangerschaft oder die Folgen eines Überfalls. 4% haben die Frage gar nicht und weitere 3% nicht eindeutig beantwortet (vgl. Abbildung 11).

Abbildung 11: Ursache der Arbeitseinschränkung

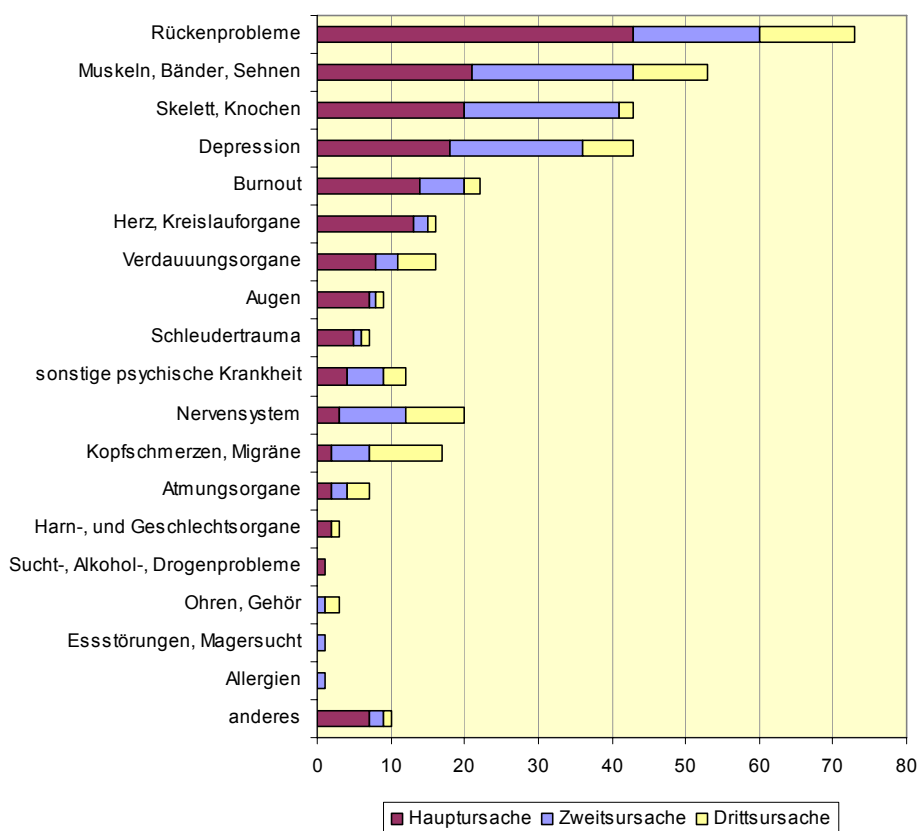


Die Mehrheit der Arbeitsausfälle bei den vom DM betreuten Mitarbeitenden erfolgte also krankheitsbedingt. Es interessiert hier vor allem, welche Krankheit und unfallbedingten Beschwerden als Hauptursachen auftreten. Die Mitarbeitenden der beteiligten Firmen wurden daher auf die Hauptursachen ihres Arbeitsausfalls hin befragt. Sie wurden aufgefordert, die wichtigste, die zweitwichtigste

und die dritt wichtigste Ursache für ihre Arbeitseinschränkung zu nennen, wobei ihnen eine Liste von 20 möglichen Antworten vorgegeben wurde. 171 der 198 Teilnehmenden haben diese Frage beantwortet, wobei nur 117 Personen eine Zweit- und nur 70 eine Drittsache angegeben haben.

Weitaus am häufigsten wurden Rückenprobleme aber auch Probleme mit Muskeln, Bändern, Sehnen oder Skelett und Knochen als zentrale Ursachen des eigenen Arbeitsausfalls angegeben, wobei diese Nennungen oft auch in Verbindung miteinander standen. Ebenfalls sehr häufig wurden Depression, Burnout und damit verbunden Nervenprobleme genannt. Andere Beschwerden wurden weitaus seltener als Ursachen erwähnt (vgl. Abbildung 12). Zu berücksichtigen ist hierbei allerdings, dass die gewählte Typologie keine Erfassung des Schweregrads zuließ und etwa für die Klassifikation von chronischer Verstopfung und Magenkrebs keine unterschiedlichen Kategorien zur Verfügung standen.

Abbildung 12: Hauptursachen für Arbeitseinschränkung⁷³



Versucht man die als Hauptursache genannten Symptome zu gruppieren, so zeigt sich, dass in erster Linie Erkrankungen des Bewegungsapparates (Rücken, Skelett, Knochen, Muskeln, Bänder Sehnen, Schleudertrauma) für die Arbeitsausfälle verantwortlich sind. Werden die unfallbedingten Arbeitsausfälle von den krankheitsbedingten Arbeitsausfällen gesondert betrachtet, zeigt sich ein differenzierteres Bild. Jene 20%, die aufgrund eines Unfalls nicht mehr arbeitsfähig waren, geben überwiegend Belastungen des Bewegungsapparates als Hauptursache ihrer Arbeitsunfähigkeit an (vgl. Abbildung 13).

⁷³ N zwischen 70 und 171

Abbildung 13: Unfall als Hauptursache⁷⁴

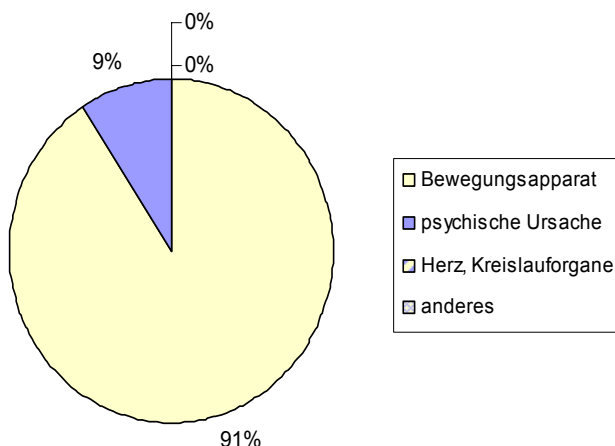
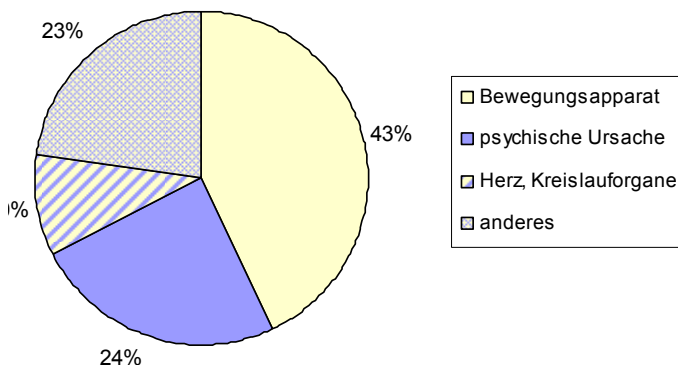


Abbildung 14: Krankheit als Hauptursache⁷⁵



Jene 69% der Befragten, die eine Erkrankung als Hauptursache für ihren Arbeitsausfall anführen, geben ebenfalls fast zur Hälfte eine Erkrankung des Bewegungsapparates als Hauptursache an. Der Grund dafür ist vermutlich in einer starken oder einseitigen körperlichen Belastung zu finden. Mehrfach wurden hier aber auch Multiple Sklerose oder ähnliche Krankheiten genannt. In der Gruppe der Erkrankten ist rund ein Viertel der Arbeitsausfälle psychisch bedingt (vgl. Abbildung 14).⁷⁶

Bei den Unterschieden in Bezug auf die Hauptursache der Arbeitseinschränkung gibt es zwischen den Betrieben statistisch hoch signifikante Unterschiede (Chi-Quadrat = 143.5, $p < 0.001$). Rückenprobleme sind gesamthaft bei den Mitarbeitenden der Implenia, der Klinik Barmelweid und der PostFinance die häufigste Ursache für Arbeitseinschränkungen. Burnout tritt als häufigste Ursache bei den Mitarbeitenden der PostFinance und der ISS AG auf (vgl. Tabelle 9 und Abbildung 15).⁷⁷

⁷⁴ N = 33
⁷⁵ N = 133

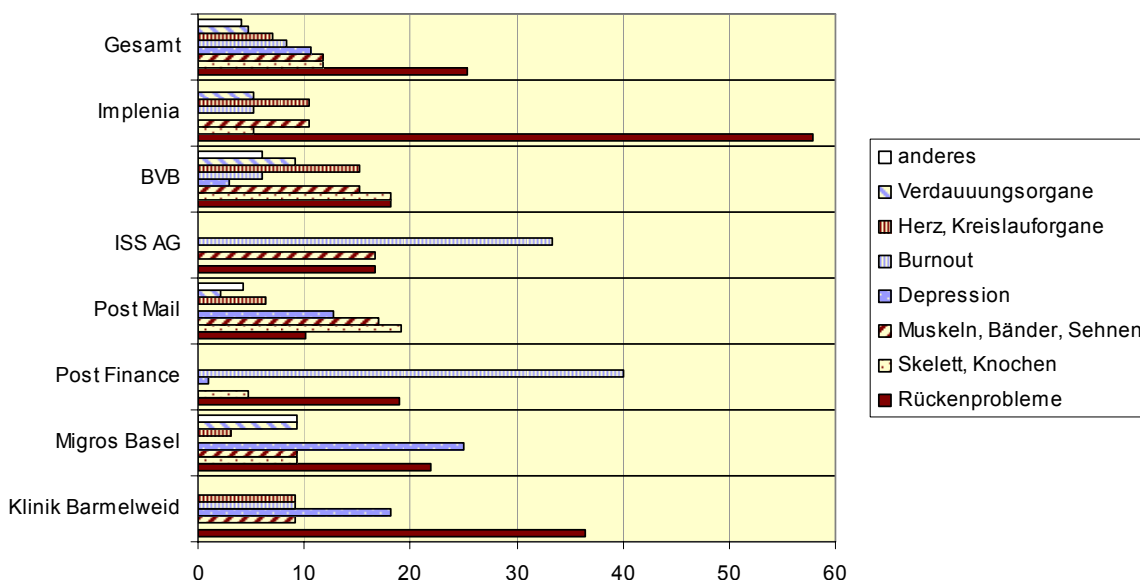
⁷⁶ Die Zunahme von nicht genau spezifizierbaren Krankheiten, insbesondere von psychischen Störungen, wird als eine besondere Herausforderung für die Krankheits- und Invaliditätspolitik angesehen. Bei den Invaliditätsursachen liegt die Prävalenz von psychischen Störungen in der Schweiz bei 18% (OECD 2006: 15).

⁷⁷ Die OECD-Studie von 2006 gibt an, dass starke Veränderungen im Arbeitsumfeld vermutlich auch zum Auftreten neuer gesundheitsschädigender Einflüsse, wie beispielsweise zunehmender Stress, Burnout-Syndrom, Mobbing und Belästigungen am Arbeitsplatz geführt haben. In einer Studie von 2003 hat sich für die Schweiz gezeigt, dass 27% der Beschäf-

Tabelle 9: Hauptursache der Arbeitseinschränkung nach Betrieben⁷⁸

	Rückenprobleme	Skelett, Knochen	Muskeln, Bänder, Sehnen	Depression	Burnout	Herz, Kreislauforgane
Klinik Barmelweid	36.4	0.0	9.1	18.2	9.1	9.1
Migros Basel	21.9	9.4	9.4	25.0	0.0	3.1
PostFinance	19.0	4.8	0.0	1.0	40.0	0.0
PostMail	10.2	19.1	17.0	12.8	0.0	6.4
ISS AG	16.7	0.0	16.7	0.0	33.3	0.0
BVB	18.2	18.2	15.2	3.0	6.1	15.2
Implenia	57.9	5.3	10.5	0.0	5.3	10.5
Gesamt	25.4	11.8	11.8	10.7	8.3	7.1

Abbildung 15: Hauptursache der Arbeitseinschränkung nach Betrieben⁷⁹



Die je nach Betrieb unterschiedliche Häufung der von den Mitarbeitenden als Hauptursache angegebenen Krankheitsbilder lässt sich vor allem mit den nach Branche sehr unterschiedlichen Arbeitsanforderungen und damit einhergehenden unterschiedlichen Belastungssituationen erklären. Selbstauffassung und Selbstpositionierung der erkrankten bzw. verunfallten Mitarbeitenden sind in diesem Zusammenhang ebenfalls von Bedeutung, da sich hier Hinweise über die Motivation zur Bewälti-

tigten von Stress bei der Arbeit betroffen sind. Die hierdurch verursachten Gesamtkosten (medizinische Kosten und Kosten der Arbeitsabsenz) werden auf 1.2% des BIP angegeben (OECD 2006: 22). Darüber hinaus belegen Studien aus europäischen Ländern eine Zunahme von Gewalt und Belästigung am Arbeitsplatz ab der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre (OECD 2006: 23).

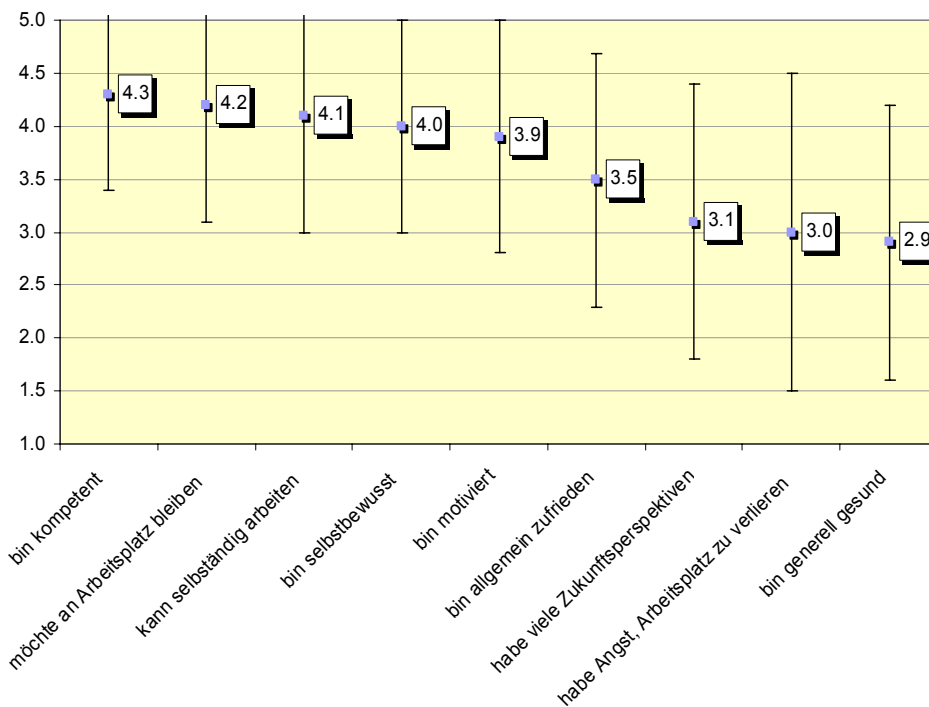
⁷⁸ Angaben in %.

⁷⁹ Angaben in %. Wo die Unterschiede nach Betrieben statistisch nicht signifikant sind, ist ein Vergleich der Resultate der einzelnen Betriebe nicht zulässig. Dies gilt für alle folgenden Abbildungen. Zu den Limitationen der quantitativen Resultate vgl. auch Kapitel 3.3.

gung von schwierigen Lebenssituationen finden lassen. Hierzu wurden die Befragten aufgefordert, ihre Zustimmung zu verschiedenen Selbstpositionierungen, die im Zusammenhang mit dem DM als relevant erachtet werden, auf einer fünfstufigen Skala⁸⁰ anzugeben. Es handelte sich um folgende Aussagen: „Ich bin allgemein zufrieden“, „Ich bin generell gesund“, „Ich bin selbstbewusst“, „Ich habe viele Zukunftsperspektiven“, „In meiner Arbeit bin ich motiviert“, „In meiner Arbeit bin ich kompetent“, „An meinem Arbeitsplatz kann ich selbständig arbeiten“, „Ich habe Angst, meinen Arbeitsplatz zu verlieren“, „Ich möchte an meinem jetzigen Arbeitsplatz bleiben“. Die Werte wurden zu einem additiven Index zusammengeführt, der von 8 bis 40 rangiert.

Ein Mittelwertvergleich der Zustimmung mit Angabe der Standardabweichung zeigt, dass die vom DM betreuten Mitarbeitenden motiviert sind und an ihrem Arbeitsplatz weiterarbeiten möchten. Der hohe gesellschaftliche Integrationsfaktor der Arbeit zeigt seine Wirkung auch auf die befragte Population der Erkrankten und Verunfallten. Sie wollen im Arbeitsprozess verbleiben, auch wenn sie ihre Gesundheit als schlecht bewerten und entsprechend Mühe haben, die in der Arbeit gestellten Anforderungen zu erfüllen (Vgl. Abbildung 16).⁸¹

Abbildung 16: Zustimmung zu Selbstaussagen und Selbstpositionierungen⁸²



⁸⁰ Antwortskala mit den Werten 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = sowohl als auch, 4 = trifft eher zu, 5 = stimmt absolut.

⁸¹ Der Wunsch von Personen mit Leistungsminderung- oder Leistungsbeeinträchtigung, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, ist ein empirisch bereits erhärteter Befund. So zeigt sich die Motivation von gesundheitlich beeinträchtigten Personen, einer Erwerbsarbeit nachzugehen etwa in der Arbeitslosenstatistik der EU. Hier wird ein Anteil an Nichterwerbstätigen mit dauerhafter Behinderung, die gerne eine Arbeitsstelle annehmen würden, zwischen 16 bis 18% angegeben (OECD 2006: 8).

⁸² N = zw. 157 und 172

5.2.2 Prozess der Fallbearbeitung

In den untersuchten Unternehmen erfolgt die Durchführung des Handlungsansatzes DM auf unterschiedliche Weise. Die jeweiligen Handlungsansätze sind jedoch überwiegend am CM orientiert. Explizit wird das CM bei Siemens, ISS und PostFinance als Arbeitsprinzip im DM angegeben. Im Einzelnen lassen sich jedoch Unterschiede bei der Anwendung und Durchführung erkennen. So wird das CM bei Siemens als Methode angewendet, bei ISS war dies jedoch bislang aufgrund der geringen personellen Ressourcen und der hohen Fallzahlen nur sehr eingeschränkt möglich. Bei PostFinance wurde CM als zentraler Handlungsansatz für das DM implementiert. Die Untersuchungen zu den anderen Unternehmen haben jedoch gezeigt, dass die strukturierenden Elemente des CM hier ebenfalls zur Fallbearbeitung eingesetzt werden.

Im Rahmen des *Intake* wird zunächst geprüft, wer in das DM aufgenommen wird. Bei den untersuchten Unternehmen ist diese Stufe weitgehend systematisiert und wird in der Regel über die Dauer der Absenzen gesteuert. Hierzu haben die Unternehmen in der Regel zunächst einmal auf Absenzen basierende abstrakte Kriterien festgelegt, wie beispielsweise das Kriterium „länger als zwei Monate absent“ (ISS) oder „länger als vier Wochen absent“ (PostMail). Allerdings sind davon abweichend auch Aufnahmen ins DM, die auf anderen Kriterien basieren, etwa die Kontaktaufnahme durch eine/n Mitarbeiter/in, möglich. Ist diese Voraussetzung erfüllt, wird der erkrankte Mitarbeiter resp. die Mitarbeiterin als Fall genauer *betrachtet und beurteilt*. Handelt es sich bei dem Unfall oder der Erkrankung um einen in der Sachlage begründeten und zeitlich absehbar begrenzten Ausfall, erfolgt in der Regel keine Aufnahme ins DM. Die Person verbleibt dann in der Regel in der Betreuung durch seine/n Vorgesetzte/n. Handelt es sich jedoch um einen komplexeren Fall, beispielsweise mit einer unklaren medizinischen Diagnose, verbunden mit vielfältigen sozialen Problemlagen (etwa familiäre Probleme, Sucht, Verschuldung), so wird dieser je nach Konzept entweder vom DM übernommen oder das DM wird zur weiteren Fallbearbeitung mit hinzu gezogen. Die Entscheidung darüber, wer ins DM aufgenommen wird, erfolgt durch das DM. Nach der im *Intake* getroffenen Entscheidung über eine Aufnahme findet auf der nächsten Stufe eine differenzierte Beurteilung des Falles statt (*Assessment*). Daraufhin werden konkrete Massnahmen besprochen und Ziele vereinbart (*Planning*). Hierüber wird ein Protokoll angefertigt und eine Vereinbarung über die Zielerreichung getroffen. Im Rahmen des *Monitoring* wird dann die Durchführung und Erreichung der vereinbarten Ziele überprüft. Nach Abschluss des Falls werden Ablauf und Umsetzung *evaluiert*, um den Erfolg des DM zu ermitteln. In der nachfolgenden Tabelle (vgl. Tabelle 10) werden die Prozesse der Fallbearbeitung und ihre Systematik hinsichtlich verschiedener Kriterien miteinander verglichen.

In der Fachliteratur werden die frühzeitige Kontaktaufnahme und der anhaltende Kontakt mit dem erkrankten bzw. verunfallten Mitarbeiter als wichtige Faktoren für eine erfolgreiche Fallentwicklung angegeben. Hierdurch kann bereits eine erhebliche Absenzenreduktion, die bei mindestens 30% liegt, erreicht werden (vgl. Harder/Scott 2005: 3).

Tabelle 10: Kriterien der Fallbearbeitung im DM

Kriterien	Auslöser Prozess DM	Wer wird vom DM betreut?	Einbeziehung des DM nach x Tagen	Strukturierung des Ablaufs des DM	Massnahmen und Aktivitäten
Klinik Barmelweid	<ul style="list-style-type: none"> Vorgesetzte/r Mitarbeitende 	<ul style="list-style-type: none"> Kurzzeitabsenzen Langzeitfälle (internes DM) Kadermitarbeitende (externes DM) „schwierige Mitarbeitende“ (externes DM) 	<ul style="list-style-type: none"> 4 Wochen Absenz (Langzeitfälle) 	<ul style="list-style-type: none"> Fallgespräch Handlungsansatz CM 	<ul style="list-style-type: none"> Fallbeurteilung Wiedereingliederungsplanung und –umsetzung Anpassung von Arbeitszeit und Arbeitsbelastung an die gesundheitsbedingten Erfordernisse
Migros Basel	<ul style="list-style-type: none"> Vorgesetzte Mitarbeitende möglich 	<ul style="list-style-type: none"> alle Mitarbeitenden 	<ul style="list-style-type: none"> Kontakt Vorgesetzter bei 3 Absenzen in 6 Monaten oder 15 Tagen Absenz in diesem Zeitraum bei längeren Absenzen Gespräch gemeinsam mit Vorgesetzten, DM und Mitarbeitenden 	<ul style="list-style-type: none"> Stufengespräche Handlungsansatz orientiert am CM Regelkreis 	<ul style="list-style-type: none"> Vernetzung als zentrales Prinzip Kommunikation Wiedereingliederungsplanung und –umsetzung Anpassung von Arbeitszeit und Arbeitsbelastung an die gesundheitsbedingten Erfordernisse
PostFinance	<ul style="list-style-type: none"> Vorgesetzte/r Mitarbeitende 	<ul style="list-style-type: none"> alle Mitarbeitenden 	<ul style="list-style-type: none"> Langzeitabsenzen ab 4 Wochen DM ab 20 Tagen Absenz am Stück 	<ul style="list-style-type: none"> Stufengespräche (3 Stufen, DM ab 2. Stufe) Handlungsansatz CM 	<ul style="list-style-type: none"> individuelle Gestaltung Fallablauf Wiedereingliederungsplanung und –umsetzung Anpassung von Arbeitszeit und Arbeitsbelastung an die gesundheitsbedingten Erfordernisse
PostMail	<ul style="list-style-type: none"> Vorgesetzte/r 	<ul style="list-style-type: none"> alle Mitarbeitenden 	<ul style="list-style-type: none"> 28 Tage (Langzeitfälle) mehr als drei Absenzen in zwei Jahren kurze Anstellungsdauer und Absenz (Auszubildende, Neuanstellungen) Reaktion auf Auffälligkeiten bei Mitarbeitenden 	<ul style="list-style-type: none"> Stufengespräche (3 Stufen, DM ab 2. Stufe) Handlungsansatz orientiert am CM Regelkreis 	<ul style="list-style-type: none"> Arbeitspsychologisches Belastungsprofil ärztliche Gutachten Strategieentscheid (3. Stufe) Kooperation der Mitarbeitenden hat besondere Bedeutung Wiedereingliederungsplanung und –umsetzung Anpassung von Arbeitszeit und Arbeitsbelastung an die gesundheitsbedingten Erfordernisse
ISS Schweiz	<ul style="list-style-type: none"> Vorgesetzte 	<ul style="list-style-type: none"> alle Mitarbeitenden 	<ul style="list-style-type: none"> 30 Tage 	<ul style="list-style-type: none"> Fallgespräch Handlungsansatz orientiert am CM Regelkreis 	<ul style="list-style-type: none"> Kurzzeitfälle: Unterstützung der Vorgesetzten Langzeitfälle: Betreuung durch das DM

Kriterien	Auslöser Prozess DM	Wer wird vom DM betreut?	Einbeziehung des DM nach x Tagen	Strukturierung des Ablaufs des DM	Massnahmen und Aktivitäten
Basler Verkehrsbetriebe (BVB)	<ul style="list-style-type: none"> Vorgesetzte 	<ul style="list-style-type: none"> alle Mitarbeitenden bei Problemen mit Vorgesetzten: Sozialberatung 	<ul style="list-style-type: none"> 90 Tage 	<ul style="list-style-type: none"> Stufengespräche (5 Stufen, Beginn des DM 4. Stufe – Intake) Fallbesprechung mit Teamleitung und Mitarbeiter/in Handlungsansatz orientiert am CM Regelkreis 	<ul style="list-style-type: none"> Wiedereingliederungsplanung und -umsetzung alternative Arbeitsplätze Gesundheitsabklärung Anpassung von Arbeitszeit und Arbeitsbelastung an die gesundheitsbedingten Erfordernisse
Siemens	<ul style="list-style-type: none"> HR Mitarbeiter/in Vorgesetzte 	<ul style="list-style-type: none"> alle Mitarbeitenden 	<ul style="list-style-type: none"> 60 Tage 	<ul style="list-style-type: none"> Vorbesprechung mit HR und/oder Vorgesetztem/r Handlungsansatz CM 	<ul style="list-style-type: none"> bei fallübergreifender Problematik: besondere Initiativen z.B. Rückenschulung, ergonomische Arbeitsplatzabklärungen Anpassung von Arbeitszeit und Arbeitsbelastung an die gesundheitsbedingten Erfordernisse Wiedereingliederungsplanung und -umsetzung
Implenia	<ul style="list-style-type: none"> Vorgesetzte 	<ul style="list-style-type: none"> alle Mitarbeitenden aber: nicht Mitarbeitende bei denen die Reintegrationsschancen als negativ beurteilt werden 	<ul style="list-style-type: none"> externes DM ab 30 Tagen externes DM in der Romandie: ab 7 Tagen 	<ul style="list-style-type: none"> Stufengespräche (6 Stufen) Vermittlung und Vernetzung bei Langzeitfällen Fallbearbeitung durch externes DM Kontrolle der Abläufe Kontinuierlicher Kontakt zum Mitarbeiter/in durch DM 	<ul style="list-style-type: none"> Wiedereingliederungsplanung in Zusammenarbeit mit dem externen DM und Umsetzung Wiedereingliederung nur dort wo eine „realistische“ Option besteht bei Verdacht auf Missbrauch wird bereits am ersten Tag der Absenz informiert bezüglich Kontaktaufnahme durch externen Anbieter von DM Anpassung von Arbeitszeit und Arbeitsbelastung an die gesundheitsbedingten Erfordernisse (nur bedingt und zeitlich eng begrenzt möglich)

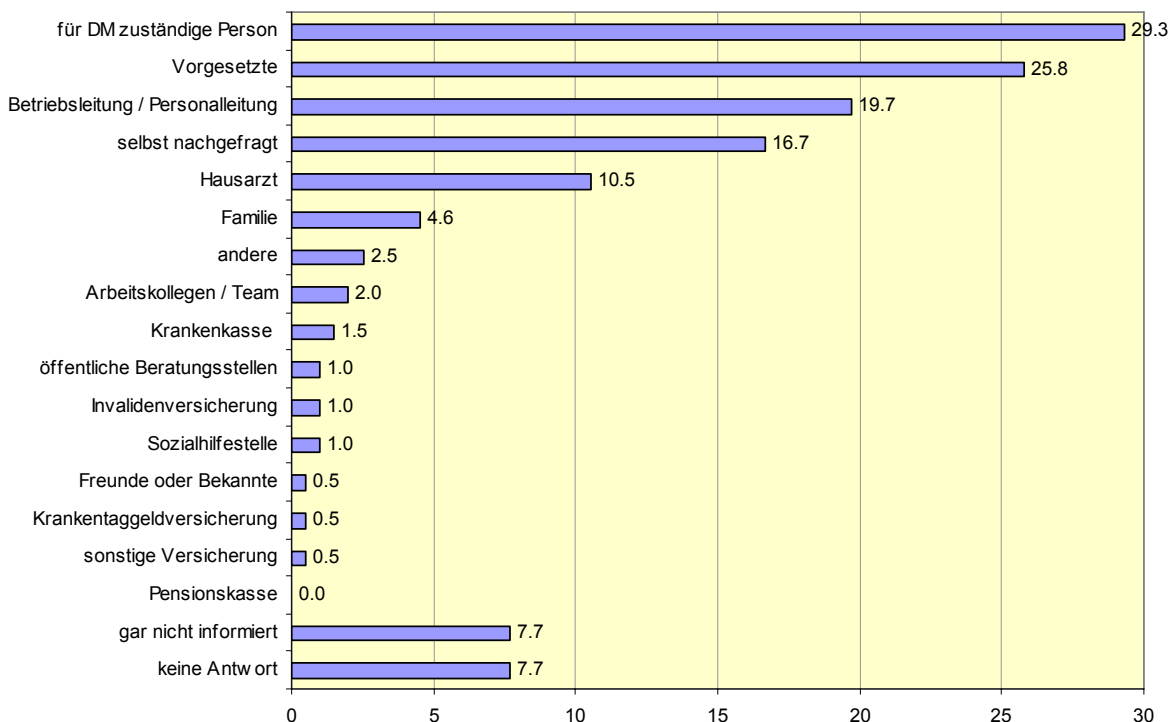
Ausgestaltung und Massnahmen des Disability Managements

Die angebotenen Massnahmen und der konkrete Verlauf des DM in den beteiligten Betrieben ist zur Erforschung des Angebotsspektrums auch im Rahmen der quantitativen Umfrage erfasst worden.

Auf die Frage, wer in ihrem Fall das betriebliche DM ins Spiel gebracht habe, antwortete die grösste Zahl von Befragten (29.3%), die Initiative sei von der für das DM zuständigen Person ihres Betriebes ausgegangen, diese sei auf sie zugekommen. 25.8% sagen, der Vorgesetzte habe das DM ins Spiel gebracht (vgl. Abbildung 17). Immerhin geben 16.7% (33 Personen) an, sie hätten selbst nach einer

Betreuung im Rahmen des betrieblichen DM nachgefragt. Auch der Hausarzt wird relativ oft als Initiator erwähnt.⁸³ Ganze 7.7% der Befragten geben an, gar nicht informiert gewesen zu sein.⁸⁴ Zwischen dem Weg, über welchen die Mitarbeitenden von dem DM erfahren haben, und der Betriebszugehörigkeit besteht kein statistischer Zusammenhang.

Abbildung 17: Wer hat Disability Management ins Spiel gebracht?⁸⁵



Die Personen, dieangaben von ihrem Betrieb Unterstützung erhalten zu haben, haben auf die Frage, welche Massnahmen ihnen im Rahmen des betrieblichen DM zuteil geworden sind an erster Stelle das Beratungsgespräch (60%) gefolgt von schriftlicher oder mündlicher Information (58%) genannt. Andere spezifische Hilfestellungen werden offenbar weit seltener angeboten, insbesondere das Mittel der Umschulung der erkrankten oder verunfallten Mitarbeitenden wird selten (in 15% der Fälle) eingebracht und angewendet (vgl. Abbildung 18). Das betriebliche DM tritt offenbar weit konsequenter als innerbetriebliche Beratungsstelle auf, als dass es analog zum „broker model“ (vgl. Wendt 2001: 16) als Drehscheibe zur Vermittlung externer Hilfsangebote in Erscheinung tritt. Es entspricht daher eher dem „rehabilitation model“ (ebd.), bei der die Unterstützung zur Eingliederung und Rehabilitation im Mittelpunkt steht.

Die einzelnen Firmen bieten ihren erkrankten oder verunfallten Mitarbeitenden Umschulungen an, allerdings in einem sehr unterschiedlichen Ausmass. Bei der PostMail wurde eine Umschulung in 40% der Fälle durchgeführt, bei der PostFinance in 30%, der BVB in 19%, der Implenla in 14%, der Klinik Barmelweid in 11%, der Migros Basel nur in 8% der Fälle. Die ISS AG bot den befragten Mit-

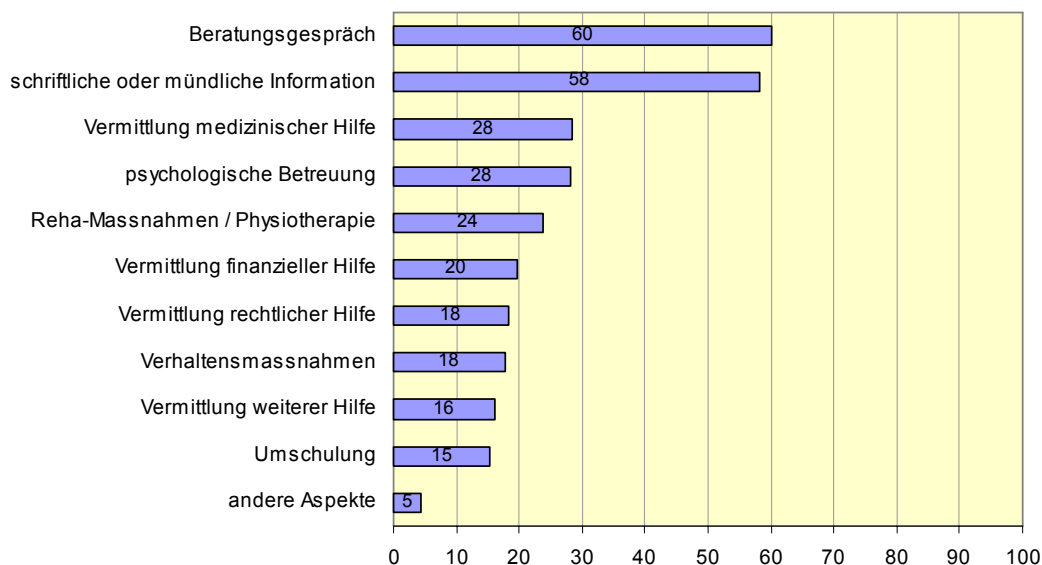
⁸³ Zur Bedeutung des Hausarztes resp. der Hausärztin siehe Kapitel 5.3.4 Beurteilung der erhaltenen Unterstützung.

⁸⁴ Für eine mögliche Begründung der Angaben „ich war nicht informiert“ und „ich wurde nicht betreut“ vgl. Kapitel 5.3.4 Beurteilung der erhaltenen Unterstützung.

⁸⁵ Angaben in %, Mehrfachantworten möglich.

arbeitenden keine Umschulungen an. Dieser Unterschied, mit dem die beteiligten Firmen das Instrument der Umschulung anwenden, ist statistisch signifikant (Chi-Quadrat = 13.3; $p < 0.05$).

Abbildung 18: Im DM erhaltene Massnahmen⁸⁶



5.2.3 Rolle der Sozialversicherungsträger und Hausärzte/Hausärztinnen

⁸⁷

Für den Erfolg des DM ist die Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern von grosser Bedeutung. Das DM unterstützt nicht nur die von ihm betreuten Mitarbeitenden im Kontakt mit den Sozialversicherungsträgern. Gemeinsam mit den Sozialversicherungsträgern werden auch Möglichkeiten der Förderung und Unterstützung der erkrankten Beschäftigten diskutiert und umgesetzt, um die Reintegration in den Erwerbsprozess zu fördern.⁸⁸ Die von den Sozialversicherungsträgern gewährten Leistungen werden im Prozess des DM aktiv für den Reintegrationsprozess genutzt und eingesetzt. Das DM in den Unternehmen stellt daher einen spezifischen Typus des DM/CM dar, der als „*rehabilitation model*“ (Wendt 2001: 16) bezeichnet wird. Es handelt sich hierbei um die „arrangierte Unterstützung zur Eingliederung und Rehabilitation von in ihrer Funktionsfähigkeit beeinträchtigten Menschen“ (ebd.). Die zur Fallbearbeitung erforderlichen Leistungen werden dabei sowohl vom DM selbst als auch von Dritten erbracht. Vor allem im Bereich der Leistungsfinanzierung bzw. Leistungsgewährung für erkrankte und verunfallte Mitarbeitende ist die Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern für die untersuchten Unternehmen, insbesondere aus der Sicht der Personal-/Unternehmensleitung und der Leitung des DM, von besonderer Bedeutung. Von den untersuchten Unternehmen wurden aber auch Defizite in der Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern benannt.

Während die Zusammenarbeit mit KTV, SUVA und PK von den Unternehmen (Personal-/Unternehmensleitung und Durchführung des DM) weitgehend positiv beurteilt werden, so scheint die Zusammenarbeit mit der IV in der Tendenz eher etwas schwächer beurteilt zu werden. Im Ein-

⁸⁶ Angaben in Prozent.

⁸⁷ Für das DM ist insbesondere der Kontakt mit den betreuenden Hausärzte/Hausärztinnen von Bedeutung, diese werden daher explizit benannt. Darüber hinaus wird im DM aber auch mit weiteren behandelnden Ärzte/Ärztinnen und Spezialisten/Spezialistinnen zusammen gearbeitet.

⁸⁸ Zur volkswirtschaftlichen Effizienz von Beruflichen Rehabilitationsleistungen vgl. Blumberger 2004.

zelen werden bei der IV positiv unterstützende Massnahmen erwähnt, insbesondere Fallkonferenzen und Berufsberatung. Zentrales negatives Moment bezogen auf die Zusammenarbeit mit der IV ist die Kritik an der zu langen Bearbeitungsdauer, einem zu langen medizinischen Begutachtungsprozess und einem fehlenden Engagement in der Fallbearbeitung. Weiterer Unterstützungsbedarf wurde gegenüber der IV vor allem im Bereich der Arbeitsvermittlung, Arbeitsplatzsuche und Coaching gewünscht. Die Zuständigkeit des jeweiligen Wohnsitzkantons für die IV-Betreuung wurde als Nachteil angesprochen, da es für die Mitarbeitenden des DM schwierig ist, zu allen IV-Stellen gute Kontakte aufzubauen und zu unterhalten. Generell werden diese jedoch von der Personal-/Unternehmensleitung und der Durchführung des DM als eine zentrale Bedingung für den Erfolg in der fallbezogenen Zusammenarbeit hervorgehoben.

In der nachfolgenden Übersicht (vgl. Tabelle 11) wird aufgezeigt, mit welchen Sozialversicherungsträgern im DM vorwiegend zusammengearbeitet wird und wie diese Zusammenarbeit eingeschätzt und beurteilt wird. Die Tabelle wird ergänzt mit der Angabe über die Zusammenarbeit mit den Ärzten/Ärztinnen, da diesen ebenfalls eine wichtige Rolle im DM haben.

Tabelle 11: Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern und Ärzten/Ärztinnen⁸⁹

Zusammenarbeit	KTV	SUVA	IV	PK	Hausärzte/ Hausärztinnen
Klinik Barmelweid	+	k.A.	+	k.A.	k.A.
Migros Basel	++	+	+/-	+	+/-
PostFinance	+	+/-	+	k.A.	++
PostMail	+	+	+/-	+	+
ISS Schweiz	+/-	+	+	k.A.	+/-
Basler Verkehrs- betriebe (BVB)	k.A.	k.A.	+	k.A.	k.A.
Siemens (Zentral- schweiz)	k.A.	+	+/-	k.A.	+/-
Implenia	+	+/-	k.A.	+	k.A.

Die Mitarbeitenden haben in der Befragung die Rolle der Sozialversicherungsträger unterschiedlich beurteilt. Die Unterstützung durch Krankenkassen und Pensionskassen wurde positiv bewertet, jene durch die IV nur als durchschnittlich. Die unterschiedlich positive Bewertung zeigte sich aber in der Beurteilung durch die Mitarbeitenden aller Betriebe gleichermassen. Es sind hier keine betriebspezifischen Unterschiede festzustellen.

Die Rolle der Ärzte und Ärztinnen wurde in der quantitativen Befragung der Mitarbeitenden hingegen als überdurchschnittlich wichtig genannt. Die Unterstützung durch den Hausarzt, die Hausärztin folgt nach der Hilfestellung der Familie gleich an zweiter Stelle (vgl. Kapitel 5.3.4). Diese Sonderstellung, die die Ärzte/Ärztinnen einnehmen ist auch in den qualitativen Interviews deutlich geworden. Eine Beteiligung der Ärzte und Ärztinnen am DM-Prozess wurde sowohl von den betroffenen Mitarbei-

⁸⁹ Die Beurteilungskriterien sind: + = positiv; +/- = es wurden positive und negative Aspekte angegeben. Die Zuordnung erfolgte aufgrund der Interpretation der Daten aus der qualitativen Erhebung. Mit den Ärzten/Ärztinnen sind die behandelnden Ärzte und Ärztinnen der Mitarbeitenden gemeint, nicht die als Gutachter/innen tätigen Ärzte und Ärztinnen.

tenden als auch von den Durchführenden des DM als positiv beurteilt. Denn es hat sich gezeigt, dass sie im Rahmen des DM wichtige Ansprechpartner/innen darstellen: Für die betroffenen Mitarbeitenden als Vertrauensperson im Hinblick auf die Beurteilung ihrer gesundheitlichen Entwicklung, und für das DM als medizinische Fachperson zur Beurteilung der Leistungseinschränkung und ihres potentiellen Verlaufs im Hinblick auf Arbeitsintegration. Inhaltlich geht es also nicht um den gesundheitlichen Zustand der Mitarbeitenden im Allgemeinen, dieser bleibt weiterhin durch das Arztgeheimnis geschützt. Vielmehr geht es in der Kommunikation zwischen DM und Hausärzten resp. Hausärztinnen darum zu klären, welche konkreten Tätigkeiten am Arbeitsplatz ausgeführt werden und wie diesbezüglich eine Wiedereingliederung sowohl von der Beurteilung der zu verrichtenden Tätigkeiten her als auch im zeitlichen Ablauf möglichst optimal gestaltet werden kann, ohne dass hierdurch gesundheitliche Beeinträchtigungen entstehen.

5.3 Beurteilung des Disability Managements

5.3.1 Allgemeine Kriterien der Erfolgsbeurteilung

Die Erfolgsmessung und Beurteilung des DM wird in den untersuchten Unternehmen auf unterschiedliche Weise realisiert. Zum Teil ist die unmittelbare Erfassung des durch DM erzielten Erfolgs für die Unternehmen nicht von grossem Interesse. Der Aufwand für die Erfassung erfolgsrelevanter Faktoren wird als zu aufwendig oder als nicht durchführbar eingeschätzt.⁹⁰ Die Erfolgsbeurteilung erfolgt daher vor allem anhand allgemeiner Kriterien, die als Orientierungsmassstab verwendet werden. Diese Orientierungsmassstäbe – von besonderer Bedeutung ist hierbei die Absenzerate – sind jedoch mehrheitlich für die Erfolgsmessung des DM nicht geeignet, da eine unmittelbare Verbindung des erzielten Erfolgs mit den Interventionen des DM nicht möglich ist. Eine umfangreiche Erfolgsrechnung für das DM wird in keinem der untersuchten Unternehmen durchgeführt.

Auch die von den Unternehmen vorgenommenen Fallauswertungen stellen keine Erfolgsmessungen im engeren Sinne dar. Sie haben eher dokumentarischen Charakter, da sie lediglich den Verlauf des DM und das Resultat benennen, mit dem der Fall abgeschlossen wird. Von der Mitarbeiterin des DM bei Siemens ist dies deutlich benannt worden. Sie hat besonders hervorgehoben, dass die von ihr vorgenommene Falldokumentation und Fallauswertung weniger den Erfolg des DM ausweist, als vielmehr einen Leistungsnachweis ihrer konkreten Tätigkeit im DM darstellt. Neben der Absenzerate, an der sich die Mehrzahl der untersuchten Unternehmen orientiert, können mit einer systematischen Fallauswertung aber auch weitere Massstäbe für eine Beurteilung des Erfolgs des DM hinzugezogen werden. Bei PostMail finden sich in Bezug auf die Fallauswertung die differenziertesten Ergebnisse. So gelang es dem Unternehmen im Zeitraum von 2002⁹¹ bis 2006 die Zahl der Invalidisierungen um 40% zu senken, und es konnte eine Reintegrationsquote von 75% erreicht werden. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die von den einzelnen Unternehmen angewendeten Kriterien der Erfolgsmessung (vgl. Tabelle 12).

⁹⁰ Ein vergleichbares Ergebnis findet sich auch in der Studie von Niehaus et al. (2008), in der das „Betriebliche Eingliederungsmanagement“ bei Unternehmen in Deutschland untersucht wurde. Zur Verbreitung von Kosten-Nutzen-Analysen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements heisst es dort: „Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung zeigen, dass eine Kosten-Nutzen-Analyse als ökonomische Betrachtung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements von der Mehrzahl der antwortenden Betriebe nicht durchgeführt wird. Von den antwortenden Betrieben geben 47 (17%) an, Auswertungen zum Kosten-Nutzen-Verhältnis des Betrieblichen Eingliederungsmanagements zu machen, 234 (83%) führen keine Kosten-Nutzen-Analysen durch.“ (Niehaus et al. 2008: 99)

⁹¹ 2002 wurde das Projekt FIT zur Gesundheitsförderung begonnen, seit 2005 wird das DM für das gesamte Unternehmen durchgeführt.

Tabelle 12: Kriterien der Erfolgsmessung im DM

Erfolgsmessung	Versicherungsprämien	Absenzerate	Zahl der Invalidisierungen	Fallzahlen	Reintegrationsquote ⁹²	Fallentwicklung
Klinik Barmelweid	■	■		■		■
Migros Basel		■		■	■	■
PostFinance		■				
PostMail		■	■		■	■
ISS Schweiz		■	■	■		
Basler Verkehrsbetriebe (BVB)	■	■		■		
Siemens (Zentralschweiz)		■		■		
Implenia	■	■				

Da die mittels des DM erzielte Reintegrationsquote nur bei der PostMail und der Migros Basel zur Erfolgsmessung herangezogen wird, wurde im Rahmen dieser Studie versucht, dies für die teilnehmenden Unternehmen nachzuholen. Die Reintegrationsquote wurde dabei im Rahmen der standardisierten Befragung der vom DM betreuten Mitarbeitenden ermittelt, indem diese nach ihrer ursprünglichen und ihrer aktuellen Erwerbsquote befragt und diese miteinander verglichen wurden. Daraus wurde der Umfang des Arbeitsausfalls und der erzielte Reintegrationserfolg gemessen.

Dabei zeigte sich, dass 80% der Befragten vor ihrem Arbeitsausfall vollzeitig arbeitstätig waren, 20% arbeiteten Teilzeit, davon waren weniger als 2% unter 50% beschäftigt. 57% der Befragten gaben an zum Zeitpunkt des grössten Arbeitsausfalls gar nicht mehr arbeitsfähig gewesen zu sein. 24% konnten noch bis zu 50% weiterarbeiten, 11% arbeiteten mehr als 50%, davon 7% weiter vollzeitig. 8% der Befragten haben diese Frage nicht beantwortet. Die befragten Beschäftigten sind in ihrer Tätigkeit zu durchschnittlich 77% des ursprünglichen Arbeitspensums ausgefallen.

Nach Betrieben gesondert betrachtet variiert der durchschnittliche Arbeitsausfall der Mitarbeitenden um bis zu 10 Arbeitsprozent. Bei Migros Basel bestand offenbar die grösste Möglichkeit der teilweisen Weiterbeschäftigung der erkrankten oder verunfallten Mitarbeitenden. Diese Unterschiede weisen allerdings keine statistische Signifikanz auf und sind daher als rein zufällig zu beurteilen (vgl. Abbildung 19).

⁹² Bei der Reintegrationsquote handelt es sich um eine Angabe, die nur in den Unternehmen ermittelt wird, die ein entsprechendes Controlling von Absenzen und Reintegrationsprozessen durchführen. Zugleich müssen diese über die hierfür erforderliche technische Ausstattung verfügen, um die erforderlichen Daten erfassen und auswerten zu können. Die untersuchten Unternehmen haben zum grössten Teil nicht oder nur bedingt über eine solche Ausstattung verfügt (vgl. hierzu auch Tabelle 7).

Abbildung 19: Arbeitsausfall nach Betrieben⁹³

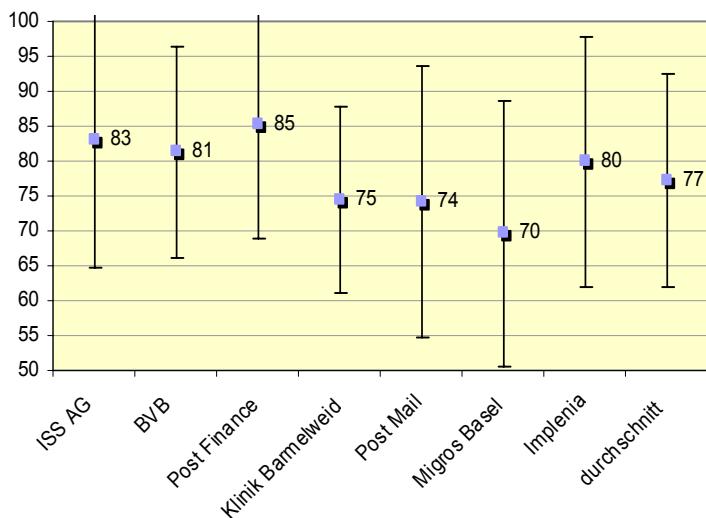
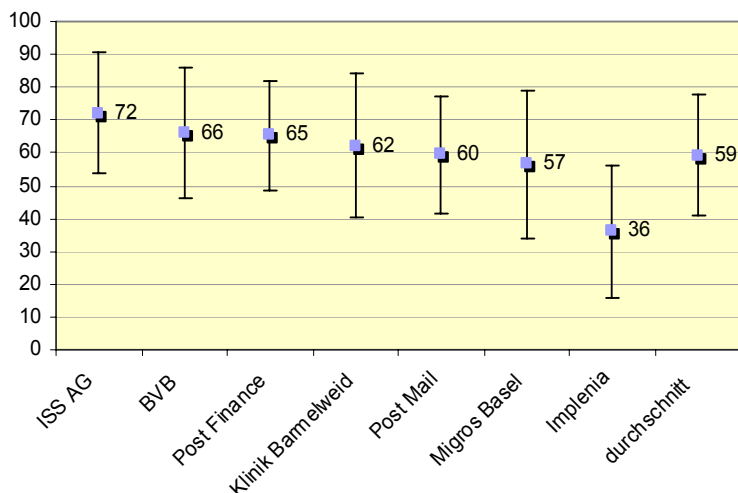


Abbildung 20: Erfolg der Arbeitsintegration gemessen am Arbeitsausfall⁹⁴



Der durch die Krankheit oder den erlittenen Unfall ausgelöste Arbeitsausfall konnte im Durchschnitt der Fälle bis zum Zeitpunkt der Befragung zu 59% wieder kompensiert und die Mitarbeitenden im entsprechenden Umfang wieder in die Arbeit reintegriert werden. Dabei gelang es der Implenia offenbar am wenigsten gut, ihre ausgefallenen Mitarbeitenden zu reintegrieren.⁹⁵ Ob Unterschiede im Reintegrationserfolg in den im Rahmen des DM getroffenen Massnahmen oder in einer schwierigeren Ausgangslage bzw. einem anspruchsvolleren Arbeitsumfeld begründet sind, kann nicht beurteilt werden. Die Unterschiede zwischen den Betrieben sind statistisch nicht signifikant (vgl. Abbildung 20).

Relevant für die Beurteilung des Reintegrationserfolgs ist aber nicht nur der Umfang in welchem die

⁹³ N = 177; Mittelwerte und Standardabweichung, Angaben in %.

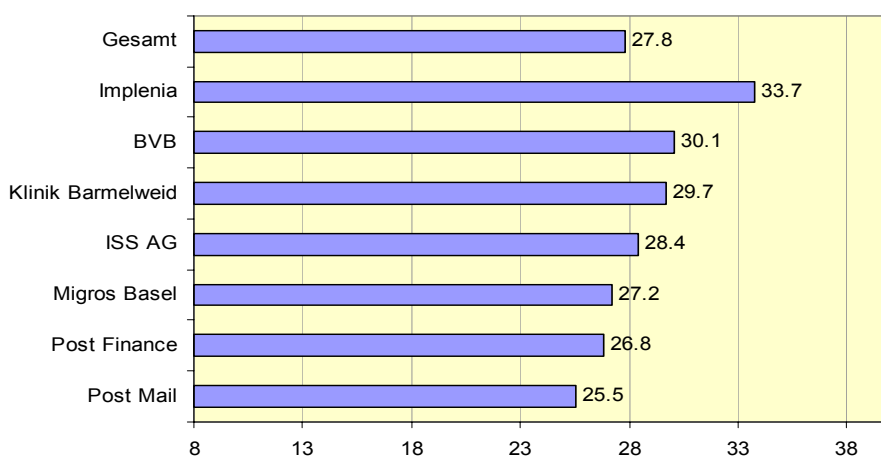
⁹⁴ N = 174; Mittelwerte und Standardabweichung, Angaben in %.

⁹⁵ Das DM der Implenia beschränkt sich auf die Erfolg versprechendsten Fälle. Die übrigen Fälle werden vom DM der Implenia nicht erfasst (vgl. Kapitel 4.8). Da im Rahmen der standardisierten Befragung alle erkrankten oder verunfallten Mitarbeitenden angeschrieben worden sind, von diesen aber nur ein Teil auch durch das DM der Implenia betreut worden ist, ergibt sich im Vergleich mit den anderen Betrieben zwangsläufig eine tiefere Reintegrationsquote. Diese sagt nur etwas über den Umfang der geleisteten Unterstützung aus, nicht aber über deren Qualität.

Arbeitnehmenden wieder in den Arbeitsprozess integriert werden konnten sondern auch die Qualität desselben. Als ein Indikator für eine qualitativ hochwertige Reintegration kann die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden herangezogen werden.

In der vorliegenden Untersuchung konnte zwischen der Arbeitszufriedenheit⁹⁶ und der Dauer der Betriebszugehörigkeit ein statistisch signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden ($p < 0.05$) sowie zwischen der Arbeitszufriedenheit und der Betriebszugehörigkeit ($F\text{-Wert} = 2.5, p < 0.05$). Der Anteil der durch die Betriebszugehörigkeit erklärten Varianz beträgt 10%. Die aktuelle Arbeitszufriedenheit der Befragten ist bei den Mitarbeitenden der Implenia am Höchsten, bei jenen der PostMail am Tiefsten (vgl. Abbildung 21).

Abbildung 21: Arbeitszufriedenheit nach Betrieben⁹⁷



Für die Unternehmen von Relevanz sind nicht nur ökonomische Indikatoren. Dies zeigt sich unter anderem in der Beurteilung des DM durch die verschiedenen, für das DM relevanten Akteure in den untersuchten Unternehmen. Die Beurteilung bestätigt, dass für das DM neben ökonomischen Aspekten gerade auch soziale und kulturelle Aspekte eine grosse Bedeutung haben (vgl. Tabelle 13). Eine Erfolgsmessung, die dies mit berücksichtigt, kann nicht allein mit Hilfe ökonomischer Indikatoren durchgeführt werden. Die nachfolgend aufgeführten Aspekte geben Hinweise darüber, was die verschiedenen Akteure in den Unternehmen an sozialen, kulturellen und ökonomischen Aspekten als bedeutsam einschätzen. Die innerbetrieblichen Akteure werden in Personal-/Unternehmensleitung, Durchführung des DM und die vom DM betreuten Mitarbeitenden unterschieden.

5.3.2 Beurteilung durch die Personal-/Unternehmensleitung

Die von der Personal-/Unternehmensleitung angeführten Aspekte zeigen, dass die direkte persönliche Unterstützung der Mitarbeitenden (Hilfe und Unterstützung) als relevanter, positiver Aspekt angesehen wird. Allerdings verweisen die weiteren Beurteilungen vor allem auf die Gesamtinteressen des Unternehmens. Hierbei werden Argumente aus den Bereichen Marketing (öffentliche Anerkennung/Image), Unternehmenskultur und Ökonomie (Absenzenreduktion, höhere Produktivität/geringere Kosten) genannt. Es gibt also eine Parallele zwischen den Motiven zur Einführung des DM und der Beurteilung des DM (vgl. Kapitel 5.1.1). Wie bei den positiven Aspekten, die eine stark unternehmensbezogene Beurteilung aufweisen, lässt sich auch bei den negativen Beurteilungen ein funk-

⁹⁶ Gemessen mittels der Skala von Fischer/Lück (1972) (Kurzfragebogen).

⁹⁷ N = 141, Summe aus 8 Items; Skala 8 bis 40.

tions- und positionsbezogenes Argumentationsmuster erkennen. Dies zeigt sich vor allem in der Kritik an strukturellen Mängeln im DM (fehlende Qualifikationen, verspätete Intervention, knappe Ressourcen) und am Individualismus von Beschäftigten (Anspruchshaltung der Mitarbeitenden).

Tabelle 13: Effekte des DM auf der Ebene Personal-/Unternehmensleitung

Positive Aspekte des DM	Negative Aspekte des DM
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hilfe und Unterstützung ▪ öffentliche Anerkennung/Image ▪ Unternehmenskultur⁹⁸ ▪ Personalentwicklung ▪ Absenzenreduktion ▪ höhere Produktivität/geringere Kosten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ fehlende Qualifikationen ▪ Anspruchshaltung der Mitarbeitenden ▪ verspätete Intervention ▪ knappe Ressourcen

5.3.3 Beurteilung durch die Durchführenden des DM

Auf der Ebene der Durchführung des DM zeigt sich, dass die klientenbezogene Perspektive hier stärker ausdifferenziert ist (Hilfe und Unterstützung, Frühinterventionen). Zugleich werden aber auch die von der Personal- und Unternehmensleitung vorgebrachten Beurteilungen des DM unterstützt (öffentliche Anerkennung/Image, Unternehmenskultur, Absenzenreduktion). Während hier also die klienten- und unternehmenszentrierten Aspekte eher ausgewogen erscheinen, zeigt sich bei den negativen Aspekte des DM eine Argumentation, die den funktions- und positionsbezogenen Hintergrund der Durchführungsebene des DM thematisiert. Hier werden vor allem Aspekte benannt, die sich unmittelbar negativ auf die Tätigkeit des DM auswirken (knapp Ressourcen, Anspruchshaltung des Managements, geringe Autonomie des DM, öffentliche Anerkennung Image – negative Wirkung, fehlende Qualifikationen) (vgl. Tabelle 14). Der Hinweis auf fehlende Qualifikationen stellt einen wichtigen, negativen Aspekt des DM dar, da dies die Qualität der Beratung und Betreuung von Mitarbeitenden im DM beeinflusst. Für einen Erfolg des DM wird also von den Durchführenden des DM als entscheidend angesehen, dass die Mitarbeitenden des DM über adäquate, das heisst für das DM relevante Qualifikationen, verfügen.

Tabelle 14: Effekte des DM auf der Ebene der Durchführung des DM

Positive Aspekte des DM	Negative Aspekte des DM
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hilfe und Unterstützung ▪ öffentliche Anerkennung/Image ▪ Unternehmenskultur⁹⁹ ▪ Frühinterventionen ▪ Absenzenreduktion 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ fehlende Qualifikationen ▪ knappe Ressourcen ▪ Anspruchshaltung des Managements ▪ geringe Autonomie des DM ▪ öffentliche Anerkennung Image – negative Wirkung

5.3.4 Beurteilung durch die betreuten Mitarbeitenden

Nachfolgend wird zunächst die Beurteilung des DM auf der Grundlage der standardisierten Befragung vorgestellt. Dabei geht es darum, welche Arten der Unterstützung für die Betroffenen von besonderer Bedeutung waren; wie wird die Qualität der Unterstützung beurteilt; und welche Gesamtbeurteilung des DM sich aus der Befragung der Gesamtheit der vom DM betreuten Mitarbeitenden

⁹⁸ Unter die Kategorie Unternehmenskultur wurden folgende Kategorien zusammengefasst: kollektiver Nutzen, Respekt und Wertschätzung, Vertrauen und Verbindlichkeit, Verbesserung der Unternehmenskultur

⁹⁹ Vgl. die vorangehende Fussnote.

in den Unternehmen ergibt. Daran anschliessend folgen die Ergebnisse über die Beurteilung des DM aus den Interviews von im DM betreuten Mitarbeitenden.

Welche Unterstützung ist für erkrankte Mitarbeitende von besonderer Bedeutung?

Im Rahmen der standardisierten Befragung wurde neben dem messbaren realen Effekt des DM auf die Arbeitstätigkeit der erkrankten und verunfallten Mitarbeitenden¹⁰⁰, als weiterer Indikator zur Beurteilung der Wirkung und insbesondere der Qualität des DM, die subjektive Einschätzung der vom DM betreuten Mitarbeitenden ermittelt. Von besonderem Interesse war dabei die Beurteilung des DM im Vergleich zu anderen Formen der Unterstützung, die die erkrankten resp. verunfallten Mitarbeitenden erhalten haben.

Am Stärksten erlebten die Mitarbeitenden die Unterstützung durch ihre Familien. Gleich an zweiter Stelle wird die Unterstützung durch den Hausarzt resp. die Hausärztin genannt, denen offensichtlich eine zentrale Rolle zukommt. Die wichtige Funktion des Hausarztes resp. der Hausärztin wurde auch in Interviews mit vom DM betreuten Mitarbeitenden bestätigt.¹⁰¹ Die Unterstützung durch den Vorgesetzten resp. die Vorgesetzte sowie durch Freunde, Bekannte und Nachbarn wurde ebenfalls häufig genannt. Die qualitativen Interviews haben aufgezeigt, dass der Prozess des DM oftmals durch die direkten Vorgesetzten initiiert wird. Diese sind auch am Prozess der Beratung durch das DM aktiv beteiligt. Es erstaunt daher nicht, dass die Vorgesetzten als unterstützende Kraft wahrgenommen werden, wobei in der Beurteilung der erlebten Unterstützung, die durch das DM gebotene Hilfe, wahrscheinlich auch den Vorgesetzten als deren Initiant angerechnet werden.¹⁰²

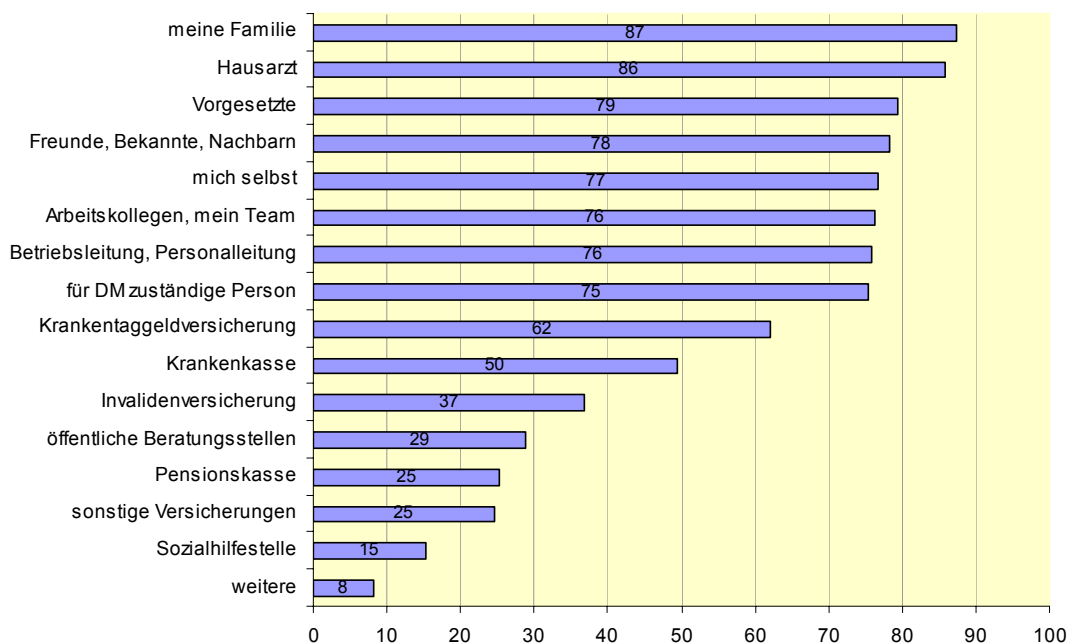
Überraschend ist, dass nur 75% der Befragten angeben, von der in ihrem Betrieb für das DM zuständigen Person unterstützt worden zu sein. Ganze 16% verneinten dies gar explizit (vgl. Abbildung 22). Offenbar bedeutet dies, dass die Unterstützung durch das DM von den betroffenen Personen nicht immer als solche wahrgenommen wurde. Dies könnte etwa an einer schwachen Verankerung des DM im Betrieb liegen. Die Ergebnisse aus den qualitativen Interviews legen die Vermutung nahe, dass in einigen dieser Fälle wohl nur der Vorgesetzte als Initiant des DM, nicht aber das DM selbst als eigenständige organisatorische Einheit wahrgenommen worden ist.¹⁰³

¹⁰⁰ Das heisst den Grad der erzielten Arbeitsreintegration, vgl. Kapitel 5.3.1.

¹⁰¹ Für die Rolle des Hausarztes, der Hausärztin vgl. Kapitel 5.2.3.

¹⁰² Zur Rolle der Vorgesetzten als Initiant des DM vgl. Kapitel 5.2.2.

¹⁰³ Vgl. Kapitel 5.3.1 zu Umfang von Arbeitsausfall und Reintegrationserfolg.

Abbildung 22: Wer unterstützt die vom DM betreuten Mitarbeitenden?¹⁰⁴

Die Beurteilung der erhaltenen Unterstützung auf einer fünfstufigen Skala¹⁰⁵ durch jene, die angeben, diese erhalten zu haben, ist in Abbildung 23 ersichtlich.

In der Beurteilung sehr gut abgeschnitten haben die Unterstützung durch die Familie, den Hausarzt und andere, nicht aufgeführte Unterstützungsangebote. Genannt wurden hier die SUVA, das Care Management eines Krankentagegeldversicherers, die externe Sozialberatung, die Spitex, out placement Beratung, individuelle Schulung zum persönlichen Ressourcenmanagement, Kinesiologie, Psychologie, Psychiater, Seelsorger, Therapiegruppe „Burnout“ und die Botschaft.

In der Beurteilung der im familiären Umfeld erhaltenen Unterstützung, also der Hilfe durch die Familie, Freunde, Bekannte und Nachbarn oder auch durch den Hausarzt resp. die Hausärztin, unterscheiden sich die Antworten der Befragten nicht wesentlich, unabhängig davon, je nach dem, in welchem Betrieb sie angestellt sind.

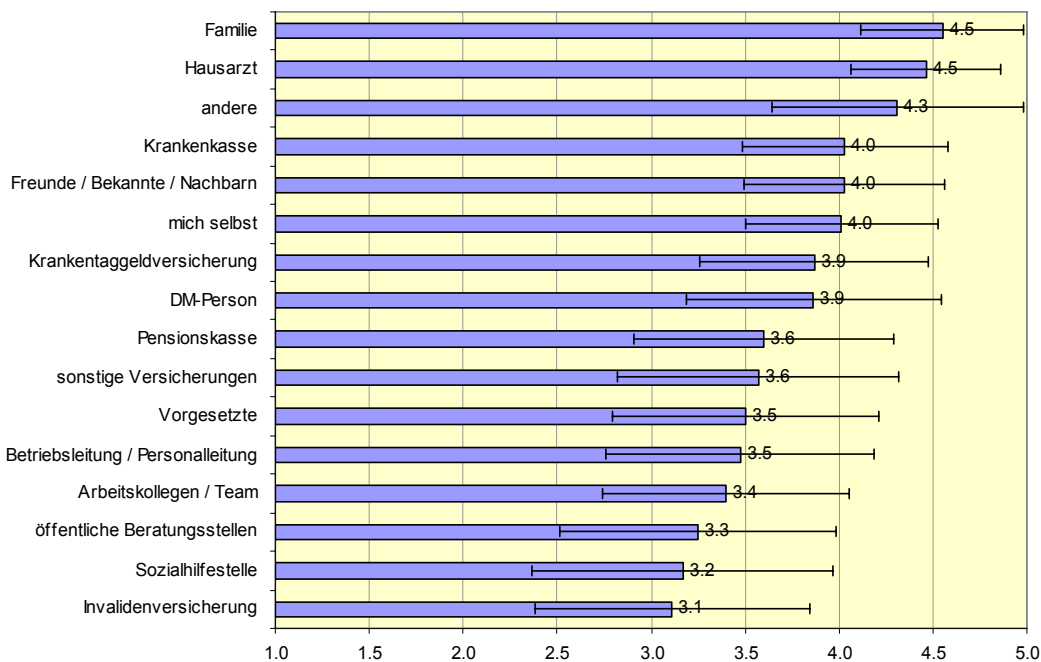
Die im betrieblichen Umfeld erhaltene Unterstützung wird im Durchschnitt auf einer Skala¹⁰⁶ von 1 bis 5 mit Werten zwischen 3.4 und 3.9 bewertet. Sie wird von Mitarbeitenden der Post und der BVB generell schlechter beurteilt, als beispielsweise von Mitarbeitenden der Migros Basel oder der Post-Finance. Im Falle der ISS und der Implenia machen die Befragten einen grossen Unterschied zwischen der Unterstützung durch den direkten Vorgesetzten und der Betriebs- oder Personalleitung. Bei den anderen Betrieben ist ein solcher so nicht feststellbar.

¹⁰⁴ Angaben in %, Mehrfachantworten waren möglich.

¹⁰⁵ 1 = ungenügend, 2 = eher ungenügend, 3 = durchschnittlich, 4 = eher gut, 5 = sehr gut.

¹⁰⁶ Fünfstufige Skala mit den Werten 1 = ungenügend, 2 = eher ungenügend, 3 = durchschnittlich, 4 = eher gut, 5 = sehr gut.

Abbildung 23: Wie wird die erhaltene Unterstützung beurteilt?¹⁰⁷



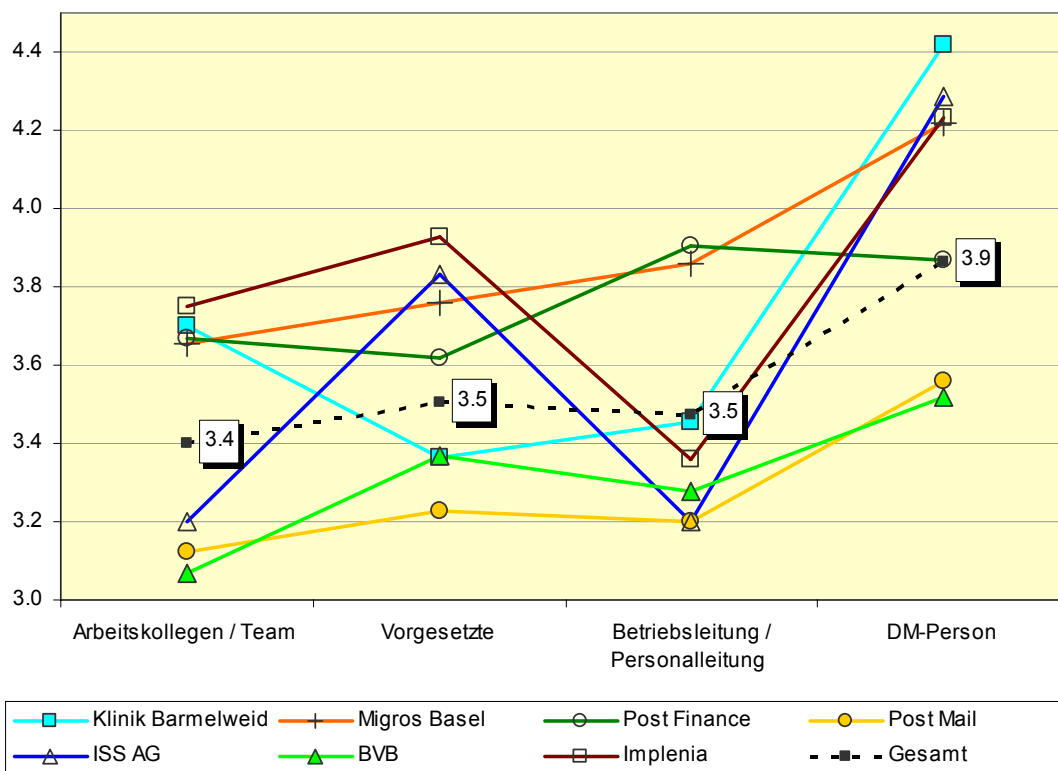
Generell fällt im betrieblichen Umfeld die Beurteilung der Unterstützung durch die für das DM verantwortliche Person im Vergleich mit der Unterstützung durch die Vorgesetzten, das Team oder die Personal- resp. Betriebsleitung am Höchsten aus. Die Unterstützung durch das betriebliche DM wird durch die vom DM betreuten Mitarbeitenden mit einem Mittelwert von 3.9 als eher gut beurteilt. Sie liegt damit in der Beurteilung hinter der Unterstützung durch Familie, Hausarzt, Freunde, Bekannte und Nachbarn, aber auch hinter Krankenkassen und Taggeldversicherung zurück. Die Standardabweichung ist mit 0.68 nicht grösser als bei den anderen Unterstützungsquellen. Die der Unterstützung durch das DM fällt bei den Mitarbeitenden der BVB am unterschiedlichsten aus (Standardabweichung 1.55) und ist zudem relativ tief. Die Beurteilung durch die Mitarbeitenden der ISS fällt am einheitlichsten aus (Standardabweichung 0.76). Die hohe Zufriedenheit der ISS-Mitarbeitenden mit dem betrieblichen DM ist also sehr konsistent (vgl. Abbildung 24).

Die Interviews mit den mit der Durchführung des DM betrauten Personen haben gezeigt, dass das DM organisatorisch meist bei der Personalabteilung angesiedelt ist.¹⁰⁸ Die konkrete Form der Anbindung an die Personalabteilung hat zweifellos Einfluss darauf, ob das DM von den Mitarbeitenden als eigenständiger Akteur wahrgenommen wird oder ob die Leistungen des DM allenfalls der Personalabteilung zugerechnet werden. Dieser Zusammenhang muss bei der Interpretation der Beurteilung der im betrieblichen Umfeld erhaltenen Unterstützung durch die befragten Mitarbeitenden berücksichtigt werden.

¹⁰⁷ Mittelwerte und Standardabweichung

¹⁰⁸ Für die organisatorische Verortung des DM im Unternehmen vgl. Kapitel 5.1.2.

Abbildung 24: Beurteilung der Unterstützung im betrieblichen Umfeld¹⁰⁹



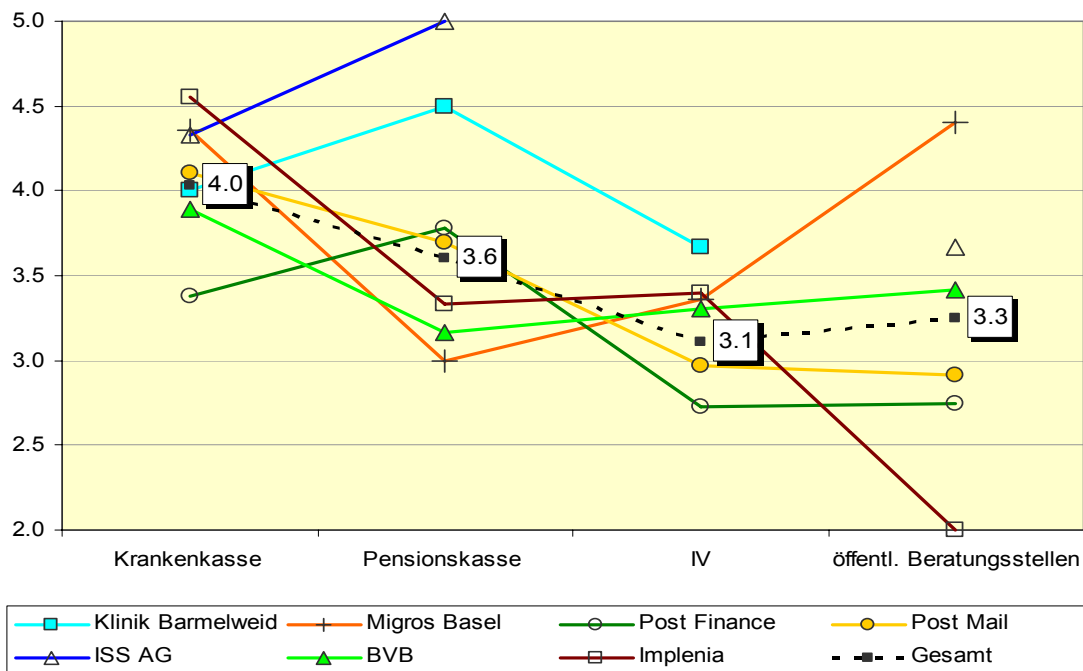
Die Unterstützung durch die Versicherungen (Krankentaggeldversicherung, Invalidenversicherung, sonstige Versicherungen) wird von den Mitarbeitenden der Klinik Barmelweid, der Migros Basel und der BVB überdurchschnittlich und von den Mitarbeitenden der PostMail und der PostFinance als unterdurchschnittlich beurteilt. Die Mitarbeitenden der Implenia befinden sich mit ihrer Beurteilung nahe dem Durchschnittswert.

Die Unterstützung durch die Krankenkassen wird generell grösser bewertet als jene durch die Pensionskassen und diese grösser als die Unterstützung durch die Invalidenversicherung (vgl. Abbildung 25).¹¹⁰

¹⁰⁹ Die Angaben sind Mittelwerte auf einer Skala von 1 bis 5. Wo die Unterschiede nach Betrieben statistisch nicht signifikant sind, ist ein Vergleich der Resultate der einzelnen Betriebe nicht zulässig. Dies gilt für alle folgenden Abbildungen. Vgl. in Kap. 3.3 Limitationen der quantitativen Erhebung.

¹¹⁰ Die vorliegenden Daten geben keinen Aufschluss über die Gründe für diese Einschätzung. Es kann allerdings aufgrund der Gesamtergebnisse der vorliegenden Studie vermutet werden, dass die Beurteilung über die grössere Unterstützung der betroffenen Mitarbeitenden durch die Krankenkassen auf die unmittelbare und zeitnahe Wirkung von unterstützenden Massnahmen für die Betroffenen zurückgeführt werden kann. Die Pensionskassen, die bislang insgesamt nur eine geringe Rolle im DM spielen, werden vermutlich dort positiv beurteilt, wo im Rahmen des DM der Übergang von der Erwerbstätigkeit in den Altersruhestand positiv gestaltet werden konnte. Allerdings werden die Pensionskassen jedoch auch nur dort kontaktiert, wo ein solcher Übergang nahe liegend ist und gute Erfolgsaussichten bestehen. Die schwächere Beurteilung in der Unterstützung durch die Invalidenversicherung könnte demgegenüber aus einer fehlenden Unmittelbarkeit der IV-Wirkung aufgrund langer Bearbeitungsverfahren resultieren. Insgesamt ist die Wirkung der Sozialversicherungsträger im Kontext der DM-Fallbearbeitung jedoch noch detaillierter zu untersuchen, um hierüber genauere Informationen zu erhalten, etwa im Rahmen von Langzeitstudien über die Entwicklungsverläufe von Mitarbeitenden die im DM betreut werden.

Abbildung 25: Beurteilung der Unterstützung durch KK, PK, IV und öffentliche Beratungsstellen¹¹¹



Die einzige Hilfeleistung, deren unterschiedliche Beurteilung durch die Mitarbeitenden der Betriebe statistisch signifikant ausfällt ($p < 0.05$), ist jene der öffentlichen Beratungsstellen. Diese wird von den Mitarbeitenden der Implemia als sehr schlecht und von jenen der Migros als überdurchschnittlich gut eingestuft. BVB, PostMail, PostFinance und ISS sind in ihrer Beurteilung nahe dem Durchschnittswert. Von den Mitarbeitenden der Klinik Barmelweid hat niemand zu dieser Frage Stellung genommen (vgl. Abbildung 25).

Diese Unterschiede zwischen den Betrieben lassen sich sicher teilweise durch die Struktur des DM erklären. Die ausnahmslos positive Bewertung der Mitarbeitenden der ISS betreffend die Unterstützung durch die Pensionskasse ist vermutlich auf die geringe Fallzahl zurückzuführen. Die hohe Bewertung der öffentlichen Beratungsstellen durch die Mitarbeitenden der Migros Basel lässt sich nicht mit den Erkenntnissen aus den qualitativen Interviews erklären. Es gibt dort keine Hinweise darauf, dass im DM der Migros die Vermittlung öffentlicher Beratungsangebote hoch gewichtet werden.¹¹²

Es zeigt sich, dass den für das DM verantwortlichen Personen eine Auswahl an Massnahmen zur Verfügung steht, die sie den erkrankten oder verunfallten Mitarbeitenden anbieten können. Die Beurteilung der im Rahmen des betrieblichen DM den Mitarbeitenden der untersuchten Betriebe angebotenen Hilfestellungen ist aus Abbildung 26 ersichtlich. Es wurden nur jene Fälle zur Beurteilung herangezogen, die angaben, tatsächlich die beurteilten Hilfestellungen und Massnahmen erhalten zu haben.

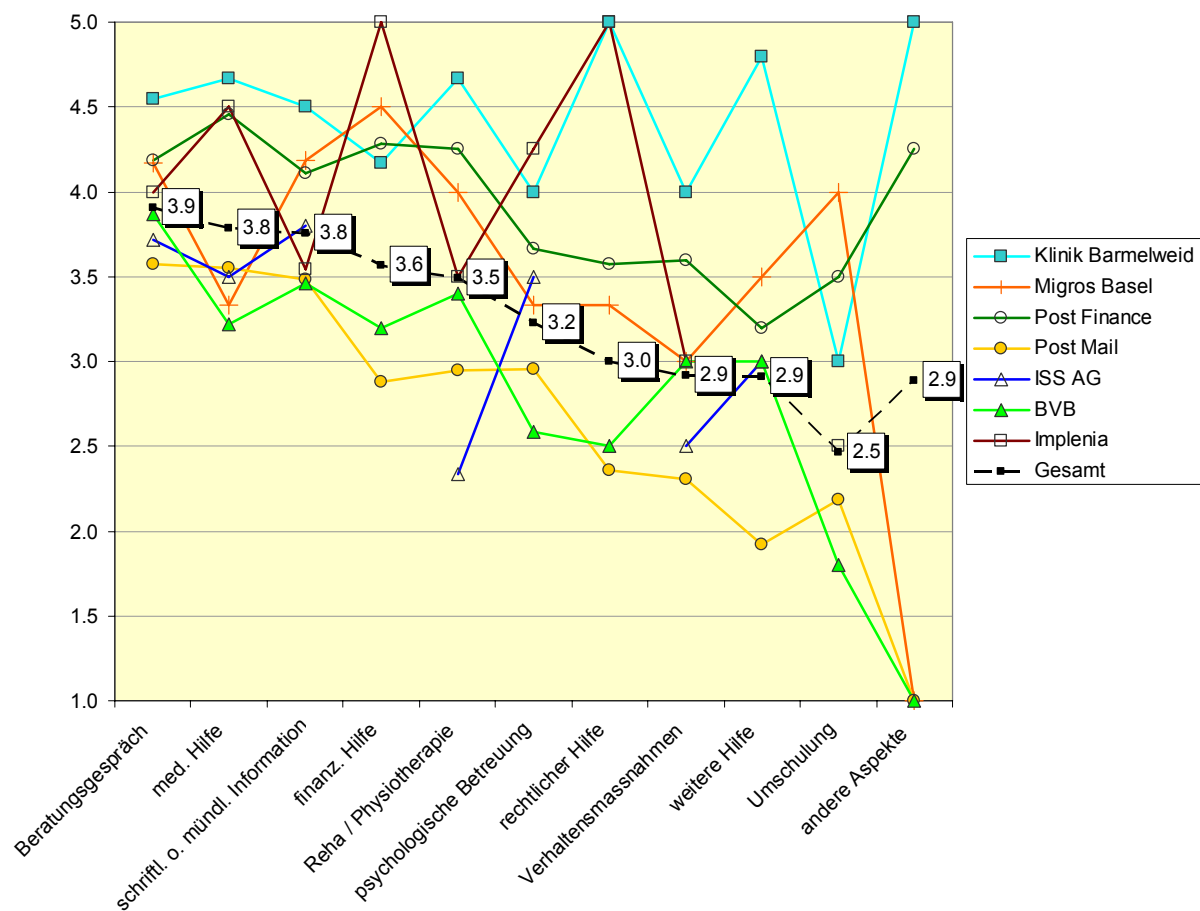
¹¹¹ Es handelt sich bei den angegebenen Werten um Mittelwerte auf einer Skala von 1 bis 5. Wo die Unterschiede nach Betrieben statistisch nicht signifikant sind, ist ein Vergleich der Resultate der einzelnen Betriebe nicht zulässig. Dies gilt für alle folgenden Abbildungen. Vgl. in Kapitel 3.3 Limitationen der quantitativen Erhebung.

¹¹² Eventuell ist in Basel die Dichte der professionellen öffentlichen Beratungsstellen höher als in anderen Regionen, aber dies ist durch die Erhebung nicht belegbar und daher lediglich eine Vermutung.

Es zeigt sich, dass insbesondere die Mitarbeitenden der Klinik Barmelweid und der PostFinance die angebotenen Massnahmen als überdurchschnittlich nützlich erachtet haben. Die von Migros Basel und Implenia angebotenen Hilfsmassnahmen werden ebenfalls als leicht überdurchschnittlich nützlich beurteilt. Die Beurteilung des Nutzens der angebotenen Hilfestellungen durch die Mitarbeitenden der PostMail und der BVB fällt unterdurchschnittlich aus. Die Beurteilung durch die Mitarbeitenden der ISS fiel unvollständig aus (vgl. Abbildung 26).

Die Unterschiede in der Bewertung des Nutzens der im Rahmen des betrieblichen DM erhaltenen Hilfe nach Betrieben ist nur für die Vermittlung weiterer Hilfe ($p < 0.05$) und die Vermittlung rechtlicher Hilfe ($p < 0.05$) statistisch signifikant. Die übrigen Unterschiede sind nicht signifikant.

Abbildung 26: Nutzenbeurteilung nach Betrieb¹¹³



Beurteilung der Qualität des DM

Die erkrankten und verunfallten Personen wurden aufgefordert, die Qualität der erhaltenen betrieblichen Unterstützung einzuschätzen, indem sie den Grad ihrer Zustimmung zu elf Aussagen zur Qua-

¹¹³ N = zw. 8 und 117, Mittelwerte. Wo die Unterschiede nach Betrieben statistisch nicht signifikant sind, ist ein Vergleich der Resultate der einzelnen Betriebe nicht zulässig. Dies gilt für alle folgenden Abbildungen. Vgl. in Kapitel 3.3 Limitationen der quantitativen Erhebung.

lität des DM auf einer fünfstufigen Skala¹¹⁴ festhielten. Es handelte sich dabei um folgende Aussagen:

- „Die für das DM zuständige Person¹¹⁵ hat mich fortlaufend und kontinuierlich unterstützt“,
- „Die für das DM zuständige Person unterstützte mich initiativ und engagiert“,
- „Die für das DM zuständige Person ging individuell auf mich nein“,
- „Die für das DM zuständige Person übernahm Verantwortung für mich“,
- „Die für das DM zuständige Person arbeitete gut mit anderen Stellen zusammen (bspw. IV, Versicherung etc.)“,
- „Die Unterstützung durch die für das DM zuständige Person setzte zum richtigen Zeitpunkt ein“,
- „Für Verbesserungen meiner Situation waren andere Hilfen entscheidend, aber nicht die Unterstützung durch die für das DM zuständige Person“,
- „Ich habe die Hilfeleistung der die für das DM zuständigen Person in meinem Betrieb eher als Kontrolle erlebt“,
- „Ich hätte die Situation auch alleine gemeistert“,
- „Die Unterstützung durch die für das DM zuständige Person war für mich hilfreich“,
- „Die Unterstützung durch die für das DM zuständige Person hat mich aufgefangen, Ohne sie hätte ich die berufliche Reintegration nicht geschafft“.

Die mittlere Zustimmung zu den einzelnen Aussagen schwankt zwischen 2.5 und 4.0. Bei einem Mittelwert von 3.3 lässt sich eine allgemeine schwache Zustimmung zu den auf Qualitätsaspekte des betrieblichen DM fokussierenden Aussagen ablesen. Die negativen Aussagen wurden für die Auswertung in Bezug auf die Ausrichtung umgepolt. Die Zustimmung zu den Qualitätsaussagen fällt je nach Betrieb unterschiedlich aus. Sie ist unter den Mitarbeitenden der Klinik Barmelweid und der PostFinance am höchsten und fällt für die Mitarbeitenden der Implemia unterdurchschnittlich aus.

Statistisch signifikant ist die unterschiedliche Zustimmung zu den Aussagen „*die Unterstützung durch die Disability Management Person war für mich hilfreich*“ (F-Wert = 2.5, $p < 0.05$)¹¹⁶ und „*Die Unterstützung durch die Disability Management Person hat mich aufgefangen. Ohne sie hätte ich die berufliche Reintegration nicht geschafft*“ (F-Wert = 2.9, $p < 0.05$)¹¹⁷. Erstere stiess bei den Mitarbeitenden der Klinik Barmelweid und der PostFinance auf die höchste Zustimmung und bei den Mitarbeitenden der Implemia und der PostMail auf Ablehnung. Letztere wurde von den Mitarbeitenden der Klinik Barmelweid und der Migros Basel am stärksten bejaht und von den Mitarbeitenden der PostMail und der BVB abgelehnt. Die übrigen Unterschiede nach Betrieben in der Beurteilung der Qualität des Disability Managements sind statistisch nicht signifikant (vgl. Abbildung 27).

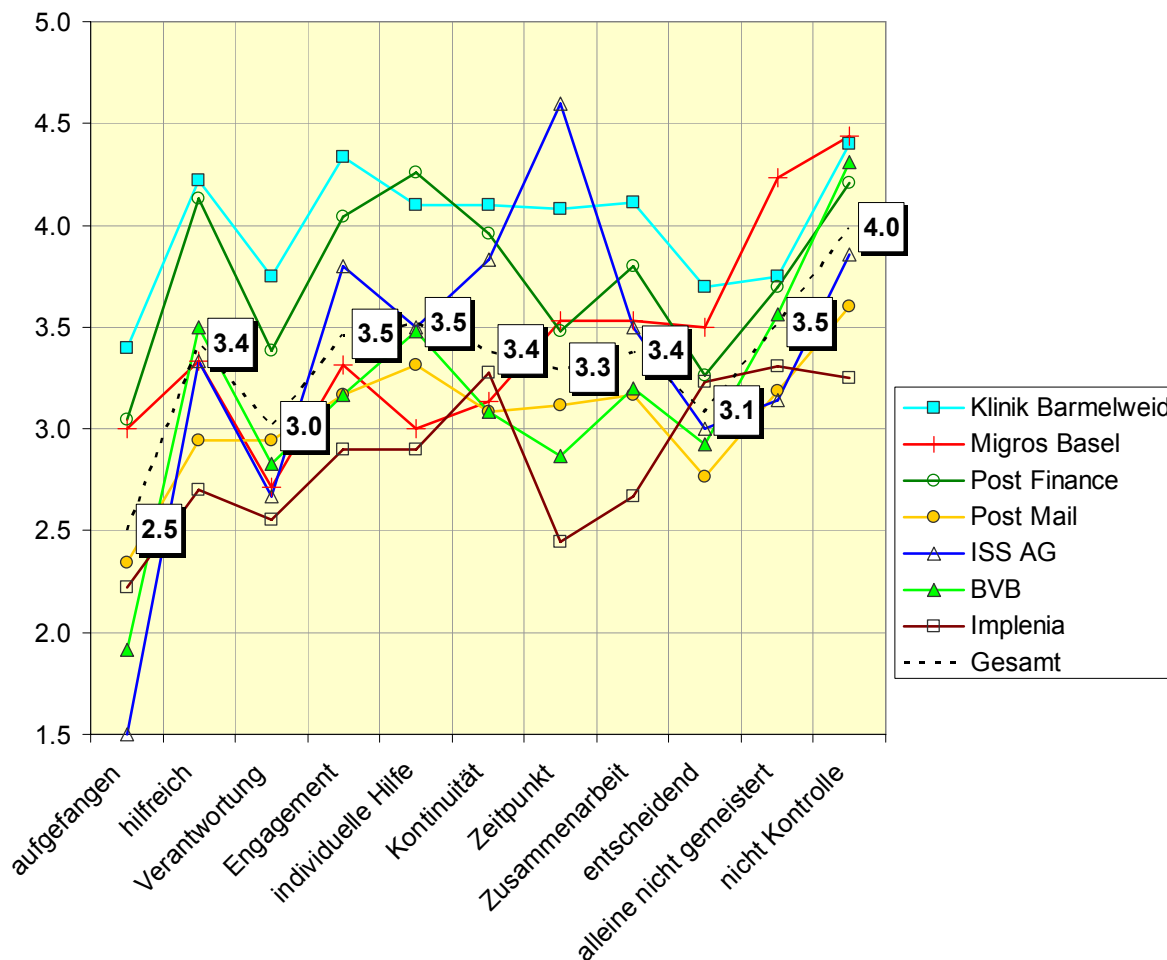
¹¹⁴ Antwortskala mit den Werten 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = sowohl als auch, 4 = trifft eher zu, 5 = stimmt absolut.

¹¹⁵ Die Bezeichnung „für DM zuständige Person“ wurde im Fragebogen sofern dies möglich war durch den Namen der jeweiligen Person ersetzt, ansonsten wurde an Stelle des DM zumindest jener Begriff aufgeführt, unter dem die entsprechenden Angebote in der jeweiligen Firma subsumiert werden.

¹¹⁶ Vgl. Abbildung 27: hilfreich.

¹¹⁷ Vgl. Abbildung 27: entscheidend.

Abbildung 27: Aussagen über die Qualität des Disability Managements ¹¹⁸

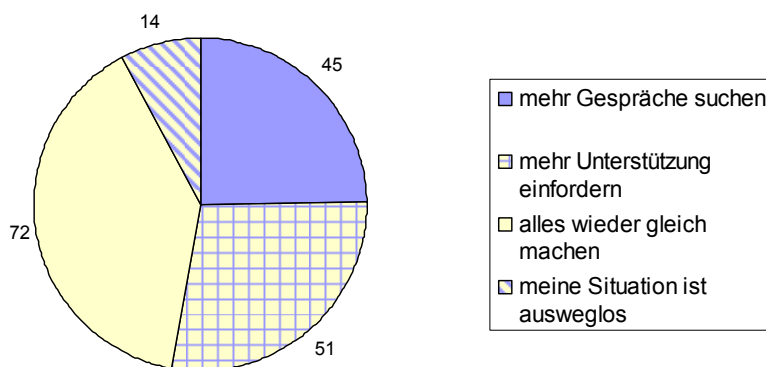


Die Frage, was sie selbst im Rückblick anders machen würden haben 168 Personen beantwortet (30 haben sie nicht ausgefüllt). 40% (72 Personen) von diesen haben angegeben, sie würden wieder alles gleich machen, von den anderen wurden folgende Angaben gemacht: 45 Personen oder 25% würden mehr Gespräche suchen, dies insbesondere mit ihrem Arzt/ihrer Ärztin, dem/der Vorgesetzten oder der für das betriebliche DM verantwortlichen Person (mehrfach erwähnt). Weitere in diesem Zusammenhang erwähnte Personen sind: Anwalt/Anwältin, Opferhilfe, Direktion, eigener Partner/Partnerin, Personalverband, Psychiater/Psychiaterin. 51 Personen oder 28% würden für sich mehr Unterstützung einfordern. Auch dies wiederum von ihrem Arzt/ihrer Ärztin, von der für das betriebliche DM verantwortlichen Person und dem/der Vorgesetzten, aber auch von der Personalabteilung, der Direktion, den Kollegen/Kolleginnen, der Gewerkschaft, dem Psychiater/der Psychiaterin, dem Psychologen/der Psychologin, dem Sozialdienst, der IV und der Pensionskasse. Ganze 14 Personen beurteilten ihre Situation als ausweglos. Dies sind immerhin 7.7% (vgl. Abbildung 28). Die Mehrheit der Befragten sieht in Bezug auf die erhaltene Unterstützung also durchaus noch Verbesserungspotential.

¹¹⁸ N = zw. 107 u. 140 je nach Frage, Mittelwerte. Wo die Unterschiede nach Betrieben statistisch nicht signifikant sind, ist ein Vergleich der Resultate der einzelnen Betriebe nicht zulässig. Dies gilt für alle folgenden Abbildungen. Vgl. in Kapitel 3.3 Limitationen der quantitativen Erhebung.

Auch bei der Beantwortung der offenen Fragen, nach Personen, von denen sie mehr Unterstützung und mehr Gespräche einfordern würden, zeigt sich ebenso, wie bei der Beurteilung der erhaltenen Hilfe, dass dem Hausarzt/der Hausärztin eine wichtige Funktion zukommt. Entsprechend kann eine Zusammenarbeit zwischen der für das betriebliche DM zuständigen Person und dem Hausarzt/der Hausärztin für den Erfolg des DM von grosser Bedeutung sein.

Abbildung 28: Verbesserungspotential aus Sicht der vom DM betreuten Mitarbeitenden¹¹⁹



Die zentralen Erfolgsindikatoren wurden schliesslich auf Unterschiede nach Geschlecht, Alter, Betriebszugehörigkeit und Herkunft hin untersucht. Zwischen der Herkunft der Mitarbeitenden, ihrem Alter, Geschlecht und ihrer Betriebszugehörigkeit auf der einen Seite, und ihrer Beurteilung der vom DM erhaltenen Hilfe auf der anderen Seite, konnte kein signifikanter Zusammenhang entdeckt werden.

Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Betriebszugehörigkeit und der aktuellen Arbeitszufriedenheit (F-Wert = 2.5, $p < 0.05$; vgl. Kapitel 5.3.1), nicht aber zwischen der aktuellen Arbeitszufriedenheit und der Herkunft der Mitarbeitenden, ihrem Alter oder ihrem Geschlecht.

Ebenso besteht zwischen dem Alter, dem Geschlecht und der Betriebszugehörigkeit der Mitarbeitenden und dem Grad der erreichten Reintegration in die Arbeit kein Zusammenhang. Einzig die Herkunft¹²⁰ der Arbeitnehmenden zeigt einen signifikanten Effekt auf den Grad der erfolgreichen Arbeitsreintegration (F-Wert = 2.2, $p < 0.05$). Der Anteil durch die Herkunft erklärten Varianz an der Arbeitsreintegration beträgt 8%. Die mittlere Arbeitsreintegration (prozentual zum ursprünglichen Arbeitsausfall) beträgt 60%. In der Schweiz geborene Arbeitnehmende können mit Hilfe des DM durchschnittlich zu 62% wieder in die Arbeit integriert werden. 86% des Arbeitsausfalls der Deutschen, 44% desjenigen der Mitarbeitenden aus Staaten des ehemaligen Jugoslawiens aber nur 21% des Arbeitsausfalls von Mitarbeitenden aus anderen Nicht-EU-Staaten kann durch das DM wieder rückgängig gemacht werden.

Es existieren weder bestehende theoretische Modelle, die diesen signifikanten Zusammenhang erklären helfen, noch weisen die qualitativen Daten dieser Studie auf Ursachen dieses Zusammen-

¹¹⁹ N = zw. 96 und 154, Mehrfachantworten.

¹²⁰ Gefragt wurde nach dem Geburtsland.

hangs hin.¹²¹ Der Zusammenhang zwischen Herkunft und Arbeitsreintegration müsste zusätzlich zu Alter, Geschlecht und Betriebszugehörigkeit auf weitere Faktoren hin kontrolliert werden, um ausschliessen zu können, dass es sich hier um eine Scheinkorrelation, das heisst um einen indirekten Effekt handelt.

Tabelle 15: Kovarianzanalyse¹²²

erklärende Variable	erklärte Variable	Ergebnis
Alter	Arbeitsreintegration	n.s.
Geschlecht	Arbeitsreintegration	n.s.
Herkunft	Arbeitsreintegration	p. < 0.05
Betriebszugehörigkeit	Arbeitsreintegration	n.s.
Alter	Arbeitszufriedenheit	n.s.
Geschlecht	Arbeitszufriedenheit	n.s.
Herkunft	Arbeitszufriedenheit	n.s.
Betriebszugehörigkeit	Arbeitszufriedenheit	p. < 0.05
Alter	Beurteilung DM	n.s.
Geschlecht	Beurteilung DM	n.s.
Herkunft	Beurteilung DM	n.s.
Betriebszugehörigkeit	Beurteilung DM	n.s.

Gesamtbeurteilung des betrieblichen Unterstützungsangebotes¹²³

Die standardisierte Befragung der Mitarbeitenden hat aufgezeigt, wer die Personen sind, die von Krankheit und Unfall betroffen sind und von einem betrieblichen DM profitieren. Es konnte aufgezeigt werden, dass die erkrankten und verunfallten Mitarbeitenden der sieben untersuchten Betriebe in ihrer schwierigen Situation froh waren, Hilfe zu erhalten. Kritik haben sie seltener an der konkreten Form der Unterstützung geäussert, als an einem Mangel an Unterstützung. Auch der Vorwurf, durch das DM erfolge eine Kontrolle, kam seltener, als es auf der Basis der qualitativen Interviews zu erwarten war. Die befragten Mitarbeitenden haben die ihnen im Rahmen des betrieblichen DM gebotene Unterstützung mehrheitlich als positiv bewertet und geschätzt.

Im betrieblichen Umfeld kommt der für das DM zuständigen Person die zentrale Funktion in der Unterstützung der erkrankten und verunfallten Mitarbeitenden zu. Die Unterstützung durch das betriebliche DM wird positiver bewertet, als jene durch Vorgesetzte und Betriebsleitung. Das DM ist für die Mitarbeitenden eine wichtige Hilfe im Bestreben, die Leistungseinschränkung resp. die Arbeitsunfähigkeit zu überwinden. Das DM ersetzt aber das Engagement der direkten Vorgesetzten nicht gänzlich, dies zeigen die Zusatzbemerkungen der Befragten.

Für die Bewältigung der schwierigen Lebenssituation wird aber das persönliche Umfeld als wichtiger angesehen als das betriebliche. Die Familienmitglieder, aber auch der Hausarzt bzw. die Hausärzt-

¹²¹ Bislang liegen keine Untersuchungen über die Betreuung von Migrantinnen und Migranten im DM vor, die sowohl die Fallbearbeitung im DM bei dieser spezifischen Zielgruppe genauer untersuchen, als auch die Wirkungen und Reaktionen der Mitarbeitenden auf die DM-Unterstützung. Im Rahmen einer solchen Studie müsste ebenfalls untersucht werden ob und inwieweit im DM oder in der HR-Abteilung Migrantinnen und Migranten als Sondergruppe behandelt werden und ob dies zu negativen Effekten in Bezug auf die mit Unterstützung des DM erreichbare Arbeitsintegration führt, etwa im Hinblick auf die Betreuungsqualität oder auf die angestrebten Zielsetzungen.

¹²² Kovarianzanalyse auf Arbeitsreintegration, Arbeitszufriedenheit und Beurteilung DM nach Alter, Geschlecht und Herkunft.

¹²³ Zu den Limitationen der standardisierten Befragung vgl. Kapitel 3.3 der vorliegenden Untersuchung.

tin, sind die wichtigsten Ansprechpartner für die erkrankten und verunfallten Mitarbeitenden. Auch die von Krankenkassen, Krankentaggeldversicherungen, Pensionskassen und IV geleistete Hilfe wird als wichtig beurteilt. Für den Erfolg des DM ist demnach eine Zusammenarbeit mit diesen Stellen ein wichtiger Faktor.

Das DM scheint sich weitgehend auf Beratungs- und Informationsgespräche zu beschränken. Diese sind von den Befragten auch als nützlich empfunden worden. Konkretere Unterstützungsleistungen wurden offenbar weit weniger geboten und auch als weniger nützlich erlebt. Die Mehrheit der Befragten fühlt sich zwar immer noch nicht gesund, ist aber motiviert, weiter zu arbeiten. Eine Reintegration in die Arbeitswelt gelingt daher auch relativ oft.

Begleitung und Unterstützung in schwierigen Situationen

Die Leitfaden-Interviews mit ausgewählten Mitarbeitenden ergaben eine sehr differenzierte Beurteilung, die auf sehr unterschiedlichen Kriterien beruht (vgl. Tabelle 16). Aufgrund der Vorauswahl der Interviewten – je ein negativer und ein positiver Fall – sind hier beide Dimensionen gleichermassen vertreten. In der Fallauswertung hat sich jedoch gezeigt, dass auch die als negativ eingestuften Fälle das DM tendenziell positiv beurteilen. Bei den aufgeführten Kriterien zeigt sich, dass für die Mitarbeitenden sowohl bei den positiven als auch bei den negativen Aspekten die Angemessenheit von Begleitung und Unterstützung im DM von grosser Bedeutung ist. Darin zeigt sich, dass für die Mitarbeitenden die Qualität der erhaltenen Unterstützung des DM ein wichtiges Kriterium für die Beurteilung des DM darstellt.

Tabelle 16: Beurteilung des DM durch die betreuten Mitarbeitenden

positive Kriterien der Beurteilung des DM	negative Kriterien der Beurteilung des DM
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sicherheit ▪ Wertschätzung und Respekt ▪ Zuversicht und Perspektive ▪ angemessene Begleitung und Unterstützung ▪ Transparenz ▪ Reintegration ▪ Ganzheitlichkeit in der Fallbearbeitung ▪ angemessene Massnahmen ▪ Partizipation im Prozess des DM ▪ Vertrauen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zu späte Kontaktaufnahme ▪ unzureichende Begleitung und Unterstützung ▪ Bevormundung ▪ unangemessene Massnahmen ▪ schlechter Informationsfluss ▪ mangelnde Transparenz ▪ Unsicherheit ▪ mangelnde Zuversicht und Perspektive ▪ Mangel an Wertschätzung und Respekt ▪ fehlende Reintegrationsmöglichkeiten

Dieser Befund hat sich auch in der quantitativen Erhebung bestätigt. Die im Rahmen des DM gebotene Unterstützung wurde hier von den Mitarbeitenden im Mittel als leicht positiv¹²⁴ bewertet, und zwar im Hinblick auf das Engagement, die Kontinuität und die Individualität der Hilfeleistung. Auch die Zusammenarbeit mit anderen Stellen und der Zeitpunkt an dem die Hilfe einsetzte wurden leicht positiv beurteilt. Im Grossen und Ganzen wurde das DM als hilfreich aber nicht als entscheidend wahrgenommen.

Darüber hinaus hat sich in der Untersuchung gezeigt, dass eine positive Beurteilung des DM nicht allein von einem Erfolg der Reintegrationsmassnahmen abhängt, obwohl auch dieser als hoch zu beurteilen ist. Der objektive Reintegrationserfolg des DM bewegt sich gemäss Aussagen der befragten Mitarbeitenden im Bereich von rund Zweidrittel des vorherigen Arbeitsausfalls. Wie hoch der Anteil des DM daran ist, kann allerdings nicht beantwortet werden (vgl. Kapitel 5.3.1). Für die Mitarbei-

¹²⁴ Mit Werten um 3.5 auf einer Skala von 1 bis 5 mit einem Mittelwert „sowohl als auch“ von 3.

tenden ist es daher offensichtlich in erster Linie wichtig, dass sie in ihrer schwierigen Situation gut begleitet und unterstützt werden – und zwar insbesondere dann, wenn die vorgenommenen Reintegrationsziele nicht erreicht werden (können). Das DM kann hierzu einen gewissen Beitrag leisten, auch wenn andere Begleitende, etwa Familie oder behandelnde Ärzte/Ärztinnen, eine höhere Relevanz für die erkrankte oder verunfallte Person haben (vgl. Kapitel 5.3.4). Die Tatsache, dass die Beschäftigten zumindest von ihrem Arbeitgeber in ausreichender und angemessener Weise unterstützt werden, ist für die Mitarbeitenden dennoch von hoher Relevanz. Erreicht werden kann dies unter anderem durch regelmässige Kontakte und eine fachgerechte Unterstützung und Begleitung. Hierfür dürfte eine ausreichende Qualifikation der Mitarbeitenden des DM ein entscheidender Erfolgsfaktor sein, um die Bedürfnisse zu erkennen und fachgerecht darauf reagieren zu können. Weitere Merkmale, wie Sicherheit, Wertschätzung und Respekt, Zuversicht und Perspektive, verweisen auf die grosse Bedeutung von Kommunikation im DM, da diese sich erst in der unmittelbaren Interaktion konkret realisieren lassen.

Die negativen Kriterien stellen zum Teil Spiegelungen der positiven Aspekte dar und unterstreichen damit die Bedeutung der jeweiligen Aspekte. Als negativ wurde in der qualitativen Erhebung eine zu späte Kontaktaufnahme durch das DM genannt. Die Ergebnisse der quantitativen Befragung zeigen jedoch, dass der Zeitpunkt der Kontaktaufnahme von den Mitarbeitenden der involvierten Betriebe mehrheitlich als richtig erachtet wird, wobei die Unterschiede nach Betrieben allerdings vergleichsweise gross ausfielen. Im Falle der ISS fiel die Zustimmung beispielsweise sehr hoch, im Falle der Implemia fiel sie sehr tief aus (vgl. Abbildung 27).

Weitere Ergebnisse aus der quantitativen Befragung zeigen, dass der Nutzen der im Rahmen des DM gebotenen Beratung in allen Betrieben als gut bewertet wurde. Die vorgängige Annahme, dass die befragten Mitarbeitenden Angst hätten vor einem Arbeitsplatzverlust hat sich jedoch nicht eindeutig bestätigt werden. Die Zustimmung zur entsprechenden Aussage lag mit einem Mittelwert von 3 im unentschiedenen Bereich (vgl. Abbildung 16).

Ein sehr wichtiges Ergebnis konnte in der quantitativen Befragung im Hinblick auf die Beurteilung des DM als Kontrollinstrument erreicht werden. Hier zeigte sich eine deutliche Ablehnung der Vermutung, das DM werde als Kontrolle statt als Hilfe wahrgenommen (vgl. Kapitel 5.3.4).

6 Schlussfolgerungen und Fazit

6.1 Disability Management in Unternehmen in der Schweiz

Die vorliegende Untersuchung hat die Prozesse der *Einführung* und *Durchführung*, sowie die *Beurteilung* des DM in acht Unternehmen in der Schweiz untersucht. Die Unternehmen unterscheiden sich vor allem nach der Beschäftigtenzahl und der Branchenzugehörigkeit. Darüber hinaus gibt es Unterschiede in der geografischen Präsenz der Unternehmen. Hier unterscheiden sich die Unternehmen darin, ob die Unternehmensstandorte auf eine bestimmte Region begrenzt sind oder ob sie in der gesamten Schweiz über Standorte verfügen.

Weshalb wurde Disability Management in den Unternehmen eingeführt?

Das DM wurde in den Unternehmen aus betriebswirtschaftlichen und unternehmenskulturellen Motiven eingeführt, darüber hinaus waren externe Anstösse bedeutsam. Letztlich können alle drei Motive als kostenrelevante Faktoren angesehen werden. Bezogen auf die Beurteilung des DM stellt sich in diesem Zusammenhang jedoch das Problem, dass bestimmte Kosten direkt, etwa bei Prämien der Unfallversicherer, PK-Risikoversicherung oder Krankentaggeldversicherung, andere aber bloss indirekt auf die Kostenentwicklung im Unternehmen bzw. Betrieb reagieren. Während die direkten Kostenwirkungen unmittelbar erfasst werden können und mit entsprechenden Aktivitäten der Gesundheitsförderung oder des DM positiv beeinflusst werden sollen, so sind indirekte Kosten, wie etwa negative Wirkungen der Arbeitszufriedenheit auf den Arbeitsprozess nur bedingt antizipierbar. Über das DM soll jedoch eine stärkere Bindung der Mitarbeitenden an das Unternehmen erreicht und die Motivation positiv beeinflusst werden. Dies gelingt insbesondere dann, wenn das Vertrauen in einen sich fair verhaltenden, ‚guten‘ Arbeitgeber wächst.

Mit der Einführung von DM soll darüber hinaus auch eine Verbesserung des Unternehmensimage erreicht werden. Dabei wird eine stärkere Positionierung des Unternehmens in der Konkurrenz um Kundenaufträge als auch auf dem Arbeitsmarkt angestrebt. Gerade im Hinblick auf die demografische Entwicklung und hierdurch absehbar entstehenden Engpässen auf den Arbeitsmärkten dürfte dieser Aspekt künftig wohl eine noch stärkere Relevanz gewinnen. Ein Teil der untersuchten Unternehmen hat diesen Aspekt für den Kontext der Einführung von DM explizit als relevant erachtet oder wird ihm künftig eine grössere Bedeutung zugeschrieben.

Wie wurde Disability Management in die betriebliche Struktur implementiert?

Das DM wurde auf unterschiedliche Weise in den Unternehmen verankert, im Einzelnen konnten folgende Positionierungen des DM in der Betriebsstruktur identifiziert werden: DM integriert in die Sozialberatung, DM als HR Unterabteilung und DM integriert in das HR. Durch eine enge Anbindung des DM an das HR besteht die Gefahr, dass sich der Charakter des DM verändern kann. Nämlich von einem kundenbezogenen, advokatorischen und vermittelnden Prozess zur Unterstützung erkrankter und verunfallter Mitarbeitender zu einem Instrument der betrieblichen Interessenvertretung gegenüber den erkrankten und verunfallten Beschäftigten.

Eine besondere Wirkung der unterschiedlichen Organisationsformen des DM auf die Praxis des DM konnte für die vorliegende Untersuchung nicht nachgewiesen werden. Hierzu müsste eine Längsschnittstudie durchgeführt werden, die sowohl spezifische, unternehmensbezogene Daten systema-

tisch über einen längeren Zeitraum erhebt, als auch die Fallentwicklung über einen längeren Zeitraum untersucht.

Aufgrund der Branchenzugehörigkeit konnte kein besonderer Einfluss auf die Struktur oder das Handeln im DM nachgewiesen werden. Allerdings wird das DM in den Unternehmen, die in der gesamten Schweiz resp. an unterschiedlichen Standorten tätig sind, unterschiedlich organisiert. Während PostMail, PostFinance und ISS für das gesamte Unternehmen ein einheitliches DM durchführen, haben Siemens und Implenia ein nach Regionen differenziertes DM. Die Differenzierung besteht vor allem in der Ergänzung bzw. der spezifischen Kombination von externem und internem DM aufgrund geographischer Zuordnungen. In der vorliegenden Studie konnten jedoch keine Einflüsse identifiziert werden, die auf Vor- oder Nachteile verweisen, die sich aufgrund dieser unterschiedlichen Organisationsformen für das DM ergeben.

Wie wurde das Disability Management im Betrieb organisiert?

Insgesamt kann für die untersuchten Unternehmen eine weitgehende Übereinstimmung für die konkrete Fallbearbeitung festgestellt werden. Die Durchführenden des DM stützen sich dabei vor allem auf das Case Management (CM) als Handlungsansatz. Im CM erfolgt auf der Grundlage einer systematischen Erfassung und Beurteilung der Ausgangslage (Assessment) eine Planung weiterer konkreter Massnahmen, die zu einer erfolgreichen Wiedereingliederung führen sollen (Planning). Die Kontrolle über die Einhaltung der Massnahmen erfolgt im Rahmen eines Monitoring. Durch Zielvereinbarungen wird eine gegenseitige Verpflichtung der Beteiligten erreicht. Während es in der Systematik der Fallbearbeitung eine weitgehende Übereinstimmung gibt, so sind die organisatorischen Unterschiede des DM in den verschiedenen Unternehmen beachtlich. In der Untersuchung konnten systematisierte und von den Abläufen her stark vorstrukturierte Organisationsformen des DM (*systemzentriertes DM*) von weniger strukturierten Organisationsformen (*klientenzentriertes DM*) unterschieden werden. Während die Vorteile der stärker systematisierten Formen des DM vor allem in einer stärkeren Kontrolle der Prozesse des DM liegen, so sind die klientenzentrierten Formen darauf ausgerichtet, von der Situation der betroffenen Mitarbeitenden ausgehend, angepasste Strategien zur Unterstützung und Förderung zu entwickeln.

Im DM werden an direkten Leistungen vor allem Beratung sowie die Organisation und Begleitung im Wiedereingliederungsprozess erbracht, weitere Leistungen zur Unterstützung und Gesundheitsförderung erfolgen in der Regel durch Dritte und werden vom DM lediglich vermittelt.

In der vorliegenden Untersuchung hat sich gezeigt, dass die stärker systematisierten Verfahren des DM zum Teil auch als Zwang und Druck empfunden wurden. Dies vor allem dann, wenn die getroffenen Vereinbarungen nicht wie gewünscht umgesetzt werden konnten bzw. wenn die Gefahr des Nicht-Erreichens bestand. In klientenzentrierten Formen sind die durch Druck und Zwang entstehenden Belastungen der betroffenen Mitarbeitenden nicht unbedingt geringer, allenfalls können hier jedoch leichter andere Umgangsformen gefunden werden. Insgesamt werden die Massnahmen des DM jedoch weniger als Kontrollmassnahmen von Seiten des Unternehmens aufgefasst, sondern vielmehr als sehr willkommene Formen der Unterstützung und Begleitung, durch die die Mitarbeitenden neben der konkreten Beratung und Unterstützung vor allem auch Wertschätzung durch Vorgesetzte und Arbeitgeber/innen erfahren.

Welche Wirkungen hat das Disability Management im Betrieb?

Bei den Unternehmen, die ein internes DM eingeführt haben, hat sich gezeigt, dass bei normalem Betriebsverlauf – etwa ohne grössere Umstrukturierungen im Unternehmen – der Umfang der Absenzen gesenkt bzw. stabil gehalten werden kann. Obwohl dies sicherlich nicht allein auf das DM zurückgeführt werden kann, so wird das DM in den untersuchten Unternehmen jedoch als ein wichtiger Beitrag hierzu angesehen. DM kann daher vor allem auch als Ausdruck einer spezifischen Haltung im Unternehmen angesehen werden, die dem Erhalt und der Förderung von Gesundheit am Arbeitsplatz einerseits, und der Unterstützung von erkrankten Mitarbeitenden andererseits, ein besonderes Gewicht beimisst. Über die Reduktion von Absenzen gelingt es den Unternehmen daher unmittelbar, Kosten zu senken. Eine Betrachtung der Wirkungen von DM sollte allerdings neben den (Primär-)Wirkungen vor allem auch die (Sekundär-)Wirkungen von DM auf die betroffenen Mitarbeitenden nicht unterschätzen. DM kann hier zu einer stärkeren Bindung der Mitarbeitenden an das Unternehmen beitragen und die Motivation positiv beeinflussen, wenn das Vertrauen in einen sich fair verhaltenden, ‚guten‘ Arbeitgeber wächst.

Obwohl die untersuchten Unternehmen Kosten und Nutzen des DM sehr unterschiedlich erfassen und zum Teil auch den Versuch einer exakten Erfassung nicht als sinnvoll erachten, da für eine Beurteilung des Erfolgs von DM zu viele Faktoren berücksichtigt werden müssten, sind die Unternehmen alle der Überzeugung, dass sich das DM für sie auszahlt.

In Bezug auf die Fallbearbeitung konnten die Unternehmen Erfolge in den Wiedereingliederungen von erkrankten und verunfallten Mitarbeitenden aufweisen. Als massgeblich für den Erfolg wurde sowohl die bessere Begleitung und Unterstützung der erkrankten und verunfallten Mitarbeitenden angesehen, als auch die verbesserte Koordination der betriebsinternen Möglichkeiten, im Prozess des DM zu geeigneten und tragfähigen Lösungen zu kommen. Durch DM werden daher vor allem auch die betriebsinternen Kommunikationsstrukturen verbessert und gestärkt. Darüber hinaus stellt DM eine wichtige Unterstützung für Vorgesetzte in der Betreuung von erkrankten und verunfallten Mitarbeitenden dar. Dabei geht es einerseits um die direkte fachliche Unterstützung und Beratung der Vorgesetzten bei konkreten Fragestellungen im Umgang mit erkrankten und verunfallten Mitarbeitenden. Andererseits findet bei komplexen Fallkonstellationen durch die Übernahme der Betreuung der erkrankten und verunfallten Mitarbeitenden durch das DM auch eine Entlastung der Vorgesetzten statt. Denn diese sehen sich zum Teil in der Betreuung und Unterstützung von erkrankten und verunfallten Mitarbeitenden überfordert.

Aufgrund der Heterogenität der etablierten Modelle von DM in den untersuchten Unternehmen, unterschiedlicher Falldefinitionen im DM, und aufgrund des unterschiedlichen Charakters der Fälle, die je nach Branche und Definition letztlich auch zu unterschiedlich hohen Fallzahlen in den Unternehmen führen, kann eine differenzierte Beurteilung des Zusammenhangs von Ressourcenausstattung und Qualität des DM im Rahmen der vorliegenden Studie nur sehr bedingt vorgenommen werden. Auch die Leistungen, die vom DM für die erkrankten oder verunfallten Mitarbeitenden erbracht werden, sind je nach Unternehmen sehr unterschiedlich (vgl. Tabelle 10). Ab einem bestimmten Punkt ist das interne DM dabei nur noch als Vermittlungsstelle tätig und die Leistungen selbst werden extern erbracht, etwa im Rahmen von spezifischen Beratungs- und Therapieangeboten.

Welche Bedeutung haben die Träger der Sozialversicherung für das betriebliche Disability Management?

Entscheidend für eine erfolgreiche Einführung und Durchführung von DM ist nicht nur eine ausgezeichnete interne Vernetzung und Kooperation im Unternehmen. Auch die Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern und den Hausärztinnen resp. Hausärzten, stellt einen sehr wichtigen Faktor für den Erfolg von Wiedereingliederungsprozessen dar. Denn sowohl über die interne als auch über die externe Vernetzung und Kooperation werden notwendige Ressourcen mobilisiert, die zu einer erfolgreichen Fallentwicklung beitragen können.

6.2 Empfehlungen zur Einführung von Disability Management

In der vorliegenden Studie wurden interne und externe Akteure als wichtige Akteure zur Durchführung von DM in Unternehmen identifiziert. Bei den internen Akteuren sind es vor allem die Unternehmensleitung, die Vorgesetzten, die DM-Mitarbeitenden und die erkrankten und verunfallten Mitarbeitenden selbst. Zu den wichtigen externen Akteuren gehören neben den verschiedenen Sozialversicherungsträgern auch die Hausärzte und Hausärztinnen. Vor dem Hintergrund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse werden nachfolgend für Unternehmen und IV Empfehlungen gegeben, was bei der Einführung von DM berücksichtigt werden sollte.

6.2.1 Empfehlungen an Unternehmen

Vor dem Hintergrund der Untersuchungsergebnisse ergeben sich folgende Empfehlungen für die Einführung von DM:

- Einführung und Umsetzung des DM sollten von einem umfassenden betrieblichen Commitment getragen sein. Dabei ist das Commitment der Unternehmensleitung von besonderer Bedeutung, gerade auch im Hinblick auf die Verpflichtung von Vorgesetzten und Mitarbeitenden auf die Zielsetzungen des DM. Das Commitment der Unternehmensleitung ist besonders dort von Bedeutung, wo Interessenkonflikte entstehen und wo das DM im Unternehmen nicht die erforderliche Unterstützung erhält.
- Das DM sollte klar strukturiert sein, einerseits in Bezug auf die Aufgaben, Tätigkeitsfelder und Zuständigkeiten des DM, andererseits hinsichtlich des Ablaufs von DM. Damit werden Verantwortlichkeiten und Leistungen im DM festgelegt und hinsichtlich des Ablaufs wird eine grösstmögliche Transparenz für Vorgesetzte und Mitarbeitende sicher gestellt. Dies ist besonders wichtig, um den Zugang zum DM zu kanalisieren und um Anforderungen und Zielsetzungen zu bestimmen.
- In den untersuchten Unternehmen fanden sich drei verschiedene Formen der organisatorischen Einbettung des DM – als Teil der HR-Abteilung, als Teil der Sozialberatung und integriert in das HR. Aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung kann nicht gesagt werden, welche Form des DM erfolgreicher in der Anwendung ist. Dies bedeutet allerdings nicht, dass die organisatorische Einbettung nicht von Bedeutung wäre. So kann dem DM beispielsweise durch eine von der HR-Abteilung getrennte Positionierung eine für den Konfliktfall relevante Unabhängigkeit in der strukturellen Positionierung im Unternehmen gegeben werden. Demgegenüber kann eine Positionierung im HR oder gar dessen Integration in das HR Synergien erzielen. Aus wissenschaftlicher Perspektive besteht diesbezüglich weiterer Forschungsbedarf. Im Rahmen einer Einführung von DM im Unternehmen sollten mögliche Effekte, die sich aus der organisatorischen Einbindung ergeben könnten dennoch berücksichtigt werden. Dies vor allem deshalb, da

in der qualitativen Fallauswertung als mögliche negative Effekte von DM vor allem Zwang und Bevormundung von betroffenen Mitarbeitenden thematisiert wurden.

- Das DM sollte ausreichend mit personellen und finanziellen Ressourcen ausgestattet sein. Als Orientierungsgrösse können hier 100 Stellenprozente für ca. 1'000 Beschäftigte angegeben werden, wenn ein umfangreiches DM durchgeführt wird. Bei geringeren Beschäftigtenzahlen sollte auch überprüft werden ob und inwieweit Synergien zu anderen Bereichen bestehen. In der vorliegenden Untersuchung hat die Klinik Barmelweid mit 250 Beschäftigten ein internes DM eingeführt. Dieses wurde an die bestehende Sozialberatung für Patientinnen und Patienten angegliedert. Auf diese Weise konnten vorhandene Qualifikationen und Kompetenzen für Aufbau und Durchführung des internen DM mit genutzt werden.

6.2.2 Empfehlungen an die IV

Aufgrund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse lassen sich folgende Empfehlungen für die IV formulieren:

- Ein *aktiver, möglichst frühzeitiger Kontakt zwischen Unternehmen und IV-Stellen* kann als erfolgversprechend für die Fallarbeit eingeschätzt werden. Denn zu einem frühen Zeitpunkt ist das Potential an alternativen Handlungskonzepten und die Bereitschaft zur Mitwirkung von allen Beteiligten, insbesondere der Unternehmen selbst, in der Regel als günstiger einzuschätzen als zu einem späteren Zeitpunkt. Denn hier ist davon auszugehen, dass die Bereitschaft und Möglichkeit zu einer Wiedereingliederung im Unternehmen beitragen zu können, insgesamt positiver genutzt und gestaltet werden kann. Einige der untersuchten Unternehmen haben explizit eine aktivere Rolle der IV in der Kontaktaufnahme und Unterstützung der Unternehmen im Umgang und in der Betreuung von erkrankten Mitarbeitenden eingefordert.
- Eine positive Wirkung auf den Erfolg von Eingliederungsmassnahmen im Rahmen von DM wird in einer *verbesserten Zusammenarbeit von IV und DM* gesehen. Die vorliegende Untersuchung hat gezeigt, dass dort, wo eine positive Beziehung zwischen den IV-Stellen und dem DM etabliert werden konnte, die Zusammenarbeit mit der IV deutlich positiver eingeschätzt wird. Fallbesprechungen konnten hier erfolgreich etabliert werden. Von Seiten der IV-Stellen kann eine solche Zusammenarbeit durch eine *kontinuierliche, personenbezogene Kontaktpflege* zu den Unternehmen gefördert und unterstützt werden.
- Kritik an der IV wird von den Unternehmen vor allem bezüglich einer *zu langen Verfahrensdauer* im Rahmen der Bearbeitung von IV-Anträgen geübt. Neben Bemühungen um eine Beschleunigung der IV-Verfahren wäre hinsichtlich des Verfahrensablaufs allenfalls zu überlegen, inwieweit im Rahmen einer verbesserten, kontinuierlichen Kommunikation über den Stand des Verfahrens an die betroffenen Mitarbeitenden und an das DM in den Unternehmen positive Wirkungen erreicht werden können.
- Von den untersuchten Unternehmen wurde auch der Bedarf nach einer besseren *Unterstützung in der Arbeitsplatzvermittlung* angemahnt. Dies ist insbesondere erforderlich für Mitarbeitende, die von den Unternehmen aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr beschäftigt werden können. Die Unterstützung bei der Vermittlung aus einem aktiven Beschäftigungsverhältnis in einem Unternehmen ist trotz bestehender gesundheitlicher Beeinträchtigungen zu diesem Zeitpunkt unter Umständen erfolgreicher zu gestalten, als nach der Beendigung des Arbeitsverhältnisses.
- Die Einführung von DM stellt die Unternehmen vor die Herausforderung, neue Strukturen und Praxen im Unternehmen einzuführen, und die Entwicklung spezifischer Haltungen im Umgang

mit erkrankten und verunfallten Mitarbeitenden zu fördern. Diesbezüglich wäre von der IV zu überlegen, inwieweit Unternehmen bezüglich der *Einführung von aktiven Massnahmen der Arbeitsintegration beraten und unterstützt* werden können.

6.2.3 Fazit

Die vorliegende Untersuchung hat DM in Unternehmen in der Schweiz untersucht. Beim DM handelt es sich um einen neuen Handlungsansatz, der sich erst in den letzten Jahren verstärkt etablieren konnte. Die Untersuchung hat gezeigt, dass die Unternehmen die mit dem DM verfolgten Ziele, unter anderem die Reduktion von Absenzen und unternehmenskulturelle Verbesserungen, weitgehend erreichen konnten. Diese positive Entwicklung spiegelt sich auch wider bei der Beurteilung des DM durch die im DM betreuten Mitarbeitenden. Diese empfinden das DM nicht, wie dies in der Kritik an Massnahmen des DM vielfach geäussert wird, als eine Kontrolle, sondern vielmehr als eine Unterstützung und Wertschätzung von Seiten des Unternehmens. Die Beteiligung von Sozialversicherungsträgern und Hausärztinnen resp. Hausärzten wird als entscheidender Faktor für den Erfolg des DM bewertet. Angesichts dieser positiven Resultate ist eine je nach Unternehmen angepasste Einführung von DM vor allem dann zu empfehlen, wenn neben betriebswirtschaftlichen explizit auch unternehmenskulturelle Zielsetzungen verfolgt werden.

Literaturverzeichnis

- Agyris, Chris/Schön, Donald A. (1999): Die lernende Organisation. Grundlagen, Methode, Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta
- Badura, Bernhard/Ritter, Wolfgang/Schwerf, Michael (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis. Berlin: edition sigma.
- Baumgartner, Edgar/Greive, Stephanie/Schwarb, Thomas (2004): Die berufliche Integration von Behinderten Personen in der Schweiz. Bundesamt für Sozialversicherung. Forschungsbericht Nr. 5/04. Bern
- Bloch, Frank S./Prins, Rienk (2001): Who Returns to Work and Why? A Six Country Study on Incapacity and Reintegration. New Brunswick/London
- Blumberger, Walter (2004): Kosten und Nutzen der beruflichen Rehabilitation. In: Berufliche Rehabilitation, Jg. 18, H. 5. 205-223
- Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz Wolfgang (Hrsg.) (2002): Das Experteninterview. Opladen: Leske + Budrich.
- Bortz, Jürgen (1993): Statistik. Für Sozialwissenschaftler. 4. vollst. überarb. Aufl., Berlin/Heidelberg/New York: Springer-Verlag.
- Brinkmann, Volker (Hrsg.) (2006): Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. Wiesbaden: Gabler.
- Buchmann, Ulrike (2004): Case Management. Eine Bestandsaufnahme in qualifikationstheoretischer Absicht. Frankfurt a.M.: Verlag der Gesellschaft zur Förderung arbeitsorientierter Forschung und Bildung.
- Charmaz, Kathy (2006): Constructing Grounded Theory. London: Sage
- ENWHP (2007): European Network for Workplace Health Promotion. <http://www.enwhp.org/index.php?id=5> (Download: 5.12.2007).
- Fischer, L./Lück, H. E. (1972): Entwicklung einer Skala zur Messung von Arbeitszufriedenheit (SAZ). In: Psychologie und Praxis, H. 2, JG. 16. 64-76
- Flick, Uwe (2000): Qualitative Forschung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Galuske, Michael/Thole, Werner (Hrsg.) (2006): Vom Fall zum Management. Neue Methoden der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag
- Greve, Eva/Niehaus, Mathilde (2007): Beiträge des Diversity und Disability Managements zur Professionalisierung der betrieblichen Rehabilitation. In: Dokumentation der 14. Hochschultage Berufliche Bildung: Berufliche Bildung, Innovation, Soziale Integration. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag. 288-300
- Gröben, Ferdinand/Bös, Klaus (1999): Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung. Berlin: edition sigma.
- Gursansky, Di/Harvey, Judy/Kennedy, Rosemary (2003): Case Management. Policy, Practice and Professional Business. New York: Columbia University Press
- Hansen, Eckhard (2006): Das Case/Care Management. In: Galuske, Michael/Thole, Werner (Hrsg.) (2006). Wiesbaden: VS Verlag. 17-37
- Harder, Henry/Scott, Liz R. (2005): Comprehensive Disability Management. Edinburgh et al.: Elsevier Churchill Livingston.
- Henkel, Regina-C. (2006): Disability Management: Ford wurde für sein Wiedereingliederungsmanagement zertifiziert. In: VDI NR. 34, vom 25.08.2006, S. 17. http://www.wiso-net.de/webcgi?START=A60&DOKV_DB=ZGEN&DOKV_NO=VDIN285832&DOKV_HS=0&PP=1 (Download: 10.02.2008)

- ILO (2002): *Managing Disability in the Workplace*. ILO Code of Practice. Geneva: International Labour Office.
- Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit (2002): *Wer zur Arbeit zurückkehrt und warum*. Genf: Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit.
- Klug, Wolfgang (2005): *Case Management im US-amerikanischen Kontext. Anmerkungen zur Bilanz und Folgerungen für die deutsche Sozialarbeit*. In: Löcherbach, Peter/Klug, Wolfgang/Rommel-Fassbender, Ruth/Wendt Wolf Rainer (Hg.) (2005³). München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag. 40-66
- Löcherbach, Peter/Klug, Wolfgang/Rommel-Fassbender, Ruth/Wendt Wolf Rainer (Hg.) (2005³): *Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit*. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Merckx, Véronique/Wayland Bigler, Nancy (2004): *Disability Management: Internationale Erkenntnisse liegen vor*. In: *Soziale Sicherheit CHSS*, 6/2004. 385-388
- Meuser, Michael/Nagel, Ulrike (2002): *ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion*. In: Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz Wolfgang (Hrsg.): *Das Experteninterview*. Opladen: Leske + Budrich. 71-94
- Münch, Eckhard/Walter, Uta/Badura, Bernhard (2004): *Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement*. Berlin: edition sigma.
- Neuffer, Manfred (2007): *Case Management*. Weinheim/München: Juventa.
- Niehaus, Mathilde/Magin, Johannes/Marfels, Britta/Vater, Gudrun E./Werkstetter, Eveline (2008): *Betriebliches Eingliederungsmanagement. Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX*. Köln.
- NIDMAR (2008): *About the Institute*. http://www.nidmar.ca/about/about_institute/institute_info.asp. Download: 10.02.2008.
- Nussbaum, Martha C. (2000): *Women and Human Development. The Capabilities Approach*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nussbaum, Martha C. (2006): *Frontiers of Justice. Disability, Nationality, Species Membership*. Cambridge, Mass./London: The Belknap Press of Harvard University Press.
- OECD (2003): *Behindertenpolitik zwischen Beschäftigung und Versorgung*. Frankfurt a. M.: Campus
- OECD (2006): *Sickness, Disability and Work: Improving Opportunities. Norway, Poland, and Switzerland. Preliminary Lessons from the OECD draft report*.
- Pfaff, Holger/Krause, Holger/Kaiser, Claudia (2003): *Gesundgeredet? Praxis, Probleme und Potenziale von Krankenrückkehrgesprächen*. Berlin: edition sigma.
- Rommel-Fassbender, Ruth (2005): *Case Management als Methodenkonzept der Sozialen Arbeit. Erfahrungen und Perspektiven*. In: Löcherbach, Peter/Klug, Wolfgang/Rommel-Fassbender, Ruth/Wendt Wolf Rainer (Hg.) (2005³). München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag. 67-86
- Riet, Nora van/Wouters, Harry (2002): *Case Management*. Luzern: Interact.
- Rüst, Thomas/Debrunner, Annelies (2005): *„Supported Employment“*. Modelle unterstützter Beschäftigung bei psychischer Beeinträchtigung. Zürich/Chur: Verlag Rüegger
- Schmidt, Hans/Kessler, Stefan (2006): *„Ability Management“ – Erfahrungen in der Schweiz*. In: Löcherbach, Peter/Wendt, Wolf Rainer (Hrsg.) (2006). Heidelberg: Economica. 192-208
- Senn, Amartya (1999): *Commodities and Capabilities*. New Delhi: Oxford University Press.
- Stadt Zürich (2006): *Schlussbericht Case Management am Arbeitsplatz*. Zürich
- Strauss, Anselm L. (1998): *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. München: Wilhelm Fink
- Strauss, Anselm L./Corbin, Juliet (1996): *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

- Strübing, Jürg (2004): Grounded Theory. Wiesbaden: VS Verlag.
- Wendt, Wolf Rainer (2001): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Freiburg: Lambertus.
- Wendt, Wolf Rainer (2005): Case Management. Stand und Positionen in der Bundesrepublik. In: Löcherbach, Peter/Klug, Wolfgang/Rommel-Fassbender, Ruth/Wendt Wolf Rainer (Hg.) (2005³). München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag. 14-39
- Wendt, Wolf Rainer (2006): State of the art: Das entwickelte Case Management. In Wendt, Wolf Rainer/Löcherbach, Peter (Hrsg.): Case Management in der Entwicklung. Heidelberg et al.: Economica.1-42
- Wendt, Wolf Rainer/Löcherbach, Peter (Hrsg.) (2006): Case Management in der Entwicklung. Heidelberg et al.: Economica.
- WHO (2007): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Verabschiedet von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) am 21. November 1986 in Ottawa. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German (Download: 16.11.2007; 1-5).

Anhang

- Unternehmensfragebogen
- Leitfaden Durchführungs- und Leitungsebene
- Leitfaden Mitarbeiter/innen
- standardisierter Fragebogen

Unternehmensfragebogen

A. Angaben über Ihren Betrieb

- Bitte geben Sie zunächst Ihre Kontaktdaten an und eine für das Disability Management (nachfolgend: DM) bzw. Case Management in Ihrem Unternehmen verantwortliche Kontaktperson an.
- Um welchen Betrieb handelt es sich (Branche/Geschäftsfeld, Zahl der Beschäftigten etc.)?

B. Implementierung

- Wann wurde das DM in Ihrem Unternehmen eingeführt?
- Wie würden Sie die vorgängige Praxis im Betrieb vor der Etablierung des DM beschreiben?
- Was hat sich für Sie im Betrieb geändert seit der Einführung des DM?
- Können Sie etwas über die Entwicklung des DM in Ihrem Unternehmen angeben (etwa Entwicklung der Inanspruchnahme, Wirkung und Akzeptanz – sowohl auf Seiten der Unternehmensleitung als auch auf Seiten der Beschäftigten etc.)?
- Was waren die Gründe und Motive der Betriebsleitung zur Einführung des DM?
- Welche Form (internes/externes) des DM haben Sie in Ihrem Betrieb etabliert?
- Wie ist das DM in die betriebliche Organisationsstruktur eingebunden (Stabsabteilung, Zuordnung zur Personalabteilung etc.)?

C. Durchführung

- Welchen betrieblichen Auftrag hat der Case Manager/die Case Managerin?
- Wie wird die Erfolgskontrolle des DM in Ihrem Unternehmen durchgeführt (Indikatoren, Fallzahlenbasiert etc.)?
- Wer führt das DM in Ihrem Betrieb durch? Welche Qualifikationen haben die für das DM verantwortlichen Personen?
- Welches Erfassungssystem für längere Absenzen haben Sie etabliert?
- Wie viele Fälle (Kurzintervention/langfristige Intervention) bearbeiten Sie im DM pro Jahr?
- Wenden sich die Beschäftigten bei Fragen und Problemen auch selbstständig an den Case Manager/die Case Managerin?
- Zu welchem Zeitpunkt beginnt der Case Manager/die Case Managerin aktiv zu werden?
- Könnten Sie kurz die Vorgehensweise bei einer Fallbearbeitung erläutern?
- Arbeiten Sie in der Fallbearbeitung mit externen Institutionen zusammen (Institutionen der Sozialversicherung, Versicherungen etc.)? Wenn ja mit welchen?
- Wie würden Sie die Zusammenarbeit mit diesen Institutionen beschreiben und beurteilen?

D. Beurteilung

- Wie lautet Ihr persönliches Fazit zum Eingliederungsmanagement in Ihrem Unternehmen?
- Welche weiteren Entwicklungsschritte im DM Ihres Betriebes sehen Sie und wie können diese erreicht werden?

Leitfaden Durchführungs- und Leitungsebene

A. Implementierung des DM im Betrieb

1. Zunächst möchten wir Sie bitten darüber zu berichten, welche Gründe für ihren Betrieb ausschlaggebend waren, Disability Management einzuführen. .
 - Wie ist die Idee entstanden, Disability Management in Ihrem Betrieb einzuführen?
 - Wie haben Sie vom Disability Management erfahren?
 - Welche Motive waren ausschlaggebend, um das Disability Management in Ihrem Betrieb einzuführen?
 - Wie wurde entschieden Disability Management einzuführen?
 - Wann wurde das Disability Management eingeführt?
 - Wer hat die Entscheidung über die Einführung des Disability Managements in Ihrem Betrieb getroffen?
 - Welche betrieblichen Akteure waren in den Entscheidungsprozess involviert?
 - Welche Ziele wollten Sie mit der Einführung des Disability Management in ihrem Betrieb erreichen?
 - Wie sind sie vor der Einführung des Disability Management mit längeren Absenzen und Leistungsminderungen von Beschäftigten umgegangen?
2. Nachdem die Entscheidung getroffen war, Disability Management in Ihrem Betrieb einzuführen, musste diese ganz konkret und auf ihren Betrieb bezogen umgesetzt werden. Können Sie mir bitte erzählen wie der Umsetzungsprozess durchgeführt wurde?
 - Welche Personen wurden mit der Umsetzung beauftragt?
 - Von wem wurden diese Personen beauftragt?
 - Welche Abteilungen des Unternehmens waren in den Umsetzungsprozess involviert? Auf welche Weise?
 - Haben die beteiligten Abteilungen hierzu Unterstützung erhalten? Wenn ja, von wem?
 - Wie wurde das Disability Management in die bestehende Betriebsstruktur integriert?
 - Welche Reaktionen gab es auf die Einführung des Disability Management? (betriebliche Leitungsebene /Beschäftigte /äusseres Umfeld des Betriebes)
 - Wie wurde das Disability Managements im Betrieb aufgenommen? Hat sich dies in der Zwischenzeit verändert?
 - Wurden neue betriebliche Vereinbarungen zwischen Betriebsleitung und Beschäftigten bezüglich der Durchführung des Disability Managements getroffen?
 - Wie lange dauerte der Einführungsprozess des Disability Managements (Aufbau der Strukturen, Einstellung von Disability Manager/innen, Information und Kommunikation mit den Beschäftigten über die Einführung etc.)?
 - Welche einzelnen Schritte haben Sie in der Umsetzung realisiert?

- Wie haben Sie sich für ein konkretes Modell/Konzept des Disability Management entschieden? Was waren Ihre wichtigsten Entscheidungskriterien?
3. Die Einführung des Disability Managements hat zu Veränderungen in Ihrem Betrieb geführt. Können Sie diese bitte möglichst genau beschreiben?
- Welchen Einfluss hatte die Einführung des Disability Managements auf die bestehenden Betriebsstrukturen?
 - Welche neuen Betriebsstrukturen sind entstanden?
 - Kam es hierbei zu Auseinandersetzungen und Konflikten? Können Sie diese genauer beschreiben?
 - Wie haben sich diese Veränderungen auf die betrieblichen Entscheidungsstrukturen ausgewirkt? Könnten Sie dies für die verschiedenen Entscheidungsebenen konkretisieren (oberes, mittleres, unteres Management)?
4. Das Disability Management ist im Betrieb nunmehr eine neue Abteilung. Können Sie die Rolle und Bedeutung dieser Abteilung innerhalb des Betriebes möglichst umfassend beschreiben?
- Beschreiben Sie bitte das Verhältnis des/r Disability Manager/in zur Betriebsleitung.
 - Wie ist das Aufgabenfeld des Disability Managements geregelt? Gibt es hierüber konkrete Vereinbarungen? Mit welchem Mandat ist das Disability Management ausgestattet?
 - Welche Bedeutung haben andere Abteilungen im Betrieb und deren Leitung für das Disability Management?
 - Beschreiben Sie bitte das Verhältnis des Disability Managements zu den Beschäftigten.
 - Was bildet die Grundlage für die Arbeitsbeziehung zwischen Beschäftigten und dem Disability Management? Wie wird diese hergestellt?

B. Durchführung von Disability Management

5. Zur Durchführung des Disability Managements wird Personal benötigt. Bitte erzählen Sie uns wer in Ihrem Betrieb an der Durchführung des Disability Managements beteiligt ist, wie diese Personen rekrutiert wurden und über welche Qualifikationen sie verfügen?
- Wie wurden die im Disability Management tätigen Personen rekrutiert (intern/extern)?
 - Welches Anforderungsprofil (Fähigkeiten und Kompetenzen) sollten die im Disability Management tätigen Personen erfüllen (Aus- und Weiterbildung)?
 - Welche Fähigkeiten und Kompetenzen halten sie für wesentlich um das Disability Management erfolgreich durchführen zu können?
 - Welche Bedeutung hat Weiterbildung für die im Disability Management Beschäftigten
6. Können Sie uns bitte erzählen, wie das Disability Management in ihrem Betrieb konkret durchgeführt wird?
- Welchen betrieblichen „Auftrag“ hat der Disability Manager/die Disability Managerin? Wie wurde dieser Auftrag erteilt? Wie wurde er festgelegt?
 - Welche Kompetenzen wurden dem Disability Manager/der Disability Managerin zur Umsetzung Ihres Auftrages übertragen?

- Wann wird das Disability Management zur Fallbearbeitung einbezogen?
 - Wie und von wem wird das Disability Management in die Fallbearbeitung eingeschaltet?
 - Was unternimmt das Disability Management konkret im Rahmen der Fallbearbeitung?
 - Wie werden die Absenzen im Betrieb erfasst? Hat sich hieran etwas mit der Einführung des Disability Managements geändert?
 - Welche technischen Mittel benutzen Sie zur Erfassung der Absenzen?
7. Für das Disability Management sind Kommunikation und Vernetzung mit unterschiedlichen Akteuren von besonderer Bedeutung. Können Sie uns bitte darüber berichten, welche Akteure in der Durchführung des Disability Management für Sie von besonderer Bedeutung sind?
- Mit welchen internen Akteuren haben Sie im Disability Management zu tun? Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit diesen?
 - Mit welchen externen Partner/innen haben Sie im Disability Management zu tun? Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit diesen?
 - Können Sie ein Beispiel für eine gute Zusammenarbeit im Betrieb und mit den externen Akteuren angeben?
 - Was sind für Sie Merkmale einer schwierigen oder konflikthafter Zusammenarbeit? Wie gehen Sie damit um?
 - Wo sehen Sie Schwierigkeiten in Bezug auf Kommunikation?
 - Was zeichnet die Kommunikation in Ihrem Betrieb im Rahmen des Disability Management aus?
8. Können Sie bitte über die Entwicklung des Disability Managements in Ihrem Betrieb berichten? Bitte beginnen Sie hier mit der Einführung.
- Wie hat sich die Inanspruchnahme des Disability Managements bei den Beschäftigten entwickelt?
 - Wie sehen Sie die Akzeptanz des Disability Managements bei den Beschäftigten?
 - Wie haben sich Einstellung und Verhalten der Unternehmensleitung gegenüber dem Disability Management entwickelt?
 - Wie haben sich Einstellung und Verhalten der Beschäftigten gegenüber dem Disability Management entwickelt?
 - Wie haben sich ganz konkret die Fallzahlen im Disability Management Ihres Betriebes entwickelt?
 - Können Sie weitere Auswirkungen des Disability Managements für Ihren Betrieb angeben und beschreiben?
9. Mit der Einführung des Disability Managements in Ihrem Betrieb wurden bestimmte Zielsetzungen verfolgt. Bitte erzählen Sie welche Erwartungen am Anfang an das Disability Management bestanden haben und wie sich diese in der konkreten Arbeit entwickelt haben.
- Inwieweit konnten die anfangs verfolgten Ziele erreicht werden?

- Welche Massnahmen haben Sie ergriffen, um die Wirkung des Disability Managements zu messen?
- Können Sie erläutern wie sich das Disability Management betriebswirtschaftlich in ihrem Betrieb niederschlägt?
- Berechnen Sie die Wirkung des Disability Managements in Ihrem Betrieb? Wie tun Sie dies?
- Inwieweit werden die Erwartungen und Zielsetzungen in der Umsetzung erfüllt?

C. Bilanzierung des Disability Management

10. Im letzten Teil unseres Gespräches möchte ich Sie zunächst bitten, das Disability Management in Ihrem Betrieb zu bilanzieren. Wie würde diese Bilanz ganz konkret ausfallen?

- Was können Sie im Hinblick auf die von Ihnen geäusserten Erwartungen an das Disability Management in Ihrem Betrieb als positives Ergebnis ansehen?
- Welche Erwartungen wurden demgegenüber nicht erfüllt?
- Lassen sich auch negative Entwicklungen im Zusammenhang mit der Einführung und Umsetzung des Disability Managements in Ihrem Betrieb benennen?

11. Abschliessend möchte ich Sie bitten die zukünftige Entwicklung des Disability Managements in Ihrem Betrieb zu skizzieren.

- Welche weiteren Entwicklungsschritte halten Sie für erforderlich?
- Haben Sie bereits konkrete Veränderungen geplant?

12. Noch eine letzte Frage mit der Bitte um eine kurze Antwort: Wenn ein anderer Betrieb überlegt, das Disability Management einzuführen. Welchen Ratschlag möchten Sie diesem Betrieb mit auf den Weg geben?

D. Angaben für die weitere Untersuchung

- 13. Für die Befragung von im Disability Management betreuten Personen hätten wir gerne, dass Sie uns zwei Personen angeben, die im Disability Management betreut wurden und bereit sind, mit uns ein Gespräch zu führen.
 - Könnten Sie uns zwei Personen vermitteln, die bereit wären mit uns ein Gespräch zu führen?
 - Wir benötigen eine Person, die sie als einen „erfolgreichen Fall“ qualifizieren würden, die zweite Person sollte von Ihnen als ein „weniger erfolgreicher Fall“ im Sinne des Disability Management qualifiziert werden.
14. Für unsere Analyse benötigen wir auch schriftliche Dokumentationen und Unterlagen zu Ihrem Disability Management. Könnten Sie uns die folgenden Unterlagen zur Verfügung stellen?
- Organigramm Ihres Betriebes
 - Statistik über das Disability Management
 - Kostenrechnungen, die das Disability Management betreffen
 - Informationsmaterial zum Betriebszweck
 - Informationsmaterial zum Disability Management, zum Beispiel für die Beschäftigten, für die Aussendarstellung des Betriebes, für Ihren Webauftritt etc.

- Jahresberichte Ihres Betriebes während der Zeit des Disability Managementbetriebliche Vereinbarungen zum Disability Management

15. Können Sie uns noch einige Angaben zu Ihrer Person geben?

- Name
- Geschlecht
- Alter
- Betriebszugehörigkeit seit
- Tätigkeit/en im Betrieb
- letzter schulischer Abschluss
- Berufliche Abschlüsse
- Weiterbildungen in

Leitfaden Mitarbeiter/innen

A. Fallgeschichte

1. Sie sind vom Disability Management in Ihrem Betrieb beraten und betreut worden. Können Sie mir bitte erzählen wie es dazu gekommen ist?
 - Was haben Sie vorher gearbeitet?
 - In welchen Abteilungen waren Sie beschäftigt?
 - In welcher Position waren Sie beschäftigt?
 - Was waren Ihre Aufgabenbereiche im Betrieb?
 - Wie hat Ihnen Ihre Arbeit gefallen?
 - Wie kam es zu Ihrer Krankheit/Unfall?
2. Eine schwere Krankheit/Unfall stellt einen Eingriff in die bisherige Lebensweise dar. Können Sie mir bitte erzählen, was sich für Sie durch die Krankheit/Unfall verändert hat?
 - Welche Auswirkungen hatte Ihre Krankheit/Unfall auf Ihr Leben?
 - Wie beurteilen Sie die eingetretenen Veränderungen?
3. Von wem sind Sie unterstützt worden während Ihrer Krankheit/nach Ihrem Unfall?
 - Wie wurden Sie von Ihrer Familie, Freunden und Bekannten unterstützt?
 - Welche Unterstützung haben Sie von Ihrem Betrieb erhalten?
4. In Ihrem Betrieb wurden Sie vom Disability Management betreut und beraten. Können Sie mir erzählen wie es zu dieser Beratung und Betreuung kam?
 - Wie wurden Sie auf das Disability Management in Ihrem Betrieb aufmerksam?
 - Was haben Sie unternommen, um eine Beratung und Betreuung durch das Case Management zu erhalten?
5. Können Sie bitte möglichst ausführlich erzählen wie der Beratungs- und Betreuungsprozess abgelaufen ist, und zwar angefangen vom ersten Kontakt bis zum Ende der Betreuung und Beratung.
 - Wann hat die Betreuung und Beratung begonnen?
 - Wie hat die Betreuung und Beratung begonnen?
 - Können Sie bitte den ersten Kontakt, das erste Beratungsgespräch schildern?
 - Wie ist der weitere Betreuungs- und Beratungsprozess abgelaufen?
 - Wie oft hatten Sie Kontakt mit dem Case Management?
 - Wann wurde der Beratungs- und Betreuungsprozess beendet?
 - Können Sie diese Schlussphase der Betreuung beschreiben?
 - Wie war es für Sie sich an eine/n Ansprechpartner/in in Ihrem Betrieb zu wenden und mit ihm/ihr über Ihre Krankheit/Unfall zu sprechen?

6. Wie erfolgte die Zusammenarbeit zwischen dem Disability Management und Ihren Vorgesetzten?
 - Hat eine Zusammenarbeit mit Ihrer (vorherigen) Abteilungsleitung stattgefunden?
 - Können Sie diese Zusammenarbeit beschreiben?
7. Sie sind an einen neuen Arbeitsplatz gekommen, wie sah hier die Zusammenarbeit des/r neuen Vorgesetzten mit dem Disability Management aus?
8. Können Sie mir Ihre aktuelle Arbeitstätigkeit beschreiben?
 - In welchem Bereich sind Sie derzeit beruflich tätig?
 - In welcher Abteilung in Ihrem Unternehmen sind Sie tätig?
 - In welcher Position sind sie an Ihrem aktuellen Arbeitsplatz tätig?
 - Wie gefällt Ihnen Ihre neue Arbeit?
 - Was hat sich für Sie durch den Arbeitsplatzwechsel verändert?
9. Wie beurteilen Sie Ihr neues Arbeitsumfeld?
10. Können Sie ein Beispiel erzählen, wo diese Veränderung(en) für Sie ganz offensichtlich wurde?

B. Beurteilung des Disability Management

- 11. Sie haben aufgrund Ihrer Krankheit/Unfall eine Betreuung und Beratung durch das Disability Management in Ihrem Betrieb erhalten. Wenn Sie diese Zeit rückblickend beurteilen, wie würde Ihre Bilanz lauten?
 - Was haben Sie als positiv erlebt?
 - Gab es Dinge, die Sie eher gestört haben?
 - Wenn Sie Ihre verschiedenen Erlebnisse und Erfahrungen in Betracht ziehen, wie sieht Ihre Gesamtbilanz aus?
- 12. Haben Sie wichtige Hinweise und Informationen durch das Disability Management erhalten?
 - Welche Hinweise und Informationen haben Sie erhalten?
 - Welche Veränderungen haben sich hieraus für Sie ergeben?
- 13. Hat das Disability Management Ihre Erwartungen erfüllt?
 - Was waren Ihre Erwartungen?
 - Verbanden sich mit dem Disability Management für Sie Wünsche und Hoffnungen?
 - Inwieweit haben sich diese Erwartungen und Wünsche erfüllt?
- 14. Sie haben den Betreuungs- und Beratungsprozess in Ihrem Betrieb durchlaufen. Wenn Ihr Betrieb Sie um Rat fragen würde, was würden Sie beibehalten und was sollte aus Ihrer Sicht verändert werden?
 - Gibt es Massnahmen und Angebote im Disability Management, die Sie unbedingt beibehalten würden?
 - Sehen Sie einen Bedarf für Veränderungen im Betreuungs- und Beratungsprozess?
 - Wenn Sie etwas verändern könnten, was würden Sie zuallererst verändern wollen?

- Gibt es etwas, das sie im Nachhinein als überflüssig beurteilen?

15. Wenn Sie einen Blick in die Zukunft tun, was erhoffen Sie sich für Ihre weitere berufliche Laufbahn?

C. Weitere Angaben

16. Können Sie uns noch einige Angaben zu Ihrer Person geben?

- Name
- Alter
- Geschlecht
- Betriebszugehörigkeit seit
- Tätigkeit/en im Betrieb
- Schulische Bildung
- Berufliche Qualifikationen
- Weiterbildungen in
- Beginn der Krankheit/Unfall
- Dauer der Krankheit/Unfallbehandlung
- Grund der Invalidität
- Invaliditätsgrad
- Krankheits-/unfallbedingte Einschränkungen

Standardisierter Fragebogen (s. nachfolgende Seite)

1. Ihr Geschlecht

- männlich
 weiblich

2. Ihr Geburtsjahr

3. Welches ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung?

- Keine (kein Schulabschluss)
 Primarschule
 Obligatorische Schule (\pm 9 Jahre Schulbildung z.B. Sekundar-, Bezirksschule, Realschule, Sonderschule)
 Mittelschule, Gymnasium, Berufsmatura (\pm 12 Jahre Schulbildung)
 Lehrkräfteseminar (z.B. Kindergärtner/in, Primarlehrer/in)
 Berufslehre oder Vollzeit-Berufsschule
 Höhere Fach- und Berufsausbildung (z.B. eidg. Fachausweis oder Meisterdiplom)
 Höhere Fachschule (HTL, HWV, HFG, HFS)
 Universität oder Fachhochschule

4. Hat von Ihren Eltern jemand eine höhere Ausbildung abgeschlossen (Hochschulabschluss, LehrerInnenausbildung, Technikum oder vergleichbares)?

- Ja, höhere Ausbildung abgeschlossen
 Nein, keine höhere Ausbildung abgeschlossen
 Weiss nicht

7. In welchem Land sind Sie geboren worden?

8. Leben Sie zur Zeit

→ *Mehrfachnennungen möglich*

- alleine
- zusammen mit meinem Partner / meiner Partnerin
- zusammen mit meinem Kind / meinen Kindern
- zusammen mit anderen Verwandten (Eltern, Geschwister...)
- in einer Institution oder Einrichtung
- anderes, nämlich: ...

**9. Sie waren über eine längere Zeitdauer krankgeschrieben.
War eine Krankheit oder ein Unfall Ursache Ihrer Arbeitseinschränkung?**

- Arbeitseinschränkung in Folge eines Unfalls
- Arbeitseinschränkung in Folge einer Krankheit
- anderes, nämlich:

10a Als Sie krankgeschrieben waren, unter welchen der folgenden Beschwerden litten Sie?

→ *Mehrfachantworten möglich. Bitte alle Beschwerden angeben.*

Ich litt unter den folgenden Beschwerden:

- Rückenprobleme
- Skelett, Knochen
- Schleudertrauma
- Muskeln, Bänder, Sehnen

10b Welches waren die Hauptursachen für Ihre Arbeitseinschränkung.

→ *Geben Sie die wichtigsten drei bei Frage 10a genannten Ursachen an. Es müssen nicht zwingend drei sein.*

→ *Verwenden Sie dafür die Zahlen 1 bis 3*

1 = wichtigste Ursache

2 = zweitwichtigste Ursache

3 = drittwichtigste Ursache.

Hauptursache meiner Arbeitseinschränkung waren:

-Rückenprobleme
-Skelett, Knochen
-Schleudertrauma
-Muskeln, Bänder, Sehnen

- Atmungsorgane
- Verdauungsorgane
- Herz-, Kreislaufsystem
- Harn- und Geschlechtsorgane
- Nervensystem
- Augen
- Ohren, Gehör
- Kopfschmerzen, Migräne
- Allergien
- Sucht-, Alkohol- oder Drogenprobleme
- Essstörung, Magersucht
- Burnout
- Depression
- sonstige psychische Krankheit
- keine Beeinträchtigung
- Anderes, nämlich:

-Atmungsorgane
-Verdauungsorgane
-Herz-, Kreislaufsystem
-Harn- und Geschlechtsorgane
-Nervensystem
-Augen
-Ohren, Gehör
-Kopfschmerzen, Migräne
-Allergien
-Sucht-, Alkohol- oder Drogenprobleme
-Essstörung, Magersucht
-Burnout
-Depression
-sonstige psychische Krankheit
-keine Beeinträchtigung
-Anderes, nämlich:.....

11. Seit wann hatten Sie die Beschwerden, die Sie oben als Hauptursache für Ihre Arbeitsbeeinträchtigung angegeben haben?

Jahr: ____ Monat:

12. Seit wann waren Sie krankgeschrieben?

Jahr: ____ Monat:

13. Seit wann arbeiteten Sie bei dem Betrieb, bei dem Sie zum Zeitpunkt Ihrer Erkrankung / Ihres Unfalls angestellt waren?

Jahr: ____ Monat:



Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre aktuelle Arbeitssituation und auf die Arbeitssituation zum Zeitpunkt vor Ihrer Erkrankung / Ihrem Unfall.

14a Bitte beschreiben Sie Ihre heutige Arbeitssituation.

→ Mehrfachantworten möglich

- Ich bin Vollzeit erwerbstätig
- Ich bin Teilzeit erwerbstätig, Pensum ca.: ___ %
- Ich bin an meinem bisherigem Arbeitsplatz weiter tätig
- Ich bin an einem anderen Arbeitsplatz in demselben Unternehmen tätig
- Ich bin an einem geschützten Arbeitsplatz tätig
- Ich arbeite in einem anderen Unternehmen
- Ich bin selbständig tätig
- Ich arbeite auf Stundenbasis / auf Mandatsbasis
- Ich bin arbeitslos - arbeitsuchend
- Ich beziehe Sozialhilfe
- Ich bin nicht arbeitsfähig – im Krankenstand oder beziehe eine Invalidenrente
- Ich bin pensioniert / frühpensioniert
- Ich bin Hausfrau/Hausmann
- Ich bin Student/Studentin, in Ausbildung

Anderes, nämlich:

14b Wie gross war Ihr Arbeitspensum vor Ihrer Krankheit / Ihrem Unfall?

in Prozenten: ca. ___ %

Der Prozentsatz war schwankend da

- Anstellung auf Stundenbasis
- Anstellung im Mandatsverhältnis / Auftragsverhältnis

14c Wie viel konnten Sie noch arbeiten als es Ihnen gesundheitlich am schlechtesten ging (während der Zeit Ihrer Krankheit / nach Ihrem Unfall)?

In Prozenten: ca. ___ %

18 Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen / Fragen in Bezug auf Ihre aktuelle Arbeitssituation und geben Sie für die folgenden Aussagen jeweils an, wie stark Sie diesen heute zustimmen können.

Kreuzen Sie für jede Aussage die für Sie zutreffende Antwort an.

1 = trifft überhaupt nicht zu,
2 = trifft eher nicht zu,
3 = sowohl als auch,
4 = trifft eher zu,
5 = stimmt absolut

Meine Arbeit macht mir wenig Spass, aber man sollte nicht zuviel erwarten. 1 2 3 4 5

Ich habe richtig Freude an der Arbeit. 1 2 3 4 5

Meine Arbeit läuft immer im gleichen Trott; da kann man nichts machen. 1 2 3 4 5

Was meinen Sie: Insgesamt gesehen: Würden Sie sagen, dass Ihre Arbeit wirklich interessant und befriedigend ist? 1 2 3 4 5

Gibt Ihnen Ihre Arbeit genügend Möglichkeiten, Ihre Fähigkeiten zu gebrauchen? 1 2 3 4 5

Sind Sie mit Ihren Aufstiegsmöglichkeiten zufrieden? 1 2 3 4 5

Sind Sie mit dem Arbeitstempo zufrieden? 1 2 3 4 5

Wenn Sie noch einmal zu entscheiden hätten, würden Sie dann wieder den gleichen Beruf wählen? 1 2 3 4 5

19a Wie sieht Ihr privates Umfeld zurzeit aus?

→ *Mehrfachnennungen möglich*

Ich bin zur Zeit belastet durch:

- persönliche Probleme
- Beziehungsprobleme
- Probleme mit den eigenen Kindern
- Probleme mit den Eltern
- finanzielle Probleme
- Umweltbelastungen (bspw. Flug- oder Baulärm, Schadstoffbelastungen etc.)
- Anderes, nämlich:
- Ich habe zur Zeit keine Probleme im privaten Umfeld

20. Leiden Sie heute unter einer oder mehrerer der folgenden Beeinträchtigungen?

→ *Mehrfachantworten möglich*

- Rückenprobleme
- Skelett, Knochen
- Schleudertrauma
- Muskeln
- Bindegewebe
- Atmungsorgane
- Verdauungsorgane
- ↓
- Herz-, Kreislaufsystem
- Harn- und Geschlechtsorgane

19b Wie sah Ihr privates Umfeld aus bevor Sie verunfallt resp. krank geworden sind?

→ *Mehrfachnennungen möglich*

Damals war ich belastet durch:

- persönliche Probleme
- Beziehungsprobleme
- Probleme mit den eigenen Kindern
- Probleme mit den Eltern
- finanzielle Probleme
- Umweltbelastungen (bspw. Flug- oder Baulärm, Schadstoffbelastungen etc.)
- Anderes, nämlich:
- Ich hatte damals keine Probleme im privaten Umfeld

- Nervensystem
- Sinnesorgane
- Kopfschmerzen
- Vergiftungen
- Alkohol- oder Drogenprobleme
- Essstörung, Magersucht
- Burnout
- Depression
- sonstige psychische Krankheit
- keine Beeinträchtigung
- Anderes, nämlich:



21. Erfüllen Sie heute bei Ihrer Arbeit dieselben Anforderungen wie vor Ihrer Erkrankung, ihrem Unfall?

- ja, dieselben Anforderungen
 - nein, höhere Anforderungen
 - nein, tiefere Anforderungen
 - die Anforderungen sind gar nicht vergleichbar
-

22. Bitte geben Sie an, wie stark Sie den folgenden Aussagen heute zustimmen.

Kreuzen Sie für jede Aussage die für Sie zutreffende Antwort an.

	trifft über- haupt nicht zu	trifft eher nicht zu	sowohl als auch	trifft eher zu	stimmt ab- solut
Ich bin allgemein zufrieden	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ich bin generell gesund	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ich bin selbstbewusst	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ich habe viele Zukunftsperspektiven	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
In meiner Arbeit bin ich motiviert	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
In meiner Arbeit bin ich kompetent	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
An meinem Arbeitsplatz kann ich selbständig arbeiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ich habe Angst, meinen Arbeitsplatz zu verlieren	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ich möchte an meinem jetzigen Arbeitsplatz bleiben.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

23. Zu welchem Zeitpunkt hat in Ihrem Fall die betriebliche Unterstützung durch Person DM eingesetzt?

Jahr: _ _ _ _ Monat:

24. Wann haben Sie von den Unterstützungsangeboten ihres Betriebes durch erfahren?

Davon wusste ich schon bevor ich krank wurde / verunfallt bin.

Ich habe __ Woche(n) nach meinem Unfall / Krankheitsbeginn erfahren, dass in meinem Betrieb ein Unterstützungsangebot durch Person DM existiert.

25. Wie beurteilen Sie im Nachhinein die Unterstützung, die Sie in der Phase Ihrer Erkrankung resp. nach Ihrem Unfall erhalten haben?

→ Bitte bewerten Sie die erhaltene Unterstützung. Kreuzen Sie dazu für jede Personenkategorie die zutreffende Antwort an.

Die Unterstützung, die ich erhalten habe war:

Unterstützung durch:	ungenügend	eher ungenügend	Durchschnittlich	eher gut	sehr gut	Ich habe keine Unterstützung erhalten oder beansprucht von dieser Person/Institution
mich selbst	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
meine Familie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Freunde / Bekannte / Nachbarn	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Arbeitskollegen / mein Team	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Vorgesetzte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Betriebsleitung / Personalleitung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Person DM	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Hausarzt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
öffentliche Beratungsstellen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Invalidenversicherung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Krankentagegeldversicherung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
sonstige Versicherungen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Krankenkasse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Pensionskasse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

Sozialhilfestelle	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Weitere, nämlich:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

26. Wer hat in Ihrem Fall das betriebliche Unterstützungsangebot von Person DM ins Spiel gebracht?

→ Bitte nur jene Antwort ankreuzen, die am stärksten zutrifft.

- Ich habe selbst nachgefragt
- Person DM ist auf mich zugekommen
- meine Familie
- Freunde / Bekannte
- Arbeitskollegen / mein Team
- Vorgesetzte
- Betrieb / Personalleitung
- Hausarzt
- öffentliche Beratungsstellen
- Invalidenversicherung
- Krankentagegeldversicherung
- sonstige Versicherung
- Krankenkasse
- Pensionskasse
- Sozialhilfestelle
- andere, nämlich:

27. Beurteilen Sie bitte den Nutzen der durch Person DM in Ihrem Betrieb angebotenen Unterstützung.

→ Kreuzen Sie für jede Kategorie die für Sie zutreffende Antwort an.

	nutzlos	eher ohne Nutzen	Durchschnittlich nützlich	eher nützlich	sehr nützlich	habe ich nicht erhalten oder nicht beansprucht
Schriftliche oder mündliche Information	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Beratungsgespräch	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
psychologische Betreuung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Vermittlung von medizinischer Hilfe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Vermittlung von Reha-Massnahmen / Physiotherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Vermittlung von rechtlicher Hilfe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Vermittlung von finanzieller Hilfe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Vermittlung weiterer Hilfe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Verhaltensmassnahmen (z.B. Konzentrations- und Entspannungsübungen)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Umschulung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
andere Aspekte, nämlich:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	

28. Beurteilen Sie bitte folgende Aussagen über die Qualität der in Ihrem Betrieb durch Person DM angebotenen Unterstützung.

→ Kreuzen Sie für jede Aussage die für Sie zutreffende Antwort an.

	trifft über- haupt nicht zu	trifft eher nicht zu	sowohl als auch	trifft eher zu	stimmt ab- solut
Person DM hat mich fortlaufend und kontinuierlich unterstützt.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Person DM unterstützte mich initiativ und engagiert.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Person DM ging individuell auf mich ein.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Person DM übernahm Verantwortung für mich.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Person DM arbeitete gut mit anderen Stellen zusammen (bspw. IV, Versicherung etc.).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Die Unterstützung durch Person DM setzte zum richtigen Zeitpunkt ein.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Für die Verbesserung meiner Situation waren andere Hilfen entscheidend, aber nicht die Unterstützung durch Person DM.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ich habe die Hilfeleistungen von Person DM in meinem Betrieb eher als Kontrolle erlebt.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ich hätte die Situation auch alleine gemeistert.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Die Unterstützung, durch Person DM war für mich hilfreich.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Die Unterstützung durch die Person DM hat mich aufgefangen. Ohne sie hätte ich die berufliche Reintegration nicht geschafft.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Ohne die Unterstützung durch Person DM wäre ich heute:

- bei einem anderen Arbeitgeber
- arbeitslos
- IV-Rentner
- pensioniert / Frühpensioniert
- Sozialhilfebezüger
- anderes, nämlich:

29. Wenn Sie mit dem heutigen Wissen noch einmal in dieselbe Situation kämen, was würden sie anders machen?

→ *Mehrfachnennungen möglich*

- Ich würde mehr reden mit:
- Ich würde mehr Unterstützung einfordern von:
- Ich würde alles wieder gleich machen.
- Ich würde nichts ändern, da meine Situation ausweglos ist.

- Anderes, nämlich:

Benötigte Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens: Minuten

Falls Sie uns zu dieser Befragung noch gerne Bemerkungen oder Kommentare mitteilen möchten, sind wir sehr daran interessiert. Bitte nutzen Sie die Gelegenheit, uns an dieser Stelle offen Ihre Meinung zu sagen.

.....
.....

Wir danken Ihnen dafür, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diesen Fragebogen zu beantworten.