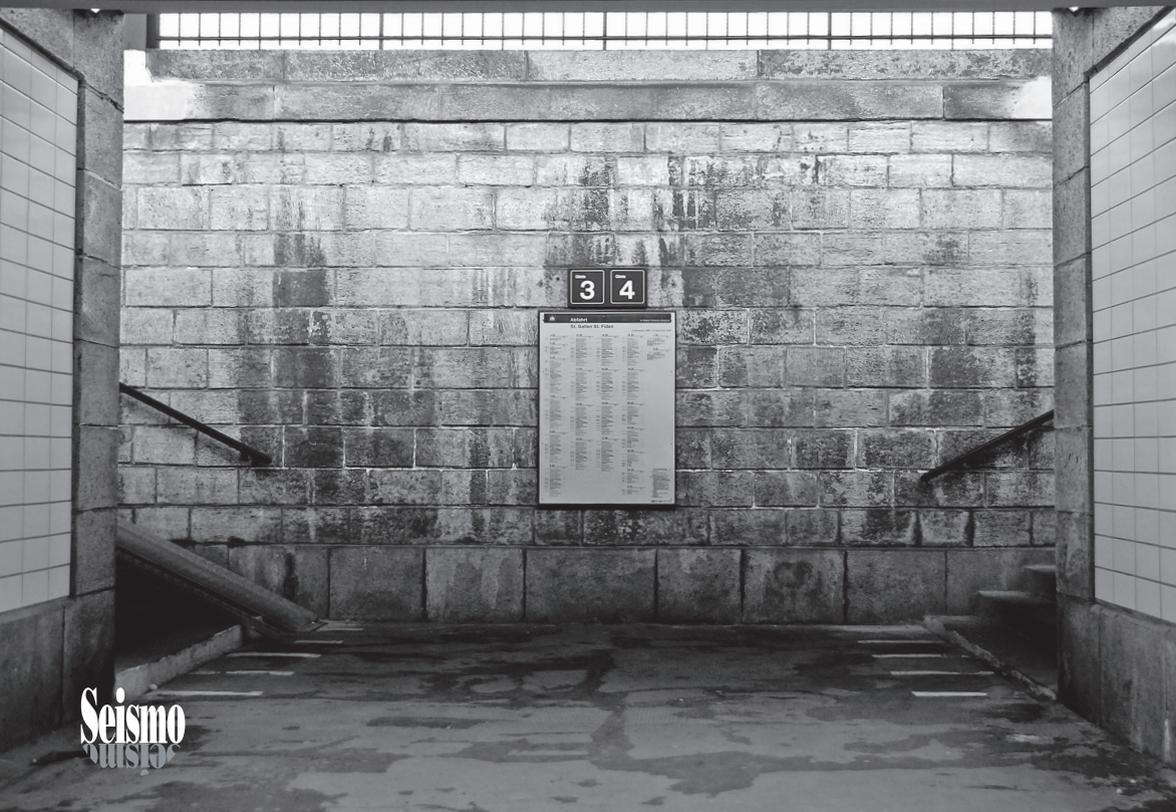


Benedikt Hassler

Ambivalenz der Wiedereingliederung

*Betriebliche und sozialstaatliche Integrationsmassnahmen
aus der Sicht gesundheitlich beeinträchtigter Personen*

Schriften zur Sozialen Frage



Benedikt Hassler

**Ambivalenz der
Wiedereingliederung**

Betriebliche und sozialstaatliche
Integrationsmassnahmen
aus der Sicht gesundheitlich
beeinträchtigter Personen

Schriften zur Sozialen Frage

Band 9

Herausgegeben von Christoph Maeder, Eva Nadai, Martina Koch,
Christian Reutlinger und Jean-Pierre Tabin.

Der als «Soziale Frage» bezeichnete Theorie- und Empiriezusammenhang im Kontext von sozialer Ungleichheit, Marginalisierung, Ausschluss und Dominanzverhältnissen gehört zum traditionellen Bestand des soziologischen Denkens. Hier vereinigen sich die klassischen Fragen zur Gesellschaft: Welche Akteure gestalten im Rahmen welcher sozialen Verhältnisse soziale Ordnung und welche Wirkungen haben ihre Handlungen, Strategien und Dispositive? Wie werden bestimmte soziale und (sozial)staatliche Arrangements sozialpolitisch legitimiert und durchgesetzt? Unter welchen Umständen und wie werden Phänomene in der Öffentlichkeit, der Politik und in der Wissenschaft überhaupt als «soziale Probleme» codiert? In welchen Organisationen, von welchen Akteuren und wie werden diese Probleme praktisch bearbeitet? Diese Programmatik bestimmt den Rahmen der Reihe «Schriften zur Sozialen Frage». In ihr kommen verschiedene Strömungen und Herangehensweisen sozialwissenschaftlichen Denkens aus unterschiedlichen Disziplinen zu Wort. Theoretische Überlegungen stehen neben empirischen Studien und zeitdiagnostischen Analysen.

Benedikt Hassler

Ambivalenz der Wiedereingliederung

Betriebliche und sozialstaatliche
Integrationsmassnahmen aus der Sicht
gesundheitlich beeinträchtigter Personen

Die Druckvorstufe dieser Publikation wurde vom Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung unterstützt.

Autor und Verlag danken zudem dem Max Geldner-Fonds für den Druckkostenbeitrag.

Schriften zur Sozialen Frage

Publiziert von

Seismo Verlag, Sozialwissenschaften und Gesellschaftsfragen AG,
Zürich und Genf

www.seismoverlag.ch | buch@seismoverlag.ch

Der Seismo Verlag wird vom Bundesamt für Kultur für die Jahre 2021–2024 unterstützt.

Text © der Autor 2021

ISBN (Print): 978-3-03777-249-2

ISBN (PDF): 978-3-03777-762-6

[https://DOI 10.33058/seismo.30762](https://doi.org/10.33058/seismo.30762)

Umschlag: Hannah Traber, St.Gallen



Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung – nicht kommerziell – keine Bearbeitung 4.0 international Lizenz

Inhalt

	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	7
	Abkürzungsverzeichnis	8
	Vorwort	11
1	Einleitung	12
	Teil I	
	Eingliederung in Sozialstaat und Betrieb	23
2	Eingliederung im Sozialstaat der Schweiz	25
2.1	Anfänge einer sozialstaatlichen Absicherung bei Krankheit und Unfall	25
2.2	Aktivierung in der Invalidenversicherung	30
2.3	Vierte und fünfte IVG-Revision als Wendepunkte	35
2.4	Fazit – Verstärkte Eingliederungsorientierung der Invalidenversicherung	47
3	Betriebliches Gesundheitsmanagement und Case-Management	49
3.1	Betriebliches Gesundheitsmanagement	49
3.2	Betriebliches Case-Management	56
3.3	Berufliche Wiedereingliederung aus Beschäftigtenperspektive	64
3.4	Fazit – Viele Massnahmen und unterschiedliche Eingliederungschancen	67
4	Rechtliche Grundlagen der Eingliederung	69
4.1	Invalidenversicherung	70
4.2	Unfallversicherung, berufliche Vorsorge und Krankentaggeldversicherung	77
4.3	Gesetzliche Pflichten von Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden	82
4.4	Fazit – Zahlreiche involvierte Akteure und geringe Pflichten für Arbeitgebende	85
	Teil II	
	Methode und Methodologie	87
5	Datenerhebung und Datenanalyse	89
5.1	Sampling und Sample	91
5.2	Datenerhebung: Qualitative Interviews	97
5.3	Moralische Karriere als Analyseheuristik	105
5.4	Grounded Theory als Analysemethodologie	111

	Teil III	
	Empirische Analyse – Karrieren der Wiedereingliederung	115
6	Arbeitsausfall	117
6.1	Leistungsfähigkeit: Drei Formen der Zuschreibung	117
6.2	Leistungseinschränkung und Krankheit als Stigma-Merkmale	129
6.3	Informationskontrolle und Offenlegung von Krankheit	136
6.4	Fazit – Ambivalente Folgen der Offenlegung von Beeinträchtigungen	143
7	Case-Management-Prozess	145
7.1	Beginn des Betrieblichen Case-Management	145
7.2	Beziehungsaufbau und Unterstützungsverlauf	153
7.3	Vier Funktionen des Case-Management	162
7.4	Fazit – Rascher Beziehungsaufbau zum Case-Management	178
8	Invalidenversicherung im Wiedereingliederungsprozess	181
8.1	Invalidität als Bedrohung der sozialen Identität	182
8.2	Legitimationsweisen der IV-Anmeldung	189
8.3	Entdeckung der Eingliederungsfunktion	194
8.4	Unterschiedliche Vorstellungen von Behinderung	199
8.5	Fazit – Wechselnde Perspektiven auf die Invalidenversicherung	204
9	Rückkehr an den Arbeitsplatz	206
9.1	Primäre Anpassung	206
9.2	Moralische Konsequenzen der Anpassung	216
9.3	Sekundäre Anpassung zur Entlastung	223
9.4	Fazit – Anpassung als Voraussetzung der Wiedereingliederung	230
10	Ambivalenz der Wiedereingliederung – Schlussbetrachtung	232
10.1	Zusammenfassung der zentralen Befunde	232
10.2	Sozialpolitische Folgerungen	237
10.3	Abschliessende Diskussion	241
11	Literaturverzeichnis	244

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1	Die Ebenen des Betrieblichen Gesundheitsmanagement	51
Abbildung 2	Ablauf und Phasen des Case-Management	59
Abbildung 3	Der Abklärungsprozess in der Invalidenversicherung	75
Abbildung 4	Finanzielle Kompensation im Falle von Krankheit oder Unfall	81
Abbildung 5	Objektive Karriere der Wiedereingegliederten	110
Abbildung 6	Zuordnung der Funktionen des Case-Management zu den Unterstützungsmodellen von Brickman et al.	165
Tabelle 1	Übersicht des Untersuchungssamples	92
Tabelle 2	Transkriptionsregeln	105

Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
ArG	Bundesgesetz über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel (Arbeitsgesetz)
ArGV	Verordnung zum Arbeitsgesetz
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
BCM	Betriebliches Case-Management
BFS	Bundesamt für Statistik
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BPV	Bundespersonalverordnung
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
BV	Bundesverfassung (der Schweizerischen Eidgenossenschaft)
CHF	Schweizer Franken
DaZ	«Deutsch als Zeitsprache» (Schulische Deutschkurse für fremdsprachige Kinder)
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
ENWHP	Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung
FoP-IV	Forschungsprogramm zur Invalidenversicherung
GTM	Grounded-Theory-Methodologie
HR	Human Resources
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (Invalidenversicherungsgesetz)
KMU	Kleinere und mittlere Unternehmen
KUVG	Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
MRI	Magnetresonanztomografie
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

OR	Obligationenrecht
RAD	Regionaler Ärztlicher Dienst
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
SGB-IX	Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (Deutschland)
SKOS	Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe
SNF	Schweizerischer Nationalfonds
SNIS	Swiss Network for International Studies
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
UN-BRK	Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen
UV	Unfallversicherung
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung (Unfallversicherungsgesetz)
UVV	Verordnung über die Unfallversicherung
WBF	Eidgenössisches Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung

Vorwort

Bei diesem Buch handelt es sich um die Veröffentlichung meiner Dissertation an der Universität Basel. Viele Personen haben mich im Laufe meines Promotionsvorhabens unterstützt, nur einige davon kann ich nachfolgend nennen:

Ein Dankeschön geht an alle Personen, die in den Interviews mit grosser Offenheit und Geduld über ihre Wiedereingliederung berichteten. Die Interviews habe ich im Rahmen eines Projekts geführt, das vom «Swiss Network for International Studies» gefördert wurde. In diesem Zusammenhang möchte ich mich beim Projektleiter Prof. Dr. Thomas Geisen bedanken, der mein Interesse für den Themenbereich weckte.

Während des Promovierens war ich an der Fachhochschule Nordwestschweiz beschäftigt. Meine Vorgesetzte, Prof. Dr. Sibylle Nideröst, stand meinem Dissertationsvorhaben stets wohlwollend gegenüber. Ihr gebührt ein herzliches Dankeschön. Ein solches gilt auch weiteren Kolleginnen und Kollegen, die mich mit ihren Perspektiven auf das Thema Erwerbsarbeit inspirierten. Dies sind Dr. Tobias Studer, Dr. des. Christophe Roulin sowie Anna Gonon. Ferner danken möchte ich Kurt Wyss für die hilfreichen Rückmeldungen zum Dissertationsmanuskript sowie Katrin Herbon für das Lektorat.

Ein besonderes Dankeschön gilt PD Dr. Peter Streckeisen als Hauptreferent der Dissertation. Immer wenn es ihn brauchte, stand er mir mit hilfreichen und aufmunternden Ratschlägen zur Seite. Ein Dankeschön geht auch an Prof. Dr. Martin Lengwiler, der als Korreferent meiner Dissertation fungierte.

Für das Zustandekommen der Buchpublikation bin ich verschiedenen Personen dankbar. Dies sind Prof. Dr. Eva Nadai und Prof. Dr. Christoph Maeder, Herausgebende der «Schriften zur Sozialen Frage» sowie Franziska Dörig, Verlagsleiterin beim Seismo Verlag.

Ein Dankeschön gilt ausserdem meinen Eltern, Margot und Georg Hassler, die mich stets unterstützten und an mich glaubten, auch wenn ihnen meine Wege manchmal unergründlich schienen. Das letzte und umfassendste Dankeschön kommt schliesslich Barbara Zihlmann zugute.

1 Einleitung

Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Erwerbsarbeit ist schon seit mehreren Jahrzehnten ein viel bearbeitetes Feld der Sozialwissenschaften. Während Forschende aus dem Bereich der Rehabilitation den Stellenwert der Erwerbsarbeit für die Genesung und die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit hervorheben (vgl. Borg et al. 2011, S. 325; Hoffmann et al. 2014), deuten Befunde aus der soziologischen Forschung darauf hin, dass die Erwerbsarbeit bzw. gewisse Arbeitsbedingungen und Arbeitsverhältnisse zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen können (vgl. Haubl et al. 2013; Jürgens 2010; Keupp und Dill 2010; Kratzer et al. 2011; Voß und Weiss 2013). Wieder andere Forschungsarbeiten weisen auf die negativen Auswirkungen der Erwerbsarbeitslosigkeit auf die Gesundheit hin (vgl. Jahoda 1981; Paul und Moser 2009; Sage 2018), wobei eine schlechte Gesundheit Erwerbsarbeitslosigkeit bedingen kann (vgl. Butterworth et al. 2012; García-Gómez et al. 2010; Schmitz 2011). Insgesamt ist das Verhältnis zwischen Erwerbsarbeit bzw. Erwerbslosigkeit und Gesundheit komplex und durchdrungen von wechselseitigen Einflüssen. Bei historischer oder international komparativer Betrachtung zeigt es sich variabel und abhängig davon, welchen Stellenwert Gesellschaften der Erwerbsarbeit beimessen, wie die Arbeitsverhältnisse und Arbeitsbedingungen rechtlich normiert sind, wie verbreitet Erwerbsarbeitslosigkeit ist und wie mit erwerbsarbeitslosen Menschen umgegangen wird.

In der Schweiz ist die «Invalidenversicherung» (IV) eine wichtige Institution, die in das Verhältnis von Erwerbsarbeit und Gesundheit eingreift. Die Aufgabe der IV besteht darin, gesundheitsbedingte Erwerbsunfähigkeiten nach Möglichkeit zu verhindern. Zugleich hat sie den Auftrag, Personen, denen sie die Erwerbsfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen abspricht, finanziell zu entschädigen und von den Marktzwängen zu befreien, das heisst sie zu *dekommodifizieren* (vgl. Esping-Andersen 1990, S. 21 f.). Durch die Entscheidungsmacht darüber, wer in welchem Masse dekommodifiziert wird, bestimmt die IV zugleich, wem eine Erwerbstätigkeit zugemutet werden kann. Sie ist damit – wie alle Institutionen der sozialen Sicherung – sowohl «Ort und Hort der Hilfe» als auch «Instrument sozialer Steuerung, Kontrolle und Disziplinierung» (Lessenich 2012, S. 28).

Seit der Einführung der IV in der Schweiz im Jahr 1960, hatten die politischen Akteure stets im Blick, wie die IV die beiden Ziele der Rentenauszahlung und Eingliederung austarierte, da ihre Legitimation eng daran gekoppelt

war. Während es der IV in den wirtschaftlich prosperierenden 1960er Jahren häufig gelang, Menschen mit Beeinträchtigungen in den Arbeitsmarkt zu integrieren, zeigten sich bereits in den 1970er Jahren erste Schwierigkeiten bezüglich der Eingliederung und Finanzierung. In den 1990er Jahren geriet die IV schliesslich «vollends in die Krise» (Canonica 2017, S. 280). Als Folge davon wurden die aktivierenden Elemente in den rechtlichen Grundlagen der IV akzentuiert, um die Eingliederungsfunktion zu stärken (vgl. Hassler 2016, S. 176–178; Koch 2016, S. 43–46; Streckeisen 2012a, S. 65–67). Inspirationsquelle dieser neuen Programmatik in der Gesetzgebung zur IV waren die Reformen der Arbeitslosenversicherung (vgl. Magnin 2004; Streckeisen 2012a, S. 62–65), veränderte Richtlinien der «Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe» (SKOS) (vgl. Nadai 2009; Nadai et al. 2015, S. 32 f.), die Studien und Empfehlungen der «Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung» (OECD) (vgl. Gonon und Rotzetter 2017, S. 155; Weishaupt 2010) sowie bestehende Workfare-Programme in anderen Ländern (vgl. Schallberger und Wyer 2010, S. 17; Wyss 2007b). Die daran anschliessenden Reformen des «Invalidenversicherungsgesetzes» (IVG) in den Jahren 2003, 2007 und 2011 hatten hauptsächlich zum Ziel, die Versicherungskosten durch eine Senkung des Rentenbestandes zu verringern (vgl. Hassler 2016, S. 176 f.; Schwank 2009, S. 32). Dazu wurde der Zugang zu IV-Renten erschwert, bestehende Renten wurden überprüft sowie neue Eingliederungsmassnahmen eingeführt. Ausserdem sollte der Arbeitsplatzverlust bei sich anbahnender Erwerbsunfähigkeit unterstützt werden. Zu diesem Zweck wurden in der 5. IVG-Revision unter anderem die Instrumente der Früherfassung und Frühintervention geschaffen.

Diese Massnahmen beeinflussen die Neurentenquote sowie die Gesamtquote der IV-Renten-Beziehenden. «Die Neurentenquote erreichte 2003 mit 6‰ einen Höchststand. Bis 2012 ging diese Quote um mehr als die Hälfte auf 2,8‰ zurück und ist seither stabil geblieben» (BSV 2018a, S. 7). Die Zahl der Renten (ohne Kinderrente, Zusatzrente für Eheleute und Rentenbeziehende im Ausland) stieg von 160 758 im Jahr 1995 auf 251 828 im Jahr 2005 (BFS 2020), wobei insbesondere Renten aufgrund psychischer Erkrankungen zu diesem Anstieg führten (vgl. BSV 2020b, S. 7). Diese Entwicklung entspricht einer Zunahme von 56 Prozent. Damit war zugleich der Rentenhöchststand in absoluten Zahlen erreicht. Anschliessend senkten sich die Rentenzahlen kontinuierlich auf 217 687 Renten im Jahr 2019 (BFS 2020). Eine Abnahme der Rentenzahlen ist jedoch nicht gleichzusetzen mit

der Teilhabe am Arbeitsmarkt, sondern kann durch andere Faktoren wie Tod, Erreichen des Pensionsalters oder Aberkennung einer Rente ohne Eingliederung bedingt sein (vgl. zu den verschiedenen Übergängen auch Fluder et al. 2009, S. 6). So zeigt eine aktuelle Untersuchung, dass die Übergänge von der IV in die Sozialhilfe deutlich zugenommen haben und diese Zunahme unter anderem auf die angepassten Rentenzusprachen der IV zurückzuführen ist (vgl. Guggisberg und Bischof 2020, S. 34).

Etwa zeitgleich zur Akzentuierung der Eingliederung und des Arbeitsplatzerhalts in der IV haben Betriebe in der Schweiz damit begonnen, neue Gesundheitsmanagement-Programme zu implementieren (vgl. Bauer 2005; Buri-Moser 2013; Geisen et al. 2008). Diese Programme bestehen in der Regel aus drei Säulen: Gesundheitsförderung, Arbeitssicherheit sowie Case-Management. Letzteres hat zum Ziel, Beschäftigte nach Krankheit oder Unfall bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz zu unterstützen. Diese Gesundheitsmanagement-Programme finden insbesondere in Grossbetrieben der Schweiz Verbreitung (vgl. Füllemann et al. 2017, S. 21). Dabei kommt es zu einer Zunahme der Kooperation zwischen Betrieben und der IV sowie zu einer verstärkten Zusammenarbeit von Akteuren, die entweder im Betrieb oder im Sozialstaat für den Arbeitsplatzerhalt und die Eingliederung zuständig sind.

Betriebe und die IV haben in den vergangenen Jahren verschiedene neue Instrumente entwickelt, die nach dem Auftreten einer Arbeitsunfähigkeit eingesetzt werden können. Aus arbeitssoziologischer und sozialpolitischer Sicht stellt sich daher die Frage, welche Bedeutung diese neuen Instrumente für die Beschäftigten haben. Der Forschungsstand hierzu ist für die Schweiz bislang unzureichend (vgl. Hassler 2015b, S. 109). Das «Bundesamt für Sozialversicherung» (BSV) hat mit dem «Forschungsprogramm zur Invalidenversicherung» (FoP-IV) zwar eine wissenschaftliche Begleitung und Evaluation der neu geschaffenen Massnahmen etabliert, wie dies für die aktivierende Sozialpolitik üblich ist (vgl. Behncke et al. 2006, S. 130; Weisshaupt 2010, S. 468). Die Sichtweise der betroffenen Personen stand dabei jedoch nie im Fokus. Dementsprechend konstatiert Stefan Ritler, Leiter des Geschäftsfeldes Invalidenversicherung beim BSV, in einem aktuellen Bericht aus dem Jahr 2018:

«Mehrere Projekte im Forschungsprogramm zur Invalidenversicherung (FoP-IV) hatten die Umsetzung der Eingliederungsmassnahmen zum Gegenstand. Insbesondere im Fokus waren dabei die IV-Revisionen sowie die Rolle der verschiedenen Akteure im

Eingliederungsprozess, also IV-Stellen, Ärztinnen und Ärzte sowie Arbeitgeber. Die betroffenen versicherten Personen wurden zwar zu einzelnen Themen [...] direkt befragt, jedoch nie umfassend zu den Eingliederungsmassnahmen als solche.» (Vorwort von Stefan Ritler in Baer et al. 2018, o. S.)

Obwohl die IV Einzelpersonen versichert und obligatorisch für alle Personen ist, die in der Schweiz wohnen oder erwerbstätig sind, stand das subjektive Erleben der Massnahmen bislang nicht im Fokus der Untersuchungen. Eine Ausnahme hierzu bildet die aktuelle Studie von Baer et al. (2018), in der unter anderem zwanzig Interviews mit Personen geführt wurden, die an einer IV-Massnahme teilgenommen haben.¹

Eine ähnliche Forschungslücke zeigt sich für die betriebliche Eingliederung. Die wissenschaftlichen Studien zur betrieblichen Wiedereingliederung beschäftigten sich in der Vergangenheit hauptsächlich mit der Frage, welche Programme in der Wiedereingliederung von Beschäftigten wirksam sind (vgl. Cullen et al. 2018; Franche et al. 2005; Hoefsmit et al. 2012; Jakobsen und Lillefjell 2014; MacEachen et al. 2006; Scholz et al. 2016), da diese Fragestellung für Betriebe und Versicherungen von besonderem Interesse ist. Diesen Evaluationen liegt häufig die Vorstellung zugrunde, jede Erwerbsarbeit sei besser als keine, weshalb die Rückkehr an den Arbeitsplatz in jedem Fall als Erfolg für die Beschäftigten bewertet wird. Vereinzelt – insbesondere in der praxisorientierten Forschung – wird darüber hinaus auf die *Job Hierarchy Pyramid* verwiesen, die eine klare Rangfolge der Ergebnisse eines Wiedereingliederungsprozesses aufstellt: «1. Return to work – same job, same employer. 2. Return to work – different job, same, employer. 3. Return to work – different job, different employer» (Welch, 1979, zitiert nach Dunn 2001, S. 116). Die Perspektive von Beschäftigten steht dabei nur selten im Fokus. Für die Schweiz fehlen hierzu insbesondere qualitative Studien, die aus subjektiver Perspektive der betroffenen Menschen das Zusammenspiel der betrieblichen Massnahmen mit den Instrumenten der Sozialversicherungen und privaten Versicherungen in den Blick nehmen.

Letztlich geht es um den von Becker aufgeworfenen zentralen Aspekt sozialwissenschaftlicher Forschung, nämlich darum, zu entscheiden, auf

¹ Der Fokus bei Baer et al. (2018) liegt anders als in der vorliegenden Studie jedoch nicht auf dem Zusammenspiel sozialstaatlicher und betrieblicher Eingliederungsmassnahmen, sondern es werden ausschliesslich die Massnahmen der IV untersucht (ausführlicher dazu Kapitel 3.3).

wessen Seite die Forschung steht: «Whose side are we on?» (Becker 1967, S. 239). Nachfolgend wird die in der Forschung oft unberücksichtigt bleibende Perspektive der Beschäftigten eingenommen, die in der «*hierarchy of credibility*» (Becker 1967, S. 242) relativ weit unten zu finden ist. Es soll die Frage beantwortet werden: *Wie nehmen Beschäftigte den Wiedereingliederungsprozess nach einer Arbeitsunfähigkeit wahr und inwiefern beeinflusst der Wiedereingliederungsprozess das Selbst sowie die Perspektive auf für die Wiedereingliederung zentrale Akteure?*²

Zur Definition des Begriffs des Selbst in der Fragestellung wird hauptsächlich Bezug auf die Arbeiten Goffmans genommen. Dieser stützt sich in seinen Ausführungen auf Cooley und Mead, die «das Selbst in seinen Grundzügen als eine in sozialen Prozessen dynamisch sich entwickelnde und stabilisierende, dabei aber offen und unabschließbar bleibende kognitive Struktur» (Raab 2014, S. 80) beschreiben.³ Das Selbst, das «für sich selbst Objekt werden kann, ist im Grunde eine gesellschaftliche Struktur und erwächst aus der gesellschaftlichen Erfahrung» (Mead 1973, S. 182).⁴ Um das eigene Selbst zu erfahren, muss das Individuum aus sich heraustreten, sich dabei zum Objekt aus der Perspektive signifikanter Anderer machen. Hieraus leitet sich folgende Definition her:

«Was ein Individuum für sich selbst ist, ist nicht etwas, was es erfunden hätte, sondern das, was sich bei den ihm gegenüberstehenden signifikanten Anderen als Erwartung in bezug auf es herausgebildet hat, als was sie es behandelt haben, und als was es schließlich sich selbst sehen musste, um auf ihre Reaktionen ihm gegenüber reagieren zu können.» (Goffman 1982, S. 367)

2 Die empirische Datenbasis stammt grösstenteils aus einem internationalen Projekt zu Programmen des «Betrieblichen Gesundheitsmanagements» (BGM), durchgeführt in den Jahren 2013 bis 2016 unter der Leitung von Prof. Dr. Thomas Geisen, an dem ich als wissenschaftlicher Mitarbeiter beteiligt war. Ausführliche Informationen dazu in Kapitel 5.

3 Dies steht im Gegensatz zu prominenten Identitätskonzepten jener Zeit. Dazu zählen die Arbeiten von Erik Erikson, der davon ausgeht, Identität entwickle sich in Stufen und am Ende dieser Entwicklung, das heisst im Erwachsenenalter, stehe eine gelungene oder missratene Identität (vgl. Bosančić 2014, S. 132–134).

4 Das *self* bei Mead wurde in der deutschen Übersetzung als Identität bezeichnet. Hier wird, wie in vielen anderen deutschsprachigen Arbeiten zu Mead, jedoch der Begriff *Selbst* verwendet.

Goffman erweitert Meads Perspektive dahingehend, dass in seiner Konzeption nicht nur Individuen für das Selbst relevant sind, «die dem Individuum anhaltende und besondere Aufmerksamkeit» zukommen lassen, sondern auch andere Personen, «die ein Interesse daran haben, in ihm jemanden zu finden, der nicht alarmierend ist und dem sie keine Aufmerksamkeit zu schenken brauchen» (Goffman 1982, S. 367).

Ziel der Individuen ist es, in alltäglichen Interaktionen «einen sozial akzeptierten Eindruck bei den anderen zu erzeugen und ein ›Image‹ aufzubauen» (Raab 2014, S. 89). Zugleich ist sich Goffman der Grenzen der Selbstdarstellung bewusst. Er erachtet diese nicht als beliebig konstruierbar und nimmt insbesondere in der Aufsatzsammlung *Asyle* Bezug auf «constraining aspects which shape the self» (Elliott 2014, S. 41).

«[...] jedes Selbst entwickelt sich im Rahmen eines institutionellen Systems, sei dies eine soziale Institution, wie eine Heilanstalt, oder ein Komplex von persönlichen und beruflichen Beziehungen. Daher kann man behaupten, daß das Selbst definiert wird durch die in einem sozialen System für dessen Mitglieder verbindlichen Gegebenheiten.» (Goffman 1973, S. 166)

Diesen Veränderungsprozess bezeichnet Goffman (1973, S. 127) als «moralische Karriere» des Selbst. Die Betonung struktureller Einflüsse auf das Selbst macht das Konzept besonders wertvoll für die nachfolgende Analyse, da es dadurch möglich wird, zu untersuchen, inwiefern das Selbst sowie die Perspektive auf andere Akteure und Institutionen durch den Wiedereingliederungsprozess geformt werden. Ferner ermöglicht das Konzept, individuelle Handlungsstrategien zu analysieren und zu untersuchen, wie Menschen mit den strukturellen Einflüssen umgehen und diese subjektiv verarbeiten. Karrieren werden demnach nicht als determinierend verstanden, sondern als strukturelle Rahmen, in denen die Individuen um Existenz, Zugehörigkeit, Identität und Anerkennung kämpfen.

In späteren Arbeiten entwickelt Goffman «eine dreigliedrige Typologie des Identitätsbegriffs, mit der er sein Verständnis des ›Selbst‹ zu verfeinern sucht» (Raab 2014, S. 95). Ausgangspunkt dieser Typologie sind gesellschaftlich geformte und etablierte Kategorisierungsmuster, die es erlauben, in alltäglichen Interaktionen mit «Anderen ohne besondere Aufmerksamkeit oder Gedanken umzugehen» (Goffman 1975, S. 10). Diese Kategorisierungen reduzieren «Komplexität, entlasten von Reflexion und sichern Handlungsrou-

tin» (von Kardorff 2016, S. 408), wobei Goffman zwei verschiedene Formen der Kategorisierung unterscheidet:

«[...] the categoric kind involving placing that other in one or more social categories, and the individual kind, whereby the subject under observation is locked to a uniquely distinguishing identity through appearance, tone of voice, mention of name or other person-differentiating device.» (Goffman 1983, S. 3)

Aus diesen beiden Formen der Kategorisierung ergeben sich die soziale und die persönliche Identität. Die *soziale Identität* von Personen beruht auf Merkmalen, die auch in flüchtigen Interaktionen leicht wahrnehmbar sind und anhand derer Individuen sozialen Kategorien zugeordnet werden. Hierzu gehören Merkmale wie Alter, Beruf, Schichtzugehörigkeit, aber auch Aussehen, Kleidung usw. (vgl. Goffman 1975, S. 10–13). Für die Individuen ist es mit Unsicherheit behaftet, in welche Kategorien sie platziert werden (vgl. Goffman 1975, S. 24) und sie versuchen aktiv darauf Einfluss zu nehmen. Während sich die soziale Identität im Wesentlichen auf soziale Rollen und Gruppen bezieht, macht die persönliche Identität demgegenüber die Personen einzigartig und damit auch voneinander unterscheidbar. Die entscheidende Voraussetzung dafür ist die Existenz von «Identitätsaufhängern», wie beispielsweise der Name oder das spezifische Aussehen, die es ermöglichen, «daß rings um dies Mittel der Differenzierung eine einzige kontinuierliche Liste sozialer Fakten festgemacht werden kann, herumgewickelt wie Zuckerröhre, was dann die klebrige Substanz ergibt, an der noch andere biographische Fakten festgemacht werden können» (Goffman 1975, S. 74).

Die *persönliche Identität* kann gegen falsche Zuschreibungen schützen, die auf der sozialen Identität beruhen, begrenzt aber gleichzeitig die Möglichkeiten der Selbstpräsentation, da die Biografie «unsichtbare Fakten einschließen [kann], die mit [den] gegenwärtigen Ansprüchen unvereinbar sind» (Goffman 1975, S. 97). Die persönliche Identität ist weniger flüchtig und veränderbar, da sie den Personen bzw. den Identitätsaufhängern anhaftet. Durch sie können vergangene Ereignisse, die das zu einem bestimmten Zeitpunkt präsentierte Selbst infrage stellen, stets an die Oberfläche gebracht werden.

Goffmans Typologie hat ergänzend zur sozialen und persönlichen Identität noch eine dritte Komponente: die *Ich-Identität*. Dieser Begriff geht auf Erikson (1973) zurück. Die Ich-Identität ist definiert als «das subjektive Empfinden seiner eigenen Situation und seiner eigenen Kontinuität und

Eigenart, das ein Individuum allmählich als ein Resultat seiner verschiedenen sozialen Erfahrungen erwirbt» (Goffman 1975, S. 132). Sie ist damit «das Selbsterleben, das Selbstbild und die Reflexivität der Person» (von Kardorff 2009, S. 142), jedoch nichts Persönliches, von der Gesellschaft Entkoppeltes, sondern grundlegend geprägt durch Erfahrungen in Interaktionen und durch Zuschreibungsprozesse sozialer und persönlicher Identität.

Basierend auf den Ausführungen zum Selbst kann die obige Fragestellung präzisiert werden: *Inwiefern führt der Wiedereingliederungsprozess zu veränderten Zuschreibungen sozialer und persönlicher Identität und wie gehen die betroffenen Menschen damit um? Es soll also auch untersucht werden, inwieweit sie eine neue Ich-Identität ausbilden (müssen).*

An dieser Stelle sollen zudem folgende zentrale Begriffe der Arbeit geklärt werden: Beeinträchtigung und Behinderung. Die Definition dieser Begriffe hat eine lange Tradition. Einflussreich hierfür war die in den 1970er Jahren im Rahmen der «International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps» (ICIDH) eingeführte Unterscheidung zwischen *Impairment* (Beeinträchtigung), *Disability* (Behinderung) und *Handicap* (Benachteiligung), wobei Behinderung und Benachteiligung in dieser Perspektive kausal aus der Beeinträchtigung erfolgen (vgl. Oliver 1990, S. 4; Waldschmidt 2005, S. 15 f.). In diesem *individuellen oder medizinischen Modell* ist Behinderung ein «schicksalhafter, persönliches Unglück, das individuell zu bewältigen ist» (Waldschmidt 2005, S. 17). Eine Verbesserung der sozialen Position ist nur durch Heilung bzw. Beseitigung der Beeinträchtigung erreichbar (vgl. Hirschberg und Köbsell 2016, S. 556).

In den 1980er Jahren entstand – ausgehend von der Behindertenrechtsbewegung in Grossbritannien und in Abgrenzung zum individuellen Modell – das *soziale Modell* der Behinderung. Es propagiert ein grundlegend verändertes Verständnis von Behinderung, indem es die strikte Trennung zwischen Beeinträchtigung und Behinderung betont. Der entscheidende Unterschied zwischen dem individuellen und dem sozialen Modell besteht demnach darin, dass im individuellen Modell Personen aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung im Alltag behindert sind, während im sozialen Modell Behinderungen erst durch Barrieren, Diskriminierung und Unterdrückung, also unabhängig von der Beeinträchtigung entstehen (vgl. Waldschmidt 2005, S. 18). Dabei kommt es zu einer strikten Trennung zwischen sozialer Benachteiligung und der «verkörperten Differenz» (Waldschmidt 2005, S. 21), oder wie Goodley (2013, S. 634) postuliert: «One of the

initial contributions of twentieth-century disability studies was to sever the causal link between the body and disability.»

Ausgehend von poststrukturellen Theorieansätzen wurde später auch das soziale Modell von Behinderung kritisiert, das Behinderung zwar als sozial geprägte Kategorie anerkennt, demgegenüber Beeinträchtigung jedoch weiterhin «als biologisch-medizinisch begründet [betrachtet] und insofern als nicht weiter problematisierbar» (Waldschmidt 2005, S. 21). In Abgrenzung dazu behandeln die *Critical Disability Studies* weder Behinderung noch Beeinträchtigung als objektivierbaren und medizinisch feststellbaren «Befund, sondern [als] in soziokulturellen Prozessen produzierte Differenzierungskategorie» (Waldschmidt 2006, S. 40). Die nachfolgende Analyse orientiert sich an dieser Perspektive. Am empirischen Material wird rekonstruiert, wie Beeinträchtigung und Behinderung in Diskursen und sozialen Praktiken hergestellt werden. Deutlich sichtbar wird die soziale Konstruktion der Kategorien Beeinträchtigung und Behinderung anhand der an sie geknüpften, sozialversicherungsrechtlichen Begriffe Erwerbsunfähigkeit und Invalidität, die im «Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsgesetzes» (ATSG) definiert sind (siehe Kapitel 4). Im Rahmen der Abklärung der Erwerbsunfähigkeit wird in einem bürokratischen Prozess Beeinträchtigung und Behinderung quantifiziert. Diese Transformation in eine scheinbar objektive, klar bestimmbare Zahl ist nicht allein abhängig von der körperlichen und psychischen Konstitution, sondern von politischen und juristischen Prozessen, in denen geklärt wird, welche Krankheiten als Invaliditätsursache anerkannt sind und welche nicht (ausführlich in Kapitel 8.4).

Um das empirische Material analysieren zu können, werden im vorliegenden Buch zunächst zentrale Kontextbedingungen erarbeitet. Kapitel 2 zeigt auf, wie die Eingliederungsfunktion zu einem zentralen Aufgabenbereich der IV geworden ist und wie sich die Relevanz dieses Bereichs in den letzten Jahren akzentuierte. Ausserdem wird dargelegt, welche Instrumente den IV-Stellen zur Verfügung stehen, um Beschäftigte und Arbeitgebende beim Arbeitsplatzertahl zu unterstützen. Kapitel 3 nimmt die Aktivitäten der Betriebe im Bereich der Gesundheit in den Blick. Es wird dargelegt, wie und weshalb sich Betriebliche Gesundheitsmanagement-Programme in der Schweiz – trotz fehlender gesetzlicher Verpflichtung – etablierten und welche konkreten betrieblichen Massnahmen zum Arbeitsplatzertahl von Menschen nach Krankheit und Unfall existieren und eingesetzt werden. Darüber hinaus wird der aktuelle Forschungsstand zur betrieblichen Wiedereingliederung

in der Schweiz vorgestellt. Kapitel 4 behandelt schliesslich die rechtlichen Grundlagen der Wiedereingliederung. Dabei werden zugleich die zentralen Akteure präsentiert, die in einen Wiedereingliederungsprozess nach Krankheit oder Unfall involviert sind: IV, Unfallversicherungen, Pensionskassen sowie Krankentaggeldversicherungen. Ausserdem wird dargelegt, welche rechtlichen Verpflichtungen Betriebe in der Schweiz in Bezug auf die Gesundheit der Belegschaft sowie die Wiedereingliederung nach einer Arbeitsunfähigkeit haben. In Kapitel 5 wird in das Untersuchungssample eingeführt. Ausserdem wird mit der «moralischen Karriere» eine Heuristik zur Datenauswertung erarbeitet, welche sich unter anderem in der Gliederung der Kapitel 6 bis 9 niederschlägt. Weiter wird in die Grounded-Theory-Methodologie eingeführt, die bei der Datenanalyse leitend war. Kapitel 6 bis 9 präsentieren die Ergebnisse der Analyse des empirischen Datenmaterials. Dieses besteht aus insgesamt sechzehn Interviews mit nach Krankheit oder Unfall an den Arbeitsplatz zurückgekehrten Personen. Kapitel 6 behandelt die Phase des Arbeitsausfalls. Es wird dargelegt, wie bei den betroffenen Menschen überhaupt die Einschätzung entsteht, in der Leistungsfähigkeit eingeschränkt zu sein. Ebenso wird untersucht, welche Überlegungen hinter dem Entscheid der Thematisierung der eigenen Beeinträchtigung am Arbeitsplatz stehen. In Kapitel 7 wird der Case-Management-Prozess fokussiert. Hierbei steht die Interaktion zwischen den Fachpersonen des Case-Management und den wiedereinzugliedernden Personen im Zentrum. Es geht darum, welche Funktion das Case-Management im Wiedereingliederungsprozess einnimmt und welchen Einfluss dies auf das Selbst der betroffenen Personen hat. Kapitel 8 fokussiert auf die Rolle der IV im Wiedereingliederungsprozess. Anhand des empirischen Datenmaterials wird gezeigt, welche Perspektive die betroffenen Personen auf die IV haben und wie sich diese Perspektive bei zunehmendem Kontakt mit Akteuren der IV ändert. In Kapitel 9 wird schliesslich die Rückkehr an den Arbeitsplatz analysiert. Damit ist nicht der konkrete Tag gemeint, an dem die Person das erste Mal wieder am Arbeitsplatz erscheint, sondern der oftmals langwierige Prozess der Rückkehr nach der (teilweisen) Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit. Kapitel 10 rundet das Buch ab. Einerseits werden zentrale Elemente der vorangegangenen Kapitel zusammengefasst, um die Fragestellung in kompakter Form zu beantworten. Andererseits werden aus den Resultaten sozialpolitische Folgerungen und Denkanstösse für Forschung und Praxis abgeleitet.

TEIL I

EINGLIEDERUNG IN SOZIALSTAAT UND BETRIEB

2 Eingliederung im Sozialstaat der Schweiz

Nachfolgend wird dargelegt, wie das aktuelle sozialpolitische System hinsichtlich der Eingliederung von erkrankten und verunfallten Menschen in der Schweiz sich historisch entwickelte (Kapitel 2.1). Im Zentrum der Untersuchung steht die IV, weshalb die Eingliederung in der IV ausführlich in Kapitel 2.2 behandelt wird. So wird erläutert, wie die Eingliederung und der Arbeitsplatzverlust zu zentralen Bestandteilen der IV wurden und inwiefern sie seit der Einführung der IV zusätzlich an Relevanz gewonnen haben. Kapitel 2.3 nimmt spezifisch die 4. und 5. IVG-Revision in den Blick und legt dar, zu welchen Veränderungen hinsichtlich des Arbeitsplatzverlusts von erkrankten und verunfallten Personen diese Reformen führten.⁵

2.1 Anfänge einer sozialstaatlichen Absicherung bei Krankheit und Unfall

Seit Mitte des 19. Jahrhunderts steht der Schutz der Arbeitskräfte auf der sozialpolitischen Agenda der Schweiz. Ausgangspunkt hierfür war gemäss Studer (1998, S. 165) das durch den «wirtschaftliche[n] Einbruch Mitte der 1870er Jahre» ausgelöste Misstrauen «in die Selbstregulierungskraft von Wirtschaft und Gesellschaft».⁶ Dieses Misstrauen nährte sich durch die bedrohte Reproduktion der Arbeitskräfte angesichts der harten Arbeitsbedingungen in den Industriebetrieben, die die Arbeitszeiten fortwährend ausweiteten. Die damit verbundene Schädigung der Menschen wurde als Gefahr für den Bundesstaat eingeschätzt, da eine gesunde Bevölkerung gemeinhin als elementare Ressource für das Überleben der Nationalstaaten betrachtet wurde (vgl. Studer 1998, S. 165). Trotz dieser gewichtigen Gründe für die Regulierung der Arbeitsbedingungen war der Ausbau des Schutzes der Arbeitnehmenden vor der Ausbeutung durch die Wirtschaft ein langwieriger Prozess.

Im Jahr 1877 wurde mit dem «Bundesgesetz betreffend die Arbeit in den Fabriken» eine erste umfassende gesetzliche Regelung auf Bundesebene geschaffen. Dieses Gesetz beschränkte unter anderem den Arbeitstag auf elf

5 Nicht näher behandelt wird hingegen die IVG-Revision 6a, da sie die Eingliederung von Menschen mit einer IV-Rente fokussiert und nicht den Arbeitsplatzverlust. Das zweite Massnahmenpaket der 6. IVG-Revision, die sogenannte IVG-Revision 6b, wurde im Juni 2013 vom Stimmvolk der Schweiz abgelehnt.

6 Lessenich (2008, S. 14) beschreibt die Entstehung von Sozialpolitik insgesamt als «gesellschaftliche Reaktion auf die fundamentale Verunsicherung der menschlichen Existenz im Industriezeitalter». Daran verdeutlicht sich, dass der von Studer formulierte Auslöser nicht für die Schweiz spezifisch ist, sondern den Ausgangspunkt für die Sozialpolitik als solche bildet.

Stunden und führte die Haftpflicht bei Betriebsunfällen ein (vgl. Degen 2006, S. 22). Ergänzend zu diesen Regelungen wurde mit dem Fabrikinspektorat eine Institution geschaffen, welche es den Behörden – zumindest strukturell – ermöglichte, die Industriebetriebe zu kontrollieren (vgl. Studer 1998, S. 169). Dieses Fabrikgesetz war eine erste zaghafte «Korrektur der liberalen Staatsidee, wonach der Staat in Bereiche, die der Kompetenz von Privaten unterstanden, nicht eingreifen sollte» (Studer 1998, S. 165).

In diese Zeit der ersten Regulierungen der Arbeitsbedingungen in Industriebetrieben fällt auch die Grundsteinlegung der Sozialversicherungen. Hierfür mitentscheidend war ein Paradigmenwechsel gegen Ende des 19. Jahrhunderts. Wer aufgrund einer Erkrankung, eines Unfalls, unverschuldeter Arbeitslosigkeit oder aus Altersgründen nicht mehr erwerbstätig sein konnte, sollte nicht mehr durch die Armenunterstützung erniedrigt werden, sondern in anderer Form eine Geldleistung erhalten (vgl. Degen 2006, S. 24). Um dieses Ziel zu erreichen, wurden ergänzend zur Armenunterstützung, für welche die Heimatgemeinden zuständig waren, Sozialversicherungen benötigt. Die Einführung von Pflichtversicherungen war – anders als heute – ein bürgerliches Projekt, da die aus Steuermitteln finanzierte Armenvorsorge die Allgemeinheit belastete und eine Pflichtversicherung dem von bürgerlicher Seite favorisierten Prinzip der Selbstsorge näher kam (vgl. Lengwiler 2010, S. 266).

Das Jahr 1890 kann als eigentlicher Startpunkt des Schweizer Sozialstaates bezeichnet werden, da das Parlament damals den ersten Verfassungsartikel zur Sozialversicherung verabschiedete und dieser in der darauf folgenden Volksabstimmung bestätigt wurde (vgl. Degen 2006, S. 25). Der Bund erhielt im Rahmen des Verfassungsartikels 34^{bis} unter anderem den Auftrag, eine Kranken- und Unfallversicherung zu schaffen. Die konkrete Umsetzung erwies sich jedoch als schwierig. So scheiterte das Parlament mit dem im Jahr 1899 verabschiedeten «Bundesgesetz betreffend die Kranken- und Unfallversicherung» (KUVG) in der ein Jahr später durchgeführten Volksabstimmung (vgl. Degen 2006, S. 25 f.). Die Referendumskampagne gegen das Gesetz war breit abgestützt. Sie wurde von Westschweizer Föderalisten, Katholisch-Konservativen, dem Bauernsekretariat sowie dem Arbeiterbund getragen und richtete sich «gegen Bürokratie, deutschen Einfluss, neue Steuern, Simulantentum und Sozialismus» (Tanner 2015, S. 89). Dieser harzige Start des Aufbaus eines Sozialversicherungssystems stellt rückblickend keine Ausnahme dar, sondern wiederholte sich in den darauffolgenden Jahrzehnten

noch einige Male. Aufgrund des obligatorischen Referendums auf Verfassungsebene und des fakultativen Referendums bei Bundesgesetzen, kann für alle Sozialversicherungen konstatiert werden, dass sich deren Einführung in der Schweiz um Jahre bis Jahrzehnte verzögerte (vgl. Epple und Schär 2010, S. 240; Lengwiler 2006, S. 50).

Trotz der 1900 erlittenen Niederlage hinsichtlich des KUVG wurde in der Folge weiterhin auf eine diesbezügliche gesetzliche Regelung hingearbeitet. Als Erstes wurde hierzu die weitgehend unumstrittene Militärversicherung von der Kranken- und Unfallversicherung abgespalten und 1902 eingeführt (vgl. Studer 1998, S. 171). Im Jahr 1914 trat dann auch die Einführung eines angepassten Gesetzes zur Kranken- und Unfallversicherung in Kraft (vgl. Degen 2006, S. 26). Die beiden ursprünglich gekoppelten Bereiche, Krankenversicherung und Unfallversicherung, waren nun getrennt. Für die freiwillige Krankenversicherung waren private Krankenkassen zuständig und für die Unfallversicherung, die lediglich für gewisse Berufe obligatorisch war, wurde die «Schweizerische Unfallversicherungsanstalt» (SUVA) geschaffen (vgl. Studer 1998, S. 172).

Der weitere Ausbau des Sozialstaates in der Schweiz geriet durch den Ersten Weltkrieg insgesamt ins Stocken. Erst der Generalstreik von 1918 brachte wieder Dynamik ins Spiel und führte zu neuen Reformen. So konnte unter anderem die 48-Stunden-Woche erkämpft werden. Die Schaffung einer Vorsorge für das Alter und den gesundheitsbedingten Erwerbsausfall, eine weitere Forderung im Rahmen des Generalstreiks, verzögerte sich aufgrund finanzpolitischer Überlegungen jedoch weiter. Ein wichtiger Meilenstein wurde dann im Jahr 1925 gesetzt, indem ein Verfassungsartikel in Kraft trat, «der dem Bund die Möglichkeit zur Schaffung einer Alters- und Hinterbliebenenversicherung einräumte» (Studer 1998, S. 174). Konkret lautete der Artikel 34^{quarter}: «Der Bund wird auf dem Wege der Gesetzgebung die Alters- und die Hinterlassenenversicherung einrichten; er ist befugt, auf einen späteren Zeitpunkt auch die Invalidenversicherung einzuführen.» (Bundesblatt 1925, zitiert nach Degen 2006, S. 30) Ab diesem Zeitpunkt wurde die Schaffung einer Invalidenversicherung getrennt von der Altersvorsorge verfolgt und die Reformbemühungen fokussierten zunächst auf die Altersvorsorge, die im Vergleich zur Invalidenversicherung unbestrittene Priorität hatte. Das «Gesetz zur Alters- und Hinterlassenenversicherung» (AHV) trat schliesslich 1948 in Kraft.

Im Jahr 1925 erhielt der Bund durch den Artikel 34^{quarter} der «Bundesverfassung» (BV) ausserdem die Kompetenzen zur Schaffung einer Invalidenversicherung. Bis zur tatsächlichen Einführung der IV dauerte es jedoch noch mehr als drei Jahrzehnte. Ein Grossteil der aus gesundheitlichen Gründen erwerbsunfähigen Personen war deshalb weiterhin auf die Armenfürsorge angewiesen. Gewisse Risiken wurden durch die Militär- und Unfallversicherung sowie durch private Pensionskassen abgedeckt (vgl. Germann 2010b, S. 153 f.). Der vergleichsweise lange Zeitraum bis zur Einführung der IV hängt damit zusammen, dass in der Schweiz im Gegensatz zu vielen anderen Ländern kein «Handlungsdruck zur Versorgung von Kriegsinvaliden» (Germann 2008, S. 181) bestand, womit die Schweiz «in dieser Hinsicht als eine Art «Sonderfall» bezeichnet werden» (Nadai et al. 2019, S. 24) kann.

Ausgelöst durch zwei Volksinitiativen der «Sozialdemokratischen Partei der Schweiz» (SP) und der «Partei der Arbeit der Schweiz» (PDA) im Jahr 1955 kam jedoch Bewegung in die Angelegenheit (vgl. Canonica 2020, S. 58 f.; Germann 2010a, S. 6). Der Bundesrat setzte als Reaktion auf die Volksinitiativen eine Expertenkommission ein, die rasch einen Vorschlag für die Ausgestaltung einer Invalidenversicherung erarbeitete. Im «Oktober 1958 verabschiedete der Bundesrat die Botschaft an das Parlament, die den Vorschlägen der Expertenkommission im Wesentlichen folgte» (Germann 2010a, S. 7). Zum relativ zügigen Aufgleisen der IV in den 1950er Jahren trug die Tatsache bei, dass die IV nicht als reine Rentenversicherung konzipiert worden war, sondern Massnahmen der beruflichen Eingliederung beinhaltete. Aus sozialdemokratischer Sicht stärkten diese die Rechte von Menschen mit Behinderung, liberale Kräfte hingegen begrüsst sie als mögliche Sparmassnahme (vgl. Germann 2010a, S. 7; Lengwiler 2007, S. 341). Damit war die IV politisch breit abgestützt und verankert. Das Prinzip *Eingliederung vor Rente* war zentraler Bestandteil der Ausgestaltung der IV und «medizinische Massnahmen zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und bei Geburtsgebrechen, Massnahmen zur Berufsberatung, Arbeitsvermittlung, Ausbildung, Umschulung und Sonderschulung von Kindern, die Abgabe von Hilfsmitteln sowie die Ausrichtung von Taggeldern» (Germann 2008, S. 185) waren enthalten. Verpflichtende Massnahmen für Betriebe, wie beispielsweise Quoten für die Anstellung von Menschen mit Behinderung im Betrieb, waren im Gegensatz zu anderen Ländern wie Deutschland oder Grossbritannien jedoch nicht vorgesehen (vgl. Lengwiler 2007, S. 341).

Bütler und Gentinetta (2007, S. 51) bezeichnen die Eingliederungsorientierung als «eigentliche Pioniertat» der «Gründerväter der IV». Germann stellt diese Einschätzung jedoch infrage. So zeigt er auf, dass es in der Schweiz schon seit Ende der 1940er Jahre zu einem regelrechten «Boom privater und halbstaatlicher Eingliederungs- und Rehabilitationsinitiativen» kam (Germann 2010b, S. 155). So waren insbesondere «die Behindertenverbände und die Berufsberatung, [...] um die Förderung der Arbeitsintegration besorgt» (Nadai et al. 2019, S. 28). Wichtiger Akteur war die «Pro Infirmis»⁷, die 1950 einen Arbeitsausschuss für die berufliche Eingliederung einberief, der dann ein Jahr später in der «Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft zur Eingliederung Behinderter in die Volkswirtschaft» (SAEB) aufging (vgl. Germann 2010b, S. 157; Nadai et al. 2019, S. 28). Die Eingliederungsfokussierung der IV war also nicht besonders innovativ, sondern fügte sich in die in dieser Zeit vorherrschende behindertenpolitische Perspektive ein.

Das IVG trat schliesslich 1960 in Kraft. Damit einher ging eine veränderte Sichtweise auf Behinderung. Die Fürsorge trat in den Hintergrund. Vielmehr ging es nun darum, «die Potenziale behinderter Menschen so weit als möglich gesellschaftlich zu erschliessen» (Germann 2008, S. 188). Die Eingliederungsorientierung war eng verknüpft mit der Hochkonjunktur der Nachkriegszeit. In wirtschaftlich florierenden Zeiten mit Vollbeschäftigung und stabilem Wirtschaftswachstum wurden Menschen mit Behinderung als eine wertvolle Ressource für einfache, repetitive Arbeiten in der industriellen Massenproduktion betrachtet.

Die Massnahmen der IV fokussierten insbesondere auf Menschen mit körperlichen und teilweise auf Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (vgl. Canonica 2020, S. 77). Psychische Beeinträchtigungen standen bei der Schaffung der IV und der Ausgestaltung der Massnahmen nicht im Fokus (vgl. Bütler und Gentinetta 2007, S. 53). So wurde für diese erst durch die 4. IVG-Revision im Jahr 2004 eine separate gesetzliche Kategorie im IVG geschaffen (vgl. Canonica 2020, S. 176). Bis zu diesem Zeitpunkt gab es nur die rechtliche Unterscheidung zwischen körperlicher und geistiger Behinderung.

Zusammenfassend kann also konstatiert werden, dass der Startpunkt der zaghaften staatlichen Eingriffe in private Unternehmen in der Schweiz im Vergleich zu anderen Ländern früh erfolgte. Der Ausbau des Sozialstaates und die Absicherung von Armutsrisiken dauerte jedoch lange an. Anders als in anderen Ländern, «in denen die entscheidenden Grundzüge des Sozialstaates

7 Die Pro Infirmis ist eine private Fachorganisation zur Unterstützung von Menschen mit Behinderung der Schweiz.

in bestimmten Schlüsselphasen formuliert worden sind, ist der Schweizer Sozialstaat das Produkt eines langwierigen historischen Prozesses» (Studer 1998, S. 181).

2.2 Aktivierung in der Invalidenversicherung

Für die Systeme der sozialen Sicherung in der Schweiz und in anderen Ländern lässt sich ein gemeinsamer Trend beobachten, der in den letzten Jahrzehnten neue bzw. akzentuierte Formen der Steuerung und Disziplinierung hervorbrachte und zu einer «Neujustierung von privaten und öffentlichen Verantwortlichkeiten» führte (Lessenich 2008, S. 17). Dies wird als Übergang von einem passiven, versorgenden Sozialstaat zu einem aktivierenden, investiven, präventiven Sozialstaat beschrieben (vgl. bspw. Bonvin und Dahmen 2017; Lessenich 2008, S. 17). «Der ‹aktivierende Staat› präsentiert sich als dritter Weg jenseits des liberalen (‹schlanken›) Minimalstaats wie des fordistischen (‹bevormundenden›) Wohlfahrtsstaats.» (Kocyba 2014, S. 20) Lessenich (2008, S. 84) beschreibt, wie im aktivierenden Sozialstaat ein neuer Regierungsmodus, die «neosoziale Gouvernamentalität», in Kraft tritt, welche die Eigenverantwortung stärke und mangelnde Aktivität als asozial brandmarke. Die unterlassene «Hilfeleistung der Individuen gegenüber sich selbst» wird vor diesem Hintergrund als «irrational» und «unmoralisch» bewertet (Lessenich 2008, S. 83). Marquardsen (2007, 2012) hat die unterschiedlichen Facetten der Aktivierungspolitik zusammengefasst und in drei Bereiche gegliedert: (1) Erhöhung der Verfügbarkeit von erwerbslosen Personen, (2) Stärkung der Eigenverantwortung sowie (3) (Wieder-)Herstellung von Beschäftigungsfähigkeit. In diesen drei Bereichen gibt es im aktivierenden Sozialstaat jeweils fördernde und fordernde Massnahmen, wobei die fordernden in der Regel deutlich stärker gewichtet werden (vgl. Marquardsen 2007, S. 264; Marquardsen 2012, S. 44).⁸

Die Auseinandersetzung mit dem Begriff der *Aktivierung* ist an dieser Stelle bedeutsam, um zu verstehen, welches Menschenbild den sozialstaatlichen Reformen zugrunde liegt. Prägend ist hierfür der mikroökonomische Ansatz, nach dem «öffentliche Hilfeleistungen die Empfänger davon abhalten, ihr Pensum zu erhöhen oder überhaupt eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen»

8 In Deutschland kann der entscheidende Wendepunkt der Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik im Jahr 2002 mit dem Job-AQTIV-Gesetz verortet werden (vgl. Scherschel und Booth 2012, S. 21). Wesentlich sind aber insbesondere die nachfolgenden Hartz-Reformen, welche das Prinzip des Förderns und Forderns verstärkten. Das Problem der Arbeitslosigkeit wurde zunehmend von der gesellschaftlichen auf die individuelle Ebene verschoben (vgl. Scherschel und Booth 2012, S. 22).

(Schaltegger et al. 2018, S. 33). Dies schade sowohl den Individuen selbst wie auch der Gesellschaft insgesamt. Bezeichnend für diese Argumentationsweise ist die Publikation «Die IV – Eine Krankengeschichte. Wie falsche Anreize, viele Akteure und hohe Ansprüche aus der Invalidenversicherung einen Patienten gemacht haben» von Monika Bütler und Katja Gentinetta. Die beiden Autorinnen erklären in ihrem Buch den individuellen *Entscheid* für oder gegen die Wiedereingliederung anhand der neoklassischen ökonomischen Theorie. Der *Entscheid* bestimme sich insbesondere aufgrund des Verhältnisses zwischen dem erzielbaren Einkommen am Arbeitsmarkt und dem Renteneinkommen, wobei zu berücksichtigen sei, dass «unter den heutigen Arbeitsmarktbedingungen die Invalidität zu einem sichereren und stetigeren Einkommen [führe] als die Erwerbsarbeit» (Bütler und Gentinetta 2007, S. 187).⁹ Die Handlungen der betroffenen Personen werden, der Vorstellung des Homo oeconomicus entsprechend, als ökonomisch-rationales Kalkül beschrieben, woraus ein systeminduziertes «Moral-Hazard-Verhalten» der Versicherten entsteht.

«Mit Moral Hazard wird ein Risiko bezeichnet, welches für praktisch jede Versicherung existiert und dadurch entsteht, dass durch die Existenz der Versicherung die Anreize für die versicherte Person so verändert werden, dass sie sich anders verhält als ohne Versicherung und zwar so, dass die Wahrscheinlichkeit des Eintretens des Versicherungsfalles zunimmt.» (Ott et al. 2008, S. 56)

Ein solches Handeln wird durch entsprechende Anreizsetzung als vermeidbar betrachtet und damit auch nicht in erster Linie als unmoralisches Verhalten der Personen, sondern als Marktversagen bewertet. Das oft beschworene Sinnstiftungspotenzial der Erwerbsarbeit spielt in dieser Argumentation kaum eine Rolle (vgl. hierzu Wyer 2014, S. 54).¹⁰ Ausserdem

9 Davon ausgehend, dass diese Aussage korrekt ist, könnten auch völlig andere Schlüsse getroffen werden als von den beiden Autorinnen, welche die Renten als (zu) hoch und (zu) sicher einschätzen. So könnte die Analyse von Bütler und Gentinetta auch in einem Plädoyer für würdige und bessere Erwerbsarbeit münden, wenn die Arbeitsverhältnisse im Vergleich zu einer IV-Rente nicht als attraktiver wahrgenommen werden.

10 Die Relevanz dieser Perspektive zeigt beispielsweise ein Übersichtsartikel, der verdeutlicht, dass Menschen mit eingeschränkter Arbeitsfähigkeit grundsätzlich den Willen haben, an einen Arbeitsplatz zurückzukehren, da dieser unabhängig von der Beeinträchtigung als wichtiger Bestandteil der Identität sowie als wichtiger Einflussfaktor auf das Selbstbewusstsein, die finanzielle Sicherheit sowie das Gefühl, «normal» zu sein, betrachtet wird (vgl. Saunders und Nedelec 2014, S. 106 f.).

argumentieren Bütler und Gentinetta (2007, S. 198), der Bezug von Sozialleistungen habe den «ursprünglichen Tabucharakter verloren» was angesichts der Debatten rund um «Scheininvalidität» und «Sozialschmarotzertum» (vgl. hierzu auch Hassler 2016; Schwank 2009; Weisser 2005b, 2008) ein eigenartiges Argument ist.

Die aktivierende Arbeitsmarktpolitik versucht, dieses Moral-Hazard-Verhalten in den Sozialversicherungen durch Anreize und Sanktionen zu mindern. Der Begriff der Aktivierung impliziert, dass die Menschen mit sozialstaatlicher Unterstützung sich «in einem Zustand der Passivität befinden, aus dem es sie wachzurütteln gilt» (Marquardsen 2012, S. 42). Diese Politik betont die Verantwortung der Individuen für ihre soziale Position, da jeder Person eigentlich das Potenzial innewohnen sollte, aktiv bzw. erwerbstätig zu sein. Das Potenzial kann also, wo immer nötig, «durch einen Anstoss von außen aktiv gemacht» werden bzw. die Person muss «zu Aktivität befähigt werden» (Kocyba 2014, S. 18). Der Preis dafür ist der Fall «ins soziale Nichts» (Bude 2004, S. 12), wenn die Eingliederung nicht gelingt.

Das dargelegte Menschenbild der Aktivierungspolitik fusst auf neoliberalen und neokonservativen Denktraditionen. Während neokonservative Ansätze Sozialleistungen als Armutsfälle sehen, ist es neoliberalen Ansätzen zufolge entscheidend, dass Leistungen an obligatorische Gegenleistungen geknüpft werden, um die Konkurrenzfähigkeit der Menschen zu erhalten (vgl. Wyss 2007b, S. 40, 51). Beide Aspekte werden durch die Aktivierungspolitik adressiert. Doch auch von Seiten des New Labour wurde die Aktivierungspolitik propagiert. In dieser Denktradition werden Sozialleistungen verdächtigt, den «Anpassungswillen» und das «Anpassungsvermögen» der Individuen zu unterminieren, so dass diese nicht mehr in der Lage sind, sich flexibel umzuorientieren und die sich bietenden Chancen am Arbeitsmarkt zu packen (vgl. Wyss 2007b, S. 62, 69).

Durch die Aktivierungspolitik verändert sich das Verhältnis von Individuum und Gesellschaft grundlegend. «Das Individuum wird der Gesellschaft verantwortlich, die Übernahme individueller Eigenverantwortung wird zur – notfalls zu erzwingenden – sozialen Pflicht.» (Lessenich 2008, S. 96) Den Grund dafür, dass die Programmatik der Aktivierung weitgehend unbestritten bleibt, verortet Lessenich in dem Umstand, dass diese «den individuellen Wunsch nach Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und die institutionelle Erwünschtheit derselben in scheinbar perfekter Weise zusammenführt» (Lessenich 2008, S. 125). Wyss ergänzt Lessenichs Perspektive durch das

Argument, dass das Prinzip der Verknüpfung von Leistungen der Sozialhilfe und der Sozialversicherungen mit der Arbeitspflicht deshalb breit abgestützt sei, da es sowohl Komponenten des Neokonservatismus und Neoliberalismus als auch des New Labour beinhalte (vgl. Wyss 2005, S. 74).

Der Schweizer Ausgangspunkt der Aktivierungspolitik ist in der Arbeitslosenversicherung zu verorten. Ausgehend von der 2. Revision der Arbeitslosenversicherung im Jahr 1995 wurden die erwerbslosen Personen in zunehmendem Masse zu Gegenleistungen verpflichtet. Dazu zählen beispielsweise das Nachweisen von Arbeitsbemühungen, die Teilnahme an arbeitsmarktlichen Massnahmen und die Pflicht zur Annahme zumutbarer Jobangebote (vgl. Streckeisen 2012a, S. 62). Werden diese Gegenleistungen von den versicherten Personen nicht erbracht, sind Sanktionen wie das Kürzen von Taggeldern vorgesehen (vgl. hierzu auch Magnin 2005, S. 87 f.). Wacquand (2011, S. 78) spricht in diesem Zusammenhang von einer wachsenden «Punitivität» der Sozialpolitik. Parallel zu dieser Entwicklung wandelte sich auch die institutionelle Struktur der Arbeitslosenversicherung grundlegend. Im Rahmen der Revision wurden «Regionale Arbeitsvermittlungszentren» (RAV) geschaffen, «in denen die Erwerbslosen registriert, beraten und kontrolliert werden» (Streckeisen 2012a, S. 63). In den nachfolgenden Revisionen (2003 und 2010) wurde die Praxis zusätzlich verschärft, beispielsweise durch die Kürzung der maximalen Bezugsdauer von Taggeldern und eine Aufweichung des Kriteriums der Zumutbarkeit von Arbeitsstellen für Personen unter dreissig Jahren (vgl. Streckeisen 2012a, S. 64).

Auch in der Sozialhilfe zeigen sich ähnliche Trends. Im Gegensatz zur Arbeitslosen- und Invalidenversicherung gibt es für die Sozialhilfe keine Bundesgesetzgebung. Die «Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe» (SKOS) erstellt als nationaler Fachverband unverbindliche Richtlinien, die durch die meisten Gemeinden umgesetzt werden. Im Jahr 2005 wurden in einer entscheidenden Anpassung der SKOS-Richtlinien die Leistungen der Sozialhilfe gesenkt und die Anreize verstärkt (vgl. Nadai 2005, S. 21). So kam es zu einer Senkung des monatlichen Grundbedarfs von 1100 auf CHF 960, um den Sozialhilfebezug möglichst unattraktiv zu gestalten (vgl. Wyss 2005, S. 76). Im Jahr 2020 lag dieser Grundbedarf für eine Person bei CHF 997 und damit nur unwesentlich höher als 2005.¹¹ Mit der Revision von 2005 wurden auch die Möglichkeiten für Anreize und Sanktionen in der Sozialhilfe geschaffen (vgl. Streckeisen 2012a, S. 67). Für die Teilnahme an Integrationsmassnahmen ist

11 Mit Berücksichtigung der Inflation ist dies ein weiterer Leistungsabbau.

ein Zuschlag zum monatlichen Grundbedarf möglich, bei sogenannt unkooperativem Verhalten kann es zu einer Kürzung von bis zu 30 Prozent des Grundbetrages kommen. Ausserdem wurde ein Einkommensfreibetrag eingeführt (vgl. Wyss 2005, S. 77). Der Freibetrag ermöglicht es Personen, die von der Sozialhilfe unterstützt werden, einen gewissen Betrag am Arbeitsmarkt zu erwirtschaften, ohne dass sich die wirtschaftliche Sozialhilfe dadurch mindert.¹²

Internationale Institutionen beförderten den aktivierungspolitischen Wandel noch zusätzlich. So hatte die «Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung» (OECD) Streckeisen (2012b, S. 185) zufolge schon 1994 die Mitgliedstaaten aufgefordert, eine aktivierende Arbeitsmarktpolitik zu betreiben (vgl. auch Ferreira 2020, S. 258).¹³ Obwohl die IV seit ihrer Gründung im Jahr 1960 als Eingliederungsversicherung konzipiert war (siehe Kapitel 2.1), kritisierte die OECD die mangelnde Umsetzung des Prinzips *Eingliederung vor Rente*. Stattdessen schlug sie im Jahr 2003 vor, Leistung und Gegenleistung miteinander zu verknüpfen und besser ineinander greifen zu lassen:

«Just as the assisting caseworker has a responsibility to help the disabled person find an occupation that corresponds to his or her capacity, the disabled person is expected to make an effort to participate in the (re)employment process. Failure to do so would result in sanctions in the same way that the failure of society to provide work results in an obligation to pay the disabled person a cash transfer.» (OECD 2003, S. 156)

Die OECD (2003, S. 159) forderte eine verstärkte Kultur der Gegenseitigkeit: Menschen sollen zwar unterstützt werden, im Gegenzug wird jedoch erwartet, dass sie an Rehabilitations- und Reintegrationsprogrammen teilnehmen. Diese Gegenleistung soll nötigenfalls durch Sanktionen, das heisst Leistungskürzungen, mit Nachdruck eingefordert werden. Auf die Empfehlungen der OECD, den allgemeinen Trend zur Aktivierung in Europa, den Aktivierungstrend in der Arbeitslosenversicherung und in der Sozialhilfe in der Schweiz sowie die Debatten über steigende Kosten in der IV (vgl. Lengwi-

12 Wyss (2005, S. 81) weist auf die grundsätzliche Problematik der Freibeträge hin, da «sie eine versteckte Subventionierung der Unternehmen darstellen, in denen die Unterstützten arbeiten».

13 Weishaupt (2010) hat für die aktivierende Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik aufgezeigt, wie die Ideen der OECD (sowie der EU) nationale Reformprozesse beeinflussen.

ler 2007, S. 342) reagierte die Politik schliesslich mit verschiedenen Reformen des IVG: «Leitziele der Revisionen waren eine Verbesserung, Vereinheitlichung und Beschleunigung der Verfahren zu erreichen sowie die ursprüngliche Idee der Invalidenversicherung als Instrument zur Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess («Eingliederungsversicherung») wieder in den Vordergrund zu rücken.» (BSV 2010, S. 7) Diese Umorientierung widerspiegelt sich unverkennbar in den aktuellen Statistiken zur IV: So ist zwischen 2005 und 2014 der Anteil der Rentenzusprachen deutlich gesunken und der Anteil der Eingliederungsmassnahmen stark angestiegen (vgl. Guggisberg und Bischof 2020, S. 28 f.).

Im Fokus der Reformen stand vor allem der Anstieg der psychischen oder neurologischen Erkrankungen (vgl. Lengwiler 2007, S. 342). In der 4. IVG-Revision wurde insbesondere der Abklärungsprozess reformiert, die 5. IVG-Revision zielte hauptsächlich auf den Erhalt der Arbeitsfähigkeit von Menschen in bestehenden Arbeitsverhältnissen, die IVG-Revision 6a weitete das Eingliederungsprinzip auf Rentenbeziehende aus, wobei das Ziel darin bestand, 12 500 gewichtete Renten aufzuheben (vgl. BSV 2016, S. 1, 7).

Ein weiteres zentrales Charakteristikum der aktivierenden Arbeitsmarktpolitik ist die fortlaufende Evaluation und der Vergleich der verschiedenen IV-Stellen (vgl. Behncke et al. 2006, S. 130; Weishaupt 2010, S. 468). So werden auch die Reformen des IVG durch eine grosse Anzahl von Studien, welche den Outcome der Massnahmen und Reformen zu messen versuchen, begleitet. Unterschiedliche Herangehensweisen und unterschiedliche Eingliederungsquoten erregen dabei besondere Aufmerksamkeit und sind begründungspflichtig. Dadurch werden die IV-Stellen einem Wettbewerb ausgesetzt, der letztlich die Effizienz der Programme steigern soll.¹⁴

2.3 Vierte und fünfte IVG-Revision als Wendepunkte

Die 4. *IVG-Revision* ist im Januar 2004 in Kraft getreten. In dieser wurde insbesondere der Abklärungsprozess reformiert. Es ging darum, die hohe Zahl der Neuverrentungen durch einen veränderten Abklärungsprozess zu

14 Gemäss Informationen des Tages-Anzeigers legt das BSV jährlich Sparziele für die einzelnen IV-Stellen fest, die im Wesentlichen darin bestehen, den Rentenbestand zu senken (vgl. Brotschi 2019). Im Dezember 2019 leitete Bundesrat Berset eine Untersuchung der Zielvorgaben des BSV an die IV-Stellen ein. In einer Medienmitteilung vom 13. Oktober 2020 kündete das BSV als Reaktion auf die Untersuchung an, die für die Zielvorgaben verwendeten Indikatoren zu erweitern und beispielsweise auch die Wahrnehmung der Versicherten mit einfließen zu lassen (vgl. BSV 2020c).

senken (vgl. OECD 2014, S. 61). Die Kritik richtete sich insbesondere an die Hausärztinnen und Hausärzte: Sie würden den versicherten Personen zu nahe stehen (vgl. Streckeisen 2012a, S. 65) und könnten nur geringe Kenntnisse im Bereich Arbeitsmedizin und Eingliederung nachweisen.¹⁵ Um die medizinische Abklärung zu vereinheitlichen, wurden deshalb die «Regionalen Ärztlichen Dienste» (RAD) geschaffen (vgl. BSV 2016, S. 4; Ferreira 2020, S. 257). Ihre Aufgabe besteht darin, die Beeinträchtigung versicherungsmedizinisch zu beurteilen (vgl. Guggisberg et al. 2015b, S. 2). Je nach Fall werden zusätzlich begutachtende Stellen beigezogen wie «Medizinische Abklärungsstellen» (MEDAS) oder «Berufliche Abklärungsstellen» (BEFAS). Eine FoP-IV-Studie zum Abklärungsprozess der IV zeigt, dass trotz Schaffung der RAD die Abklärungen zwischen den Kantonen unterschiedlich ausfallen. Dies betrifft insbesondere die Zusammenarbeit der IV-Stellen mit dem RAD und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Die IV-Stellen unterscheiden sich sowohl hinsichtlich des Zeitpunkts des Erstkontakts mit den Ärztinnen und Ärzten sowie dem RAD wie auch hinsichtlich der Art der Kommunikation (vgl. Guggisberg et al. 2015b, S. 70 f.).

Die 5. *IVG-Revision* trat im Jahr 2008 in Kraft. Das BSV hat die zentralen Massnahmen der 5. IVG-Revision in einem Bericht zusammengefasst und fünf Leitideen formuliert: «Sanieren durch Eingliedern», «Streng aber fair», «Schnelligkeit vor Präzision», «Gespräch vor Akten» und «Ergebnis vor Reglement» (Bolliger et al. 2012, S. 8–10). Diese Schlagworte verdeutlichen die Stossrichtung der Reform, in deren Zentrum die Kostenreduktion durch eine forcierte Eingliederung von Personen sowie eine strenge, eingeschränkte Vergabe von Rentenleistungen standen (vgl. Piecek et al. 2019, S. 2). Des Weiteren lag ein Fokus auf der Verfahrensbeschleunigung. Massnahmen sollten möglichst unbürokratisch und rasch gesprochen werden. Gleichzeitig wurde dem persönlichen Kontakt der IV-Stellen zu den versicherten Personen und Arbeitgebenden eine grosse Relevanz zugeschrieben.

15 Eine im Jahr 1976 einberufene Arbeitsgruppe zur Überprüfung der IV kritisierte in einem umstrittenen Bericht die Ärztinnen und Ärzte schon damals dafür, «Gefälligkeitsatteste» auszustellen (vgl. Nadai et al. 2019, S. 57). Aktuell setzt sich jedoch zunehmend auch eine andere Sichtweise durch. So wird die Vergabe der Gutachteraufträge durch die IV-Stellen von Politik und Medien zunehmend kritisch beäugt. Es steht dabei die Vermutung im Raum, die IV-Stellen würde Gutachtende bevorzugen, die die Arbeitsunfähigkeit besonders restriktiv beurteilten (vgl. Debelle 2019).

2.3.1 Früherfassung und Frühintervention

Im Rahmen der 5. IVG-Revision wurde die Früherfassung eingeführt. Sie hat gemäss Artikel 3a IVG zum Ziel, arbeitsunfähige Personen möglichst frühzeitig in der IV zu erfassen, um den «Eintritt einer Invalidität» zu verhindern.¹⁶ Die Personen sollen bei der IV angemeldet werden, solange sie noch eine Arbeitsstelle haben, da sich die Wiedereingliederung nach einem Arbeitsplatzverlust als schwieriger erweist als der Arbeitsplatzverlust in einem bestehenden Arbeitsverhältnis (vgl. hierzu auch Bolliger et al. 2012, S. 112; Lewis et al. 2013, S. 1091). Im Gesetz ist aufgelistet, wer eine Früherfassung tätigen kann. Zur Meldung berechtigt sind unter anderem die versicherte Person selbst, im selben Haushalt lebende Familienangehörige, Arbeitgebende, behandelndes ärztliches Fachpersonal, Versicherungen sowie Durchführungsorgane der Arbeitslosenversicherung und der kantonalen Sozialhilfegesetze (Art. 3b Abs. 2 IVG). Die umfangreiche Liste verdeutlicht: Der frühzeitige Zugriff der IV auf die versicherten Personen wird als zentral erachtet.

Die betroffene Person muss gemäss Gesetz über die Früherfassung informiert werden (Art. 3b Abs. 3 IVG). In einer Befragung im Rahmen einer Studie des «Schweizerischen Nationalfonds» (SNF) gaben «23 Prozent der Personen, die die Meldung nicht selber gemacht haben [...] an, dass sie vorgängig *nicht* informiert wurden» (Guggisberg et al. 2012, S. 11 f.). Dies widerspricht dem geltenden Recht und es stellt sich die Frage, wie diese hohe Zahl zustande kommt. Drei Interpretationen scheinen plausibel: Erstens, die versicherten Personen wurden über die Meldung bei der IV informiert, haben dies jedoch vergessen oder – um es psychoanalytisch zu interpretieren – verdrängt. Eine zweite Möglichkeit besteht darin, dass die meldende Person angibt, die Person informiert zu haben, ohne dass dies tatsächlich geschehen ist. Die dritte denkbare Variante ist, dass die meldende Person das Feld im Formular offengelassen hat, mit dem sie bestätigen muss, die betroffene Per-

16 Das entspricht einer allgemeinen Tendenz im Gesundheitsbereich, Krankheiten bzw. Problemlagen schon dann zu erkennen bzw. zu antizipieren, wenn diese noch keine negativen Auswirkungen zeigen. Dies geschieht unter dem Schlagwort Prävention. Dabei geht es um das Verhindern oder zumindest Verschieben von vordefinierten Ereignissen, was ein ständiger Prozess ist, der kein Ende hat (vgl. Bröckling 2008, S. 38, 42). So konstatieren Krajic et al. (2017) für die Krankheitsprävention: «Insbesondere in den Möglichkeiten der medizinischen Sekundär-Prävention zur immer früheren Erfassung immer latenterer prä-klinischer Hinweise auf mögliche künftige Erkrankungen [...] zeigt sich eine dynamisierte Medikalisierungstendenz, die letztlich darauf abzielt, alle Menschen zu PatientInnen zu machen: «Wer heute noch als gesund gilt, ist nur schlecht untersucht.»» (Krajic et al. 2017, S. 25)

son informiert zu haben. In diesem Fall müsste die entsprechende IV-Stelle jedoch das Formular zurückweisen und es würde keine Meldung stattfinden. In Bezug auf diese Regelung scheint es jedenfalls noch erheblichen Handlungsbedarf in der Praxis zu geben.

Die *Früherfassung* ist ein freiwilliges Instrument. Sie kann nach einer Arbeitsunfähigkeit von 30 Tagen getätigt werden¹⁷ oder nach mehreren kürzeren gesundheitsbedingten Absenzen innerhalb eines Jahres (vgl. Widmer 2017, S. 70). Bei näherer Betrachtung handelt es sich jedoch nur um ein scheinbar freiwilliges Instrument, da per Gesetz keine Einwilligung vorausgesetzt wird und die Früherfassung auch gegen den Willen der betroffenen Person durchgeführt werden kann. Pärli et al. (2015, S. 304) stellen grundsätzlich infrage, ob die Früherfassung ohne Zustimmung oder sogar gegen den Willen der betroffenen Person mit dem Datenschutzrecht zu vereinbaren ist. Die empirischen Befunde verdeutlichen, dass diese Frage nicht rechtstheoretischer Natur ist, sondern in der Praxis hohe Relevanz hat. So zeigen Guggisberg et al. (2012, S. 12), dass 24 Prozent der Personen, die die Meldung nicht selbst tätigten, «mit der Anmeldung nicht oder nur teilweise einverstanden» waren. Die Analyse von IV-Registerdaten durch Bolliger et al. (2012, S. 70 f.) verdeutlicht, dass in lediglich 26 Prozent der Fälle die Meldung zur Früherfassung durch die Personen selbst oder ihre Angehörigen erfolgte. Häufiger wurde die Meldung zur Früherfassung durch die Arbeitgebenden (29 Prozent) oder Versicherungen (30 Prozent) vorgenommen.¹⁸ In den FoP-IV-Studien wird der Kontakt mit der IV im Rahmen der Früherfassung als *Meldung* bezeichnet, der formale Antrag hingegen als *Anmeldung*. Angesichts dieser diffusen und schwer unterscheidbaren Begrifflichkeiten ist es nicht überraschend, dass die versicherten Personen – nach Ansicht der IV-Stellen – oftmals nicht zwischen den beiden Formen der Kontaktaufnahme unterscheiden können und «sich eher zufällig zwischen den beiden Varianten entscheiden» (Bolliger et al. 2012, S. 70). Die Früherfassung endet mit einer Empfehlung der IV, eine Anmeldung zu tätigen, oder mit der Mitteilung, dass die IV nicht zuständig sei. Diese Information sollte bis 30 Tage nach der Meldung erfolgen, was in

17 Eine Publikation der OECD übt selbst an dieser 30-Tage-Frist Kritik: Für psychisch beeinträchtigte Personen seien sechs Wochen zu lang (vgl. OECD 2014, S. 85). Andererseits weisen einige IV-Stellen im Rahmen einer Untersuchung darauf hin, dass die Meldung der Früherfassung bisweilen zu einem Zeitpunkt erfolge, an dem die gesundheitliche Situation noch weitgehend unklar sei (vgl. Bolliger et al. 2012, S. 41).

18 Ähnliche Zahlen zeigen sich in einer Auswertung zum Kanton Basel-Stadt. So melden sich in 36 Prozent der Fälle die Personen selbst an und in 34 Prozent der Fälle machen die Arbeitgebenden die Meldung zur Früherfassung (vgl. Schoppig 2015, S. 32).

ungefähr zwei Drittel der Fälle passiert (vgl. Bolliger et al. 2012, S. 189). Der versicherten Person steht es frei, inwieweit sie der Empfehlung der IV-Stelle nachkommt. Die Auswertung der Registerdaten zeigt auf, dass die IV-Stellen in drei Viertel der Fälle eine IV-Anmeldung empfehlen und bei knapp einem Viertel der Früherfassungen der Ansicht sind, es sei keine Anmeldung angezeigt (vgl. Bolliger et al. 2012, S. 73).

Die *Frühintervention* ist ein weiteres Instrument der 5. IVG-Revision und eng mit der Früherfassung verknüpft. Sie hat zum Ziel, den Arbeitsplatz von arbeitsunfähigen Menschen zu erhalten oder aber die betroffenen Personen bei der Eingliederung in einen neuen Arbeitsplatz bei demselben oder einem anderen Arbeitgebenden zu unterstützen (Art. 7d Abs. 1 IVG). Die Massnahmen sind lediglich für *Personen ohne Rente* konzipiert. Folgende Massnahmen können von den IV-Stellen als Frühinterventionsmassnahmen angeordnet werden (Art. 7d Abs. 2 IVG):

- › Anpassungen des Arbeitsplatzes
- › Ausbildungskurse
- › Arbeitsvermittlung
- › Berufsberatung
- › sozial-berufliche Rehabilitation
- › Beschäftigungsmassnahmen

Es besteht kein Rechtsanspruch auf Massnahmen der Frühintervention (Art. 7d Abs. 3 IVG). Im Gegenzug sind die versicherten Personen jedoch dazu verpflichtet, an den angeordneten Massnahmen der Frühintervention aktiv teilzunehmen (Art. 7 Abs. 2 IVG). Andernfalls können Leistungen der IV gekürzt oder verweigert werden (Art. 7b IVG), womit die Frühintervention ein klassisches, forderndes Element des aktivierenden Sozialstaats darstellt. Die absoluten Zahlen der Frühinterventionen steigen seit der Einführung jedes Jahr kontinuierlich an. So wurden im Jahr 2008 1156 und im Jahr 2019 12 673 Massnahmen gesprochen (BSV 2020a). Die Frühintervention beschleunigt den Zugriff der IV auf versicherte Personen. In der Literatur ist weitgehend unbestritten, dass ein möglichst rascher Kontakt bei drohender Arbeitsunfähigkeit und ein rasches Handeln durch die IV die Chancen, den Arbeitsplatz bzw. die Erwerbsfähigkeit zu erhalten, entscheidend erhöhen (OECD 2003, S. 162; 2006, S. 161; Oostrom und Boot 2013, S. 335). Diese Sichtweise wird von den IV-Stellen geteilt (vgl. Bolliger et al. 2012, S. 40). So schreibt etwa die IV-Stelle Obwalden auf ihrer Homepage als Empfehlung an die Arbeitge-

benden: «Ob physische oder psychische Erkrankung – wichtig ist immer der Faktor Zeit. Reagieren Sie frühzeitig. Reden Sie mit unseren IV-Spezialisten.» (IV-Stelle Obwalden o. J.) Das schnelle Eingreifen soll verhindern, dass «eine falsche Hoffnung auf eine IV-Rente den Eingliederungswillen der versicherten Person verringert» (Bolliger et al. 2012, S. 12). Die Frühintervention soll Massnahmen ermöglichen, bevor eine Abklärung darüber stattgefunden hat, ob die IV überhaupt für den Fall zuständig ist. Dadurch weitet sich der Wirkungsbereich der IV entscheidend auf neue Personengruppen aus. Die Massnahmen sollen unbürokratisch und ohne lange Abklärungen durchgeführt werden können. Der Abklärungsprozess findet parallel zu den Massnahmen statt. Die Frühintervention endet mit einem Beschluss über das weitere Vorgehen. Dieser Beschluss wird als Grundsatzentscheid bezeichnet. Dabei sind drei Ergebnisse denkbar (vgl. Widmer 2017, S. 72): Erstens kann die IV-Stelle feststellen, dass sie nicht zuständig ist. Dies bedeutet, dass weder ein Rentenanspruch noch ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht. Zweitens kann die IV-Stelle Integrationsmassnahmen oder Massnahmen beruflicher Art verfügen und damit (weiterhin) eine Eingliederungsstrategie verfolgen. Eine dritte Möglichkeit besteht darin, dass die IV-Stelle keine (weiteren) Eingliederungsmassnahmen durchführt und den Rentenanspruch prüft. Während der Frühintervention besteht kein Anspruch auf IV-Taggeld, da davon ausgegangen wird, dass aufgrund des raschen Eingreifens noch Lohnfortzahlungen des Arbeitgebenden geleistet werden oder eine Entschädigung über das Krankentaggeld erfolgt (vgl. Bolliger et al. 2012, S. 12, siehe auch Kapitel 4.2). Pärli et al. (2015, S. 310 f.) weisen darauf hin, die Pflicht zur Teilnahme an Frühinterventionsmassnahmen (insbesondere Beschäftigungsmassnahmen) könne bei gleichzeitig verwehrtem Anspruch auf Taggeld mit dem Verbot der Zwangs- und Pflichtarbeit kollidieren (ähnlich argumentierte (Wyss 2007a) für Beschäftigungsprogramme in der Sozialhilfe).

Ein weiteres Instrument der 5. IVG-Revision sind die *Integrationsmassnahmen*. Hierzu gehören Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation und Beschäftigungsmassnahmen (Art. 14a Abs. 2 IVG). Dies sind zugleich auch Massnahmen der Frühintervention. Anspruchsberechtigt sind Personen, «die seit mindestens sechs Monaten zu 50 Prozent arbeitsunfähig [...] sind, [...] sofern dadurch die Voraussetzungen für die Durchführung von Massnahmen beruflicher Art geschaffen werden können» (Art. 14a Abs. 1 IVG). Die Integrationsmassnahmen sind für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder fehlenden Qualifikationen vorgesehen (vgl. Widmer 2017,

S. 73). Ziel ist es, die Arbeitsunfähigkeit zu reduzieren und damit die Eingliederungsfähigkeit wiederherzustellen oder zu erhalten, und die Personen so für berufliche Massnahmen vorzubereiten oder bereit zu halten. Das BSV (2018b, S. 11) erachtet die «Eingliederungsfähigkeit» ab einer Arbeitsfähigkeit von 50 Prozent als gegeben. Die Zielsetzung der Integrationsmassnahmen bestehen gemäss Kreisschreiben des BSV (2018b, S. 13) unter anderem in der «Steigerung der Belastbarkeit», der Erhöhung der «Sozial- und Selbstkompetenz», der «Gewöhnung an den Arbeitsprozess», im «Aufbau der Arbeitsmotivation» sowie im Erhalt einer «Tagesstruktur».

Die *beruflichen Eingliederungsmassnahmen* sind vielfältig und die Abgrenzung zu Massnahmen der Arbeitslosenversicherung ist oftmals unklar. Sie werden an dieser Stelle beschrieben, da sie das Eingliederungsinstrumentarium der IV komplettieren. Voraussetzungen für Massnahmen beruflicher Art ist, dass bei der versicherten Person eine Invalidität festgestellt wurde oder eine solche droht und die gesprochene Massnahme muss zum Ziel haben, die Erwerbsfähigkeit herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (Art. 8 Abs. 1 IVG). In der nachfolgenden Auflistung werden die Massnahmen kurz erklärt.¹⁹

- › Die *Berufsberatung* der IV kann von Personen in Anspruch genommen werden, die noch keine Berufswahl getroffen haben oder den bisherigen Beruf infolge einer Invalidität nicht mehr ausüben können (Art. 15 IVG).
- › Durch die *Umschulung* soll die Erwerbsfähigkeit erhalten oder verbessert werden (Art. 17 Abs. 1 IVG). Die Umschulung und Wiedereinschulung hat zum Ziel, die Betroffenen an einen neuen, annähernd gleichwertigen Arbeitsplatz zu vermitteln (vgl. Pärli et al. 2015, S. 316 f.). Diese Gleichwertigkeit ist eine Beschränkung nach oben, das heisst, die versicherte Person soll durch die Umschulung nicht besser gestellt werden (vgl. Pärli et al. 2015, S. 320). Ein beruflicher Abstieg ist aber durchaus denkbar. Die IV trägt die Kosten für die Ausbildung. Vorher wird allerdings geprüft, ob ohne Umschulung eine zumutbare Tätigkeit ausgeübt werden kann (vgl. Pärli et al. 2015, S. 319).

19 Die *Kapitalhilfe* (Art. 18d IVG) ist für die Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit konzipiert und wird hier deshalb nicht weiter ausgeführt. Auch die *erstmalige berufliche Ausbildung* (Art. 16 IVG) wird hier nicht näher betrachtet, da sie für die Fragestellung nicht relevant ist.

- › *Arbeitsvermittlung* meint die Unterstützung bei der Suche nach einem Arbeitsplatz sowie die Beratung hinsichtlich des Erhalts des bestehenden Arbeitsplatzes (Art. 18 Abs. 1 IVG).
- › *Arbeitsversuche* wurden mit der Revision 6a eingeführt. «Die Invalidenversicherung kann einer versicherten Person versuchsweise einen Arbeitsplatz für längstens 180 Tage zuweisen (Arbeitsversuch), um die tatsächliche Leistungsfähigkeit der versicherten Person im Arbeitsmarkt abzuklären.» (Art. 18a Abs. 1 IVG) Dabei besteht weiterhin Anspruch auf Rente oder Taggeld (Art. 18a Abs. 2 IVG), wobei kein Arbeitsverhältnis nach dem Obligationenrecht besteht (Art. 18a Abs. 3 IVG). Das heisst beispielsweise, dass im Unternehmen keine Lohnkosten anfallen (vgl. Pärli et al. 2015, S. 326). Arbeitsversuche sind nicht ausschliesslich an einem neuen Arbeitsplatz anwendbar, sondern können auch zum Arbeitsplatzerhalt eingesetzt werden (vgl. Nadai et al. 2019, S. 84).
- › Der *Einarbeitungszuschuss* ist ein Anreiz für die Arbeitgebenden, Personen zu beschäftigen, deren Leistungsfähigkeit noch gemindert ist (vgl. Pärli et al. 2015, S. 328). Das Instrument wurde für Personen konzipiert, die durch die Arbeitsvermittlung der IV eine Stelle gefunden haben, aber den Leistungsanforderungen des Arbeitgebenden (noch) nicht gerecht werden können. Der Einarbeitungszuschuss kann auch bei einem Tätigkeitswechsel im Betrieb gewährt werden und ist mit dem Arbeitsversuch kombinierbar (vgl. Nadai et al. 2019, S. 84 f.). Er entspricht höchstens dem vereinbarten Bruttolohn und wird während maximal 180 Tagen direkt an die Arbeitgebenden ausbezahlt (Art. 18b IVG). Ausserdem entschädigt die IV die Arbeitgebenden für Beitragserhöhungen bei der Pensionskasse und der Krankentaggeldversicherung, wenn die versicherte Person innerhalb von drei Jahren erneut arbeitsunfähig wird (Art. 18c Abs. 1 IVG).

2.3.2 Beziehung der IV-Stellen zu Arbeitgebenden und versicherten Personen

Ausgehend von der 5. IVG-Revision richten sich die IV-Stellen ausserdem verstärkt auf die Betriebe hin aus.²⁰ So werden die Unternehmen zu einem zentralen kooperativen Gegenüber der IV. Stefan Ritler, Leiter des

²⁰ Seing et al. (2015) konstatieren für die aktivierende Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik in westlichen Wohlfahrtsstaaten dementsprechend: «The focus in social policy on employment promotion rather than on systems of social protection reflects a strong belief that employers and the labor market have the ability to solve society's problems of sickness absence.» (Seing et al. 2014, S. 1760)

Geschäftsfeldes IV beim BSV, schreibt dementsprechend in einem Vorwort zu einer FoP-IV-Studie über die Zusammenarbeit zwischen Arbeitgebenden und den IV-Stellen: «Bei der Eingliederung von Personen mit einer gesundheitsbedingten Leistungseinschränkung in den ersten Arbeitsmarkt spielen die Arbeitgebenden eine zentrale Rolle.» (Vorwort von Stefan Ritler in Geisen et al. 2016a, o. S.)

Die wachsende Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen IV-Stellen und Arbeitgebenden manifestiert sich in den Jahresberichten der IV-Stellen. In diesen wird gemäss einer Dokumentenanalyse von Geisen et al. (2016a, S. 19) erst seit 2008 (das heisst seit Inkrafttreten der 5. IVG-Revision) die Zusammenarbeit mit Arbeitgebenden thematisiert. Vorher waren die Aktivitäten hauptsächlich auf die versicherten Personen fokussiert. Zur Stärkung und zum Ausbau des Netzwerkes zwischen IV-Stellen und Arbeitgebenden lancierte das BSV in den Jahren 2012 bis 2014 eine Kampagne: Durch finanzielle Unterstützung war es den IV-Stellen möglich, mit verschiedenen Massnahmen und Aktivitäten Arbeitgebende auf sich aufmerksam zu machen. Zu den Aktivitäten gehörten beispielsweise Auftritte bei Wirtschaftsevents und auf Messen, Informationsanlässe für Arbeitgebende, Medienarbeit, Schulungsangebote für Arbeitgebende, Werbematerial sowie die Vergabe von Eingliederungspreisen (vgl. Geisen et al. 2016a, S. 19; Nadai 2017, S. 116). Zur Weiterentwicklung der Zusammenarbeit zwischen IV-Stellen und Arbeitgebenden wurden ausserdem Pilotprojekte wie FER und ConCerto geschaffen. Aus diesen Projekten ergab sich nachfolgend die Organisation «Compasso», ein digitales Informationsportal zu Fragen der beruflichen Wiedereingliederung (vgl. Geisen et al. 2016a, S. 1; Nadai et al. 2019, S. 94).²¹

Die Herstellung tragfähiger Beziehungen zu Arbeitgebenden ist ein wichtiger Teil der täglichen Arbeit von Eingliederungsabteilungen der IV-Stellen. Sie sehen sich zunehmend als Dienstleistende, deren «primärer Fokus auf die Bedürfnisse der Arbeitgebenden» (Gonon und Rotzetter 2017, S. 163) gerichtet ist. Das heisst, nicht die versicherten Personen sind die primäre Kundschaft des Dienstleistungsangebotes der IV-Stellen, sondern die Arbeitgebenden. Dies irritiert deshalb, da nicht die Betriebe, sondern die Arbeitnehmenden bei der IV versichert sind. Diese Neuausrichtung beeinflusst auch die Personalzusammensetzung der IV-Stellen. So werden in den Eingliederungs-

21 Neben dem Ausbau der *fallabhängigen* Zusammenarbeit zwischen Unternehmen und Sozialversicherungen wurde auch die *fallunabhängige* Zusammenarbeit verstärkt. Seit 2015 haben die IV-Stellen die Möglichkeit, die Arbeitgebenden fallunabhängig zu beraten und zu begleiten, was jedoch Geisen et al. (2016a, S. XI) zufolge erst in Ansätzen passiere.

abteilungen Personen mit einem privatwirtschaftlichen Berufshintergrund bevorzugt, da dadurch eine gewisse Nähe zu Arbeitgebenden entstehe, die sich günstig auf die Zusammenarbeit auswirke (vgl. Gonon und Rotzetter 2017, S. 159). Es scheint nach Ansicht der IV-Stellen auch entscheidend zu sein, «die Sprache der Arbeitgeber zu sprechen» (Rotzetter et al. 2017, S. 36). Ganz wie es von Dienstleistenden erwartet wird, passen sich die IV-Stellen damit den Bedürfnissen der Arbeitgebenden an.

Im Rahmen der verstärkten Bemühungen um Wiedereingliederung werden sowohl die versicherten Personen als auch die Arbeitgebenden in die Verantwortung genommen. Doch das Ausmass sowie die Art und Weise des Übertragens von Verantwortung lässt sich nicht vergleichen. Wie Nadai (2017, S. 113) ausführt, erfolgt die Responsibilisierung vielmehr «in *asymmetrischer* Weise: als Zwang zur Eigenverantwortung qua Erwerbsbeteiligung für das Individuum – als freiwillige Selbstverpflichtung zur Übernahme sozialer Verantwortung für korporative Wirtschaftsakteure». Die IV-Stellen problematisieren die fehlenden Sanktionsmöglichkeiten gegenüber den Arbeitgebenden nicht. Sie zweifeln grundsätzlich daran, dass es helfen würde, den Unternehmen Druck aufzuerlegen. Vielmehr sei eine intrinsische Motivation der Arbeitgebenden die notwendige Bedingung für gelingende Eingliederungen (vgl. Rotzetter et al. 2017, S. 36). Brisant in diesem Zusammenhang ist: Die Wirksamkeit von Sanktionen, die versicherte Personen treffen und deren Motivation fördern sollen, wird demgegenüber kaum infrage gestellt.

Durch die Reformen kam es nicht nur zu einer Veränderung der Beziehung zwischen der IV und den Arbeitgebenden, auch das Verhältnis zwischen der IV und den versicherten Personen war einem Wandel unterworfen. Dies manifestiert sich unter anderem in der im Rahmen der 5. IVG-Revision geschaffenen *Betrugsbekämpfung* in der IV. In der Schweiz prägte im Jahr 2003 der damalige Nationalrat Christoph Blocher in einem Zeitungsinterview den Begriff «Scheininvalidität» im Zusammenhang mit dem vermeintlich unzulässigen Bezug von IV-Rentenleistungen (vgl. Hassler 2016, S. 178). Neu war der Vorwurf der Simulation und Aggravation²² zu dieser Zeit gerade im Bereich der IV nicht. «Als Tabubruch kann vielmehr die Direktheit und Härte gelten, mit denen Leistungsempfängerinnen und -empfänger beschuldigt

22 Der Begriff der Aggravation bezeichnet in der Medizin die «bewusste Übertreibung oder Ausweitung von Klagen über gesundheitliche Beschwerden oder Funktionsstörungen [...]. In Abgrenzung zur Simulation beinhaltet der Begriff zwangsläufig, dass ein tatsächlicher, authentischer Kern an Beschwerden vorhanden ist, der aber willentlich ausgeweitet oder überhöht wird.» (Merten und Giger 2018, S. 166)

werden.» (Canonica 2012, S. 33) In den 1990er Jahren lag der Fokus noch stärker auf den Arbeitgebenden, die verdächtigt wurden, die IV als Instrument für «sozialverträgliche Restrukturierungen» (Bütler und Gentinetta 2007, S. 77) zu benutzen.

Ausgelöst durch die Debatte um Scheininvalidität wurden im Rahmen der 5. IVG-Revision (vermeintlich) die gesetzlichen Grundlagen für die Observation von Personen geschaffen, die verdächtigt werden, eine IV-Rente zu beziehen, ohne das Erfordernis der Erwerbsunfähigkeit zu erfüllen (vgl. Hassler 2016, S. 180). Der entsprechende Absatz im IVG lautet: «Zur Bekämpfung des ungerechtfertigten Leistungsbezugs können die IV-Stellen Spezialisten beiziehen.» (Art. 59 Abs. 5 IVG) Dieser Absatz bildete die Grundlage für die sogenannte Missbrauchsbekämpfung. Im Jahr 2012 beschrieb das BSV (2012, S. 4) in einem Faktenblatt das vierstufige «Betrugsmanagement», das sich an der langjährigen Erfahrung privater Versicherungen orientierte: Bei Verdachtsfällen wird von den IV-Stellen «eine Checkliste mit sogenannten Risikoindikatoren eingesetzt. [...] Solche Risikofaktoren sind beispielsweise unverhältnismässig häufiger Arztwechsel, eine widersprüchliche Krankengeschichte (Anamnese), objektive Falschangaben der versicherten Person oder auch Migrationshintergrund» (Kocher und Leuenberger 2009, S. 170). Die IV-Stellen nehmen dabei explizit auch anonyme Meldungen aus der Bevölkerung entgegen und gehen diesen nach. Diesem Vorgehen wird seitens des BSV eine «generalpräventive Wirkung» (Leuenberger 2013, S. 66) zugeschrieben. Das so geschaffene Überwachungssystem zeichnet sich dadurch aus, dass es nicht *eine* observierende Institution gibt, sondern dass potenziell alle Menschen zu Observierenden werden. Die Überwachung entspricht damit einem *Panopticon*, weil mit geringem Aufwand eine potentiell omnipräsente Überwachung geschaffen wird (vgl. Foucault 1976, S. 258). Auch die SUVA und private Versicherungen führten Observationen durch. Diese stützten sich rechtlich auf das ATSG (konkret auf Art. 28 Abs. 2 ATSG sowie Art. 43 Abs. 1 ATSG). Die Praxis der Betrugsbekämpfung wurde vom Bundesgericht in mehreren Urteilen als zulässig erachtet.

Zu einem Wendepunkt kam es durch ein Urteil des «Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte» (EGMR) am 18. Oktober 2016. Im Gerichtsfall ging es um den Einsatz von privaten Ermittlern im Bereich der Unfallversicherung. Das Gericht urteilte, die gesetzlichen Grundlagen für eine Observation seien in der Schweiz nicht ausreichend präzise und Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention, also das Recht auf

Achtung des Privat- und Familienlebens, werde dadurch verletzt.²³ Das BSV vertrat daraufhin die Ansicht, wegen der spezifischen gesetzlichen Grundlage (Art. 59 Abs. 5 IVG) sei die IV von diesem Urteil nicht betroffen. In einem Entscheid des Bundesgerichts vom 14. Juli 2017 wurde jedoch festgehalten, der Entscheid des EGMR habe auch für die IV-Stellen Gültigkeit.²⁴ Das Parlament hat daraufhin in bemerkenswerter Eile eine Gesetzesgrundlage für die Überwachung im ATSG geschaffen. Diese definiert die Möglichkeiten zur Observation und führt tendenziell zu einer Ausweitung der Observationsmöglichkeiten. Das gegen das Gesetz zustande gekommene Referendum scheiterte deutlich in der Volksabstimmung. Das Gesetz ist im Oktober 2019 in Kraft getreten. Personen in der IV müssen seither wieder damit rechnen, observiert zu werden.

In dieser Betrugsdebatte zeigt sich zweierlei: Einerseits stellt sich die IV selbst als eine Institution dar, die die Betrugsbekämpfung benötigt, um ihre Aufgaben wahrnehmen zu können. Sie präsentiert sich damit als Rentenversicherung, die sich vor ungerechtfertigten Ansprüchen schützen muss. Andererseits prägt die mediale Debatte zur Betrugsbekämpfung die öffentliche Sichtweise auf Rentenbeziehende (vgl. Uske 2000, S. 169) und diese sehen sich zunehmend einem Generalverdacht ausgesetzt.

23 Im Urteil wird dies noch näher begründet: «The domestic law must be sufficiently clear to give citizens an adequate indication as to the circumstances and conditions under which public authorities are empowered to resort to any such measures. [...] In view of the risk of abuse intrinsic to any system of secret surveillance, such measures must be based on a law that is particularly precise, especially as the technology available for use is continually becoming more sophisticated» (Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte 2016, S. 15).

24 Bemerkenswert ist die Medienmitteilung des BSV. In Reaktion auf den Entscheid des Bundesgerichts wird dort die Einstellung der Observationen bekannt gegeben. Das BSV schreibt: «Sobald die im Rahmen der laufenden Revision des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vorgesehene gesetzliche Grundlage für Observationen für alle Sozialversicherungen in Kraft getreten ist, werden die Observationen in der IV wieder aufgenommen.» (BSV 2017, o. S.) Damit wurde das Resultat parlamentarischer Diskussionen zu neuen gesetzlichen Regelungen vorweggenommen, dass nämlich Observationen in Zukunft wieder möglich sein werden. Auch einzelne IV-Stellen schalteten sich in die Debatte ein. So spielte beispielsweise die IV-Stelle Schwyz im Rahmen des Abstimmungskampfes zum Referendum gegen das Überwachungsgesetz den Medien verpixelte Observationsvideos zu (vgl. Kälin 2018).

2.4 Fazit – Verstärkte Eingliederungsorientierung der Invalidenversicherung

Die Einführung der IV – und die Schaffung des Sozialstaats insgesamt – war in der Schweiz ein langwieriger und oftmals stockender Prozess. Streitpunkte sind seit Anbeginn die gesetzliche Definition von Invalidität, Fragen der Finanzierbarkeit sowie die Angst vor Simulation und Aggravation und damit vor dem Ausnutzen des Sozialversicherungssystems. Zentrales und wichtigstes Prinzip der IV ist von Anfang an die Eingliederung. Das ist ungewöhnlich für eine Versicherung, denn deren primäre Funktion besteht in der Regel darin, den finanziellen Schaden nach dem Eintreten eines definierten Ereignisses möglichst zu kompensieren. Die starke Gewichtung des Eingliederungsprinzips hängt mit einem veränderten politischen Verständnis von Behinderung zusammen. Menschen mit Behinderung wurden bei Einführung der IV im Jahr 1960 nicht mehr primär als fürsorgebedürftig wahrgenommen, sondern als weitgehend ungenutztes Potenzial vor dem Hintergrund der industriellen, fordistischen Massenproduktion mit ihrem hohen Bedarf an Arbeitskräften für repetitive Arbeiten betrachtet.

Die Situation änderte sich in den 1970er und dann insbesondere in den 1990er Jahren. In wirtschaftlich turbulenten Zeiten mit wachsenden Arbeitslosenzahlen und neuen Anforderungen an die Arbeitnehmenden wurde die Eingliederung und damit die Finanzierung der IV zunehmend schwierig. Nach dem Vorbild der Arbeitslosenversicherung, der Ausgestaltung der SKOS-Richtlinien sowie auf Empfehlungen der OECD reagierend, kam es zu einer Stärkung des Aktivierungs- und Eingliederungsprinzips in der IV. Die 4. und 5. Reform des IVG nahm hauptsächlich die versicherten Personen für die Rückkehr an den Arbeitsplatz und den Erhalt der Arbeitsfähigkeit in die Verantwortung. Pflichten wurden ausgebaut und Sanktionen verschärft. Die Reformen entmachteten zudem die Hausärztinnen und Hausärzte, denen eine zu grosse Nähe zu den versicherten Personen und mangelnde arbeitsmedizinische Kenntnisse vorgeworfen wurde. Typisch für die aktivierende Sozialpolitik ist die Begleitung der Reformen durch zahlreiche Evaluationsstudien, die einerseits eine Vereinheitlichung der Praxis der IV-Stellen bezwecken und andererseits die Kontrolle durch das BSV und die Politik ermöglichen. Durch die 5. IVG-Revision veränderte sich ausserdem der Zugriff der IV auf versicherte Personen. Menschen mit einem längeren Arbeitsausfall können seither im Rahmen der Früherfassung ohne deren Einwilligung bei der kantonalen IV-Stelle gemeldet werden. Der schnellen Umsetzung von Massnahmen wurde hohe Priorität eingeräumt, wobei insbesondere psychische Erkrankun-

gen im Fokus der Reformen standen. Ferner wurden die sogenannten unbürokratischen, aber verpflichtenden Massnahmen der Frühintervention, die vor dem eigentlichen Grundsatzentscheid durchgeführt werden, ausgebaut. Das IVG wurde durch den Ausbau der Betrugsbekämpfung im Rahmen der 5. IVG-Revision wesentlich verschärft. Seit 2018 beruht die Observation von Personen, die verdächtig werden, unrechtmässig Leistungen zu beziehen, auf einer neuen gesetzlichen Grundlage. Die Debatte über das entsprechende Gesetz prägte den öffentlichen Diskurs zur IV in den letzten Jahren wesentlich mit.

Seit der 5. IVG-Revision intensivierte sich ausserdem die Zusammenarbeit zwischen den Betrieben und den IV-Stellen. Die IV-Stellen richten sich seither als Dienstleistende zunehmend auf die Betriebe hin aus und die versicherten Personen geraten als Versicherungsnehmende mit ihren spezifischen Bedarfen und Bedürfnissen in den Hintergrund. Gerade umgekehrt verhält es sich mit der Verantwortung. Sie wird stärker auf die versicherten Personen übertragen als auf die Unternehmen.

3 Betriebliches Gesundheitsmanagement und Case-Management

In Grossunternehmen der Schweiz wurden in den vergangenen Jahrzehnten diverse Programme eingeführt, die auf die Gesundheit und die damit verbundene Leistungsfähigkeit der beschäftigten Personen zielen. Die entwickelten Programme sind heterogen und werden mit unterschiedlichen Labels versehen, etwa Gesundheitsmanagement, betriebliche Gesundheitsförderung, Disability-Management oder Eingliederungsmanagement. Geisen et al. (2008, S. 6) verorten in einer FoP-IV-Studie die Anfänge dieser Programme für die Schweiz am Beginn der 2000er Jahre. Buri-Moser (2013, S. 135) zeigt in einer Untersuchung von 34 Unternehmen der Schweiz, dass zwar bereits Mitte der 1990er Jahre Programme des Gesundheitsmanagements eingeführt wurden, seit den 2000er Jahren aber eine deutliche Zunahme festzustellen sei. Auch Canonica (2020, S. 182) verortet den Beginn dieser betrieblichen Massnahmen für die Schweiz in den 1990er Jahren. Einzelne Elemente wie Arbeits- oder Gesundheitsschutz haben aufgrund der gesetzlichen Anforderungen jedoch eine viel längere Tradition in Unternehmen und tauchen nun lediglich unter neuen Namen in den Betrieben auf.²⁵ Im Folgenden wird summarisch aufgezeigt, aus welchen Elementen die betrieblichen Programme bestehen, die nachfolgend als «Betriebliches Gesundheitsmanagement» (BGM) bezeichnet werden.

3.1 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Im Anschluss an Bauer und Schmid (2006) ist das BGM im Folgenden «definiert als die Überprüfung und Optimierung aller verhaltens- und verhältnisorientierten Massnahmen eines Unternehmens, die explizit oder implizit auf die Gesundheit der Mitarbeitenden wirken» (Bauer und Schmid 2006, S. 48, im Original kursiv). Die Definition verweist auf die grundlegende Unterscheidung von verhaltens- und verhältnisorientierten Massnahmen (vgl. hierzu Ulich und Wülser 2015, S. 15–18). Verhältnisorientierung ist auf die Arbeitsbedingungen gerichtet, unter denen die Arbeitsleistung erbracht wird. Verhaltensorientierung fokussiert auf das individuelle Gesundheitsver-

²⁵ Wie Ingold und Condrau (2015) am Beispiel des Schweizer Lebensmittelherstellers HACO AG zeigen, hat auch die Gesundheitsförderung eine lange Tradition. So führte das Unternehmen bereits in den 1970er Jahren «bei seinen rund fünfhundert Mitarbeitenden eine freiwillige Bewegungspause – ein geleitetes «Kurzturnen» am Arbeitsplatz – ein» (Ingold und Condrau 2015, S. 276).

halten der Mitarbeitenden (vgl. Bauer und Schmid 2006, S. 48). Im Rahmen eines umfassenden BGM soll möglichst auf beide Ebenen Einfluss genommen werden, sowohl auf das Verhalten wie auch auf die Verhältnisse. Darüber hinaus beinhaltet das BGM, verstanden als Prozess, die systematische Datenerhebung, um daraus entsprechende Massnahmen abzuleiten. Die Datenerhebung kann beispielsweise über Befragungen von Mitarbeitenden und die systematische Erfassung von Absenz- und Fluktuationsdaten erfolgen. Denkbar ist zudem die Verwendung von Daten, die im Rahmen von Austrittsgesprächen erhoben werden (vgl. Buri-Moser 2013, S. 183). Auf Basis der gesammelten Daten können Interventionen entwickelt werden, die anschliessend evaluiert und somit kontinuierlich optimiert werden.

Im Rahmen des BGM liegt der Fokus nicht (allein) auf der Verhinderung von Krankheiten und Unfällen, sondern auf dem Aufbau sogenannter Gesundheitspotenziale der Mitarbeitenden, um die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten zu steigern (vgl. hierzu Mau 2018, S. 115). Die Salutogenese ist somit der theoretische Orientierungspunkt.²⁶ Damit betrifft das BGM grundsätzlich alle im Unternehmen beschäftigten Personen, auch solche ohne gesundheitliche Beschwerden.

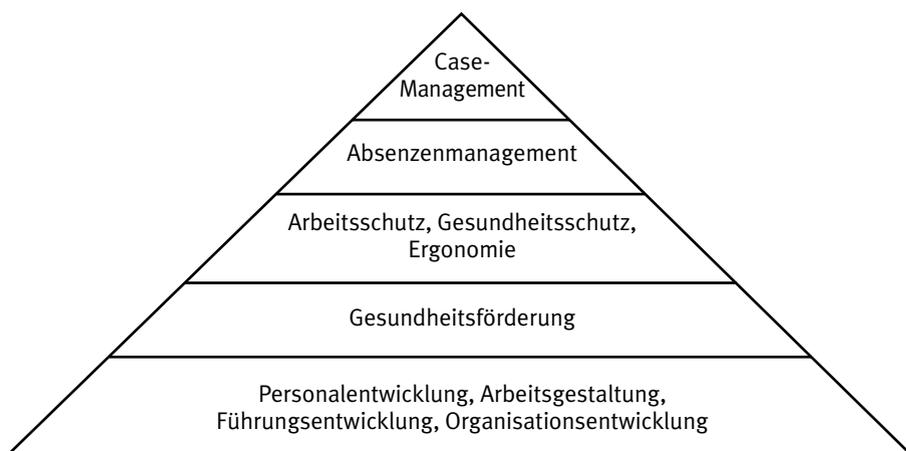
Institutionell ist das BGM in den Unternehmen meist im Personalwesen integriert (vgl. Buri-Moser 2013, S. 154), in Einzelfällen kann es auch Teil der Sozialberatung sein (vgl. Geisen et al. 2008, S. 47). Geisen et al. (2008, S. 79) weisen treffend darauf hin, dass eine enge Anbindung des BGM an die Personalabteilung die Gefahr mit sich bringe, dass das BGM «zu einem Instrument der betrieblichen Interessenvertretung gegenüber den erkrankten und verunfallten Beschäftigten» wird. Diese Aussage lässt sich jedoch auf jegliche Verortung eines BGM im Unternehmen übertragen und ist bei der Anbindung an das Personalwesen lediglich besonders offensichtlich. In kleineren Unternehmen unterstützt die Geschäftsleitung die Arbeitskräfte meist direkt und ergreift Massnahmen, welche die Gesundheit der Mitarbeitenden betreffen, ohne dass explizit ein BGM existiert (vgl. Beck und Lenhardt 2016, S. 60; Geisen et al. 2013, S. 37).

Abbildung 1 verdeutlicht, auf welchen Ebenen das BGM einen Beitrag zur Gesundheit der Arbeitskräfte leistet. Die nach oben enger werdende Pyramide veranschaulicht, dass die Massnahmen ganz unten für alle beschäftigten Personen relevant sind und Massnahmen, die weiter oben in der Pyra-

26 Für eine historische Betrachtung und kritische Analyse der Salutogenese sei an dieser Stelle auf Dollinger (2006) verwiesen.

mide angesiedelt sind, nur einzelne Personen direkt betreffen (vgl. Bauer und Jenny 2017, S. 217 f.). Die grundlegendsten Aktivitäten sind solche, die auf die Arbeit insgesamt ausgerichtet sind und den Betriebsalltag betreffen. Die Gesundheit steht hierbei oftmals nicht im Zentrum, sondern es sind Faktoren, welche die Gesundheit der Arbeitskräfte gemäss den Forschungsergebnissen der Arbeits- und Organisationspsychologie potenziell beeinflussen. Einerseits geht es dabei um die Personal- und Führungsentwicklung. Andererseits um Fragen der Arbeitsgestaltung und der Organisationsentwicklung (vgl. Bauer und Jenny 2017, S. 218). Auf der nächsten Ebene ist die Gesundheitsförderung angesiedelt, die nur Personen direkt betrifft, die sich durch die freiwilligen Instrumente der Gesundheitsförderung ansprechen lassen. Auf individueller Ebene sind dies beispielsweise Kurse zur Stressbewältigung oder Fitness-Angebote. Auf organisationaler Ebene ist zum Beispiel die Schaffung eines Ruheraums für Mitarbeitende zu nennen (vgl. Bauer und Jenny 2017, S. 218). Auf der nächsthöheren Ebene sind die Massnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sowie der Ergonomie angesiedelt. Je nach Branche variiert die Unfallwahrscheinlichkeit und damit auch die Relevanz dieses Bereichs für den Betrieb. Der Arbeits- und Gesundheitsschutz hat insbesondere in Branchen mit hohem Unfallrisiko, beispielsweise der Baubranche, eine lange Tradition (vgl. Geisen et al. 2016b, S. 26) und ist auch schon seit vielen Jahrzehnten Gegenstand von Gesetzgebungen in der Schweiz.

Abbildung 1: Die Ebenen des Betrieblichen Gesundheitsmanagement



Eigene Darstellung in Anlehnung an Bauer et al. (2014, S. 128).

In der vorliegenden Arbeit stehen insbesondere die beiden obersten Felder der BGM-Pyramide im Vordergrund: Absenzenmanagement²⁷ und Case-Management (ausführlich dazu Kapitel 3.2). Staub (2011, S. 22) definiert das Absenzenmanagement als «die systematische Erfassung von Absenzen [...] und deren Analyse innerhalb des betrieblichen Gesundheitsmanagement mit dem Ziel, anhand spezifischer Massnahmen Anzahl und Dauer derselben nachhaltig zu reduzieren». Die betriebliche Fokussierung auf Absenzen hängt wohl damit zusammen, dass diese im Gegensatz zur Gesundheit besser messbar sind (vgl. Ulich und Wülser 2015, S. 143 f.) und sowohl in temporaler Perspektive als auch im Hinblick auf einzelne Organisationseinheiten miteinander verglichen werden können.²⁸ Der Grund, weshalb das Absenzenmanagement relativ weit oben in der Pyramide dargestellt ist, besteht darin, dass Interventionen, die mit dem Absenzenmanagement zusammenhängen, nur Personen mit wiederkehrenden oder lang andauernden Absenzen betreffen. Mit gutem Grund könnte man das Absenzenmanagement aber auch ganz unten in der Pyramide ansiedeln, da in grossen Unternehmen in der Regel alle Absenzen systematisch erfasst werden und diese Massnahme deshalb alle Arbeitskräfte betrifft, wobei dies vielen nicht bewusst sein dürfte.

Das Absenzenmanagement und das Case-Management sind in der Regel eng miteinander verzahnt. Das heisst, bei auffälligen Absenzen wird durch das Absenzenmanagement-System ein Case-Management-Prozess initiiert. Dies geschieht nach einer vordefinierten Zeitspanne (üblicherweise nach vier Wochen oder 30 Tagen) oder bei häufig wiederkehrenden Absenzen (vgl. Geisen et al. 2008, S. 57; Nadai et al. 2019, S. 132; Staub 2011, S. 92). Das Case-Management ist in der hier dargestellten Pyramide eine BGM-Massnahme, die nur für eine vergleichsweise kleine Anzahl von Personen relevant ist (vgl. Geisen et al. 2019, S. 7). Dieser Umstand wird von den Case-Managerinnen und Case-Managern bisweilen auch als Schwierigkeit bezeichnet, da sich so die Bekanntheit und Akzeptanz dieser Massnahmen kaum steigern lasse.

In einer FoP-IV-Studie beschreiben Geisen et al. (2008) Motive von Unternehmen, die zur Einführung von BGM-Programmen führen. Am wich-

27 Einzelne Unternehmen sprechen auch von einem Präsenzmanagement, wobei unklar ist, welche realen Folgen diese Umkehrung des Fokus für die Beschäftigten hat.

28 Crouch (2017, S. 117) hat treffend aufgezeigt, dass durch das Abstützen auf Indikatoren im Rahmen von Evaluationen insbesondere Aspekte in den Blick geraten, die quantitativ mess- und vergleichbar sind, während schwer quantifizierbare Aspekte unter den Tisch fallen.

tigsten sind die betriebswirtschaftlichen Motive. Dazu zählen insbesondere die Kosten, die im Zusammenhang mit Krankheit am Arbeitsplatz entstehen (vgl. Geisen et al. 2008, S. 43). So schätzt beispielsweise die Versicherung «Helsana» den Umfang der durchschnittlichen Absenkkosten auf «etwa 9 % der gesamten Lohnsumme» (Helsana o. J.). Kosten für die Unternehmen entstehen beispielsweise durch steigende Prämien für die Krankentaggeldversicherung oder die Unfallversicherung. Weitere Kosten entstehen *direkt* im Betrieb durch den an die Absenz geknüpften Produktivitätsausfall oder *indirekt* durch den Einsatz von Ersatzarbeitskräften sowie die Rekrutierung von zusätzlichem Personal (vgl. Geisen et al. 2008, S. 43 f.). Neben den Kosten scheint auch die Überlegung eine Rolle zu spielen, dass gesunde Arbeitnehmende produktiver sind als kranke (vgl. Geisen et al. 2016b, S. 25). Zudem sind «unternehmenskulturelle Motive» für die Betriebe wesentlich (vgl. Geisen et al. 2008, S. 44). Hierzu gehört insbesondere die soziale Verantwortung als Teil der Corporate-Identity (vgl. Becke 2018, S. 328; Geisen et al. 2016b, S. 25; Geisen et al. 2008, S. 44 f.). Als Drittes betrachten die Unternehmen exogene Einflussfaktoren als relevant. Zu diesen Faktoren zählt die Vorbildfunktion anderer Unternehmen, die Initiative von Gewerkschaften oder die bereits dargelegte restriktiver gewordene Rentenvergabe durch die IV-Stellen (vgl. Geisen et al. 2008, S. 46).²⁹

Buri-Moser befragte im Rahmen ihrer Dissertation 34 Unternehmen in der Schweiz zu Gründen für die Einführung des BGM. Am häufigsten «wurden hohe und steigende Absenzen sowie deren Kostenfolgen» (Buri-Moser 2013, S. 147) genannt. Auch im Rahmen des Monitorings der «Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz» wurde nach Motiven für die Einführung eines BGM gefragt. Die Auswertungen zeigen,

«[...] dass die Zufriedenheit und das Wohlbefinden der Mitarbeitenden mit 59 % am häufigsten als sehr wichtiger BGM-Treiber genannt wird, gefolgt vom Bestreben, die Absenzrate zu senken (57 %) und die Produktivität und Qualität der Leistungen zu erhöhen (51 %).» (Füllemann et al. 2017, S. 33)

29 Badura kommt für Deutschland zu ähnlichen Ergebnissen: Die Gesundheit der Mitarbeitenden habe einen positiven Einfluss auf die Produktivität und auch auf das Image der Unternehmen. Fehlzeiten seien ein bedeutender Kostenfaktor und die demografische Entwicklung lasse die Bindung der Mitarbeitenden ans Unternehmen wichtiger werden (vgl. Badura 2002, S. 104).

Am wenigsten bedeutsam sind für die Betriebe die Umsetzung gesetzlicher Vorgaben (vgl. Füllemann et al. 2017, S. 33), weil mit Ausnahme des Gesundheits- und Arbeitsschutzes die gesetzlichen Vorgaben in der Schweiz weitgehend fehlen. Insbesondere gibt es keine gesetzliche Verpflichtung für die Unternehmen, ein BGM oder Case-Management einzuführen (vgl. Staub 2011, S. 16). Anhand der genannten Gründe lassen sich die unternehmerischen Erwartungen hinsichtlich der Einführung des BGM ableiten. Kosten und Produktivität scheinen eine grosse Rolle zu spielen.

Neben diesen vorwiegend materiellen Gründen gibt es noch andere Rechtfertigungen für die Einführung eines BGM. Nadai et al. postulieren, die Aktivitäten der Unternehmen in Bezug auf die Wiedereingliederung würden auf sozialer Verantwortung beruhen, wobei sich die Unternehmen hiervon eine «Stärkung der Loyalität der Mitarbeitenden» und einen «guten[n] Ruf in der Öffentlichkeit» erhoffen (Nadai et al. 2017, S. 12). Die soziale Verantwortung basiere darauf, dass sich Unternehmen aller Grössenordnungen als Familien verstünden und deshalb bereit seien, für eine gewisse Zeit Leistungseinbussen bei Mitarbeitenden in Kauf zu nehmen (vgl. Nadai et al. 2017, S. 7). Diese Vorstellung des Unternehmens als Familie zeigt sich auch in einer Studie zu «Kleineren und mittleren Unternehmen» (KMU) in der Schweiz (vgl. Geisen et al. 2013, S. 83). Die soziale Verantwortung reicht aber in der Regel nicht so weit, auch Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die noch nicht im Unternehmen beschäftigt waren, zu integrieren, da die Vorstellung vom Unternehmen als Familie hier nicht trägt.

Die Betriebe übernehmen jedoch keine bedingungslose soziale Verantwortung für die eigenen Arbeitskräfte. So gilt die Verantwortung stärker für langjährige Mitarbeitende (vgl. hierzu Geisen et al. 2013, S. 82). Nadai et al. identifizieren ausserdem drei Bedingungen, die für eine Weiterbeschäftigung gegeben sein müssen: (1) Die eingeschränkte Leistungsfähigkeit muss mit einer plausibel erklärbaren, unverschuldeten Krankheit verbunden sein, wobei dies eher bei körperlichen Krankheiten als bei psychischen Beeinträchtigungen der Fall ist. (2) Kooperation muss im Rahmen des Wiedereingliederungsprozesses demonstriert werden.³⁰ (3) Es muss erkennbar sein, dass in absehbarer Zeit wieder eine gewisse Leistung erbracht werden kann (vgl. Nadai et al. 2017, S. 7 f.). Darüber hinaus werden «Verhalten und Leistung *vor*

30 Auch Geisen et al. (2013, S. 82) zeigten in einer KMU-Studie, dass Unternehmen die Wiedereingliederung als «gegenseitiges Verpflichtungsverhältnis» betrachten, in dem Kooperation und Motivation von den Mitarbeitenden eingefordert werde.

der Erkrankung» berücksichtigt (Nadai et al. 2019, S. 136). Die Unternehmen distanzieren sich entschieden davon, geschützte Werkstätten zu sein (vgl. Rotzetter et al. 2017, S. 37). Nadai et al. halten ausserdem fest, dass beim Arbeitsplatzverlust häufiger die Person an den Arbeitsplatz angepasst werde als umgekehrt. Dies geschehe insbesondere durch die Anpassung des Pensums, den Wechsel an einen anderen Arbeitsplatz innerhalb des Betriebes oder die Verbilligung der Arbeitskraft durch Zahlung eines Leistungslohnes (vgl. Nadai et al. 2017, S. 8, 10). «Der Leistungslohn beruht auf der Idee, nur die tatsächliche Produktivität zu bezahlen, unabhängig von der Präsenzzeit am Arbeitsplatz.» (Nadai et al. 2019, S. 109)

Auch unternehmensexogene Akteure sind wichtige Treiber für die Verbreitung des BGM. Diese haben weniger zur Einführung selbst als zu einem gemeinsamen Verständnis darüber beigetragen, was BGM ist. Im Jahr 1996 wurde auf internationaler Ebene das «European Network for Workplace Health Promotion» (ENWHP) gegründet (vgl. Staub 2011, S. 66). In der Luxemburg Deklaration von 1997 sind gemeinsame Kriterien bezüglich betrieblicher Gesundheitsförderung definiert. Dazu gehören (vgl. ENWHP 2007, S. 4):

- › *Participation*: Alle Mitarbeitenden sollen beteiligt werden.
- › *Integration*: Aspekte der Gesundheitsförderung sollen bei allen wichtigen Entscheidungen im Unternehmen mit einbezogen werden.
- › *Project Management*: Alle Aktivitäten sollen auf einer Bedarfsanalyse basieren und kontinuierlich evaluiert und angepasst werden.
- › *Comprehensiveness*: Betriebliche Gesundheitsförderung soll sowohl individuelle als auch organisationale Massnahmen umfassen.

In der Schweiz hat die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz als zentrale Akteurin massgeblich zur Diffusion des Konzepts beigetragen. Als privatrechtliche Stiftung wird sie von Kantonen und Versicherungen finanziert. Eine der verfolgten Zielsetzungen ist die «Entwicklung und Verbreitung von BGM» in der Schweiz (Füllemann et al. 2017, S. 9). Die Stiftung vergibt ausserdem das Label «Friendly Workspace» an Unternehmen, die das BGM anhand von sechs Kriterien umsetzen. Diese Aktivitäten könnten dazu beitragen, dass sich die BGM-Programme zunehmend einander angleichen. In Bezug auf die Angleichung spielen auch Prozesse des mimetischen Isomorphismus eine Rolle, also die Übernahme der organisationalen Strukturen von Unternehmen, die von anderen Betrieben als erfolgreich angesehen werden (vgl. DiMaggio und Powell 1983, S. 151).

Die aktuellsten und umfangreichsten Daten zur Verbreitung des BGM stammen aus dem Jahr 2016 und wurden in einer Studie der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz erhoben. Im Monitoring wurden 833 Betriebe befragt. Die Studie interessierte sich insbesondere für den Umsetzungsgrad des BGM in Schweizer Betrieben mit mehr als 100 Mitarbeitenden. Der Umsetzungsgrad wurde anhand von vier Komponenten gemessen: (1) Absenzen- und Case-Management, (2) BGM-Strategie, (3) Betriebliche Gesundheitsförderung und Mitarbeitenden-Befragung sowie (4) Arbeitsgestaltung sowie Personal- und Organisationsentwicklung (vgl. Füllemann et al. 2017, S. 20). Gemäss der Studie setzen 23 Prozent der Betriebe das BGM vollumfänglich und 48 Prozent mehrheitlich um, wobei das BGM in grösseren Betrieben häufiger vollumfänglich umgesetzt wird (vgl. Füllemann et al. 2017, S. 21). Auch Buri-Moser (2013, S. 133) sowie Nadai et al. (2019, S. 187) postulieren, das BGM werde häufiger in grösseren Unternehmen umgesetzt. Diese stärkere Verbreitung in Grossunternehmen würde jedoch nicht nur auf das BGM zutreffen, stattdessen sei bei der «Einführung anspruchsvoller Managementkonzepte [...] häufig zu beobachten, dass ressourcenstarke Grossunternehmen stärker vertreten sind als KMU» (Buri-Moser 2013, S. 134).

3.2 Betriebliches Case-Management

Das «Betriebliche Case-Management» (BCM) als Teil des BGM ist das zentrale Instrument für den Arbeitsplatzerhalt sowie für die Rückkehr erkrankter und verunfallter Personen an den Arbeitsplatz. Der Ursprung der Case-Management-Konzepte liegt in den 1970er Jahren in den Vereinigten Staaten und ist eng mit der *Deinstitutionalisierung* bzw. *Enthospitalisierung* verknüpft, das heisst der Entlassung einer Vielzahl von Menschen mit psychischen Erkrankungen, kognitiven Beeinträchtigungen oder Pflegebedarf aus der stationären Unterbringung (vgl. Raithel und Dollinger 2006, S. 81; Wendt 2015b, S. 19). Infolge der Enthospitalisierung entstand ein Informationsdefizit bei den betroffenen Menschen. Sie waren nur unzureichend über das Angebot an Hilfeleistungen informiert. Aufseiten der Anbietenden kam es zu Koordinationsproblemen (vgl. Galuske 2013, S. 200). Das Case-Management sollte durch die Vermittlung der Personen an die passenden Stellen Abhilfe schaffen (vgl. Wendt 2015b, S. 20). Diese Vermittlungsfunktion ist charakteristisch für das Case-Management: Es geht nicht primär um direkte Hilfe, sondern vor allem um die *Vermittlung* an hilfeleistende Stellen.

In Grossbritannien verbreitete sich das Case-Management in den 1980er Jahren insbesondere mit der Reform des «National Health Service» unter der Regierung von Thatcher (vgl. Ewers 2005, S. 30). Ende der 1980er Jahre wurde das Case-Management schliesslich auch im deutschsprachigen Raum zunehmend populär (vgl. Galuske 2013, S. 200) und stellte dabei eine bewusste Weiterentwicklung der Einzelfallhilfe in der Sozialarbeit dar. «Das Aufgabenspektrum des Helfers verlagert sich von der psycho-sozialen Beziehungsarbeit zur organisierenden, planenden, koordinierenden und kontrollierenden Abstimmung von Angebot und Nachfrage nach Unterstützung» (Galuske 2013, S. 201).

Mit dem Ausbau aktivierender Elemente im Sozialstaat (siehe Kapitel 2.2) fand in der Folge das Case-Management auch in der Arbeitsintegration zunehmend Beachtung (vgl. Amstutz 2016, S. 326; Gissel-Palkovich 2006, S. 89). Denn im Case-Management geht es wie im aktivierenden Sozialstaat darum, die «Selbsthilfepotenziale» auszuschöpfen, das Klientel aktiv am Hilfeprozess zu beteiligen und dabei auch in die Verantwortung zu nehmen (vgl. Galuske 2013, S. 207). Ein Kennzeichen der aktivierenden Sozialpolitik ist zudem das Anwachsen von Massnahmen der Disziplinierung und Förderung der Beschäftigungsfähigkeit (siehe Kapitel 2.2), mit der Folge, dass die Angebotsstruktur unübersichtlich wird und nur – wenn überhaupt – von qualifiziertem Personal bewältigt werden kann. Das Case-Management übernimmt diese Koordinationsaufgabe und schafft durch die Auswahl der entsprechenden Massnahmen ein Unterstützungsnetzwerk (vgl. hierzu Galuske 2013, S. 203).

Für die Verbreitung des Case-Management spielen einflussreiche Verbände und Vereine eine entscheidende Rolle, wie die «Case Management Society of America», die «Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management» und das «Netzwerk Case Management Schweiz» (vgl. Staub 2011, S. 7 f.). Insgesamt kam es in den letzten Jahrzehnten zu einer rasanten Verbreitung des Konzepts. Die Beliebtheit sowohl in der Privatwirtschaft als auch bei staatlichen Akteuren hat wohl unter anderem mit der Bezeichnung selbst zu tun, denn sie scheint Effizienz zu signalisieren.

Gesundheitsförderung Schweiz hat in der bereits genannten Studie (siehe Kapitel 3.1) Daten zur Verbreitung des Case-Management in Betrieben erhoben: 53 Prozent der befragten Unternehmen setzen das Absenzen- und Case-Management vollumfänglich um. Weitere 20 Prozent der Unternehmen geben an, das Absenzen- und Case-Management mehrheitlich umzusetzen

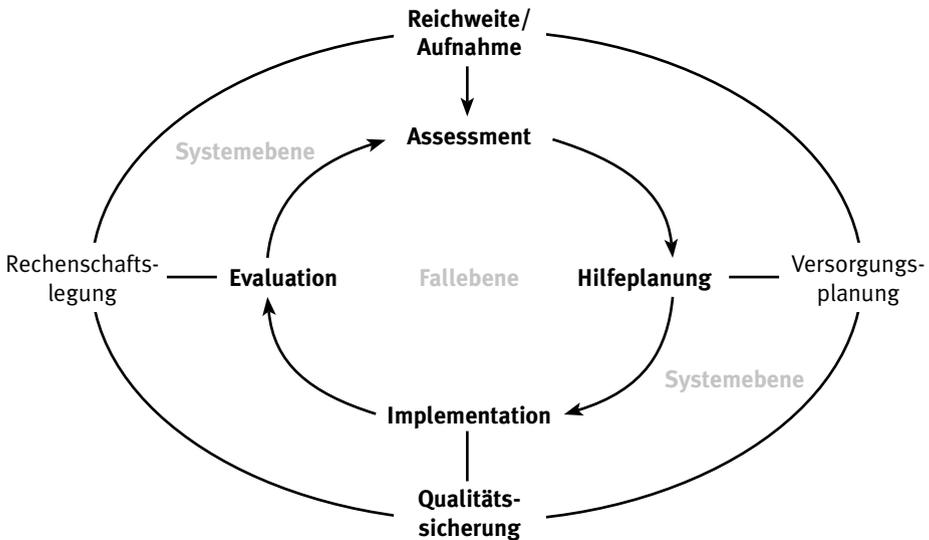
(vgl. Füllemann et al. 2017, S. 22), wobei ältere Daten von Bauer und Schmid (2006, S. 51) darauf hindeuten, dass die blossе Absenzbewirtschaftung deutlich häufiger vorkommt (41 Prozent) als die systematische Wiedereingliederung von Personen mit gesundheitlichen Schwierigkeiten (25 Prozent). Daran verdeutlicht sich insbesondere, dass die beiden Massnahmen unabhängig voneinander existieren können. Wie für das BGM gilt auch für das BCM: Es ist eher in Grossunternehmen als in KMU implementiert (vgl. Füllemann et al. 2017, S. 22; Ritter 2017, S. 2), weil die Unternehmen je nach Grösse unterschiedliche zeitliche, personelle und ökonomische Ausgangsbedingungen aufweisen (vgl. Ritter 2017, S. 16).

Guggisberg et al. (2012) wählen in ihrer Studie einen anderen Ansatz. Sie befragten Personen mit einem Arbeitsausfall von mindestens zwei Wochen nach der erhaltenen Unterstützung durch das Unternehmen: «Mehr als die Hälfte der Befragten (57 Prozent) geben an, dass es in ihrer Firma *keine* Person oder Abteilung gibt, die sich speziell um Mitarbeitende kümmert, die wegen gesundheitlichen Probleme nicht voll arbeiten können.» (Guggisberg et al. 2012, S. 11) Bei denjenigen, die Unterstützung erhalten hatten, wurde diese in der Hälfte der Fälle durch eine vorgesetzte Person und in den anderen Fällen durch eine spezialisierte interne oder externe Abteilung geleistet (vgl. Guggisberg et al. 2012, S. 11). Bei der spezialisierten Abteilung dürfte es sich in den meisten Fällen um ein internes Case-Management und bei der externen Abteilung in der Regel um externe Case-Management-Angebote durch die Krankentaggeldversicherung oder die Unfallversicherung gehandelt haben. Wie die Daten von Gesundheitsförderung Schweiz, zeigen auch Guggisberg et al. (2012), dass das BCM in der Schweiz in vielen Betrieben (noch) nicht vorhanden zu sein scheint.

Das Case-Management folgt in der Praxis einer festgelegten Abfolge von Schritten, was als Regelkreis bezeichnet wird (siehe Abbildung 2).³¹ Zentral ist dabei die Unterscheidung einer System- und einer Fallebene, die im Idealfall ineinandergreifen.

31 In der Literatur zu Case-Management gibt es eine Vielzahl verschiedener Ansätze. Alle beschreiben einen Regelkreis mit verschiedenen Phasen. Unterschiedlich ist die Anzahl der Phasen und deren Bezeichnung (vgl. Galuske 2013, S. 203; Wendt 2015b, S. 129).

Abbildung 2: Ablauf und Phasen des Case-Management



Eigene Darstellung nach Wendt (2015b, S. 134).

In der *ersten Phase* des Case-Management-Regelkreises muss die grundsätzliche Frage beantwortet werden, wie eine Person zu einem «Fall» wird, das heisst, wie die zu unterstützende Person mit dem Case-Management in Kontakt kommt und wer zur Zielgruppe gehört. Dieser Verfahrensschritt wird bei Wendt (2015b, S. 132) als *Reichweite* bezeichnet. In dieser Phase geht es darum, das BCM bei Mitarbeitenden und Vorgesetzten bekannt zu machen, sodass diese es im Bedarfsfall in Anspruch nehmen. Ergänzend gibt es in der Regel das Absenzenmanagement-System, das nach einer gewissen Zeit der Abwesenheit oder bei häufig auftretenden Absenzen eine automatische Meldung an das Case-Management weiterleitet. Am Schluss dieser ersten Phase steht das *Intake* (vgl. Wendt 2015a, S. 690).

In der *zweiten Phase*, dem *Assessment*, beginnt die Fallbearbeitung und es findet eine «Klärung der Problemlage und Bedarfsfeststellung» statt (Wendt 2015a, S. 690). Das Ergebnis des Assessments ist gewöhnlich ein Dokument, in dem die Beurteilung des Falls schriftlich festgehalten wird, wobei im Unterschied zur Diagnose nicht nur Defizite, sondern auch Fähigkeiten und Potenziale identifiziert werden (vgl. Wendt 2015b, S. 142–144). Gerade in dieser Phase steht die Vertrauensbildung im Vordergrund. Viele Beschäftigte sind das erste Mal in Kontakt mit dem BCM und erfahren erst in diesem Moment von

dessen Existenz. Fragen der Vertraulichkeit stehen im Vordergrund, da eine Offenheit im Assessment voraussetzt, dass gemachte Angaben nicht an Vorgesetzte oder das HR weitergereicht werden. Den Ausführungen Wendts zufolge sollte das Assessment umfassend sein, das heisst, die subjektive und objektive Lebenslage einer Person sollte vollständig erfasst werden (vgl. Wendt 2015b, S. 146 f.). In der Phase des Assessments wird also die gesamte Lebenslage in den Blick genommen und die Personen müssen sich für Aspekte ihres Lebens öffnen, die sie möglicherweise im Rahmen ihrer Anstellung noch nie thematisiert haben oder nicht thematisieren wollten, beispielsweise Belastungen im privaten Bereich oder (nicht sichtbare) chronische Erkrankungen, die für die Arbeitserbringung bislang nicht relevant waren. Dadurch wird die Trennung zwischen Arbeits- und Privatleben aufgeweicht.

In der *dritten Phase* des Case-Management-Regelkreises erfolgt die *Hilfeplanung*. In dieser Phase werden zunächst die Ziele und die dafür vorgesehenen Mittel festgelegt (vgl. Wendt 2015a, S. 690), um diese anschliessend in einer (in der Regel) vertragsähnlichen Vereinbarung festzuhalten. Auch wird erfasst, in welcher Form und in welchem Ausmass sich die unterstützte Person beteiligen soll (vgl. Wendt 2015a, S. 691). Eng damit verknüpft ist die Versorgungsplanung auf der Systemebene (vgl. Wendt 2015b, S. 156). Dabei geht es darum, die Hilfs- und Unterstützungsleistungen anderer Beteiligter zu koordinieren und die Aufgabenverteilung exakt zu regeln. Im betrieblichen Kontext spielen hierbei Vorgesetzte, medizinisches Personal oder Angestellte der Invaliden- oder Unfallversicherung eine zentrale Rolle. Zur Koordination werden häufig Rundtischgespräche mit den zentralen Akteuren durchgeführt (vgl. Baer et al. 2018, S. 96). Es ist möglich, dass an solchen Gesprächen mehrere Case-Managerinnen und Case-Manager beteiligt sind, die verschiedene Entscheidungsinstanzen wie das Unternehmen, die IV oder die Krankentaggeldversicherung vertreten. Zu klären ist in dieser Phase, wer für welche Leistungen aufkommt, das heisst beispielsweise, inwiefern die IV die Arbeitgebenden finanziell und anderweitig bei der Eingliederung unterstützen wird.

Schliesslich wird in der *vierten Phase* das vereinbarte Unterstützungsarrangement umgesetzt und überprüft. Diese Phase nennt Wendt *Implementation*. In vielen Fällen vermittelt das Case-Management lediglich die Unterstützung und sorgt dafür, dass der Plan und die Vereinbarungen durch die verschiedenen involvierten Akteure eingehalten werden (vgl. Wendt 2015b, S. 160). Die Durchführung der Massnahmen wird in der Regel dokumentiert

und dient auf der Systemebene der fallübergreifenden Qualitätskontrolle und -sicherung (vgl. Wendt 2015b, S. 161 f.).

Der Case-Management-Prozess schliesst mit der *fünften Phase*, der *Evaluation* ab (vgl. Wendt 2015a, S. 690). Wenn ein Fall als nicht abgeschlossenen beurteilt wird, erfolgt eine Neubeurteilung. Es findet dann also ein Re-Assessment statt und der Regelkreis startet von Neuem (vgl. Wendt 2015a, S. 691). Die Evaluation kann jedoch auch den Schlusspunkt des Unterstützungsprozesses markieren. Für das Case-Management ist es zentral, «rechnungsfähig zu sein und somit die Angemessenheit des Handelns und die Legitimität der Leistungserbringung über eine bloße Berechtigung hinaus auszuweisen» (Wendt 2015b, S. 169). Das BCM muss folglich in der Lage sein, seine eigene Effizienz und Effektivität nachzuweisen. Die erzielten Effekte sollten dabei möglichst mit den überwiegend betriebswirtschaftlichen Motiven korrespondieren, die zur Einführung des BCM als Teil des BGM (siehe Kapitel 3.1) geführt haben.

Wichtiges Grundprinzip des BCM ist die Vorstellung, dass nach einem Unfall oder einer Erkrankung nicht erst eine *vollständige* Genesung stattfinden muss, bevor die Person an den Arbeitsplatz zurückkehrt. Vielmehr ist die Rückkehr an den Arbeitsplatz wesentlicher Bestandteil des Genesungsprozesses. Verschiedene Massnahmen sind denkbar, um diese Rückkehr zu unterstützen. Das BCM ist selbst eine Massnahme und kann andere Massnahmen initiieren. Oostrom und Boot (2013, S. 336) unterscheiden folgende Interventionen:

- › Veränderungen und Ausstattung des Arbeitsplatzes
- › Veränderungen der Arbeitsorganisation
- › Veränderungen der Arbeitsverhältnisse
- › Veränderungen der Umweltbedingungen am Arbeitsplatz

Obwohl die *Veränderung (der Ausstattung) des Arbeitsplatzes* üblicherweise als präventive Massnahme zum Zug kommt, kann sie auch als Wiedereingliederungsmassnahme eingesetzt werden. So können bauliche Anpassungen im Sinne der Barrierefreiheit, die Anschaffung eines Freisprechtelefons oder die Installation einer zusätzlichen Lichtquelle beispielsweise die Rückkehr an den Arbeitsplatz erleichtern (vgl. Oostrom und Boot 2013, S. 340). Diese Massnahmen werden meist an Arbeitsplätzen für Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen vorgenommen und sind vergleichsweise einfach umzusetzen. *Veränderungen der Arbeitsorganisation* dagegen

sind tiefgreifender. Dazu gehören beispielsweise Anpassungen des Arbeitsablaufes, der Arbeitszuteilung oder des Zeitplans (vgl. Oostrom und Boot 2013, S. 340). Hiervon sind oft auch andere Beschäftigte mitbetroffen. Eine Massnahme bei interpersonellen Unstimmigkeiten am Arbeitsplatz könnte auch darin bestehen, die Teamzusammensetzung zu verändern. Die *Anpassung der Arbeitsverhältnisse* bringt meist insbesondere für die Arbeitnehmenden einschneidende Veränderungen mit sich. Sie kann temporär über einen gestuften Wiedereinstieg oder längerfristig über eine fixe Senkung des Arbeitspensums erfolgen. Denkbar ist hier auch ein *Newplacement*, das heisst die Versetzung an einen anderen Arbeitsplatz im Unternehmen. Mit *Veränderungen der Umweltbedingungen* sind beispielsweise die Verringerung des Lärmpegels oder die Verbesserung der Luftqualität gemeint (vgl. Oostrom und Boot 2013, S. 336).

Durch die Zusammenarbeit des BCM mit der IV ergeben sich noch weitere Massnahmen, die nur lose an den Arbeitsplatz gebunden sind. Hierzu gehören (vgl. Geisen et al. 2013; Staub 2011, S. 98–102):

- › *Outplacement* (Unterstützung bei der Suche nach einer alternativen Stelle in einem anderen Unternehmen)
- › (Teil-)IV-Rente oder Frühpensionierung
- › Unterstützung bei Qualifizierung und Umschulung
- › Triage und Vermittlung von Hilfe (medizinisch, psychologisch, finanziell, sozialarbeiterisch usw.)

Für die Schweiz liegen empirische Studien vor, die zeigen, welche Massnahmen Unternehmen tatsächlich einsetzen. In der Studie von Guggisberg et al. (2012) wurden Beschäftigte, die längere Zeit arbeitsunfähig waren, gefragt, ob sie Unterstützung durch ihren Arbeitgebenden erhalten haben. 27 Prozent der befragten Personen gaben an, es habe ein Beratungsgespräch in Bezug auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz nach dem gesundheitsbedingten Ausfall stattgefunden (vgl. Guggisberg et al. 2012, S. 11).

«Bei 12 Prozent der Befragten wurde der Arbeitsplatz, bei 20 Prozent die Arbeitstätigkeit und bei 29 Prozent das Arbeitspensum angepasst. Für 5 Prozent der Befragten wird eine neue Stelle innerhalb des Betriebs gesucht und 2 Prozent sollen nach einer Umschulung weiter im Betrieb beschäftigt werden.» (Guggisberg et al. 2012, S. 11)

Die Durchführung von Massnahmen am Arbeitsplatz wird nicht nur durch Personen innerhalb des Unternehmens, sondern auch durch IV-Stellen veranlasst. Zu den häufigsten durchgeführten Massnahmen zählen das Erstellen eines Wiedereingliederungsplans (44 Prozent), die Anpassung des Arbeitsplatzes (30 Prozent) sowie das Coaching (20 Prozent) (vgl. Guggisberg et al. 2012, S. 13).

Im Rahmen einer FoP-IV Studie von Geisen et al. (2008) wurden erkrankte Beschäftigte aus sieben Unternehmen befragt, die von Mitarbeitenden des BCM unterstützt wurden. Sie bewerteten die erhaltene Unterstützung als positiver «als jene durch Vorgesetzte und Betriebsleitung» (Geisen et al. 2008, S. 76). Unterstützt wurde vorwiegend in Form von Beratungs- und Informationsgesprächen. Konkrete Massnahmen wurden selten eingeleitet und auch als wenig hilfreich erlebt (vgl. Geisen et al. 2008, S. 77).

Geisen et al. (2013) erhoben Daten zu Massnahmen am Arbeitsplatz im Rahmen der Wiedereingliederung bei KMU in der Schweiz. Im Gegensatz zu den bereits genannten Studien wurden hier die Unternehmen und nicht die Beschäftigten befragt. Die häufigste angebotene Unterstützung sind Möglichkeiten zum flexiblen Wiedereinstieg (79,8 Prozent), Beratungsgespräche (49,4 Prozent) sowie schriftliche und mündliche Informationen (43,5 Prozent) (vgl. Geisen et al. 2013, S. 44). Auffallend ist die häufige Nennung von Beratungsgesprächen nicht, denn solche Gespräche bilden meist die Grundlage für andere Massnahmen und stören den Betriebsablauf nicht. Weit verbreitet scheint ausserdem die Anpassung des Arbeitspensums zu sein, wozu auch der flexible Wiedereinstieg gehört. Diese Massnahmen zielen nicht primär auf das Unternehmen, sondern auf die beschäftigte Person, die sich anpassen muss (vgl. hierzu auch Nadai et al. 2019, S. 151; Seing et al. 2015, S. 81). Weniger verbreitet ist hingegen die Anpassung des Arbeitsplatzes bzw. die Anpassung der Modalitäten der Leistungserbringung an die Bedürfnisse der Person (vgl. Gonon 2019, S. 341). Foster und Wass (2013) zeigen auf, weshalb die Arbeitsplätze selten angepasst werden: Betriebe orientieren sich an ableistischen Normen und die Arbeitsplätze und die Arbeitsabläufe werden auf eine Standardperson hin zugeschnitten.

«If adjustments are required to enable a worker to perform a job, this variation to the standardised criteria would inevitably conflict with established organisational logic. The worker with an impairment is, therefore, effectively disabled as a consequence of dominant organisational ideas.» (Foster und Wass 2013, S. 709)

Case-Management am Arbeitsplatz wird nicht nur durch das Unternehmen selbst, sondern auch durch externe Dienstleistende angeboten. Diese Angebote werden unter dem Begriff des externen Case-Management zusammengefasst (vgl. hierzu die Unterscheidung von internem und externem Disability-Management bei Geisen 2015, S. 62). Im externen Case-Management wird die Begleitung nach einer Krankheit oder einem Unfall meist durch die Krankentaggeldversicherung übernommen. Da die Krankentaggeldversicherung in der Regel früh vom Unternehmen über krankheitsbedingte Ausfälle informiert wird, ist der Fallzugang gegeben. Im Gegensatz zum internen Case-Management ist es einfacher, ein Vertrauensverhältnis zu den unterstützten Personen herzustellen, weil eine deutliche Distanz zum HR und zu Vorgesetzten besteht. Andererseits fällt es Mitarbeitenden des Case-Management von Taggeldversicherungen schwer, innovative Lösungen für die Weiterbeschäftigung zu finden, weil sie oftmals die konkreten Anforderungen am Arbeitsplatz nicht kennen, mit den Arbeitstätigkeiten nur rudimentär vertraut und nur unzureichend mit Vorgesetzten und HR-Fachpersonen vernetzt sind.

3.3 Berufliche Wiedereingliederung aus Beschäftigtenperspektive

Nachfolgend werden zwei Forschungsprojekte aus der Schweiz vorgestellt, die auf die berufliche Wiedereingliederung nach Krankheit oder Unfall fokussieren und ansatzweise das Zusammenspiel von betrieblichen und sozialstaatlichen Massnahmen in den Blick nehmen. Diese Studien werden vergleichsweise ausführlich dargelegt und diskutiert, da sie für die untersuchte Fragestellung von hoher Relevanz sind.

Von 2008 bis 2012 beschäftigten sich Forschende der «Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften» und des «Büro BASS» in einem SNF-finanzierten Forschungsprojekt mit der beruflichen Wiedereingliederung von Personen mit länger andauernder Arbeitsunfähigkeit. Methodisch nutzten sie das Verfahren der prospektiven Kohortenstudie (vgl. Guggisberg et al. 2012, S. 2). Die Forschenden kontaktierten in der Mitte des Jahres 2009 6000 Personen, die Anfang 2009 mindestens zwei Monate lang ihre Arbeitstätigkeit unterbrochen hatten. Hiervon konnten insgesamt 426 Personen bis Ende 2011 in insgesamt drei Wellen mit einem quantitativen Fragebogen befragt werden (vgl. Guggisberg et al. 2012, S. 2). Im Vordergrund der Studie stand die Prüfung eines Wirkungsmodells, das den Arbeitsplatzverlust bzw. ein Verbleiben in der Erwerbsarbeit erklären soll. Die Erklärungsfaktoren

wurden in drei Gruppen gegliedert: «Personale Ressourcen und Belastungen», «Soziale Ressourcen» sowie «Unterstützung durch Arbeitgebende und Institutionen» (Guggisberg et al. 2012, S. 9). In Bezug auf den Stellenerhalt zeigen die Resultate der multivariaten Analysen, dass mit höherer Ausbildung, höherer beruflicher Stellung, niedrigerer psychischer Belastung und weniger krankheitsbedingten Absenzen vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit die Chancen höher sind, die Stelle zu behalten (vgl. Guggisberg et al. 2012, S. 19). Weitere Faktoren, die in den Analysen signifikanten Einfluss zeigen, sind die Unternehmensgrösse, die Betriebszugehörigkeit, ein verankertes BGM und durchgeführte betriebliche Eingliederungsmassnahmen. Auch sie beeinflussen den Stellenerhalt positiv (vgl. Guggisberg et al. 2012, S. 19). Laut Studie seien also zumeist Einflussfaktoren wie individuelle Ressourcen und Belastungen für den Erhalt der Stelle verantwortlich. Diese Interpretation verschleiert den Umstand, dass Hochqualifizierte und langjährige Mitarbeitende mit hohem betriebsspezifischem Wissen durch die Unternehmen oft nur mit Schwierigkeiten ersetzt werden können. Es stellt sich also die Frage, ob ein höherer Bildungsgrad der Person die Rückkehr an den Arbeitsplatz erleichtert oder ob Unternehmen bei höherer Bildung eher bereit sind, Hürden bei der Wiedereingliederung abzubauen und eine Weiterbeschäftigung anzustreben.

Für die Fragestellung in dieser Arbeit aussagekräftig sind ausserdem die Einschätzungen der befragten Personen bezüglich der Sicherheit des Arbeitsplatzes sowie der Perspektiven am Arbeitsmarkt nach Arbeitsverlust. «Etwa ein Drittel der Befragten hat oder hatte während der Arbeitsabwesenheit sehr stark oder ziemlich *Angst*, den Arbeitsplatz zu verlieren» (Guggisberg et al. 2012, S. 7). Düsterer schätzen die Befragten ihre Aussichten auf das Erlangen einer vergleichbaren Arbeitsstelle nach Verlust des Arbeitsplatzes ein. Knapp die Hälfte «ist der Meinung, dass es bei einem Verlust des Arbeitsplatzes für sie sehr schwer wäre, wieder eine gleichwertige Stelle zu finden und ein Drittel erachtet dies als eher schwer» (Guggisberg et al. 2012, S. 8). Die Daten belegen, dass die Ängste, am Arbeitsmarkt keine Stelle zu finden, durchaus berechtigt sind. Bei der dritten Befragung sind 17 Prozent auf Stellensuche und 11 Prozent beziehen eine IV-Rente. Lediglich die Hälfte der Personen, die ihren Arbeitsplatz verloren haben und deren Leistungsfähigkeit noch immer eingeschränkt ist, hat einen neuen Arbeitsplatz gefunden. «Bei den vollständig Genesenen sind es immerhin 3 von 4 Personen, die eine neue Stelle angetreten haben.» (Guggisberg et al. 2012, S. 16)

Eine aktuelle FoP-IV Studie von Baer et al. (2018) untersucht die Eingliederungsmassnahmen der IV aus der Perspektive der versicherten Personen. So wurden 916 IV-Versicherte, die eine Eingliederungsmassnahme durchlaufen hatten, mithilfe eines Fragebogens befragt. Mit 20 Personen, die auch schon den Fragebogen ausgefüllt hatten, wurden zusätzlich qualitative Interviews geführt (vgl. Baer et al. 2018, S. VIII f.). Die Erfolgsraten der Wiedereingliederung waren bei den Befragten mit muskuloskelettalen Erkrankungen (45 Prozent) wesentlich höher als bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (25 Prozent) (vgl. Baer et al. 2018, S. 23). In der Studie gelten Personen als erfolgreich eingegliedert, wenn sie «ein monatliches Durchschnittseinkommen von mindestens CHF 1000.– aus angestellter oder freier Tätigkeit» erzielen und «kein Leistungsbezug aus Arbeitslosigkeit oder IV-Rente» vorliegt (Baer et al. 2018, S. 7).

In den Interviews verdeutlicht sich die Zentralität des Erlebens der Erkrankung. Die interviewten Personen sind zum Zeitpunkt der Erkrankung meist damit konfrontiert, dass sie ihr altes Selbstbild nicht mehr aufrechterhalten können. Dies wirkt sich nicht nur auf die eigene Person und Identität aus, sondern auch auf Partnerschaften und die sozialen Kontakte zu anderen Personen (vgl. Baer et al. 2018, S. 54), wobei sich «die Hälfte bis zwei Drittel der Versicherten sozial relativ gut eingebettet» fühlt (Baer et al. 2018, S. 77). Dieses Sozialkapital scheint als Ressource angesichts der Belastungen, die mit einem Arbeitsausfall und dem Verarbeiten einer Erkrankung verbunden sind, wichtig zu sein (vgl. hierzu auch Meschnig et al. 2019, S. 159). Das soziale Umfeld ist aber nicht nur Ressource, sondern auch Quelle von Belastungen. So beschreiben Personen in der Studie, wie sie negative Reaktionen und sozialen Ausschluss erleben. Bisweilen hatten sie «das Gefühl, die Beeinträchtigung verstecken zu müssen» (Baer et al. 2018, S. 77). Eine weitere Belastung ist die Krankheit selbst. Aber auch finanzielle Sorgen und Nebenwirkungen von Medikamenten werden genannt (vgl. Baer et al. 2018, S. 77). Als ein besonders einschneidendes Erlebnis wird die IV-Anmeldung erlebt. Über 60 Prozent wollten sich anfangs nicht bei der IV anmelden und ungefähr 60 Prozent verbinden die IV-Anmeldung mit einem «Gefühl des Scheiterns», wobei die tatsächlichen Erfahrungen mit der IV-Stelle später grösstenteils positiv bewertet werden (vgl. Baer et al. 2018, S. 85).³² Die Schilderungen der

32 Die Forschenden vermeiden es, sich die Frage zu stellen, woher diese grosse Angst und das Gefühl des Scheiterns kommen. Einen Hinweis zur Beantwortung dieser Frage geben sie jedoch implizit selbst: So operationalisieren sie den Erfolg nicht etwa als Genesung oder

positiven Erfahrungen mit dem Eingliederungspersonal und den getroffenen Massnahmen der IV werden durch persönliche Fallbeschreibungen kontrastiert. So gibt ein Teil der Befragten an, aufgrund der Massnahmen keinen Nutzen gehabt bzw. sogar einen Schaden erlitten zu haben. Insbesondere Personen mit schweren Beeinträchtigungen berichten häufiger, durch die IV-Massnahme gesundheitlich geschädigt worden zu sein (vgl. Baer et al. 2018, S. 95). Mögliche Ursache hierfür ist zugleich das grundlegende Problem des aktivierenden, investiven Sozialstaates: Im Rahmen der Massnahmen kommt es zu einem *Creaming off* (vgl. bspw. Maschke 2004, S. 412; Neuffer 2013, S. 62), bei dem gerade die Personen mit dem grössten Unterstützungsbedarf auf der Strecke bleiben.

Die Studie fragte ausserdem danach, von wem sich die versicherten Personen verstanden fühlten. Zu den Antwortmöglichkeiten gehörten: IV-Beratungsperson, behandelndes ärztliches Personal, Vorgesetzte oder Betreuungsperson in der Massnahme. Aus Sicht der versicherten Personen ist es am häufigsten die Ärztin bzw. der Arzt, die verstehen, wo das Problem liegt und welche Unterstützung angezeigt ist (vgl. Baer et al. 2018, S. 96). Dementsprechend ist die teilweise Entmachtung der Hausärzte und Hausärztinnen im Rahmen der Revision des IVG kritisch zu betrachten (siehe Kapitel 2.3).

Die vorliegende Untersuchung hebt sich von diesen beiden Studien in mehrfacher Hinsicht ab: Im Gegensatz zur Studie von Guggisberg et al. (2012) handelt es sich um eine qualitative Untersuchung, bei der die subjektiven Deutungen der betroffenen Personen einen hohen Stellenwert einnehmen. Im Unterschied zur Untersuchung von Baer et al. (2018), die sich teilweise auf Interviews stützt, liegt der Fokus nicht primär auf der Wahrnehmung der IV-Massnahmen, sondern auf dem Erleben des beruflichen Wiedereingliederungsprozesses, der durch betriebliche *und* sozialstaatliche Massnahmen geprägt ist.

3.4 Fazit – Viele Massnahmen und unterschiedliche Eingliederungschancen

In Grossbetrieben der Schweiz ist das BGM aktuell weit verbreitet. Die Gesundheitsförderung Schweiz hat zur Vereinheitlichung der BGM-Programme beigetragen, die sich in der grundlegenden Konzeption sowohl auf das Verhalten der Beschäftigten wie auch auf die Verhältnisse am Arbeitsplatz beziehen. Zu den verschiedenen Komponenten des BGM gehören insbeson-

Wohlbefinden, sondern als Rückkehr an einen (unter Umständen schlechter bezahlten) Arbeitsplatz und stellen dabei die Erwerbsarbeit über andere Merkmale.

dere Massnahmen in den Bereichen Gesundheitsförderung, Arbeitsschutz sowie Absenzen- und Case-Management. Vor allem betriebswirtschaftliche Motive, beispielsweise das Senken von Prämien für Versicherungen, die Steigerung der Produktivität der Mitarbeitenden sowie die Verbesserung des betrieblichen Images, begünstigten die Einführung des BGM.

Im Rahmen des BCM gibt es verschiedene Massnahmen, um die Beschäftigten darin zu unterstützen, ihren Arbeitsplatz zu behalten bzw. an den Arbeitsplatz zurückzukehren. Hierzu gehören unter anderem die Veränderung des Arbeitsplatzes, der Arbeitsorganisation, der Arbeitsverhältnisse sowie der Umweltbedingungen. Bisherige Studien deuten darauf hin, dass Betriebe insbesondere Massnahmen einsetzen, bei denen sich die Person, die zurückkehrt, ändern muss. Weitaus seltener wird eine Anpassung des Arbeitsplatzes an die Bedürfnisse der Person vorgenommen.

Die soziale Verantwortung scheint eine bedeutende Rolle bei der Entwicklung von Wiedereingliederungsprogrammen durch Unternehmen zu spielen. Ihre Unterstützung konzentriert sich deshalb insbesondere auf die eigene Belegschaft, wobei Beschäftigte mit hoher Qualifikation, langer Betriebszugehörigkeit und guter beruflicher Stellung bessere Chancen auf eine Wiedereingliederung haben. Ebenso hilfreich für die Wiedereingliederung ist es, wenn die Arbeitsunfähigkeit aus Sicht des Betriebes unverschuldet und plausibel erklärbar ist. Auch Kooperationsbereitschaft und die Aussicht auf die baldige Erbringung einer akzeptablen Leistung haben einen positiven Effekt.

Beim Auftreten einer Arbeitsunfähigkeit fürchten sich die Personen vor dem Verlust des Arbeitsplatzes und davor, anschliessend keinen neuen Job mehr zu finden. Die empirischen Daten deuten darauf hin, dass diese Sorge durchaus ihre Berechtigung hat. Dabei scheint es für Menschen mit einer psychischen Erkrankung schwieriger zu sein, wieder an einen Arbeitsplatz zurückzukehren, als für Personen mit einer körperlich bedingten Arbeitsunfähigkeit. Des Weiteren zeigen Studien, dass die Anmeldung bei der IV als persönliches Scheitern empfunden wird – ein Gefühl, das durch die Reformen der IV, die Missbrauchsdebatten und die aktivierungspolitische Programmatik zusätzlich genährt wird.

4 Rechtliche Grundlagen der Eingliederung

Im internationalen Recht gibt es mehrere Bestimmungen, die sich auf das Recht auf Arbeit für Menschen mit Behinderung beziehen (vgl. EDI 2017, S. 4). Wichtigstes Dokument ist die «UN-Behindertenrechtskonvention» (UN-BRK). Die UN-BRK wurde im Jahr 2014 durch die Schweiz ratifiziert. Artikel 27 der UN-BRK widmet sich der Thematik Arbeit und Beschäftigung. Darin enthalten sind unter anderem die Förderung der «Unterstützung bei der Arbeitssuche, beim Erhalt und der Beibehaltung eines Arbeitsplatzes und beim beruflichen Wiedereinstieg» von Menschen mit Behinderung. Ebenso festgehalten sind in diesem Artikel die Förderung der Beschäftigung von Menschen mit Behinderung im privaten und öffentlichen Sektor sowie das Schaffen von angemessenen Bedingungen am Arbeitsplatz. Grundlegende Bestimmungen sind auch in der Bundesverfassung zu finden. In Artikel 8, Absatz 2 der Bundesverfassung ist ein grundlegendes Diskriminierungsverbot beschrieben, das explizit Menschen mit «körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderungen» umfasst. In Artikel 27, Absatz 2 der Bundesverfassung ist die Wirtschaftsfreiheit für alle Personen wie folgt definiert: «Sie umfasst insbesondere die freie Wahl des Berufes sowie den freien Zugang zu einer privatwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit und deren freie Ausübung.» Hierzu sind für den Bund und die Kantone Verpflichtungen ausformuliert. So müssen sie sich dafür einsetzen, dass «Erwerbsfähige ihren Lebensunterhalt durch Arbeit zu angemessenen Bedingungen bestreiten können» (Art. 41 Abs. 1 lit. d BV). In Artikel 110, Absatz 1 der Bundesverfassung ist zudem vorgesehen, dass der Bund Vorschriften zum Schutz der Arbeitnehmenden sowie zum Verhältnis von Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden erlässt.

Im Weiteren werden nun die konkreten Gesetzesartikel behandelt, die für die betriebliche Eingliederung in der Schweiz relevant sind. Dadurch wird zugleich ein Überblick über die zentralen Player im Kontext der betrieblichen Wiedereingliederung vermittelt. In einem ersten Schritt liegt der Fokus auf der IV (Kapitel 4.1). Darauf folgen in Kapitel 4.2 Ausführungen zur Unfallversicherung, beruflichen Vorsorge sowie Krankentaggeldversicherung und es wird dargelegt, wie das Zusammenspiel zwischen diesen verschiedenen Versicherungen bei der Unterstützung von erkrankten und verunfallten Personen ausgestaltet ist, das heisst, welche Versicherung zu welchem Zeitpunkt und in welchem Masse leistungspflichtig ist. Kapitel 4.3 befasst sich mit den rechtlichen Verpflichtungen der Arbeitgebenden gegenüber den Arbeitnehmenden

in gesundheitlichen Fragen und vice versa. Da eine vollständige Darlegung aller rechtlichen Spezial- und Einzelfälle³³ für die Zielsetzung und Fragestellung dieser Arbeit nicht angemessen ist, werden folgende Einschränkungen des Personenkreises vorgenommen: Die Darlegungen lassen die Situation von Selbständigen, arbeitslosen Personen, Personen in der Sozialhilfe und anderen nicht erwerbstätigen Personen aussen vor. Auch fokussieren die Befunde in Bezug auf die IV nur Menschen, die sich in einem bestehenden Arbeitsverhältnis befinden und infolge einer Krankheit oder eines Unfalls mit der zuständigen IV-Stelle in Kontakt kommen. Nicht behandelt wird die rechtliche Situation von Personen, die eine IV-Rente beziehen und durch die IV bei der Arbeitsintegration unterstützt werden.

4.1 Invalidenversicherung

Die IV ist eine obligatorische Versicherung für Menschen, die in der Schweiz arbeiten oder wohnen. Durchführende Organe sind auf kantonaler Ebene die IV-Stellen sowie die AHV-Ausgleichskassen. Die IV-Stellen sind primär zuständig für die Abklärung der Anspruchsvoraussetzung und sie koordinieren die verschiedenen Eingliederungsmassnahmen. Die AHV-Ausgleichskassen führen die Berechnung und Auszahlung der Renten, Tagelder und Hilflosenentschädigungen durch (vgl. Widmer 2017, S. 66). Die IV finanziert sich durch Beiträge (1,4 Prozent des Bruttolohns) von Versicherten und Arbeitgebenden. Die Arbeitgebenden übernehmen davon mindestens die Hälfte. Diese Beiträge machten im Jahr 2019 60,2 Prozent der Einnahmen der IV aus (BSV 2020b, S. 2). Die restlichen Gelder werden in erster Linie vom Bund zur Verfügung gestellt. Insgesamt beliefen sich die Einnahmen der IV im Jahr 2019 auf CHF 9,1 Milliarden, demgegenüber standen Ausgaben von CHF 9,5 Milliarden (BSV 2020b, S. 2).

Primäres Ziel der IV ist es, Invalidität mittels Eingliederungsmassnahmen zu verhindern, zu vermindern oder zu beheben (Art. 1a IVG). Die Invalidität kann gemäss IVG die «Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein» (Art. 4 Abs. 1 IVG). Die versicherte Person muss gemäss IVG «alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit [...] zu verringern und den Eintritt einer Invalidität [...] zu verhindern» (Art. 7 Abs. 1 IVG). Erst in den Fällen, in denen eine Arbeitsunfähigkeit

33 Hierbei sei für die Schweiz insbesondere auf die Publikation von Pärli et al. (2015) hingewiesen. In dieser werden auf der Grundlage eines SNF-Projekts die rechtlichen Bestimmungen zum Themenfeld Arbeit, Krankheit und Invalidität umfassend dargelegt.

trotz Eingliederungsbemühungen vorliegt, geht es darum, mit Geldleistungen die Existenzgrundlage zu sichern (Art. 1a IVG). Wie im Kapitel 2.1 über die historischen Grundlagen gezeigt wurde, ist dieses Eingliederungsprinzip seit der Schaffung der IV im Jahr 1960 leitend.

Eine Person, die aus gesundheitlichen Gründen der Arbeit fernbleibt, muss dies am Arbeitsplatz melden. Diese Arbeitsverhinderung ist in Artikel 324a des Obligationenrechts im Zusammenhang mit der Lohnfortzahlung beschrieben und breit gefasst. Sie ist nicht zwangsläufig an Krankheit gebunden, sondern umfasst beispielsweise auch Schwangerschaft oder die Ausübung eines öffentlichen Amtes. Die gesundheitsbedingte Arbeitsverhinderung muss grundsätzlich durch die Arbeitnehmenden nachgewiesen werden. In der Regel geschieht dies durch ein ärztliches Zeugnis. Haben Arbeitgebende an diesem begründete Zweifel, können sie eine vertrauensärztliche Untersuchung von den Arbeitnehmenden verlangen (vgl. Pärli et al. 2015, S. 111).

Die für die Sozialversicherungen relevante *Arbeitsunfähigkeit* gemäss ATSG ist strikt an die körperliche, geistige und psychische Gesundheit der Arbeitnehmenden gekoppelt und umfasst damit lediglich Aspekte, welche direkt mit dem Gesundheitszustand zusammenhängen. Arbeitsunfähigkeit wird in Artikel 6 ATSG folgendermassen definiert:

«Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.» (Art. 6 ATSG)

Diese Arbeitsunfähigkeit wird durch ärztliches Fachpersonal bestimmt. Im Rahmen des medizinischen Beurteilungsprozesses werden zwei Aspekte berücksichtigt: die Leistungskomponente und die Zeitkomponente. Beide Komponenten werden als Prozentwerte festgelegt. Der Grad der Arbeitsunfähigkeit wird anschliessend durch die Multiplikation der beiden Komponenten errechnet (vgl. Swiss Insurance Medicine 2013, S. 5 f.). Das ärztliche Fachpersonal könnte beispielsweise zum Schluss kommen, dass die Belastbarkeit um 40 Prozent reduziert ist und die mögliche Präsenzzeit zu 50 Prozent eingeschränkt ist. Daraus würde sich eine Arbeitsfähigkeit von 30 Prozent bzw. eine Arbeitsunfähigkeit von 70 Prozent ergeben.

Bezieht sich die Arbeitsunfähigkeit lediglich auf den konkreten Arbeitsplatz, spricht man von der sogenannten arbeitsplatzbezogenen Arbeitsunfähigkeit. Damit ist gemeint, dass die betroffene Person die konkrete Arbeit nicht ausüben kann, im Übrigen aber, das heisst beispielsweise in Freizeit oder Care-Arbeit nicht weiter beeinträchtigt ist (vgl. Pärli et al. 2015, S. 107). In der Regel ist für die Arbeitgebenden auf Basis des Arztzeugnisses nicht erkennbar, ob eine arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeit oder eine allgemeine Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Dies lässt sich allerdings relativ einfach feststellen, da die Arbeitnehmenden «aufgrund [ihrer] Treuepflicht grundsätzlich dazu verpflichtet [sind], auf entsprechende Anfrage des Arbeitgebers wahrheitsgetreu darüber Auskunft zu geben, ob die Erbringung der vertraglich geschuldeten Leistung an einem anderen Arbeitsort möglich wäre» (Jauch 2017, S. 25).

Die Arbeitsunfähigkeit ist zu unterscheiden von der *Erwerbsunfähigkeit*, die in Artikel 7 des ATSG definiert ist. Die Erwerbsunfähigkeit bezieht sich nicht auf einen bestimmten Beruf oder Aufgabenbereich, sondern ist allgemeiner gefasst. Es geht um die theoretisch verbleibenden Chancen, die Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt zu verkaufen. Die Erwerbsunfähigkeit wird nicht durch fachärztliches Personal bestimmt, sondern durch die zuständige kantonale IV-Stelle:

«Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt.» (Art. 7 Abs. 1 ATSG)

Artikel 7, Absatz 1 des ATSG verdeutlicht, dass der Verlust der Erwerbsmöglichkeiten kausal mit dem Gesundheitszustand zusammenhängen muss. Der Verweis auf den «ausgeglichenen Arbeitsmarkt» unterstreicht dies. Ein ausgeglichener Arbeitsmarkt besteht dann, wenn auf dem Arbeitsmarkt das Angebot an Arbeitsplätzen mit der Nachfrage übereinstimmt.³⁴ An diesem Zusatz zeigt sich, dass eine mangelnde Nachfrage nach Arbeitskräften in gewissen Berufen keine Erwerbsunfähigkeit nach Artikel 7 des ATSG begründen kann.

34 Ein solch ausgeglichener Arbeitsmarkt ist ein in hohem Masse theoretisches Konstrukt, da die Übereinstimmung von Angebot und Nachfrage am Arbeitsmarkt faktisch nie gegeben ist.

Artikel 7, Absatz 2 des ATSG schränkt die Erwerbsunfähigkeit weiter ein. Eine solche liegt erst dann vor, wenn sie «aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist». Das ist insbesondere bei psychischen Beeinträchtigungen relevant (vgl. Pärli et al. 2015, S. 387). Im Jahr 2004 beschloss das Bundesgericht in einem Leitescheid, dass somatoforme Schmerzstörungen und andere nicht objektivierbare Erkrankungen allein grundsätzlich keine Grundlage für die Feststellung einer Erwerbsunfähigkeit bilden (vgl. Pärli et al. 2015, S. 388 f.).³⁵ Im Sinne der Überwindbarkeitsvermutung ging das Bundesgericht davon aus, «dass psychosomatische Leiden in der Regel mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar sind und die Betroffenen somit keinen Anspruch auf eine IV-Rente haben» (Bundesgericht 2015, S. 1 f.). Von diesem Grundsatz konnte im Rahmen der Feststellung der Erwerbsunfähigkeit nur in Ausnahmefällen abgewichen werden.

Im Jahr 2015 änderte sich die Rechtsprechung. Das Bundesgericht gibt seither vor, die Einschätzung des Leistungsvermögens müsse anhand eines sogenannten strukturierten Vorgehens mit Indikatoren erfolgen, wobei der Einzelfall zu prüfen sei (vgl. hierzu BSV 2015, S. 1). Das ändert jedoch nichts am Grundsatz an sich. So begründet eine medizinisch diagnostizierte psychische Krankheit allein nach wie vor keine Erwerbsunfähigkeit. Entscheidend ist, ob der Person angesichts ihrer Beeinträchtigung die Verwertung der Restarbeitsfähigkeit zugemutet werden kann (vgl. Pärli et al. 2015, S. 439). Hierbei zeigt sich exemplarisch, was Castel (2008, S. 27) als «Handicapologie» bezeichnet hat. Gemeint sind damit die gesellschaftlichen Aushandlungen darüber, welche Personen legitimerweise dem Erwerbsleben fernbleiben können und folglich würdig sind, soziale Unterstützung zu erhalten (vgl. hierzu auch Koch 2016, S. 230–232). Diese gesellschaftliche Aushandlung schlägt sich letztlich in den Regelungen der Sozialversicherungen und der Sozialhilfe nieder. In der IV kommt die Aushandlung darüber hinzu, welche Krankheiten als «genügend schlimm» und nicht überwindbar betrachtet werden, um eine

35 Die Problematik dieser Einforderung von Objektivierbarkeit seitens der IV zeigen Caduff und Budowski (2012) am Fallbeispiel «Georg». Georg leidet an einer schweren Form des chronischen Erschöpfungssyndroms, zugleich weiss er, dass er damit kaum eine IV-Rente bekommen wird. Gemeinsam mit einem Arzt, einer Psychiaterin und einem Psychiater wird die Diagnose Schizophrenie konstruiert, da die schwere Krankheit Georgs offenkundig ist (vgl. Caduff und Budowski 2012, S. 74). Dies hat allerdings gleichzeitig eine Stigmatisierung zur Folge, oder, wie Georg es selbst ausdrückt: «und jetzt hat sie [die Psychiaterin] mir Schizophrenie angehängt... Das ist nicht heilbar. Jetzt bin ich da drin.» (Georg: 8)» (Caduff und Budowski 2012, S. 74)

finanzielle Unterstützung durch die IV zu rechtfertigen. Caduff und Budowski (2012, S. 71) beschreiben die IV treffend «als eine juristisch-politische Materialisierung der Handicapologie».

Der Begriff der *Invalidität* ist eng an den Begriff der Erwerbsunfähigkeit geknüpft, da die Invalidität gemäss ATSG als «voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit» (Art. 8 Abs. 1 ATSG) definiert ist. Der Anspruch auf eine IV-Rente besteht frühestens ein Jahr nach der Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 Prozent (vgl. Widmer 2017, S. 90) sowie nach Ablauf einer Frist «von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs» (Art. 29 Abs. 1 IVG). Die Geltendmachung des Leistungsanspruchs entspricht dabei der Anmeldung bei der IV und nicht der Früherfassung.³⁶

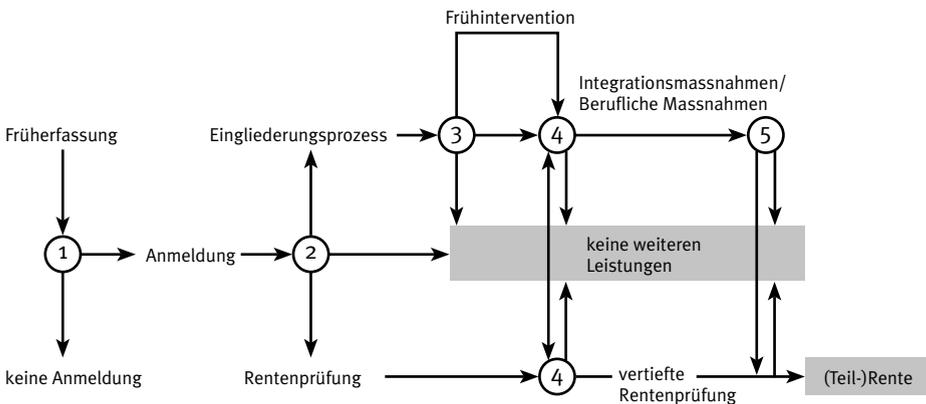
Wenn die IV-Stellen eine Erwerbsunfähigkeit und eine daraus hergeleitete und berechnete Invalidität feststellen, kommt es zur Auszahlung einer Rente. Die Höhe der IV-Rente ist abhängig von der Anzahl der Beitragsjahre und dem durchschnittlichen Einkommen vor der Feststellung der (teilweisen) Erwerbsunfähigkeit. Für das Jahr 2021 beträgt die monatliche Minimalrente CHF 1195 und die Maximalrente CHF 2390. Rentenbeziehende mit Kindern unter 18 Jahren erhalten zusätzlich eine Kinderrente von 40 Prozent der eigenen Rente. Die Berechnung des Invaliditätsgrades wird durch den Vergleich des Valideneinkommens mit dem Invalideneinkommen bestimmt. Es erfolgt also zunächst eine medizinische Einschätzung darüber, welche Jobs eine Person noch ausüben könnte und welche Einkommenschancen damit verbunden wären. Diese Zahl wird ins Verhältnis gesetzt zum Einkommen vor der gesundheitlichen Einschränkung. Der daraus berechnete Invaliditätsgrad ergibt dann die entsprechende Rente. Die Abstufung ist nach Artikel 28, Absatz 2 des IVG so gefasst, dass bei einem Invaliditätsgrad von 40 Prozent eine Viertelrente ausbezahlt wird, ein Invaliditätsgrad von 50 Prozent zu einer halben IV-Rente berechtigt, ein Invaliditätsgrad von 60 Prozent eine Dreiviertelrente nach sich zieht und ab einem Invaliditätsgrad von 70 Prozent eine ganze IV-Rente gesprochen wird. Bemerkenswert ist in diesem

36 Gemäss einer Studie von Bolliger et al. (2012, S. 42) gehen die IV-Stellen davon aus, dass die Taggeldversicherungen den versicherten Personen empfehlen, möglichst rasch eine Anmeldung bei der IV zu machen. Sie lassen damit die Früherfassung als Prozessschritt aus. Der Grund liegt darin, dass ab dem Zeitpunkt der IV-Rentenauszahlung die Taggeldzahlungen um diesen Betrag verringert werden (siehe Kapitel 4.2) und die Krankentaggeldversicherungen deshalb ein Interesse an einer Anmeldung haben.

Zusammenhang, dass bei einem Invaliditätsgrad unter 40 Prozent keine Rente ausbezahlt wird. Der Anspruch auf eine IV-Rente erlischt, sobald die Voraussetzungen hierfür nicht mehr erfüllt sind oder die Betroffenen Anspruch auf eine Altersrente haben. Wenn die Renten aus IV und Pensionskasse sowie Vermögensbestände die minimalen Lebenskosten nicht decken, besteht Anspruch auf Ergänzungsleistungen (vgl. vertiefend hierzu AHV/IV 2021).

Abbildung 3 verdeutlicht das ausdifferenzierte Abklärungsverfahren der IV.³⁷ Der Ablauf gestaltet sich wie folgt: In der ersten Phase erfolgt die *Früherfassung* (1). Diese ist nicht obligatorisch. Im Rahmen der Früherfassung klärt die IV-Stelle, ob sie für den Fall zuständig ist. Die Früherfassung endet mit einer Aufforderung an die versicherte Person, sich bei der IV anzumelden, oder mit der Mitteilung, dass die IV für den Fall nicht zuständig sei. Dadurch hat die Früherfassung eine «Filterfunktion» (Bolliger et al. 2012, S. 92). Die Empfehlung durch die IV ist nicht verbindlich. Eine Anmeldung kann also auch erfolgen, wenn die IV eine solche nicht empfiehlt. Wenn die IV sich nicht als zuständig erachtet, kann sie an die Arbeitslosenversicherung oder die Sozialhilfe verweisen (vgl. Bolliger et al. 2012, S. 73).

Abbildung 3: Der Abklärungsprozess in der Invalidenversicherung



Eigene Darstellung in Anlehnung an Guggisberg et al. (2015b, S. 3).

Nach der Anmeldung bei der IV erfolgt eine erste *Triage* (2) durch die IV-Stelle. Es wird beurteilt, in welcher Form die versicherte Person unterstützt werden soll. Die meisten Fälle werden – gemäss dem Leitsatz *Eingliederung*

37 Die verschiedenen Phasen wurden ausführlich in Kapitel 2.3 diskutiert.

vor Rente – an die Eingliederungsabteilung der IV weiterverwiesen. In einigen Fällen kommt es direkt zur Rentenprüfung.³⁸ Bei Fällen, die nicht schon im Rahmen der Früherfassung durch die IV-Stelle abgeklärt worden sind, kann in dieser Phase auch die Mitteilung an die betroffenen Personen erfolgen, dass die IV für den Fall nicht zuständig sei.

Im Eingliederungsprozess wird als nächstes ein *Eingliederungsplan* (3) erstellt. Hierbei entscheidet sich, ob Massnahmen der Frühintervention durchgeführt werden. Die Frühinterventionsmassnahmen sollten innerhalb von sechs Monaten nach der Anmeldung bei der IV stattfinden (vgl. Guggisberg et al. 2015a, S. 3). Auf diese Phase folgt der *Grundsatzentscheid* (4) durch die zuständige kantonale IV-Stelle. Er kann auch direkt, ohne vorangehende Massnahmen der Frühintervention getroffen werden. Die Zielvorgabe des BSV sieht vor, dass der Grundsatzentscheid in 80 Prozent der Fälle in einer Zeitspanne von 180 Tagen nach der Anmeldung (vgl. Bolliger et al. 2012, S. 84) und in jedem Fall spätestens zwölf Monate nach der Anmeldung (vgl. Guggisberg et al. 2015a, S. 3) erfolgen sollte. Er kann drei mögliche Folgen nach sich ziehen: Erstens kann auf den Grundsatzentscheid eine vertiefte Rentenprüfung erfolgen, zweitens können Integrationsmassnahmen oder berufliche Massnahmen verfügt werden und drittens kann die IV-Stelle entscheiden, dass kein Anspruch auf weitere Leistungen besteht. Dieser Grundsatzentscheid erfolgt auch in den Fällen, in denen direkt ohne Eingliederungsmassnahmen eine Rentenprüfung durchgeführt wird.

Wenn eine Integrationsmassnahme oder eine berufliche Massnahme verfügt wird, erfolgt im Anschluss an diese Massnahme nochmals ein Entscheid darüber, ob eine vertiefte Rentenprüfung ansteht oder keine weiteren

38 Das Prinzip *Eingliederung vor Rente* sieht vor, dass in jedem Fall zuerst die Chancen auf Eingliederung geprüft werden und erst in den Fällen, in denen dies nicht gelingt, eine Rentenprüfung erfolgt. Guggisberg et al. (2015b, S. IX) zeigen auf, dass die IV-Stellen sich diesem Grundsatz verpflichtet fühlen, ihn aber unterschiedlich interpretieren. In der Studie werden zwei Typen unterschieden: die «breite» und die «selektive Eingliederungsstrategie». In der breiten Eingliederungsstrategie wird die Eingliederung «grundsätzlich als möglich angesehen und verfolgt, solange nicht das Gegenteil bewiesen ist. Ausnahmen werden nur bei versicherten Personen gemacht, deren Gesundheitsschaden oder Einschränkung eine Eingliederung eindeutig verhindert, z.B. Hirnverletzungen, schwerer Schlaganfall, Krebs im Endstadium etc.» (Guggisberg et al. 2015b, S. 17) Bei der selektiven Eingliederungsstrategie werden die Eingliederungsmassnahmen dann eingesetzt, wenn eine Verrentung droht (vgl. Guggisberg et al. 2015b, S. 17). Das heisst, Personen, bei denen eine Rente unwahrscheinlich ist, erhalten auch keine Hilfe beim Arbeitsplatzerhalt und der Eingliederung.

Leistungen der IV mehr gesprochen werden (5).³⁹ Sobald die IV-Stelle einen Grundsatzentscheid gefällt hat, werden die versicherten Personen durch einen Vorbescheid darüber informiert. Die versicherte Person hat dann die Möglichkeit, sich zum Entscheid zu äussern. Anschliessend erfolgt die Verfügung durch die IV-Stelle. Diese kann durch die beteiligten Parteien vor dem entsprechenden kantonalen Gericht angefochten werden (vgl. Fluder et al. 2009, S. 93).

4.2 Unfallversicherung, berufliche Vorsorge und Krankentaggeldversicherung

Je nach Ausgangssituation sind neben der IV noch weitere Versicherungen in den Eingliederungsprozess involviert. Dies sind insbesondere die Unfallversicherungen, die Pensionskassen sowie die Krankentaggeldversicherungen. Nachfolgend werden deshalb auch hierfür die zentralen rechtlichen Grundlagen dargelegt.

Die *Unfallversicherung* ist in der Schweiz eine obligatorische Versicherung für alle Arbeitnehmenden bei Berufsunfällen und Berufskrankheiten. Ab acht Stunden Beschäftigung beim selben Arbeitgebenden ist das Risiko des Nichtberufsunfalls ebenfalls versichert. Selbstständige können sich freiwillig gegen die finanziellen Folgen eines Unfalls versichern lassen (Art. 4 Abs. 1 UVG). Der Begriff Unfall ist im ATSG folgendermassen definiert:

«Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.» (Art. 4 ATSG)

In den Bereich der Unfallversicherung fallen Berufsunfälle (Art. 7 UVG), Nichtberufsunfälle (Art. 8 UVG) sowie Berufskrankheiten (Art. 9 UVG). «Als Berufskrankheiten gelten Krankheiten [...], die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind.» (Art. 9 Abs. 1 UVG) Hierzu zählen zudem Krankheiten, für die nachgewiesen wird, «dass sie ausschliesslich oder stark überwiegend durch berufliche Tätigkeiten verursacht worden sind»

39 Fluder et al. (2009, S. 93) weisen treffenderweise darauf hin, es könne nicht von abgelehnten IV-Rentengesuchen gesprochen werden, da eine IV-Anmeldung kein Rentengesuch sei, sondern im Rahmen einer Anmeldung bei der IV der Anspruch auf Leistungen geprüft werde, wobei die Rente nur eine Möglichkeit darstelle.

(Art. 9 Abs. 2 UVG). Bislang zählen Krankheiten, die durch Stress am Arbeitsplatz bedingt sind, nicht zu den Berufskrankheiten.⁴⁰ Der Bundesrat begründete die Nicht-Anerkennung von Burnout als Berufskrankheit damit, dass die Ursache dafür auch auf privaten Faktoren beruht (vgl. Steck 2020).

Rund zwei Drittel der Arbeitnehmenden in der Schweiz werden durch die SUVA versichert. Die restlichen Arbeitnehmenden sind durch andere Versicherungen (Privatversicherungen, Krankenkassen, öffentliche Unfallversicherungskassen) versichert. Die Prämienzahlung ist in der Regel so aufgeteilt, dass die Arbeitgebenden die Versicherungsprämien für Berufsunfälle und Berufskrankheiten übernehmen, während die Prämien für Nichtberufsunfälle durch die Arbeitnehmenden bezahlt werden.

Nach einem Unfall oder nachdem eine Berufskrankheit festgestellt worden ist, hat die versicherte Person Anspruch auf Entschädigung in Form von Pflegeleistungen oder Kostenvergütungen. Ausserdem erhalten die versicherten Personen bei einer teilweisen oder vollständigen Arbeitsunfähigkeit infolge eines Unfalls ab dem dritten Unfalltag Taggelder der Unfallversicherung. Diese betragen bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit 80 Prozent des versicherten Verdienstes (Art. 17 Abs. 1 UVG). Der Höchstbetrag des versicherten Verdienstes beläuft sich auf CHF 148 200 (Art. 22 UVV). Die Taggelder werden bis zur Rückkehr an den Arbeitsplatz, bis zum Beginn einer IV-Rente oder bis zum Eintritt des Todes ausbezahlt. Eine Invalidenrente der Unfallversicherung wird erst dann ausbezahlt, wenn «keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind» (Art. 19 Abs. 1 UVG). Die Invalidenrente der Unfallversicherung beläuft sich auf 80 Prozent des versicherten Verdienstes (Art. 20 Abs. 1 UVG). Anders als bei der IV wird schon bei einer Invalidität von 10 Prozent, die durch einen Unfall bedingt ist, eine Rente ausbezahlt (Art. 18 Abs. 1 UVG). Daraus ergibt sich eine ungleiche Versorgungsleistung im Vergleich zur Invalidität, die durch Krankheit begründet ist. Im Falle einer Rente durch die IV oder die AHV gewährt die Unfallversicherung eine Komplementärrente. Diese errechnet sich aus der Differenz von 90 Prozent des versicherten Verdienstes und der Rente der AHV/IV.

40 Ausnahme hierfür ist ein Kriegsjournalist, dessen «posttraumatische Belastungsstörung als psychisch bedingte Berufskrankheit anerkannt wurde» (Steiger-Sackmann 2019, o. S.).

Die *berufliche Vorsorge* ergänzt die Leistungen der AHV/IV. Sie ist eine obligatorische Versicherung für alle Arbeitnehmenden, die mindestens CHF 21 510 innerhalb eines Jahres verdienen. Ziel der beruflichen Vorsorge ist es, im Versicherungsfall, das heisst mit Eintritt der Pensionierung oder Invalidität, «die Fortsetzung der gewohnten Lebenshaltung in angemessener Weise» zu ermöglichen (Art. 113 Abs. 2a BV). Die berufliche Vorsorge wird sowohl durch Arbeitgebende und Arbeitnehmende als auch durch Vermögenserträge finanziert. Die Arbeitgebenden sind durch die Bundesverfassung dazu verpflichtet, mindestens die Hälfte der Beiträge zu zahlen (Art. 113 Abs. 3 BV). Der versicherte Lohn entspricht dabei dem Bruttolohn abzüglich des Koordinationsabzugs (2021: CHF 25 095). Je nach Alter wird dem Alterskonto ein bestimmter Prozentsatz des versicherten Lohns übertragen. Bei Feststellung einer Invalidität wird das Altersguthaben berechnet, das bei gleichbleibender Erwerbstätigkeit mit dem Eintritt ins Pensionsalter erreicht worden wäre (vgl. Widmer 2017, S. 172). Für die Höhe der Rente aus der beruflichen Vorsorge im Falle einer Erwerbsunfähigkeit ist die Bestimmung des Invaliditätsgrads durch die IV ausschlaggebend. Der Beginn des Anspruchs setzt zeitgleich mit dem Beginn der IV-Rente ein. Die im Rahmen der 5. IVG-Revision beschlossenen Verschärfungen wirken sich deshalb auch auf die Renten der Pensionskassen aus (vgl. Widmer 2017, S. 172).

Grundlegend für die *Krankentaggeldversicherung* ist der Rechtsgrundsatz, dass die Arbeitgebenden bei einer unverschuldeten, krankheitsbedingten Verhinderung der Arbeitsleistung verpflichtet sind, den Lohn weiterhin zu entrichten. Dieser Grundsatz ist in Artikel 324a des Obligationenrechts festgehalten, gilt jedoch erst nach einer Karenzfrist von drei Monaten. Arbeitnehmende, die weniger als drei Monate für einen Arbeitgebenden tätig sind oder für weniger als drei Monate in einem Arbeitsverhältnis stehen, können sich nicht auf dieses Gesetz beziehen. Ohne eine andere Regelung beträgt die Lohnfortzahlung 100 Prozent des AHV-Lohnes. Sie kann aber auch auf 80 Prozent des AHV-Lohnes gesenkt werden. Die Dauer der Lohnfortzahlung ist einerseits abhängig vom Kanton und von der Anzahl der Dienstjahre. Sie beträgt zwischen 30 und 180 Tagen. Die Lohnfortzahlungspflicht ist der Grund dafür, dass viele Arbeitgebende eine Krankentaggeldversicherung abschliessen, um sich gegen das Risiko der Arbeitsunfähigkeit der Arbeitnehmenden versichern zu lassen.

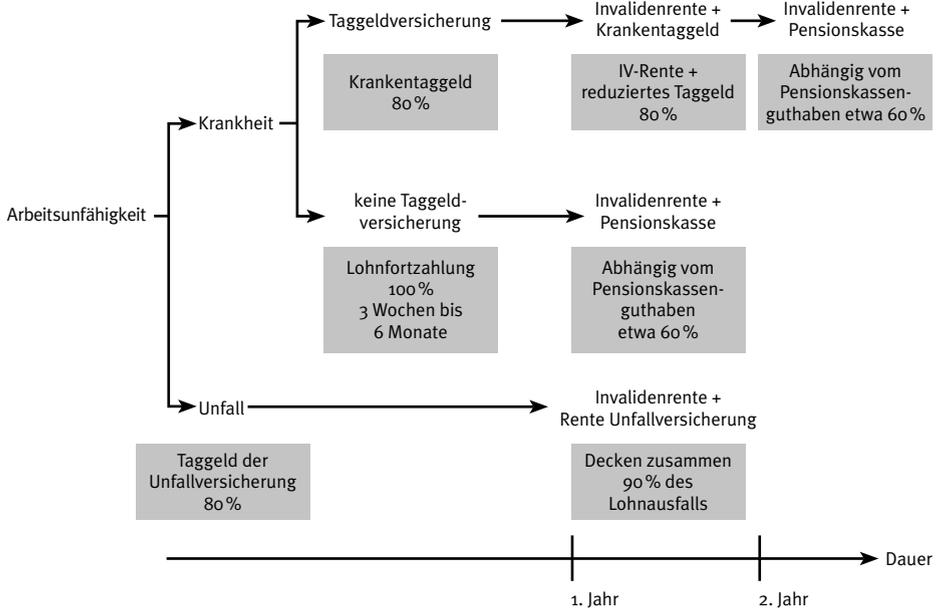
Bei der Krankenversicherung nach dem «Bundesgesetz über die Krankenversicherung» (KVG) handelt es sich um eine freiwillige Versicherung.⁴¹ Personen zwischen 15 und 65 Jahren können individuell und selbstständig eine Taggeldversicherung abschliessen (Art. 67 Abs. 1 KVG). Die Krankentaggeldversicherung kann auch als Kollektivversicherung abgeschlossen werden, beispielsweise durch einen Betrieb für die Arbeitnehmenden (Art. 67 Abs. 3 KVG). Dies entspricht dem Normalfall; in mittleren und grossen Unternehmen ist die Krankentaggeldversicherung als Kollektivversicherung verbreitet (vgl. Nadai et al. 2019, S. 81).

«Der Taggeldanspruch entsteht, wenn die versicherte Person mindestens zur Hälfte arbeitsunfähig [...] ist. Ist nichts anderes vereinbart, so entsteht der Anspruch am dritten Tag nach der Erkrankung.» (Art. 72 Abs. 2 KVG) Auch die Dauer der Versicherungsdeckung ist gesetzlich definiert. Diese übersteigt die Lohnfortzahlungspflicht der Arbeitgebenden. Das Taggeld muss «während mindestens 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen» geleistet werden (Art. 72 Abs. 3 KVG). Bei der Taggeldversicherung handelt es sich um eine Sozialversicherung mit Solidaritätsgedanken, da gemäss Artikel 76 Absatz 1 des KVG «für gleiche versicherte Leistungen die gleichen Prämien» festgelegt werden müssen, wobei diese nach Eintrittsalter und Regionen gestuft sein können. Die Krankentaggeldversicherung ist für die vorliegende Untersuchung relevant, da diese in der Regel eine gewisse «Schonfrist» verschafft, im Rahmen derer das BCM agieren und die Wiedereingliederung orchestrieren kann (vgl. Nadai et al. 2019, S. 135), da für den Betrieb keine direkten Kosten anfallen.

Wie die oben dargestellten Befunde deutlich zeigen, beeinflusst die Ursache für die Erwerbsunfähigkeit sowie der Umstand, ob eine Krankentaggeldversicherung vorhanden ist, wesentlich die ökonomische Absicherung der versicherten Person. In Abbildung 4 ist schematisch dargestellt, wie sich dies auf die betroffene Person auswirken kann. In einem ersten Schritt ist entscheidend, ob die Erwerbsunfähigkeit durch einen Unfall oder eine Krankheit bedingt ist. Es kann auch eine Mischung aus beidem sein, wenn beispielsweise lediglich ein Teil der Erwerbsunfähigkeit auf einen Unfall zurückzuführen ist.

41 Es gibt auch Taggeldversicherungen, die auf dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) beruhen.

Abbildung 4: Finanzielle Kompensation im Falle von Krankheit oder Unfall



Im Falle einer Krankheit müssen zwei verschiedene Szenarien unterschieden werden: Entweder es ist eine Taggeldversicherung vorhanden oder aber die Person ist bei *keiner* Taggeldversicherung versichert. Im ersten Falle zahlt die Taggeldversicherung in der Regel 80 Prozent des vorangegangenen Lohns für maximal 720 Tage. Sobald ein positiver Rentenentscheid der IV vorliegt, wird die IV-Rente von der Krankentaggeldzahlung abgezogen und durch die Krankentaggeldversicherung nur noch diese Differenz ausbezahlt. Mit dem Auslaufen der Leistung der Krankentaggeldversicherung beginnt die Rentenzahlung aus der Pensionskasse. Die Höhe dieses Betrages ist abhängig vom Pensionskassenguthaben. Insgesamt beläuft sich die Rente auf etwa 60 % des Erwerbseinkommens. Wenn keine Taggeldversicherung vorliegt, beginnt die Auszahlung einer Invalidenrente aus der Pensionskasse, sobald eine IV-Rente verfügt wurde. Dabei entsteht unter Umständen eine erhebliche Einkommenslücke und die Menschen sind auf ihr Vermögen oder Leistungen der Sozialhilfe angewiesen (vgl. hierzu Pärli et al. 2015, S. 179).

Bei einem Unfall erhält die versicherte Person Taggelder der Unfallversicherung, bis sie an den Arbeitsplatz zurückkehrt oder eine IV-Rente ausgezahlt wird. Mit Beginn einer IV-Rente zahlt die Unfallversicherung eine

Komplementärrente. Sie stockt also das Renteneinkommen der IV auf 90 Prozent des Lohnausfalls auf. Eine Rente der Unfallversicherung kann auch ausbezahlt werden, wenn keine IV-Rente bezahlt wird. Dies trifft auf Fälle mit einem unfallbedingten Invaliditätsgrad zwischen 10 und 39 Prozent zu. Tabin et al. (2013, S. 138) zeigen, dass selbst bei den vergleichsweise hohen Ersatzraten der Unfallversicherung, Personen in finanzielle Schwierigkeiten geraten können. Dies gilt umso mehr bei krankheitsbedingter Erwerbsunfähigkeit.

4.3 Gesetzliche Pflichten von Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden

Im internationalen Vergleich sind die Verpflichtungen der Arbeitgebenden in der Schweiz gegenüber Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen schwach ausgeprägt (vgl. OECD 2010, S. 102; Tschanz 2017, S. 32). Diese Aussage trifft auf Arbeitnehmende in Betrieben zu, aber insbesondere auch auf Stellenbewerbende mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Die arbeitsrechtlichen Grundlagen sind unterschiedlich geregelt, je nachdem ob es sich um ein öffentlich-rechtliches Arbeitsverhältnis handelt oder um Arbeitsverhältnisse zwischen privaten Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden.⁴² Grundsätzlich gilt für alle Arbeitsverhältnisse die Vertragsfreiheit, wobei im Obligationenrecht zwingende Regeln festgehalten sind, die von allen Parteien eingehalten werden müssen (vgl. EDI 2017, S. 4 f.).⁴³

Im Krankheitsfall mit einer daraus resultierenden teilweisen oder vollständigen Arbeitsunfähigkeit sind Arbeitnehmende für eine bestimmte Zeitspanne durch das Gesetz vor einer Kündigung geschützt. Nach Ablauf dieser sogenannten Sperrfrist ist die Kündigung nicht mehr missbräuchlich. Dieser Kündigungsschutz ist abhängig von der Anzahl der Dienstjahre und wird durch das Obligationenrecht geregelt. Die Arbeitgebenden dürfen das Arbeitsverhältnis nicht kündigen,

*«[...] während der Arbeitnehmer ohne eigenes Verschulden durch Krankheit oder durch Unfall ganz oder teilweise an der Arbeitsleistung verhindert ist, und zwar im ersten Dienstjahr während 30 Tagen, ab zweitem bis und mit fünftem Dienstjahr während 90 Tagen und ab sechstem Dienstjahr während 180 Tagen.»
(Art. 336c Abs. 1 lit. b OR)*

42 Nicht berücksichtigt werden im Folgenden spezifische Regelungen aus Gesamtarbeitsverträgen.

43 Für Arbeitsverhältnisse zwischen dem Bund und dessen Angestellten existiert ausserdem das Bundespersonalgesetz (vgl. EDI 2017, S. 5).

In Fällen, in denen die Arbeitgebenden die Kündigung aussprechen und es nach der Kündigung zu einer Verminderung der Arbeitsfähigkeit durch Krankheit oder Unfall kommt, verschiebt sich der Kündigungszeitpunkt um die entsprechende Zeit, maximal aber um die oben dargelegten Zeitspannen. Im öffentlichen Personalrecht besteht eine grosszügigere Regelung für die Arbeitnehmenden. Der Arbeitsvertrag kann auf das Ende einer zwei Jahre dauernden Frist gekündigt werden (Art. 31a Abs. 1 BPV). Ein früheres Auflösen des Arbeitsvertrages ist dann möglich, wenn «sich die betroffene Person den Eingliederungsmassnahmen des Arbeitgebers (Art. 11a BPV) widersetzt oder die ärztlichen Anordnungen (Art. 56 Abs. 4 BPV) nicht befolgt» (Pärli et al. 2015, S. 224).

Die Pflichten der Arbeitgebenden hinsichtlich der Gesundheit der Belegschaft sind grundlegend im Obligationenrecht festgehalten. Gemäss Artikel 328 des Obligationenrechts hat der Arbeitgebende auf die Gesundheit der Arbeitnehmenden Rücksicht zu nehmen und muss Massnahmen ergreifen, um «den Schutz von Leben, Gesundheit und persönlicher Integrität» der Arbeitnehmenden zu gewährleisten (Art. 328 Abs. 1 und 2 OR). Dies gilt selbst dann, wenn die Beeinträchtigung der Gesundheit nicht auf das Verschulden des arbeitgebenden Betriebes zurückzuführen ist (vgl. EDI 2017, S. 7). Die Konsequenzen für die Arbeitgebenden bei Missachtung sind jedoch vergleichsweise gering. Bestenfalls können die Arbeitnehmenden in einem Gerichtsverfahren eine Genugtuungsentschädigung erwirken (vgl. EDI 2017, S. 7).

Ergänzend sind im «Arbeitsgesetz» (ArG), das für die meisten öffentlichen und privaten Arbeitsverhältnisse gilt, Bestimmungen für die Arbeitnehmenden hinsichtlich der Gesundheit der Belegschaft festgehalten:

«Der Arbeitgeber ist verpflichtet, zum Schutze der Gesundheit der Arbeitnehmer alle Massnahmen zu treffen, die nach der Erfahrung notwendig, nach dem Stand der Technik anwendbar und den Verhältnissen des Betriebes angemessen sind. Er hat im Weiteren die erforderlichen Massnahmen zum Schutze der persönlichen Integrität der Arbeitnehmer vorzusehen.» (Art. 6 Abs. 1 ArG)

«Der Arbeitgeber hat insbesondere die betrieblichen Einrichtungen und den Arbeitsablauf so zu gestalten, dass Gesundheitsgefährdungen und Überbeanspruchungen der Arbeitnehmer nach Möglichkeit vermieden werden.» (Art. 6 Abs. 2 ArG)

In der Verordnung 3 zum Arbeitsgesetz werden diese gesetzlichen Bestimmungen noch näher dargelegt. Es wird insbesondere darauf hingewiesen, welche Anordnungen und Massnahmen von den Arbeitgebenden erwartet werden, um die Gesundheit der Arbeitnehmenden zu wahren. Hierzu gehören ergonomische und hygienische Arbeitsbedingungen, keine Beeinträchtigung durch physikalische, chemische oder biologische Faktoren, Vermeidung einer übermässig starken oder einseitigen Beanspruchung sowie eine geeignete Arbeitsorganisation (Art. 2 ArGV 3). Ebenso sind im Arbeitsgesetz die Pflichten der Arbeitnehmenden konkretisiert. Sie sind gesetzlich dazu verpflichtet, «den Arbeitgeber in der Durchführung der Vorschriften über den Gesundheitsschutz zu unterstützen» (Art. 6 Abs. 3 ArG).

Diese Regeln in Bezug auf allgemeine gesundheitliche Belastungen werden ergänzt durch das Unfallversicherungsgesetz. Dieses verpflichtet die Arbeitgebenden dazu, Unfälle und Berufskrankheiten zu verhindern (Art. 82 Abs. 1 UVG). Auch für die Arbeitnehmenden sieht das Unfallversicherungsgesetz Pflichten vor. Diese müssen beispielsweise Schutzausrüstung benutzen und Sicherheitshinweise am Arbeitsplatz beachten (Art. 82. Abs. 3 UVG), das heisst im Wesentlichen, die Anordnungen der Arbeitgebenden befolgen.

Ebenso gibt es im Gesetz Bestimmungen hinsichtlich der Eingliederung, wobei diese insbesondere für den Privatsektor wenig explizit sind. Die Arbeitgebenden haben jedoch «die Pflicht, angemessene Bemühungen zur Eingliederung von Menschen mit Behinderungen zu unternehmen. Diese haben jedoch kein subjektives Recht auf die Anpassung ihres Arbeitsplatzes.» (EDI 2017, S. 7) Konkreter sind die rechtlichen Bestimmungen hinsichtlich der Eingliederung auf Ebene der *Bundspersonalverordnung* (BPV). Diese schreibt vor, «alle sinnvollen und zumutbaren Möglichkeiten [seien auszuschöpfen], um die betroffene Person wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern» (Art. 11a BPV).

Eine explizite Pflicht zur Einführung eines BGM oder BCM besteht nicht (vgl. Geisen et al. 2016b, S. 13; Nadai et al. 2019, S. 6 f.; Ritter 2017, S. 5). Dies beispielsweise im Gegensatz zu Deutschland, wo erkrankte Beschäftigte gemäss Paragraph 84 Abs. 2 des SGB-IX ein Recht, aber keine Pflicht, auf die Inanspruchnahme eines betrieblichen Eingliederungsmanagements haben, sobald sie innerhalb eines Jahres mehr als sechs Wochen bei der Arbeit ausfallen (vgl. Bartel 2018, S. 48; Niehaus et al. 2008, S. 7 f.). Sofern ein BGM vorhanden ist, kann jedoch von den Arbeitnehmenden in der Schweiz auf-

grund der Treuepflicht die Teilnahme an zumutbaren Massnahmen verlangt werden (vgl. Pärli et al. 2015, S. 298).

4.4 Fazit – Zahlreiche involvierte Akteure und geringe Pflichten für Arbeitgebende

Die IV ist eine obligatorische Versicherung in der Schweiz. Ihr primäres Ziel ist der Arbeitsplatzertand und die Eingliederung bei sich anbahnender Erwerbsunfähigkeit oder (Teil-)Invalidität. Invalidität begründet sich durch eine Erwerbsunfähigkeit, die kausal an eine gesundheitliche Beeinträchtigung geknüpft ist. Die Erwerbsunfähigkeit besteht erst dann, wenn Behandlungen und Eingliederungsmassnahmen die Arbeitsfähigkeit nicht wiederherstellen konnten. Die Erwerbsunfähigkeit wird durch die IV-Stellen auf Basis medizinischer Gutachten festgelegt und ist definiert als gesundheitsbedingte Unfähigkeit, auf dem Arbeitsmarkt ein Erwerbseinkommen zu erzielen. Der Orientierungspunkt ist dabei ein ausgeglichener Arbeitsmarkt, in dem Arbeitsangebot und Arbeitsnachfrage übereinstimmen. Eine fehlende Nachfrage nach einer Arbeitskraft am Arbeitsmarkt kann also keine Erwerbsunfähigkeit begründen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt laut Gesetz ausserdem nur dann vor, wenn diese aus *objektiver Sicht* nicht überwindbar ist. Der Invaliditätsgrad wird als Quotient des Invaliden- und des Valideneinkommens berechnet. Der Anspruch auf eine IV-Rente besteht frühestens sechs Monate nach der regulären Anmeldung bei der IV und ein Jahr nach medizinischer Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit. Diese Wartefrist ist für die IV-Stellen – ergänzend zur Früherfassung – ein entscheidendes Mittel, um frühzeitig an die Fälle zu kommen, da beispielsweise die Krankentaggeldversicherung versicherten Personen anraten, sich möglichst rasch bei der IV-Stelle anzumelden, um die eigenen Kosten möglichst gering zu halten.

Im Versicherungsfall ist die ökonomische Absicherung von verschiedenen Faktoren abhängig. Zentral ist dabei insbesondere, ob die Ursache der Arbeitsunfähigkeit eine Krankheit oder ein Unfall ist. Die Leistungen bei unfallbedingter Invalidität sind grosszügiger als im Falle von Krankheit. Im Gegensatz zur IV-Rente wird die Rente der Unfallversicherung zudem bereits ab einem Invaliditätsgrad von 10 Prozent ausbezahlt (40 Prozent bei der IV). Bei Krankheit stellt sich ausserdem die Frage, ob eine Krankentaggeldversicherung besteht oder nicht. Eine solche Versicherung verlängert die Dauer der Lohnfortzahlung und vergrössert damit für das BCM den zeitlichen Spielraum, um Massnahmen zu treffen. Ausserdem ist die finanzielle Absicherung

abhängig vom vorangegangenen Verdienst, was sich insbesondere in den Beiträgen der beruflichen Vorsorge zeigt.

Die Verpflichtungen der Arbeitgebenden im Zusammenhang mit Gesundheit sind in der Schweiz gering. So gibt es beispielsweise keine Quoten für Menschen mit Behinderung für Unternehmen und keine gesetzlichen Vorgaben, Beschäftigten nach Krankheit oder Unfall ein BCM anzubieten oder ein BGM im Betrieb zu implementieren. In privaten Arbeitsverhältnissen besteht ein schwacher Kündigungsschutz bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit. Die Schutzfrist beträgt abhängig von den Dienstjahren zwischen 30 und 180 Tagen. In öffentlichen Betrieben sind es zwei Jahre. Die Arbeitgebenden haben die gesetzliche Pflicht, für den Schutz der Gesundheit der Beschäftigten und für die Unfallprävention zu sorgen. Die Arbeitnehmenden ihrerseits sind grundsätzlich gesetzlich dazu verpflichtet, die Gesundheitsschutzmassnahmen der Arbeitgebenden umsetzen und an zumutbaren Massnahmen teilzunehmen.

TEIL II

METHODE UND METHODOLOGIE

5 Datenerhebung und Datenanalyse

Die empirischen Daten wurden im Rahmen eines internationalen Forschungsprojekts erhoben, das vom «Swiss Network for International Studies» (SNIS) finanziert wurde (nachfolgend: SNIS-Projekt).⁴⁴ Das SNIS-Projekt untersuchte Disability-Management-Programme von privaten und öffentlichen Arbeitgebenden in Australien, China, Kanada und der Schweiz in ländervergleichender Perspektive. Disability-Management wurde im Projekt anhand folgender vier Kriterien operationalisiert (vgl. Geisen et al. 2016b, S. 17):

- › betriebliche Erfassung und Analyse von Präsenz- oder Absenzdaten
- › Beratung und Unterstützung von Personen bei oder nach Arbeitsunfähigkeit
- › Koordinationsaktivitäten im Rahmen der Reintegration (beispielsweise mit IV, Unfallversicherungen und Taggeldversicherungen)
- › betriebliche Aktivitäten im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention⁴⁵

Diese Definition unterscheidet sich unwesentlich von dem, was in Kapitel 3 als BGM bezeichnet wurde. Da der Begriff BGM in Unternehmen der Schweiz geläufiger ist als Disability-Management, wird er stattdessen verwendet.⁴⁶ Nachfolgend wird der Begriff Disability-Management nur dann benutzt, wenn explizit auf das SNIS-Projekt Bezug genommen wird.

44 Das Forschungsprojekt «Demographic Change and Disability Management in Australia, Canada, China and Switzerland. A comparative study» wurde von Prof. Dr. Thomas Geisen akquiriert und geleitet. Die Studie wurde in den Jahren 2013–2016 von Forschenden aus Australien, Kanada, China und der Schweiz durchgeführt (<https://irf.fhnw.ch/handle/11654/28126>). Ich war in diesem Forschungsprojekt als wissenschaftlicher Mitarbeiter tätig und konnte ausgewählte Interviews aus der Schweizer Teilstudie für eine *Sekundäranalyse* (Witzel et al. 2008) verwenden.

45 Ähnlich sind die Definitionen in der einschlägigen englischsprachigen Literatur zu Disability-Management. So definierten beispielsweise Habeck et al. in den frühen 1990er Jahren Disability-Management «as a proactive, employer-based approach developed to (a) prevent the occurrence of accidents and disability, (b) provide early intervention services for health and disability risk factors, and (c) foster coordinated administrative and rehabilitative strategies to promote cost-effective restoration and return to work» (Franche und Krause 2002, S. 242 f.).

46 Die Bezeichnung BGM wurde auch von den Personen, die für die empirische Untersuchung befragt wurden, am häufigsten verwendet.

Das SNIS-Projekt verfolgte das Ziel, Disability-Management-Programme bei öffentlichen und privaten Arbeitgebenden in Australien, Kanada, China und der Schweiz zu untersuchen. Im Zentrum standen dabei folgende Fragen (vgl. Geisen et al. 2016b, S. 15):

- › Welche Gründe haben Arbeitgebende für die Einführung von Disability-Management-Programmen?
- › Welches sind die Stärken und Schwächen von Disability-Management-Programmen?
- › Welchen Wert messen die Arbeitnehmenden den Programmen bei?

Die letzte Frage richtete sich insbesondere auf Arbeitszufriedenheit, physische und psychische Gesundheit sowie Motivation. Das Projekt fokussierte grössere Arbeitgebende, da es dort derzeit am wahrscheinlichsten ist, dass ein BGM mit einem internen BCM etabliert ist (siehe Kapitel 3.1).⁴⁷ Zudem lassen sich Grossbetriebe hinsichtlich der Umsetzung neuer Personalentwicklungskonzepte und anderer Managementformen kaum mit Kleinbetrieben vergleichen. Grossbetriebe sind, wie für die Schweiz üblich, definiert als Arbeitgebende mit mindestens 250 Mitarbeitenden (vgl. Habersaat et al. 2001, S. 6).⁴⁸

Insgesamt untersuchte das Forschungsteam in den vier Ländern 32 private und öffentliche Betriebe, von denen acht in der Schweiz ansässig sind. In einem ersten Schritt wurden hierfür grosse private Unternehmen aus unterschiedlichen Branchen und öffentliche Arbeitgebende angefragt, ob sie an der geplanten Studie teilnehmen würden. Den angefragten Personen in den Betrieben wurde das Projekt als Möglichkeit präsentiert, durch die Erarbeitung von Good-Practice-Beispielen verschiedene Ausgestaltungsformen von Disability-Management kennenlernen zu können, um die eigenen Programme weiterzuentwickeln. In jedem der untersuchten Unternehmen wurden insgesamt mindestens vier Interviews geführt: eines mit einer Fachperson des HR, eines mit der für das BGM verantwortlichen Person und zwei Interviews mit Beschäftigten, die durch eine Case-Managerin oder einen

47 Eine Studie aus dem Jahr 2004 weist ausserdem für die Schweiz darauf hin, dass bei mittleren und grossen Unternehmen der Anteil von Angestellten mit Behinderung nach eigenen Angaben fast doppelt so hoch ist wie in kleinen Betrieben (vgl. Baumgartner et al. 2004, S. 5).

48 Die Schweiz ist ein von Mikro- und Kleinunternehmen geprägtes Land. Lediglich 0,28 Prozent der Unternehmen haben mehr als 250 Beschäftigte und gehören demnach zur Kategorie der Grossunternehmen. Diese Unternehmen beschäftigen jedoch knapp ein Drittel der Arbeitnehmenden in der Schweiz (vgl. WBF 2020).

Case-Manager bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz unterstützt wurden (vgl. Geisen et al. 2016b, S. 15). Diese qualitativen Daten wurden ergänzt durch eine quantitative Befragung von Mitarbeitenden zur Wahrnehmung der BGM-Programme (vgl. hierzu Wagner et al. 2017).

Die von den Mitarbeitenden geschilderten Erfahrungen über den Arbeitsausfall und die Rückkehr an den Arbeitsplatz wurden im Rahmen des SNIS-Projekts nicht vertieft untersucht. Da jedoch gerade diese subjektiven Deutungen der Eingliederung sowie der betrieblichen Eingliederungsprogramme bislang in der Forschung vernachlässigt wurden, ist dies der Fokus der vorliegenden Untersuchung. Die Interviews mit den Personalverantwortlichen und den Leitungspersonen des BGM konzentrierten sich auf allgemeine Programme und Aktivitäten im Bereich BGM und beinhalteten keine spezifischen Aussagen zu den untersuchten Fällen. Deshalb wurden diese Interviews nicht in die Analyse integriert.

Die nachfolgenden Darlegungen machen die verwendete Methode transparent und zeigen auf, inwiefern methodische Entscheidungen die Resultate beeinflusst haben könnten. Ebenso ergeben sich aus den methodologischen Ausführungen und Reflexionen Erkenntnisse über die «Generalisierbarkeit der gefundenen Ergebnisse» (Flick 2015, S. 260). Kapitel 5.1 beschreibt das Samplingverfahren und präsentiert eine Übersicht des Untersuchungssamples. Anschliessend wird in Kapitel 5.2 der Prozess der Datenerhebung dargelegt. Die Erhebungsinstrumente werden vorgestellt und die Interviewsituation wird kritisch reflektiert. In Kapitel 5.3 wird das Konzept der moralischen Karriere eingeführt, das als Analyseheuristik diente. Kapitel 5.4 stellt die Analysemethodologie vor.

5.1 Sampling und Sample

Die Fallauswahl verlief zweistufig: In einem ersten Schritt wurden die Betriebe und in einem zweiten Schritt die Beschäftigten in diesen Betrieben ausgewählt. Das Sampling orientierte sich dabei an «bestimmten, vorab festgelegten Kriterien» (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014, S. 182): Die Betriebe mussten seit mindestens zwei Jahren ein BGM etabliert haben. Ausserdem wurde darauf geachtet, Betriebe aus verschiedenen Branchen zu rekrutieren, wobei die schleppende Rekrutierung (vgl. Geisen et al. 2016b, S. 15) eine tatsächliche Auswahl erschwerte. Deshalb sind beispielsweise nur Betriebe im Sample vorkommend, deren Aktivitäten vornehmlich dem Dienstleistungssektor zugerechnet werden. Ebenso im Sample enthalten ist

Tabelle 1: Übersicht des Untersuchungssamples

Pseudonym	Alter	Job (vorher)	Branche	Betrieb	Begründung der Arbeitsunfähigkeit	UV	Kontakt mit IV	Job (nachher)
Angela Dreier	30–40	Erstprüferin	Versicherungs- wesen	SECURE	Diskushemie; Probleme mit Leber, Psyche und Hüfte	Nein	Ja	Erstprüferin
Aaron Meier	30–40	Führungs- position	Versicherungs- wesen	SECURE	Multiple Sklerose	Nein	Ja (50% Rente)	Stabstelle ohne Führungs- aufgaben (50%)
Diego Umberg	54	Business Analyst	Versicherungs- wesen	SAFE	Polyarthritis	Nein	Ja (50% Rente)	Business-Analyst
Klaas Gunter	34	Leistungs- bearbeitung in Versicherung (operativ)	Versicherungs- wesen	SAFE	Depression	Nein	Nein	Leistungs- bearbeitung (neues Team)
Reinhard Etter	54	Filialleiter	Logistik und Versand	SHIPPING	Schlafprobleme, Burnout	Nein	Ja	Kundendienst Backoffice
Fiona Lauener	44	Schalter und Brief- versand (35%)	Logistik und Versand	SHIPPING	Unfall mit Traktor (Probleme mit Bein und Schultern)	Ja	Ja	Schalter und Brief- versand (35%)
Kuno Bauer	60	Ereignismanager	Schiene- verkehr	LOK	Nervenzusammenbruch mit anschließender Depression	Nein	Ja (Belast- barkeits- training)	Mischenarbeits- platz in der Produktion

Fortsetzung der Tabelle 1 auf der folgenden Seite

Pseudonym	Alter	Job (vorher)	Branche	Betrieb	Begründung der Arbeitsunfähigkeit	UV	Kontakt mit IV	Job (nachher)
Werner Neuert	35	IT-Fachperson	Schieneverkehr	LOK	Unfall: Hirnblutung, Rückenfraktur, Rippenserienfraktur, Lungenschädigung	Ja	Ja	IT-Fachperson (neuer Arbeitsplatz)
Kira Schumann	41	HR-Backoffice (50%)	Logistik und Versand	LETTER	Depression	Nein	Nein	HR-Backoffice (70%)
Anneliese Früh	60	Zustellerin (50%)	Logistik und Versand	LETTER	Zusammenbruch, Burnout	Nein	Ja	Zustellerin (50%)
Dieter Vischer	58	Pilot (90%)	Flugverkehr	AERO	Hirntumor	Nein	Ja	Pilot (90%)
Remo Schneider	35	Cabin-Crew-Member	Flugverkehr	AERO	arbeitsplatzbezogene Atemprobleme (starker Heuschnupfen und Asthma)	Nein	Ja (Umschulung)	HR-Assessment und Marketing (80%)
Heike Spar	55	Flight-Attendant	Flugverkehr	AERO	Unfall (Probleme mit Bein und Hüften)	Ja	Ja	Rekrutierung (temporäre Lösung)
Doris Töpfer	53	DaZ-Lehrerin (50%)	Schweizer Grossstadt	URBS	Meniskusriss, andere körperliche Probleme, psychischer Zusammenbruch	Nein	Ja (50% Rente)	DaZ-Lehrerin, IF-Lektionen (50%)
Ivo Heusler	55	Technischer Dienst, Hausverantwortung	Schweizer Grossstadt	URBS	Burnout	Nein	Nein	Technischer Dienst (neuer Arbeitsort)
Anke Ulrich	50	Schriftgutverwaltung	Pharmaunternehmen	PHARMA	Hirnverletzung infolge des Entfernens eines gutartigen Hirntumors	Nein	Ja (75% Rente)	Schriftgutverwaltung (20%)

eine grosse Schweizer Stadt. Innerhalb der Betriebe wurden dann Personen ausgewählt und angefragt, auf die folgende Kriterien zutreffen: (1) eine temporäre Arbeitsunfähigkeit mit anschliessender Rückkehr an den Arbeitsplatz und (2) Kontakt zum BCM. Nicht ins Sample aufgenommen wurden Personen, die infolge der Arbeitsunfähigkeit den Arbeitsplatz verloren hatten oder die zum Erhebungszeitpunkt eine Vollrente der IV bezogen.

Neben diesen Kriterien wurde Heterogenität in Bezug auf Merkmale wie Alter, Geschlecht sowie Ursache der Arbeitsunfähigkeit angestrebt. Ziel war es, sowohl Menschen mit körperlich wie auch psychisch begründeter Arbeitsunfähigkeit für das Sample zu gewinnen. Ausserdem waren sowohl Personen mit krankheits- als auch mit unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit im Sample enthalten, was angesichts der ungleichen Unterstützung durch die entsprechenden Versicherungen (siehe Kapitel 4.2) entscheidend schien. Diese Darlegung der Samplingstrategie verdeutlicht zugleich Grundannahmen der Forschenden, dass Merkmale wie Ursache (körperlich, psychisch) und rechtliche Absicherung (Krankheit, Unfall) der Arbeitsunfähigkeit den Eingliederungsprozess entscheidend beeinflussen könnten. Kruse (2015, S. 248) hat beschrieben, dass bei vorab festgelegten Kriterien für das Sampling die Gefahr bestehe, «dass man verschiedenen *Kategorienfehlern* aufsitzt, dass man z.B. annimmt, dass Geschlecht Unterschiede produziert – und man so im Laufe der Forschung bestehende Stereotype reifiziert» (Kruse 2015, S. 249). Deshalb wurden diese Kategorien in der Datenanalyse nicht vorab als relevant gesetzt, sondern die Muster auf Basis des Datenmaterials entwickelt.

Das innerbetriebliche Auswahlverfahren der Fälle verlief unterschiedlich. Einige Betriebe stellten eine Liste mit Kontaktangaben inklusive einer kurzen Beschreibung der Fälle zur Verfügung. Bei diesen Unternehmen konnten die entsprechenden Personen direkt kontaktiert werden und es war möglich, aus einem begrenzten Sample eine Auswahl zu treffen. So konnte das Risiko, dass die Betriebe Fälle vorschlugen, die in ihren Augen besonders positiv verlaufen sind, ein Stück weit gemindert werden. In den Betrieben, in denen dieses Vorgehen nicht möglich war, fragte das BCM direkt Personen an und informierte diese mittels eines Informationsblatts über die Studie. Dem BCM wurden dabei keine Vorgaben in Bezug auf Alter, Geschlecht oder Art der Erkrankung der angefragten Personen gemacht. Es wurde lediglich der Wunsch geäussert, möglichst «komplexe Fälle» auszuwählen, wobei nicht weiter expliziert wurde, was darunter zu verstehen ist. Die Verantwortlichen des BCM fungierten in diesen Fällen als «Gatekeeper» (Merkens 2015, S. 288).

Personen, die Interesse zeigten, bekamen vom BCM die Kontaktangaben des Projektteams und meldeten sich in der Regel per E-Mail oder telefonisch, um einen Interviewtermin zu vereinbaren. Die Problematik der zweiten Vorgehensweise besteht darin, dass gegebenenfalls Personen ausgewählt wurden, die ein besonders gutes Verhältnis zum BCM hatten (vgl. hierzu Kruse 2015, S. 252).⁴⁹ Ausserdem hatte das BCM in diesen Fällen Kenntnis über die Teilnahme der entsprechenden Personen an der Erhebung und die befragten Personen ihrerseits wussten, dass das BCM über ihre Teilnahme Bescheid weiss. Dies kann die Erhebungssituation beeinflusst haben. Das beschriebene Auswahlverfahren kann im Anschluss an Patton (1990, S. 169) als «purposeful sampling» beschrieben werden, wobei einerseits Heterogenität der Fälle angestrebt wurde und andererseits bei der Auswahl Wert auf «information-rich cases» gelegt wurde (Patton 1990, S. 182).

Das Auswahlverfahren führte schliesslich zu einem Sample von 16 Personen, die einen längeren Arbeitsausfall erlebt hatten und anschliessend an einen Arbeitsplatz im selben Betrieb zurückgekehrt waren, in dem sie vorher schon gearbeitet hatten (siehe Tabelle 1).⁵⁰ Die 16 Personen verteilen sich auf acht Betriebe. Das Sample besteht aus sieben Frauen und neun Männern, wobei die meisten von ihnen Vollzeit tätig sind. Ihre Altersspanne reicht von 34 bis 60 Jahren und beträgt im Durchschnitt etwa 47 Jahre. Das Alter spielt einerseits eine Rolle, da gesundheitliche Schwierigkeiten und Fehltag im Alter wahrscheinlicher werden (vgl. hierzu bspw. Marschall et al. 2018, S. 13) und mit steigendem Alter die Chancen auf dem externen Arbeitsmarkt eingeschränkt sein können bzw. subjektiv als eingeschränkt wahrgenommen werden. Daten des «Staatssekretariats für Wirtschaft» (SECO) zeigen hierzu, dass ältere Arbeitnehmende (beim SECO in der Regel als 50+ definiert), unterproportional oft arbeitslos, gleichzeitig jedoch überproportional häufig von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen sind (vgl. SECO 2018, S. 3). Das kalendarische Alter ist auch deshalb relevant, weil eine nicht ideale Beschäftigung im Alter subjektiv erträglicher sein kann, wenn man kurz vor der Pensionierung steht und die Beschäftigung deshalb nur noch eine

49 In den Interviews äusserten sich dennoch viele Personen kritisch gegenüber den Arbeitgebenden, dem Case-Management oder vorgesetzten Personen.

50 Die 16 Fälle entsprechen nicht exakt den Personen aus dem SNIS-Projekt. Ein Interview konnte nicht verwendet werden, da die entsprechende Person in einer Phase vom Betrieb unterstützt wurde, in welcher der Betrieb noch kein BCM etabliert hatte. Dafür wurde ein anderes Interview in die Analyse aufgenommen, das im SNIS-Projekt keine Verwendung gefunden hatte, da es erst nach Abschluss der Analysen erhoben worden war.

überschaubare Zeitspanne betrifft. Die meisten Beschäftigten waren zum Zeitpunkt der Interviews schon länger im Betrieb beschäftigt. Ein möglicher Grund hierfür ist, dass Personen mit langjähriger Betriebszugehörigkeit in Betrieben eher unterstützt und weiterbeschäftigt werden (siehe Kapitel 3.3), weshalb sie innerhalb der Gruppe der Wiedereingegliederten im Verhältnis zur Gesamtbelegschaft überproportional vertreten sind. Diese und weitere zentrale Charakteristika sind in Tabelle 1 aufgeführt. Das Sample bildet über die Teilzeitarbeit hinaus keine atypischen Arbeitsverhältnisse ab.⁵¹ Die Untersuchung der Frage, wie Beschäftigte beispielsweise mit befristeten Arbeitsverträgen oder in Leiharbeit Wiedereingliederungsmassnahmen wahrnehmen, wie sie mit diesen umgehen und inwieweit diese Angebote überhaupt für diese Personen zugänglich sind, steht noch aus.

51 Zum Begriff der *atypischen Arbeitsverhältnisse* sei an dieser Stelle auf die Aufsätze von Kalleberg (2000), Kronauer (2013) und Hassler (2015a) verwiesen.

5.2 Datenerhebung: Qualitative Interviews

Alle Interviews sind von den Erhebungsstandards der entsprechenden wissenschaftlichen Disziplin geprägt (vgl. Reichertz 2016, S. 183). Deshalb wird an dieser Stelle dargelegt, wie die Daten erhoben wurden, um vor deren Interpretation zu prüfen, welche Rolle der Forschende, die Erhebungssituation und die Erhebungsinstrumente bei der Konstruktion der Daten gespielt haben.

Die Interviews wurden auf Basis eines Leitfadens geführt, der vom Forschungsteam des SNIS-Projekts gemeinsam erstellt wurde. Der Leitfaden bestand in seiner Struktur aus drei Teilen: eine erzählgenerierende Eingangsfrage, immanente Nachfragen und exmanente Nachfragen (vgl. Küsters 2014; Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014, S. 68–71; Rosenthal 2014, S. 513). Der Erzählstimulus lautete folgendermassen: *Könnten Sie mir bitte zunächst einmal möglichst ausführlich erzählen, wie es dazu kam, dass Sie mit dem Case-Management in Kontakt kamen und unterstützt wurden?* Diese Frage wurde am Anfang des Interviews nicht vorgelesen, sondern frei vorgetragen. In den Transkripten zeigen sich deshalb Abweichungen in der Formulierung der Frage sowie ein Zögern bei der Fragestellung und bisweilen ein Ringen nach den passenden Worten. Bohnsack (2015, S. 381) bezeichnet dies als «demonstrative Vagheit» und erachtet diese als wichtig, da dadurch «Respekt gegenüber dem Relevanzsystem und der Erfahrungswelt der Erforschten» zum Ausdruck komme.

Die Einstiegsfrage enthielt retrospektiv betrachtet einige «Präsuppositionen» (Helfferich 2011, S. 103). Bei allen befragten Personen war zwar vorab bekannt, dass sie vom Unternehmen bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz in irgendeiner Art und Weise begleitet worden waren. Ebenso wurden die Unternehmen danach ausgewählt, dass sie seit mindestens zwei Jahren ein Programm hatten, das sowohl Wiedereingliederungsmassnahmen als auch Prävention und Gesundheitsförderung umfasst. Dennoch nahm die Einstiegsfrage sehr viel vorweg, indem sie Unterstützung durch das Unternehmen als prinzipiell gegeben betrachtet. Helfferich (2011, S. 104) hat treffend darauf hingewiesen, dass sich Präsuppositionen nie «völlig vermeiden» lassen. Dennoch hätte die Einstiegsfrage offener formuliert werden können.

Auf diese Frage folgte in der Regel eine längere Erzählung, in der die wesentlichen Themen gesetzt wurden. Der Erzählstimulus wurde in den verschiedenen Interviews in ähnlicher Form verwendet, um analysieren zu können, welche Themen zu welchem Zeitpunkt durch die interviewten Per-

sonen gesetzt wurden und an welchen Punkten sie die Geschichte beginnen und wo enden lassen wollten (vgl. Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014, S. 68).

Auf die Eingangserzählung folgten immanente Nachfragen. Diese Nachfragen hatten zum Ziel, gewisse abgebrochene Erzählstränge nachzufragen, Präzisierungen einzufordern oder Verständnisfragen zu klären (vgl. Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014, S. 71). Im letzten Teil des Interviews wurden exmanente Nachfragen gestellt, also Fragen, die auf das Erkenntnisinteresse des SNIS-Projekts abzielten. Sie wurde nur dann gestellt, wenn die entsprechenden Themen nicht bereits in den ersten Teilen des Interviews thematisiert worden waren. Insgesamt waren im Leitfaden drei Nachfragen zu folgenden Themen vorgesehen: (1) Akteure, die Unterstützung bei der Wiedereingliederung leisteten, (2) Erleben der Rückkehr an den Arbeitsplatz und (3) Massnahmen des Betriebes, um die Gesundheit der Belegschaft zu erhalten. Insbesondere die ersten beiden Nachfragen beantworteten die Interviewten in der Regel bereits im offenen Erzählteil ausführlich und hinreichend. Die Nachfrage zu Massnahmen der Gesundheitsförderung wurde nicht kodiert und auch nicht analysiert, da die Antworten keinen Erkenntnisbeitrag für die vorliegende Fragestellung enthielten. Im Leitfaden vorgesehen war zudem eine Schlussfrage, um die «Ausstiegsinteraktion» (Kruse 2015, S. 273) zu erleichtern. Hierbei hatten die interviewten Personen die Gelegenheit, noch offen gebliebene Punkte anzusprechen und ein bilanzierendes Statement abzugeben.

Zusätzlich zum Leitfaden wurde ein Kurzfragebogen zu einigen soziodemografischen Angaben ausgehändigt.⁵² Ausserdem wurden die befragten Personen am Ende des Interviews gebeten, eine Einverständniserklärung zur Aufzeichnung und wissenschaftlichen Verwendung der Daten zu unterzeichnen, mit dem Hinweis, «dass der Widerruf der Einwilligung jederzeit möglich ist» (Kruse 2015, S. 274). Die befragten Personen erhielten ausserdem ein Blatt mit Informationen zum Forschungsprojekt sowie den Kontaktangaben der beteiligten Forschenden. Im Anschluss an die Interviews wurde jeweils ein *Postskript* (Witzel 1985, S. 238) angefertigt, in dem wesentliche Beobachtungen zum Interview, zur interviewten Person, sowie zur Phase vor und nach dem Interview festgehalten wurden.

52 Bei zwei Personen wurden die soziodemografischen Angaben versehentlich nicht erhoben. Mit Ausnahme des exakten Alters konnten diese Angaben jedoch anhand des Interviews hergeleitet werden. Das Alter musste für die Samplebeschreibung bei diesen beiden Personen geschätzt werden (siehe Tabelle 1 in Kapitel 5.1).

Bourdieu (1997, S. 780) hat darauf hingewiesen, die Befragungssituation sei – egal wie sehr im Rahmen der Befragung versucht werde, den Einfluss der Interviewsituation gering zu halten – stets eine soziale Interaktion, die «Effekte auf die Ergebnisse ausübt, die man erhält». Umso wichtiger ist es für die Analyse und Interpretation, die Rahmenbedingungen des Interviews transparent zu machen sowie die eigene Rolle als interviewende Person zu evaluieren.

Um die Interviewsituation angemessen reflektieren zu können, ist die Beantwortung der Frage elementar, ob und wie die interviewten Personen vorab über den Zweck des Interviews informiert wurden. In der Methodoliteratur wird dazu geraten, den Interviewten gegenüber «glaubwürdige Beweggründe» (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014, S. 62) für die Arbeit am Forschungsprojekt darzulegen, ohne dabei Hypothesen, theoretische Annahmen oder bereits vorliegende Erkenntnisse offenzulegen. In Vorbereitung auf das Interview wurden vorab per E-Mail folgende drei Punkte geklärt:

- › Team: Nennung der an der Forschung beteiligten Personen
- › Zielsetzung: Erweiterung der Kenntnisse über Disability-Management-Programme in Unternehmen mit dem Ziel der Weiterentwicklung dieser Programme, wovon (auch) die Arbeitnehmenden profitieren können.
- › Rahmung: Das Gespräch dauert eine bis eineinhalb Stunden, wird aufgezeichnet und anonymisiert.⁵³

Problematisch war insbesondere der zweite Punkt. Mit der Ankündigung, zur Weiterentwicklung von Disability-Management-Programmen beitragen zu wollen, signalisierte das Forschungsteam eine «Nähe» zu den Betrieben. Ausserdem sorgte der Begriff des Disability-Management bisweilen für Irritationen, weil die befragten Personen diesen Begriff verständlicherweise mit Behinderung in Verbindung brachten, sich selbst jedoch in der Regel nicht als behindert betrachteten. Zudem rückten durch die betriebsbezogene Einstiegsfrage und die Zielsetzung die Unternehmen ins Zentrum der Erzählung, wodurch gleichzeitig andere Akteure, beispielsweise Angehörige, medizinisches Fachpersonal oder die IV, in den Hintergrund traten. In den meisten Fällen spielte die Projektbeschreibung jedoch eine untergeordnete

53 Bereits das erste Interview sprengte diesen zeitlichen Rahmen deutlich, woraufhin zwei Stunden für die Interviews eingeplant wurden. Ausserdem wurde Zeit für Nachgespräche eingeplant (vgl. Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014, S. 65). In Einzelfällen kam es zu solchen informellen Gesprächen nach den Interviews. Diese wurden basierend auf den Erinnerungen in den Postskripten festgehalten.

Rolle, da die interviewten Personen diese meist nur oberflächlich gelesen hatten.

Mit den interviewten Personen wurde in der Regel telefonisch oder per E-Mail ein Interviewtermin vereinbart. Die Auswahl des Ortes war den interviewten Personen überlassen. Zur Auswahl stand das Zuhause der interviewten Person, ein neutraler Ort wie ein Sitzungszimmer an der Hochschule oder ein ungestörter Ort am Arbeitsplatz der interviewten Personen. Am häufigsten entschieden sich die interviewten Personen für ein Interview am eigenen Arbeitsplatz. Dies ermöglichte es, Einblicke in die Arbeitssituation zu bekommen. In fünf Fällen fanden die Interviews bei den interviewten Personen zu Hause statt. Personen, die sich für ein Interview zu Hause entschieden, taten dies aus unterschiedlichen Gründen: geringes Arbeitspensum, wechselnde Arbeitsorte ohne festen Arbeitsplatz oder andauernde Phasen der Rehabilitation mit Therapien.

Die Interviews fanden im Zeitraum von September 2014 bis April 2015 statt.⁵⁴ Die interviewten Personen wurden vor dem Interview darüber aufgeklärt, dass ihre Daten anonymisiert werden und wie mit den Interviews verfahren wird. Insbesondere wurde darauf hingewiesen, dass das BCM und andere betriebliche Akteure keine Auskunft über den Inhalt der Erzählungen erhalten.

Im Rahmen der Erhebung war auffallend, dass die Personen relativ wenig Mühe und Hemmungen hatten, über das eigene Leben und die Wahrnehmung des Eingliederungsprozesses zu berichten. Dies zeigte sich bereits in der Phase des «Joining» (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014), also beim ersten Aufeinandertreffen der interviewten und der interviewenden Person vor dem Eingangsstimulus. Die Begrüssungsinteraktion war in der Regel ausgesprochen freundlich. Die meisten Personen waren nicht verwundert darüber, dass sich jemand für «ihre Geschichte» interessierte. Auch war bei den Anfragen für Interviews die Bereitschaft im Allgemeinen sehr gross, am Projekt teilzunehmen. Ausgehend von Textpassagen in den Interviews war ausserdem auffallend, dass die befragten Personen es gewohnt waren, über das eigene Leben und den Wiedereingliederungsprozess zu berichten, da sie dies im Rahmen ihrer Eingliederungskarriere bereits gegenüber vielen verschiedenen Akteuren getan hatten. Dies kann am Beispiel von Reinhard Etter

54 Ich habe alle Interviews selbst geführt. Bei einem Interview war ich lediglich als Zweitinterviewer dabei.

gezeigt werden, der das Interview explizit mit dem Assessment im Rahmen des Case-Management vergleicht:

«Also das ist eigentlich so gewesen. Der Case-Manager, der ist zu mir nach Hause gekommen, an meinen Wohnort, ist bei mir vorbeigekommen und wir haben dieses Gespräch geführt. In ähnlicher Form ((schmunzelt)) wie das, was ich Ihnen jetzt eigentlich-. Ich habe einfach meine Sachen erzählt, meine Geschichte erzählt, wie das gegangen ist.» (Interview mit Etter)

Etter ist es scheinbar gewohnt, über Gesundheit, Arbeitsausfall und Wiedereingliederung, also über seine «Geschichte» zu berichten. So war es auch in anderen Interviews. Die Ausführungen der interviewten Personen können deshalb nicht mehr als «Stegreiferzählung» betrachtet werden, da die Personen zu «professionellen Erzählern» geworden sind» (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014, S. 84). Die in den Interviews präsentierte Geschichte ist folglich «theoretisch überformt» (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014, S. 84). Green et al. (2005) haben eine ähnliche Erfahrung bei den Geschichten von Menschen mit Behinderung gemacht:

«The stories they tell and the way in which they tell them have consequences in terms of both the acquisition of diagnostic labels and services and professional attitudes toward (and sometimes treatment of) the teller [...]. The professional judgments formulated on the basis of the tale and the telling can have profound and far reaching consequences in the tellers' lives.» (Green et al. 2005, S. 200)

Das spannende und ertragreiche für die hier präsentierte Forschung ist, dass die Selbstpräsentation aus den genannten Gründen mutmasslich derjenigen gleicht, die gegenüber dem BCM und anderen Akteuren im Rahmen der Wiedereingliederung vermittelt wurde. Dieser Umstand wurde bei der Interpretation der Daten berücksichtigt. Ähnlich wie Etter ordnet auch Dieter Vischer das Interview ein. Dies zeigt sich zu Beginn des Interviews:

I: «Ganz am Anfang würde mich grad interessieren, dass Sie vielleicht möglichst ausführlich erzählen könnten, wie es dazu gekommen ist, dass Sie vom Betrieblichen Case-Management, Gesundheitsmanagement, wie Sie mit dem in Kontakt gekommen sind und wie Sie von dem unterstützt worden sind. Also da

müssen Sie wirklich gerne auch richtig ausholen, dass wir einfach ein bisschen-»

V: das Geschichtchen erzählen.»

I: «Genau ja ((lachen)). Sicher nicht zum ersten Mal wahrscheinlich ((lachen)).»

V: «Genau ((lachen)), ganz genau. Also vor ziemlich genau einem Jahr, im April vom 2014, ist nach langer Zeit mein Gehör immer weniger geworden.» (Interview mit Vischer)

Am Beispiel von Vischer zeigt sich, wie dieser die umständlich gestellte Frage des Interviewers rasch versteht und genau zu wissen scheint, auf was das Gespräch hinauslaufen soll. Er hilft dem Interviewenden aus der Patsche, indem er vorschlägt, «das Geschichtchen» zu erzählen, wobei er davon ausgeht, dass der Interviewer weiss, was damit gemeint ist. Diese Sichtweise wird durch die Reaktion des Interviewers, der erleichtert mit «genau ja» antwortet, bestätigt. Dadurch ergeben sich erste Hinweise darauf, dass in den Interviews nicht bloss «wissenschaftliche Artefakte» generiert wurden, «die mit lebensweltlichen Realitäten nichts zu tun haben» (Kruse 2015, S. 281).

Es ist davon auszugehen, dass die Selbstpräsentation in den Interviews der Selbstdarstellung im Rahmen der Gespräche mit dem BCM oder der IV ähnlich ist. Ein weiteres Indiz hierfür ist der Umstand, dass mehrere interviewte Personen betonen, es sei wichtig, genaue Angaben zu machen. So holte beispielsweise eine Person einen Ordner aus dem Nebenraum, um die genauen Daten zu prüfen.

H: «Das Heim ist 2001 von der Stadt übernommen worden. Darf ich rasch das Dossier holen?»

I: «Ja klar ((lacht)).»

H: «Ich (?muss?) schon genaue Angaben machen ((man hört die Stimme von weit her)). Wissen Sie, das war ein so lebens einschneidender Moment und da gab es so extreme Veränderungen ((tritt wieder an den Tisch mit dem Dossier in der Hand)).» (Interview mit Heusler)

In anderen Interviews sind es insbesondere die medizinischen Befunde, die exakt und unter Zuhilfenahme der entsprechenden Fachausdrücke erläutert werden. In einem Fall kam es zum Versuch der Objektivierung von Krank-

heit: Der Interviewte präsentierte die Bilder der MRI-Untersuchung, um seine Beeinträchtigung zu verdeutlichen. Diese Verhaltensweisen im Rahmen des Interviews werden ebenfalls dahingehend interpretiert, dass die Personen im Wiedereingliederungsprozess gelernt hatten, exakte Angaben zu machen, um die Glaubwürdigkeit der Aussagen zu stärken und sich kooperativ und transparent zu zeigen.

Da in Interviews durch die Anwesenheit der Forschenden, durch die gestellten Fragen sowie durch verbale und nonverbale Reaktionen die Daten entscheidend mitkonstruiert werden, werden nachfolgend Überlegungen dargelegt, die den Interviewstil sowie das Verhältnis des Interviewers zur interviewten Person betreffen. Kritisch auf die Transkripte blickend, zeigt sich insbesondere das «Dilemma der Selbstpräsentation» (Hermanns 2015, S. 361, im Original kursiv), das darin besteht, dass sich die interviewende Person für eine gute Interviewführung «nicht so wissend und kenntnisreich zeigen [kann], wie [sie] zu sein glaubt» (Hermanns 2015, S. 361). So gelang es mir⁵⁵ unzureichend, Fremdheit zum Feld zu demonstrieren und ich stellte zu gewissen Aspekten, die ich aufgrund von Kenntnissen des Forschungsstandes und der rechtlichen Aspekte zur Eingliederung zu verstehen glaubte, keine Nachfragen, obwohl diese an einigen Stellen angezeigt gewesen wären. Dies hat auch mit meiner eigenen Biografie zu tun. Als Forscher, der zum Zeitpunkt des Interviews deutlich jünger als alle interviewten Personen war, wurde ich durch die befragten Personen häufig als Studierender adressiert, der wohl «irgendeine Qualifikationsarbeit» schreiben muss und zu diesem Zweck ein paar Interviews führt.⁵⁶ Auf diese Erwartung reagierend, versuchte ich mich als Kenner des Feldes zu positionieren, was in der einschlägigen Methodendliteratur gerade nicht empfohlen wird. So schreiben Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014, S. 69) hierzu: «Nicht der Forscher präsentiert sich als Experte für die Themen und Gebiete, nach denen er fragt, vielmehr räumt er diesen Status den interviewten Personen ein.» Besonders gelungen ist hingegen der freie Umgang mit dem Interviewleitfaden. Den interviewten Personen wurde die Möglichkeit geboten, das Interview mit der Eingangserzählung in eine

55 An dieser Stelle folgt ein kurzer Wechsel der Textform. Der nachfolgende Abschnitt ist als Ich-Erzählung formuliert, um zu verdeutlichen, dass hier die persönliche Biografie eine Rolle spielte.

56 Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014, S. 77) raten dazu, in den Interpretationen die Geschlechterverhältnisse im Interview stets zu reflektieren und sich zu überlegen, wie Geschlecht die Datenerhebung beeinflusst haben könnte. In meinem Fall scheint jedoch Alter das weitaus wichtigere Merkmal gewesen zu sein, das entscheidenden Einfluss auf die Interviewsituation ausübte.

bestimmte Richtung zu lenken und *ihre* Geschichte mit ihrem spezifischen Ausgangs- und Endpunkt zu erzählen.

Während des Interviews wurden die Primärdaten (das Gespräch) mit einem digitalen Recorder aufgezeichnet und dabei «Sekundärdaten» (Kowal und O’Connell 2015, S. 440) produziert.⁵⁷ Laut Flick (2010, S. 372) zeugt der Umstand, dass sich Aufnahmegeräte «auch im Alltag verbreitet haben», davon, dass sie «den Charakter des Ungewohnten weitgehend verloren» haben. Diese Annahme scheint etwas kühn zu sein, denn trotz der weiten Verbreitung von technischen Geräten, die eine Aufzeichnung erlauben, werden Gespräche in der Regel noch selten explizit und mit einem sichtbaren Gerät aufgezeichnet. Die Ankündigung einer Aufzeichnung hat also nach wie vor eine gewisse Bedrohlichkeit für die betroffenen Menschen oder sorgt zumindest für eine temporäre Irritation. Mit dem Hinweis, die Aufzeichnungen würden dafür benötigt, das Gesprochene anschliessend zu verschriftlichen und auszuwerten, konnte den Interviewten jedoch relativ problemlos plausibel gemacht werden, weshalb eine Aufnahme nötig ist. Auch hierbei half der Umstand, dass es sich um professionelle Erzählende handelte.

Die Sekundärdaten wurden anschliessend transkribiert und dadurch in «Tertiärdaten» (Kowal und O’Connell 2015, S. 441) überführt. Der in der Mehrheit der Interviews verwendete Schweizer Dialekt wurde bei der Transkription ins Standardhochdeutsche übertragen. Die im vorliegenden Buch präsentierten Ausschnitte aus den Transkripten sind sprachlich geglättet und hinsichtlich der Interpunktion und Orthografie an die geltenden Konventionen angepasst. Die hier vorgenommenen Anpassungen vermindern zwar die Genauigkeit der Tertiärdaten und erhöhen dafür im Gegenzug die Lesbarkeit des Buchs (vgl. Meyer und Meier zu Verl 2014, S. 253). Die im Buch verwendeten Transkriptionsregeln sind in Tabelle 2 aufgeführt.

Die Namen der 16 interviewten Personen sowie die Betriebe, in denen sie arbeiten, wurden pseudonymisiert (siehe Tabelle 1 in Kapitel 5.1), um die Lesbarkeit zu erhöhen (vgl. Meyer und Meier zu Verl 2014, S. 255). Ebenso wurden Ortsangaben von Kliniken, Praxen, Betrieben und Hinweise zum Wohnort anonymisiert. Die Herausforderung in diesem Zusammenhang besteht darin, «den Fall in seiner Einzigartigkeit zu verschleiern [und] dabei dennoch seine Typik beizubehalten und deutlich zu machen» (Reichertz 2016,

57 Die Daten wurden auf einem in der Schweiz befindlichen Server der Fachhochschule Nordwestschweiz gespeichert. Dieses Vorgehen schützt vor Datenverlust und gewährleistet zugleich den Datenschutz.

S. 169). Die hier vorgenommene Pseudonymisierung richtet sich nach aussen und soll «verhindern, dass die Öffentlichkeit oder Institutionen den Fall und die in ihn verwickelten Personen identifizieren können» (Reichertz 2016, S. 169). Zugleich ist es nicht auszuschliessen, dass die befragten Personen sich selbst wiedererkennen, was angesichts der geringen Fallzahl nur schwer zu vermeiden und auch nicht problematisch ist. Reichertz (2016, S. 170) zufolge wäre bei einer Analyse, in der sich die Personen und ihr engstes Umfeld selbst nicht wiedererkennen würden, ohnehin etwas falsch gelaufen.

Tabelle 2: Transkriptionsregeln

I:	interviewende Person
E:	interviewte Person (Erster Buchstabe des Nachnamens)
-	Wort- oder Satzabbruch
//ja//	in den Ausführungen des anderen Sprechenden eingeschobener/überschneidender Redebeitrag
((lachen))	aussersprachliche Handlungen, Ereignisse, Störungen
(?HR?)	vermuteter Wortlaut
(??)	unverständlicher Redebeitrag
[...]	Auslassung im Transkript
mhm, hmhm	Bejahung, Verneinung
Metallgstädtli	Dialektausdruck, Fremdwort
[der Vorgesetzte]	Ergänzungen des Verfassers zur besseren Verständlichkeit des Manuskripts
{Name}	Anonymisierung

Weitgehend übernommen von Kruse (2014, S. 362 f.).

5.3 Moralische Karriere als Analyseheuristik

Für die Datenanalyse wird als heuristischer Rahmen das Karrierekonzept verwendet, das eine reichhaltige Forschungstradition in der Soziologie aufweist.⁵⁸ Erstmalige Verwendung fand der Karrierebegriff bei Mannheim, der ihn folgendermassen definierte:

«Die Karriere ist dadurch charakterisiert, daß die in ihr erreichbaren a) Verfügungsgewalten (in Gestalt des Einkommens, des Gehaltes), b) Wirkungschancen (Wirkungsbereich, Befehlsgewalt), c) soziales Prestige des Erfolges apriori rationiert und gestaffelt sind.» (Mannheim 2009 [1930], S. 186)

58 Die Idee, die Wiedereingliederung als (moralische) Karriere zu betrachten, verdanke ich PD Dr. Peter Streckeisen.

Mannheims Überlegungen sind eng an die Amtskarriere in der öffentlichen Verwaltung geknüpft. Je nach Stufe der Karrieren sind die Möglichkeiten des eigenen Tuns und der erreichbaren Wirkung eingeschränkt und die durch die Karriere vorgegebene Chancen können lediglich mit dem «eigenen Geiste erfüllt» werden (Mannheim 2009 [1930], S. 187). Der Begriff Karriere dient folglich dazu, organisationale Strukturen und die Persönlichkeit eines Menschen in ein Konzept zu fassen. Diese Vorstellung findet sich auch im Karrierebegriff Goffmans wieder. Für Goffman besteht der Vorteil des Karrierebegriffs darin, dass er es ermöglicht, zwischen Struktur und Selbst(-bild) hin und her zu wechseln, sie aufeinander zu beziehen und ihren wechselseitigen Einfluss aufeinander zu untersuchen. «Der Begriff der Karriere erlaubt uns also, uns zwischen dem persönlichen und öffentlichen Bereich, zwischen dem Ich und der für dieses relevanten Gesellschaft hin und her zu bewegen» (Goffman 1973, S. 127).

Hughes (1937, S. 409) erweiterte den theoretischen Ansatz Mannheims und beschrieb sein Karrierekonzept unter anderem anhand des Verhaltens und der Entwicklung von Kindern. In einer Gesellschaft gibt es Hughes zufolge für jedes Alter des Kindes ein angemessenes Verhalten. Die «normale» Entwicklung eines Kindes beinhaltet in variablen Abständen einen Übergang von einem Status zum nächsten. Die Phasen seien nicht alle gleich lang und die Vorbereitung auf die nächste Stufe brauche jeweils ein wenig Zeit (vgl. Hughes 1937, S. 409). Hughes bezeichnet das als *Karriere* der Persönlichkeitsentwicklung des Kindes und unterscheidet ein objektives und subjektives Verständnis von Karriere: *Objektiv* besteht eine Karriere aus einer Abfolge von Statuspositionen (vgl. Hughes 1937, S. 409). Sie repräsentieren «sozial erwünschte Ablaufmuster, zeitliche Normen, die angeben, in welcher Reihenfolge bestimmte (altersgemäße) Positionen, Leistungen und Pflichten übernommen werden sollen» (Ludwig 1996, S. 26). *Subjektiv* betrachtet ist Karriere, die sich verändernde Perspektive eines Individuums auf sein Leben und die sich wandelnde Interpretation von Handlungen und Dingen, die ihm passieren (vgl. Hughes 1937, S. 409 f.).

Die Betrachtung der Amtskarrieren sowie der Karrieren der Persönlichkeitsentwicklung von Kindern könnten dazu verleiten, sich Karrieren stets als aufwärtsgerichtet vorzustellen. Karrieren können jedoch auch abwärtsgerichtet sein. Cressey zeigte dies beispielsweise in einem Aufsatz aus den 1930er Jahren über sogenannte Taxitänzerinnen, die dafür bezahlt werden, mit Männern zu tanzen (vgl. Becker und Strauss 1956, S. 258). Während in Mannheims

Konzept das Alter einen positiven Effekt auf die Karrierechancen hat, ist es bei den Taxitänzerinnen umgekehrt: Sie werden mit fortschreitendem Alter als weniger attraktiv wahrgenommen, deshalb sinken ihre Verdienstmöglichkeiten. «The taxis dancer starts at the top, from which the only movement possible is down or out.» (Becker und Strauss 1956, S. 258) Karrieren können demnach abwärts- oder aufwärtsgerichtet sein. In dem einen Fall ist das Alter eine Ressource und in dem anderen Fall eine Hypothek.⁵⁹

Goffman (1973, S. 129), ein Schüler von Hughes, führte den Begriff der *moralischen Karriere* ein. Stärker als Hughes betont Goffman die unweigerliche Verformung und Beschädigung des Selbst im Laufe bestimmter Karrieren. Er erklärt dies am Beispiel der «totalen Institution» (Goffman 1973). Das zentrale Merkmal totaler Institutionen ist, dass die üblicherweise existierende Separation zwischen den Lebensbereichen des Schlafens, Spielens und Arbeitens dort nicht besteht. Alles wird am selben Ort und unter Aufsicht derselben Personen getan (vgl. Goffman 1973, S. 17). Dabei besteht «eine fundamentale Trennung zwischen einer großen, gemanagten Gruppe, treffend «Insassen» genannt, auf der einen Seite, und dem weniger zahlreichen Aufsichtspersonal auf der anderen» (Goffman 1973, S. 18).⁶⁰ Für Goffman kommt es in diesen Institutionen zu schmerzhaften Statuszuschreibungen, die Spuren in der Persönlichkeit und der Identität der Insassinnen und Insassen hinterlassen. Dies geschieht durch «Sozialisationsprozesse» (Raab 2014, S. 99), in denen sowohl primäre als auch sekundäre Anpassungen an die Organisation stattfinden (vgl. Goffman 1973, S. 185). Im Rahmen der primären Anpassungen wird das Individuum «zum «normalen», «programmierten» oder zugehörigen Mitglied» (Goffman 1973, S. 185). Es erfüllt die vorgesehene soziale Position und Rolle und verhält sich entsprechend der Erwartungen der Institution. Mit dem Begriff der sekundären Anpassung bezeichnet Goffman

«[...] ein Verhalten, bei welchem das Mitglied einer Organisation unerlaubte Mittel anwendet oder unerlaubte Ziele verfolgt, oder beides tut, um auf diese Weise die Erwartungen der Organisation hinsichtlich dessen, was er tun sollte und folglich was er sein sollte, zu umgehen. Sekundäre Anpassung stellt eine Möglichkeit

59 Der Karrierebegriff wurde in der Vergangenheit neben der klassischen Forschung zu Berufs- und Aufstiegskarrieren (vgl. Becker 1952; Becker und Strauss 1956; Bühlmann 2010; Dalton 1951; Hall 1948) auch zur Erforschung von Karrieren der Devianz (vgl. Becker 2014; Goffman 1973, 1975), Armutskarrieren (vgl. Ludwig 1996), Karrieren im Sozialhilfebezug (vgl. Paugam 2013) sowie Krankheitskarrieren (vgl. Gerhardt 1976) benutzt.

60 Für einen kritischen Blick auf Goffmans Studie siehe beispielsweise Weinstein (1982).

dar, wie das Individuum sich der Rolle und dem Selbst entziehen kann, welche die Institution für es für verbindlich hält.» (Goffman 1973, S. 185)

Die Begriffe der primären und sekundären Anpassung sind ausgesprochen neutral angesichts des Einflusses, den diese Prozesse auf das Leben der betroffenen Menschen haben. Die Verwendung derartiger neutraler Begrifflichkeiten für die analysierten Vorgänge in totalen Institutionen diskutierte Becker, ein Studienkollege Goffmans, in einem Zeitschriftenbeitrag. Becker (2003) zufolge verwendet Goffman bewusst technische, für den Gegenstand nicht gebräuchliche Begriffe, da die in einem bestimmten Feld bereits etablierten Begriffe bei den Forschungsrezipierenden viele Assoziationen wecken würden und beispielsweise die Sprache des Feldes der Psychiatrie wesentlich durch Betreuungspersonen, Ärztinnen und Ärzte sowie Leitungspersonen geprägt sei. Die sprachliche Lösung dieses Problems durch Goffman bestehe darin, neutrale Begriffe zu wählen, die weniger Assoziationen wecken und zugleich einfacher Vergleiche und Generalisierungen ermöglichen würden (vgl. Becker 2003, S. 660–664). So erlaubt der Begriff der totalen Institution die Untersuchung und Herausarbeitung von Gemeinsamkeiten von an sich unterschiedlichen Dingen wie Klöstern, Psychiatrien, Altersheimen, Internaten, Arbeitslagern, Sanatorien, Gefängnissen sowie Kasernen (vgl. Goffman 1973, S. 16). Daraus ergeben sich Becker zufolge auch (wünschenswerte) Folgen für die moralische Bewertung der Resultate: «This judgment leads, inevitably, to blaming organizations rather than individuals, and not even to blaming the organizations for doing what they have to do under the circumstances in which they exist.» (Becker 2003, S. 669)

Die nachfolgenden Darstellungen von Karrieren beziehen sich insbesondere auf Hughes' und Goffmans Karriereverständnis. Von Hughes wird dabei in erster Linie die Unterscheidung in objektive und subjektive Karrieren übernommen. Bei einer *objektiven Karriere* wird die Abfolge der Statuspositionen, bei der *subjektiven Karriere* hingegen die veränderte Wahrnehmung und Perspektive auf das eigene Selbst sowie die Umwelt untersucht. Von Goffman wird der Begriff der *moralischen Karriere* übernommen, mit dem er die erzwungenen Anpassungen des Selbst unter bestimmten institutionellen Bedingungen betont.

Dieses Karrierekonzept dient nicht nur als Analyseheuristik, sondern wirkt sich zugleich auf die Struktur der Ergebnispräsentation aus, die sich entlang der objektiven Karrierepositionen der Wiedereingliederung aufbaut.

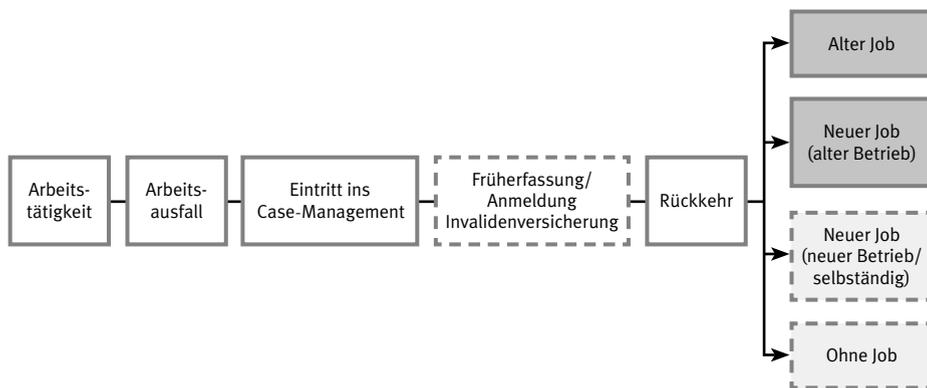
Im Sinne Goffmans werden dabei «[e]inmalige Resultate [...] zugunsten derjenigen Veränderungen vernachlässigt, die für alle Mitglieder einer sozialen Kategorie grundlegend und allgemein gültig sind» (Goffman 1973, S. 127). Diese Vorgehensweise bringt auch Nachteile mit sich. So geraten durch diese Orientierung an den überindividuellen Verläufen individuelle Spezifitäten und Abweichungen aus dem Fokus. So wird beispielsweise an keiner Stelle im Buch eine individuelle Karriere vollständig dargelegt. Als Ergänzung zu dieser Studie sind deshalb Untersuchungen vonnöten, die sich stärker mit den individuellen Verläufen und Biografien befassen.

Die objektive Karriere der Wiedereingegliederten kann in verschiedene Karrierepositionen eingeteilt werden (siehe Abbildung 5). Die erste Position ist die *Arbeitstätigkeit* vor dem Arbeitsausfall. Sie ist immanenter Teil der Wiedereingliederung und wesentlicher Einflussfaktor für die nachfolgende Karriere (vgl. hierzu auch Andersen et al. 2012, S. 100).⁶¹ Die darauffolgende Position ist der *Arbeitsausfall*, also das längere Fernbleiben von der Arbeitsstelle. Dabei suchen alle Betroffenen ihren Hausarzt oder ihre Hausärztin auf, da sie ein Arztzeugnis benötigen und oftmals folgt ein Aufenthalt in einer therapeutischen Klinik oder einer Rehaklinik. Die nächste Statusposition wird durch den Beginn des *Case-Management-Prozesses* eingeleitet und führt in vielen Fällen dazu, dass die Betroffenen ihre Perspektive auf das eigene Leben und die Umwelt anpassen müssen. Ein weiterer Karriereschritt, der allerdings nicht bei allen Personen stattfindet (daher die gestrichelte Linie in der Abbildung 5), ist die *Früherfassung* oder die *Anmeldung* bei der IV. Die letzte Position ist schliesslich die *Rückkehr* an den alten oder einen neuen Arbeitsplatz im Unternehmen, mit oder ohne Teilrente der IV. Hiermit ist nicht der konkrete Tag gemeint, an dem die Person das erste Mal wieder im Betrieb anwesend ist, sondern der Prozess der Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit (vgl. Tjulin et al. 2010, S. 319). Denkbare alternative Statuspositionen

61 Dieser Phase ist kein eigenes Kapitel gewidmet. Im Laufe der Interpretation wird an passenden Stellen dargelegt, wie die Arbeitssituation vor dem Arbeitsausfall ausgesehen hat. Die Darstellung der vorhergehenden Arbeitssituation in Verbindung mit Angaben zur sozialen Position der Akteure ist zentral, um in der Analyse über die subjektiven Erfahrungen der Akteure hinauszugehen. Bourdieu (1979, S. 150) zufolge ist dieser Bruch mit der Primärerfahrung der Akteure absolut notwendig, denn «jede Soziologie oder Philosophie, die den Standpunkt der «Akteure» mit ihren «Sinnattributionen» in den Mittelpunkt stellt, [droht] zur bloßen Mitschrift jener unreflektierten Beziehungen zu werden, die die sozialen Agenten zu ihren eigenen Praktiken und Wünschen unterhalten, zu einer simplen Fortschreibung der Welt, wie sie ist, zu einer Rechtfertigungsideologie der bestehenden Verhältnisse» (Eribon 2016, S. 45).

zur Rückkehr an den Arbeitsplatz sind der Arbeitsplatzverlust (mit oder ohne IV-Rente) oder die Eingliederung an einen Arbeitsplatz in einem anderen Betrieb. Diese Ergebnisse des Wiedereingliederungsprozesses wurden im Rahmen der vorliegenden Studie nicht untersucht, da die Fälle (bspw. in Bezug auf den Grund für den Arbeitsausfall) bereits sehr heterogen sind und die Hinzunahme von Karrieren mit anderem Ausgang die Analyse auf nicht absehbare Weise erschwert hätte.

Abbildung 5: Objektive Karriere der Wiedereingegliederten



Die Orientierung an diesem objektiven Karrieremodell evoziert zwangsläufig die Vorstellung, die einzelnen Karriereschritte würden schrittweise und disjunkt aufeinander folgen. Diese Sichtweise wird durch die Gliederung der vorliegenden Arbeit verstärkt. Allerdings sind die konkreten Verläufe der Karrieren (sowohl tatsächlich als auch in den Interviews) weniger schematisch, das heisst, die einzelnen Karriereschritte greifen ineinander und überlagern sich gegenseitig. Die Aufteilung in abgeschlossene Karriereschritte ist als Versuch zu verstehen, die Eingliederungskarriere in einzelne Elemente aufzudröseln, um diese besser verstehbar zu machen, ohne dabei die Vorstellung vermitteln zu wollen, eine Eingliederung laufe strikt und zwangsläufig nach einem bestimmten Schema ab.

Entlang dieser objektiven Karrierepositionen entfalten sich moralische Karrieren der Wiedereingliederung, die anhand des empirischen Materials rekonstruiert und in den Kapiteln zur empirischen Analyse (Kapitel 6 bis Kapitel 9) präsentiert werden.

5.4 Grounded Theory als Analysemethodologie

Die Datenauswertung orientierte sich an der *Grounded-Theory-Methodologie* (GTM). Die GTM wurde in den 1960er Jahren von Barney G. Glaser und Anselm L. Strauss entworfen, die das Verfahren in Abgrenzung zu in jener Zeit vorherrschenden soziologischen Grosstheorien einerseits und standardisierter empirischer Sozialforschung andererseits entwickelten (vgl. Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014, S. 192). Glaser und Strauss strebten eine «enge Verschränkung von empirischer Forschung und Theoriebildung» an (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014, S. 192). Zunächst arbeiteten sie zusammen. Später entwickelten sie weitgehend unabhängig voneinander unterschiedliche Varianten und Präzisierungen des Forschungsstils (vgl. Mey und Mruck 2011, S. 16; Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014, S. 191). Die Untersuchung folgt insbesondere der von Anselm L. Strauss und Juliet Corbin geprägten Präzisierung der GTM.

Corbin und Strauss (1990) zufolge gibt es zwei auf dem Pragmatismus und dem symbolischen Interaktionismus gründende Prinzipien, die zentral für die GTM sind. Das erste Prinzip ist der den untersuchten Phänomenen unterstellte Prozesscharakter (*change*). «Since phenomena are not conceived of as static but as continually changing in response to evolving conditions, an important component of the method is to build change, through process, into the method.» (Corbin und Strauss 1990, S. 5) Diese Prozesshaftigkeit bezieht sich nicht nur auf die untersuchten Phänomene, sondern auch darauf, wie Individuen auf veränderte Bedingungen reagieren. Das führt zum zweiten Prinzip: Im Rahmen der GTM wird sowohl strikter Determinismus als auch Nicht-Determinismus abgelehnt.

«Actors are seen as having, though not always utilizing, the means of controlling their destinies by their responses to conditions. They are able to make choices according to their perceptions, which are often accurate, about the options they encounter.» (Corbin und Strauss 1990, S. 5)

Diese beiden Grundprinzipien korrespondieren mit dem als analytische Heuristik verwendeten Karrieremodell (siehe Kapitel 5.3). Sowohl die Prozesshaftigkeit als auch die Frage, wie die Individuen auf die sich verändernden Kontextbedingungen reagieren, sind Grundmerkmale der GTM und des Karrieremodells.

Das Ziel der GTM ist die Entwicklung einer theoretischen Erklärung für ein Phänomen (vgl. Corbin und Strauss 1990, S. 5). Zentral für die Theorieentwicklung im Rahmen der GTM ist ein dreistufiger Prozess, der aus dem offenen, dem axialen sowie dem selektiven Kodieren besteht (vgl. Corbin und Strauss 1990, S. 12).⁶²

Die Analyse begann mit einer ersten Phase des *offenen Kodierens*, womit der Prozess «des Aufbrechens, Untersuchens, Vergleichens, Konzeptualisierens und Kategorisierens von Daten» gemeint ist (Strauss und Corbin 1996, S. 43). Das Ziel des offenen Kodierens ist die «Entwicklung von Konzepten in Auseinandersetzung mit dem empirischen Material» (Strübing 2014, S. 16). Diese Konzepte wurden sehr nah am empirischen Datenmaterial entwickelt. Hierbei spielt die theoretische Sensibilität eine wichtige Rolle, womit «ein Bewußtsein für die Feinheiten in der Bedeutung von Daten» (Strauss und Corbin 1996, S. 25) gemeint ist. Die theoretische Sensibilität kann sich aus verschiedenen Quellen speisen, unter anderem aus der persönlichen oder beruflichen Erfahrung, aus den während des Kodierens entwickelten Konzepten sowie aus der Literatur (vgl. Strauss und Corbin 1996, S. 25 f.). Stärker als bei Corbin und Strauss vorgesehen, wurden bereits zu einem frühen Zeitpunkt als passend erscheinende theoretische Konzepte in die Analyse miteinbezogen. Diese erlaubten es einerseits, das Material besser zu strukturieren, und ermöglichten es andererseits, Fragen an das Material zu stellen und damit das Aufbrechen des Materials zu unterstützen. Das Vorgehen entspricht dem von Kelle und Kluge (2010) bildhaft skizzierten Prozess: «Die Entwicklung neuer Konzepte anhand empirischen Datenmaterials ist [...] eine Art ‚Zangengriff‘, bei dem der Forscher oder die Forscherin sowohl von dem vorhandenen theoretischen Vorwissen als auch von empirischem Datenmaterial ausgeht.» (Kelle und Kluge 2010, S. 23) Um zu verdeutlichen, dass die theoretischen Bezugnahmen erst im Laufe der Analyse hergestellt und nicht a priori ans Material herangetragen wurden, gibt es kein gesondertes Theoriekapitel. Die aus dem Material entwickelten theoretischen Bezüge sind stattdessen direkt an den entsprechenden Stellen in die Analysekapitel eingeflochten.

62 Wesentlich für die GTM ist ausserdem die Verschränkung von Datenerhebung und Datenauswertung (vgl. Corbin und Strauss 1990, S. 6). In dieser Untersuchung war die Datenauswertung der Datenerhebung zeitlich nachgelagert, da aus dem zugrundeliegenden Forschungsprojekt bereits ein Datenvorrat vorliegend war und dieser genutzt werden konnte. Ein weiterführendes theoretisches Sampling (Strauss 1998, S. 70) wurde im Laufe der Analyse nicht als notwendig erachtet, da die Kategorien mit dem vorliegenden Datenmaterial bereits hinreichend ausgearbeitet werden konnten.

Im Rahmen des offenen Kodierens wurde zu Beginn der Datenauswertung Zeile für Zeile kodiert (vgl. hierzu Strauss und Corbin 1996, S. 53). Einzelne Anfangssequenzen von Interviews wurden in einer Analysegruppe⁶³ ausgewertet. Dieses Vorgehen half dabei, das Datenmaterial aufzubrechen. Zusätzlich wurden in der Anfangsphase der Datenanalyse detaillierte Fallbeschreibungen erstellt, um den individuellen Verlauf der Eingliederung nicht aus den Augen zu verlieren. Im Laufe des offenen Kodierens wurden aus Konzepten erste vorläufige Kategorien entwickelt, das sind Konzepte mit einem höheren Abstraktionsgrad (vgl. Corbin und Strauss 1990, S. 7).

Parallel zum offenen Kodieren wurden erste Zusammenhänge zwischen Kategorien herausgearbeitet. Die entspricht der Technik des *axialen Kodierens*. Beim axialen Kodieren geht es um die Erarbeitung «eines phänomenbezogenen Zusammenhangmodells, das heisst, es werden qualifizierte Beziehungen zwischen Konzepten [und Kategorien] am Material erarbeitet und im Wege kontinuierlichen Vergleichens geprüft» (Strübing 2014, S. 16). Das Ergebnis dieses Analyseschritts sind vorläufige Interpretationen, die fortwährend an den weiteren Daten überprüft werden müssen.

Eine weitere Technik der GTM ist das *selektive Kodieren*. Hierunter verstehen Strauss und Corbin (1996, S. 94) das Auswählen einer Kernkategorie, die Ausarbeitung der Beziehungen zu anderen Kategorien, das Prüfen der erarbeiteten Beziehungen, die Identifikation weiterer ergänzender Kategorien sowie die Verfeinerung bestehender Kategorien. Damit die verschiedenen Kategorien in eine Theorie integriert und eine Schlüsselkategorie identifiziert werden kann, muss ein roter Faden für die Präsentation der Theorie festgelegt werden (vgl. Strauss und Corbin 1996, S. 96). Im vorliegenden Fall ergab sich der rote Faden aufgrund des Karrieremodells. Jeder Karriereposition wurden relevante Kategorien zugeordnet. Dabei wurde im Sinne des selektiven Kodierens versucht, Muster entlang der Dimensionen der Kategorien zu identifizieren (vgl. Strauss und Corbin 1996, S. 108 f.). Ziel der Datenanalyse war es, die verschiedenen Karrierepositionen anhand der zentralen Kategorien zu beschreiben, unterschiedliche moralische Karrieren herauszuarbeiten sowie zu identifizieren, mit welchen individuellen Handlungsstrategien die Menschen auf die strukturellen Rahmenbedingungen der Wiedereingliederung reagieren.

63 Hierbei möchte ich Muriel Keller, Sandra Lang sowie Cecilia Cãceda meinen Dank aussprechen für die wertvollen Hinweise hinsichtlich der Interpretation der Anfangssequenzen einzelner Interviews.

TEIL III

EMPIRISCHE ANALYSE – KARRIEREN DER WIEDEREINGLIEDERUNG

6 Arbeitsausfall

Der Wiedereingliederungsprozess kann aus zwei Gründen nicht ohne eine Betrachtung des Arbeitsausfalls auskommen: Erstens bestimmt der Arbeitsausfall den Ausgangspunkt der Wiedereingliederung. Zweitens beginnen die meisten interviewten Personen ihre Wiedereingliederungsnarration mit der Darlegung des Arbeitsausfalls. Ein Arbeitsausfall ist als lange andauerndes Fernbleiben vom Arbeitsplatz definiert, das in der Regel dazu führt, dass sich Individuen selbst zwangsläufig als (zumindest temporär) leistungsbeeinträchtigt beschreiben. Zugleich verlangt die Abwesenheit am Arbeitsplatz in der Regel eine medizinische Legitimation in Form eines Arzzeugnisses.

Nachfolgend werden die Fragen der Selbstzuschreibung von Krankheit und Beeinträchtigung, des Stigmas von Leistungsbeeinträchtigung am Arbeitsplatz sowie der Offenlegung von Krankheit und Beeinträchtigung im Arbeitskontext anhand des empirischen Datenmaterials und unter Bezugnahme auf theoretische Konzepte behandelt. Zunächst wird untersucht, auf welchen Wegen die Menschen zu einer veränderten Einschätzung ihrer eigenen Leistungsfähigkeit kommen (Kapitel 6.1). Anschliessend wird dargelegt, inwiefern Krankheit und Leistungseinschränkung am Arbeitsplatz stigmatisiert sind (Kapitel 6.2), um abschliessend Fragen der Offenlegung von Krankheit und Beeinträchtigung am Arbeitsplatz zu diskutieren (Kapitel 6.3).

6.1 Leistungsfähigkeit: Drei Formen der Zuschreibung

Zu Beginn des Arbeitsausfalls, also des Fernbleibens vom Arbeitsplatz steht in den meisten Fällen die (Fremd- oder Selbst-)Zuschreibung, in der Leistungsfähigkeit eingeschränkt zu sein.⁶⁴ Die Einschätzung der Leistungsfähigkeit im (Arbeits-)Alltag ist jedoch kein selbstreflexiver Prozess, vielmehr beruht die Einschätzung auf konkreten Erfahrungen wie der Einweisung in eine Klinik, dem Erhalten einer ärztlichen Diagnose oder einer Krankschreibung. Sie kann darüber hinaus auch auf Erfahrungen in sozialen Interaktionen am Arbeitsplatz gründen. Im untersuchten Datenmaterial liessen sich drei verschiedene Prozesse identifizieren, wie Personen bei der Arbeit ausfallen: Ärztlich diagnostizierte Leistungseinschränkung (Kapitel 6.1.1),

64 Das ist nicht bei allen Arbeitsausfällen so. Es gibt Personen, die ihre Leistungsfähigkeit nicht als beeinträchtigt oder verändert einschätzen und dennoch am Arbeitsplatz ausfallen (siehe Kapitel 6.1.3).

Verletzung arbeitsplatzbezogener Normen (Kapitel 6.1.2) sowie der Spezialfall der Arbeitsunfähigkeit ohne zugeschriebene Leistungseinschränkung (Kapitel 6.1.3).

6.1.1 Medizinische Diagnose

Viele Interviewte markieren eine *medizinische Diagnose* oder einen folgenschweren Unfall als Startpunkt, an dem sie beginnen, sich als leistungsbeeinträchtigt wahrzunehmen. In diesen Fällen ist die Beeinträchtigung oder die Diagnose mit vergleichsweise eindeutig definierten Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz verknüpft. Ein Beispiel hierfür ist der 35-jährige Werner Neuert, der bis zu einem folgenschweren Motorradunfall als IT-Fachperson bei einem Schienenverkehrsbetrieb arbeitete. Neuert schildert den Beginn der Leistungsbeeinträchtigung zurückblickend folgendermassen:

*«Der Unfall ist schwer gewesen. Ich habe, ich zähle mal auf. Ein paar Hirnblutungen hat es gegeben //mh// Also ist eigentlich vom Röntgenbild, also vom *Spintibild* [Kernspintomografie] ((lachen)) hat es relativ weisse Flecken drauf. Ich habe [...] auf der linken Seite eine Rippenserienfraktur gehabt. Ich habe jetzt so ein *Metallstädtli*, wo man versucht, den Knochen zusammen, oder was auch immer. Hier oben ist auch durch, der ganze Bauchraum ist gequetscht gewesen. Also alles was hier drin ist, plus die Aorta vom Bauchraum ist auch gequetscht gewesen, also zum Glück nicht gebrochen sonst, Feierabend.»* (Interview mit Neuert)

Sowohl für Neuert selbst als auch für die relevanten Akteure im Spital und im Betrieb stellt sich zu keiner Zeit die Frage, ob Neuert in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Hierfür existiert eine Vielzahl von eindeutig objektivierbaren Anhaltspunkten wie verschiedene betroffene Körperteile, Visualisierungen von inneren Schädigungen (Kernspintomografie) sowie gebrochene Knochen (Röntgenbilder). Diese Auflistung symbolisiert die Schwere der Beeinträchtigung. Bei Neuert stellt sich mit dem Unfall relativ abrupt das Gefühl ein, leistungsbeeinträchtigt zu sein.

Die eigene Beurteilung kann im Falle medizinischer Diagnosen jedoch auch graduell verlaufen, wenn zum Beispiel keine Einigkeit unter den Akteuren darüber herrscht, wie stark die Leistung durch eine bestimmte Schädigung beeinträchtigt ist oder wenn die Anpassung der Ich-Identität der diag-

nostizierten Einschränkung hinterherhinkt. Da die Arbeits(un)fähigkeit aus medizinischer Sicht aus einer Zeit- und einer Leistungskomponente besteht (siehe Kapitel 4.1), ist die Frage der Bestimmung der Restarbeitsfähigkeit aus arbeitsmedizinischer Perspektive keineswegs trivial. Noch anforderungsreicher ist diese Frage jedoch für die betroffene Person selbst, da sie in einer frühen Phase meist noch gegen die Erkrankung oder Beeinträchtigung ankämpft und sich erhofft, ihre Leistungsfähigkeit wiederzuerlangen (vgl. hierzu auch Charmaz 1995, S. 663) bzw. grösstmögliche Teile ihrer ursprünglichen Identität aufrechtzuerhalten, die sie mit Normalität gleichsetzt. Ein Beispiel für die graduelle Anpassung der Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit ist die 50-jährige Anke Ulrich, die als geschiedene Mutter einer Tochter als gut bezahlte Schriftgutverwalterin in einem Schweizer Pharmaunternehmen Vollzeit arbeitet, bis sie im Jahr 2007 die Diagnose erhält, einen gutartigen Gehirntumor zu haben. Nach einer Operation und dem Aufenthalt in einer Rehaklinik hat Ulrich das Gefühl, wieder gesund zu sein, da der Tumor operativ entfernt werden konnte. An die Schädigungen, die der gutartige Tumor in ihrem Gehirn hinterlassen hat, denkt sie zu diesem Zeitpunkt nicht. Sie beschreibt die auf den Arbeitsausfall folgende Phase folgendermassen:

«Mein Ziel damals war gewesen, dass ich wieder 50 Prozent arbeiten konnte. Mir war nicht klar, dass es Hirnverletzungen gibt. Ich habe gedacht, ich wäre gesund. Ich kannte den Begriff Hirnverletzung nicht, ich wusste nicht, dass es unsichtbare Einschränkungen nach Hirn-. Also, ich habe immer gedacht, wenn man denken kann, dann ist das Hirn klar. Und das Ziel, 50 Prozent zu erreichen, war nicht möglich. Also in den letzten sieben Jahren hatte ich, ich weiss es nicht ganz genau [...], drei oder vier heftige Burnouts gehabt.»
(Interview mit Ulrich)

Nach der Operation und einem Aufenthalt in einer Rehaklinik soll sie laut Plan des behandelnden Arztes mit einem Arbeitspensum von 20 Prozent in den Job einsteigen und dieses Pensum alle zwei Wochen um 10 Prozent erhöhen. Ihre Zielsetzung, 50 Prozent zu arbeiten, wird vom zuständigen Arzt als realistisch erachtet oder zumindest nicht explizit hinterfragt. Dass sie statt 100 nur noch 50 Prozent anstrebt, hängt nicht direkt mit der Operation zusammen, sondern mit dem Gefühl, in ihrem bisherigen Leben genug gearbeitet zu haben. Sie möchte mit der «Malocherei» abschliessen, was für sie finanziell problemlos machbar ist.

Zunächst erlebt sich Ulrich nicht als eine Person, die im Vergleich zu früher nicht mehr dieselben Leistungen erbringen kann, da sie mit der Diagnose «Hirnverletzung» erst einmal wenig anfangen kann. Deshalb kommt es anfangs zu keiner diesbezüglichen Veränderung der Ich-Identität. Ulrich hat lange Zeit das Gefühl, wieder ein voll leistungsfähiges Gehirn zu haben. Die Wahrnehmung einer veränderten Leistungsfähigkeit – sowohl im Arbeitskontext als auch im Privatleben – stellt sich erst später ein. So bricht Anke Ulrich beispielsweise in einer Kaffeepause am Arbeitsplatz in Tränen aus, ohne sich dies erklären zu können. Sie muss die Erfahrung machen, im Rahmen der Wiedereingliederung mehrfach an ihre Grenzen zu stoßen. So hatte sie «drei oder vier heftige Burnouts». Erst durch diese Erlebnisse erfolgt eine schrittweise Anpassung der Ich-Identität und der Erwartungen an das eigene Selbst. Ulrich beginnt, medizinische Befunde zur Hirnverletzung in ihr Selbstbild zu integrieren. Typische Auswirkungen von Hirnverletzungen beschreibt sie als «reduzierte Reizverarbeitung» bei einer gleichzeitigen «erhöhten Durchlässigkeit», was zu einer ständigen Überreizung und ausgeprägter Müdigkeit führe. Dadurch erklärt sie a posteriori soziale Interaktionen, die nicht ihren Vorstellungen entsprechend verlaufen waren und in denen sie sich anders präsentiert hatte, als sie es von sich gewohnt war.

Ulrich und Neuert stehen stellvertretend für Menschen, bei denen die Erkenntnis, leistungsbeeinträchtigt zu sein, an eine eindeutige medizinische Feststellung oder Diagnose geknüpft ist, welche die eingeschränkte Leistung ursächlich erklärt. Die Anpassung der Ich-Identität kann in diesen Fällen zwar unterschiedlich rasch verlaufen – wie die Beispiele Ulrich und Neuert zeigen –, der Prozess selbst ähnelt sich jedoch strukturell. Am Anfang des Prozesses steht die Interaktion zwischen medizinischen Fachpersonen und dem Individuum. Auslöser hierfür kann ein Unfall sein, eine Routineuntersuchung mit einer plötzlichen Diagnose, ein ungewohntes Empfinden oder sichtbare Veränderungen am Körper. Bartel (2018, S. 179) bezeichnet diese Auslöser auch als «Schlüsselerlebnisse». Die Diagnose einer medizinischen Fachperson ordnet das Empfinden der Person ein und versieht es mit medizinischen Labeln. Durch das Arztzeugnis wird sowohl gegenüber dem arbeitgebenden Betrieb als auch der betroffenen Person selbst festgehalten, inwieweit die Krankheit oder Beeinträchtigung die Arbeitsfähigkeit in quantitativer oder qualitativer Hinsicht aus medizinischer Sicht einschränkt. Dadurch wird die Leistungseinschränkung für den Betrieb und für die Person selbst quantifi-

ziert. Das ärztliche Fachpersonal nimmt eine Schlüsselposition in diesem Prozess ein.

6.1.2 Abweichung von arbeitsplatzbezogenen Leistungsnormen

Von diesen ersten Fällen sind Personen zu unterscheiden, die von Mitarbeitenden oder Vorgesetzten am Arbeitsplatz darauf aufmerksam gemacht werden, dass sie ihre Leistung nicht im gewohnten Masse erbringen und damit bestimmten *arbeitsplatzbezogenen Leistungsnormen* nicht mehr genügen. Hammer et al. (2004, S. 84) beschreiben, wie sich Normen durch Interaktion und Aushandlung zwischen verschiedenen Akteuren – beispielsweise dem Management, den Mitarbeitenden oder dem HR – am Arbeitsplatz herausbilden. Organisationale Normen beziehen sich auf das Verhältnis der beschäftigten Personen untereinander, zur Tätigkeit und zur Organisation. Gewisse Normen sind konkret an die Leistungen am Arbeitsplatz gekoppelt und werden nachfolgend als *Leistungsnormen* bezeichnet.

«[...] an organizational work performance norm describes the nature of the exchange relationships between employer and employees in the form of prescriptions for, and expectations of, behaviors that relate to the employee's contribution to overall organizational performance. Examples of the latter are expectations about employees' contributions of effort and time, quality and quantity of work performance, pressure for attendance, or encouragement of competition between peers for rewards.» (Hammer et al. 2004, S. 84)

Die Abweichung von den spezifischen Leistungsnormen eines Arbeitsplatzes verdeutlicht sich in der Regel in Interaktionen, in denen diese Abweichung kommentiert oder sanktioniert wird. Werden Personen beispielsweise auf fehlerhafte Tätigkeiten am Arbeitsplatz aufmerksam gemacht, verletzen sie die Leistungsnorm in qualitativer Hinsicht. Arbeiten sie hingegen zu wenig schnell (oder auch zu schnell), verletzen sie die Norm in quantitativer Hinsicht. Normen sind oft nicht deckungsgleich mit den schriftlich festgehaltenen Vorgaben im Arbeitsvertrag oder in Zielvereinbarungen. Durch die konkreten Erfahrungen am Arbeitsplatz, in denen Abweichungen von der Leistungsnorm benannt und gegebenenfalls sanktioniert werden, kann sich das Gefühl entwickeln, leistungseingeschränkt zu sein. Der Ursprung der Neueinschätzung der Leistungsfähigkeit ist dabei am Arbeitsplatz zu verorten. Die medizinische Diagnose ist hierbei – und im deutlichen Unterschied

zu den ersten dargelegten Fällen – nachgelagert. Sie liefert eine Erklärung und bestenfalls eine Legitimation für das beobachtete und in vielen Fällen kritisierte normabweichende Verhalten.

Ein Beispiel hierfür ist Angela Dreier. Sie arbeitet als Erstprüferin bei einer Versicherung und kehrt nach einem turbulenten ersten Arbeitsausfall, ausgelöst durch eine Diskushernie⁶⁵, scheinbar reibungslos an ihren angestammten Arbeitsplatz zurück. In der Folge wachsen ihr die Aufgaben jedoch über den Kopf und es stellen sich psychische Probleme ein. Auf die Nachfrage des Interviewers, wie sie zu dieser Einschätzung, psychische Probleme zu haben, gekommen sei, weist sie darauf hin, die Selbsteinschätzung beruhe auf Rückmeldungen ihrer Vorgesetzten im Rahmen einer Sitzung.

I: «Und so die psychischen Probleme oder so, die Sie gespürt haben. Das ist etwas, was Sie selber wahrgenommen haben bei sich oder ist da jemand gekommen und hat gesagt-»

D: «Nein, ich habe es, ich habe sicher irgendwo durch habe ich es auch wahrgenommen, vielleicht auch verdrängt. Wir haben dann nachher, weil ich ja Erstprüfer bin, haben wir immer wieder (?koordiniert?) mit dem Vorgesetzten. Und man hat als Erstprüfer immer so, alle paar Monate oder so eigentlich eine Sitzung [...], wie die Zusammenarbeit ist und so. Und nachher haben sie eben auch gesagt, eben darauf aufmerksam gemacht. Ja, du bist so ein wenig isoliert und so und irgendwie. Wir wissen jeweils gar nicht so recht, ja ob man dich etwas fragen darf oder nicht. Du tust dich so ein wenig abkapseln.» Und dann ist natürlich der Damm gebrochen oder. Und nachher haben sie auch gesagt: Ja ähm, ich glaube du musst wirklich schauen, dass du irgendwie Hilfe organisierst.»
(Interview mit Dreier)

Dreier führt aus, sie habe die psychischen Probleme «sicher irgendwo [...] auch wahrgenommen». Es scheint jedoch ein unbewusster Prozess gewesen zu sein, denn Dreier meint, die psychischen Probleme «vielleicht auch verdrängt» zu haben. Sie selbst ist sich ihrer Probleme zu diesem Zeitpunkt jedenfalls nicht bewusst oder erachtet diese als nicht gravierend, weshalb

65 Die Diskushernie ist auch unter dem Namen *Bandscheibenvorfall* bekannt. Sie tritt auf, wenn der gallertartige Kern aus einer Bandschreibe gepresst wird und auf das Rückenmark drückt. Symptome sind in der Regel starke Schmerzen sowie in seltenen Fällen auch Taubheitsgefühle und Lähmungserscheinungen.

sie keine medizinische Unterstützung in Anspruch nimmt. Erst die verbalen Rückmeldungen lösen bei ihr eine Selbstreflexion und eine veränderte Sichtweise auf ihr Selbst aus. So wird ihr mitgeteilt, sie isoliere sich und man wisse nicht recht, ob man ihr Fragen stellen könne. Sie ist also mit dem Vorwurf konfrontiert, die Leistungsnormen am Arbeitsplatz zu verletzen. Ausserdem scheint das kritisierte Verhalten von Dreier neu zu sein, weshalb die Legitimation der Abweichung von den Leistungsnormen erschwert wird, da sie in der Vergangenheit bewiesen hat, prinzipiell in der Lage zu sein, die geltenden Normen zu erfüllen.

Das Interview gibt keine eindeutigen Hinweise darauf, wer ausser dem Vorgesetzten noch an der von Dreier beschriebenen Sitzung beteiligt war. Die Formulierung «nachher haben sie gesagt» weist jedoch auf mindestens eine weitere anwesende Person hin. Alle involvierten Personen scheinen die Meinung zu teilen, es stimme etwas nicht mit Dreier, wobei sie Dreiers Verhalten implizit mit einem Verhalten zu einem frühen Zeitpunkt vergleichen, als dieses noch anders – und damit kompatibel mit den Anforderungen im Betrieb – gewesen zu sein scheint. Die Sitzungsteilnehmenden raten ihr dazu, sich Hilfe zu organisieren. Sie unterstellen ihr damit ein gewichtiges Problem, das Dreier nicht selbst zu lösen in der Lage sei. Für Dreier ist es nur «natürlich» und damit zugleich legitim, dass dann «der Damm» bricht.

Darauf folgt ein bedeutender Wechsel der Perspektive auf das eigene Selbst. Dreier merkt nun plötzlich selbst, auf «die suizidale Schiene» gekommen zu sein, wobei sie nun mit ihrer eigenen Einschätzung über die negative Bewertung durch die anderen Personen am Arbeitsplatz hinausgeht. In den Ferien macht sich Dreier daraufhin Gedanken über ihre eigene Person und bespricht die Überlegungen nach ihrer Ferienabwesenheit am Arbeitsplatz:

«Als ich nachher von den Ferien gekommen bin, halt auch dem {Vorname Vorgesetzter} noch gesagt, wie das aussieht und das ist dann recht schnellgegangen. [...] Ich habe dann in eine Tagesklinik können, glaube an einem Freitag schon. Einfach zum Schauen gehen, was sie dort so machen und wie sie so die Leute begleiten. Und nachher am Nachmittag ist dann schon eigentlich Bescheid – also haben sie mir nachher gesagt. «Gut. Eintritt am Dienstag in dem Fall he.» Und ich so: «Aha, ah jetzt grad, ah ja ist gerade.» Bin ein bisschen überrumpelt gewesen.» (Interview mit Dreier)

Ein rasches Handeln durch die psychiatrische Klinik scheint aufgrund der Darstellung Dreiers angezeigt gewesen zu sein, was die Notsituation verdeutlicht. Ihr Verhalten am Arbeitsplatz, das als «abkapseln» beschrieben wurde, erhält hierdurch eine – bloss temporäre – medizinische Legitimation.

Im Unterschied zu den ersten beiden Fällen steht am Anfang des Prozesses nun nicht mehr die medizinische Fachperson, die eine Diagnose ausspricht. Der Prozess beginnt mit Interaktionen am Arbeitsplatz, in denen das Individuum auf die mangelhafte Erfüllung der geltenden Leistungsnormen aufmerksam gemacht wird. Erst durch diese konkreten Erfahrungen in den Interaktionen gewinnen die betroffenen Personen den Eindruck, es stimme etwas nicht mit ihnen. Sobald sich dieser Eindruck verfestigt, suchen sie ärztliches Fachpersonal oder andere Fachpersonen auf, um konkrete Hilfe und Unterstützung zu bekommen. Das Arzzeugnis liefert im Nachhinein die Erklärung für das von den Leistungsnormen abweichende Verhalten. Veränderungen der Selbsteinschätzung beginnen also bereits durch Rückmeldungen am Arbeitsplatz und werden durch die Diagnose dann später manifest. In einer aktuellen Studie äussern Beauftragte für betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland die Einschätzung, die Diagnose sei gerade bei psychischen Beeinträchtigungen zentral für die Akzeptanz am Arbeitsplatz. «Sie beglaubigt gewissermaßen die Ernsthaftigkeit der Krankheit und legitimiert die Krankenrolle» (Voswinkel 2017a, S. 274).

6.1.3 Arbeitsunfähigkeit ohne Leistungseinschränkung

Als Spezialfall gibt es drittens den Prozess der arbeitsplatzbezogenen *Arbeitsunfähigkeit ohne Leistungseinschränkung*. Dies gilt für Personen, die sich trotz Arbeitsausfall nicht als leistungsbeeinträchtigt wahrnehmen und in ihrer Perspektive von Mitarbeitenden und dem sozialen Umfeld bestärkt oder zumindest nicht infrage gestellt werden. Das betrifft Personen, die arbeitsplatzbezogen krankgeschrieben werden (vgl. Pärli et al. 2015, S. 206 sowie Kapitel 4.1). Eine solche arbeitsplatzbezogene Krankschreibung bedeutet aus juristischer Sicht, dass die entsprechenden Personen im privaten Bereich in der Regel nicht beeinträchtigt sind und an einem anderen vergleichbaren Arbeitsplatz auch nicht beeinträchtigt wären (vgl. Jauch 2017, S. 24). Aus dem empirischen Datenmaterial geht hervor, dass diese Personen zu der Einschätzung gelangt sind, sie seien krankgeschrieben worden, um sie vor den negativen Einflüssen der Arbeitsstelle zu schützen. Zu diesen negativen Einflüssen zählen verschiedene soziale Faktoren, wozu insbesondere das Ver-

hältnis zu Vorgesetzten und Mitarbeitenden gehört. Es geht dabei um Themen wie Mobbing oder andere subjektiv nicht tragbare Zustände am Arbeitsplatz, die psychische Belastungen zur Folge haben können. Die «Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen» (EWCS) zeigte auf, dass Mobbing in der Schweiz in quantitativer Hinsicht eine ernstzunehmende Thematik ist. So fühlten sich 7,8 Prozent der befragten Personen im Jahr vor der Erhebung am Arbeitsplatz gemobbt oder schikaniert (vgl. Krieger et al. 2012, S. 85).

Im Falle von arbeitsplatzbezogenen Krankschreibungen steht eine Unzufriedenheit mit den Arbeitgebenden oder einzelnen betrieblichen Akteuren im Zentrum. Die mögliche Reaktionsweise auf eine derartige Unzufriedenheit kann mit Hirschmans (1970) Konzept *Exit* und *Voice* theoretisch gerahmt werden. *Voice* meint dabei den Versuch, die Zustände und Bedingungen durch Artikulation der Bedürfnisse zu verändern (vgl. Hirschman 1970, S. 30). Die *Exit*-Option besteht darin, das Unternehmen zu verlassen und die Arbeitsstelle zu kündigen (vgl. Hirschman 1970, S. 4). In Hirschmans Theorie sind beide Optionen keine Substitute, sondern ergänzen sich gegenseitig. Während sich *Exit* in der Regel an *Voice* anschliessen lässt, steht die umgekehrte Reihenfolge häufig nicht offen: «Once you have exited, you have lost the opportunity to use voice, but not vice versa» (Hirschman 1970, S. 37). Die arbeitsplatzbezogene Krankschreibung kann als temporäre *Exit*-Option betrachtet werden, wenn *Voice* zu keiner Veränderung geführt hat.

Hirschman führt mit *Loyalty* noch einen dritten Begriff ein, der für die Entscheidung, ob die *Voice*- oder *Exit*-Strategie angewendet wird, zentral ist: «[T]he likelihood of voice increases with the degree of loyalty.» (Hirschman 1970, S. 77) Stehen die Betroffenen dem Betrieb in hoher Loyalität und Verbundenheit zur Seite, verschieben sie die *Exit*-Option zugunsten der *Voice*-Option zeitlich nach hinten. Sie wählen also zunächst *Voice* und versuchen die Arbeitsverhältnisse zu verändern. Loyalität kann beispielsweise durch lange Betriebszugehörigkeit oder eine starke Identifikation mit der Tätigkeit, dem Beruf oder dem Betrieb entstehen. Ausserdem steigt die Loyalität mit der subjektiven Einschätzung, auf dem externen Arbeitsmarkt kaum Möglichkeiten zu haben, eine Stelle zu finden.

Ein Beispiel für die Arbeitsunfähigkeit ohne Leistungsbeeinträchtigung ist der Fall von Reinhard Etter. Er ist langjähriger Mitarbeiter eines Betriebes (SHIPPING), in dem schon sein Vater arbeitete. Daraus ergibt sich eine sehr hohe Bindung (*Loyalty*) zum Unternehmen, die an mehreren Stellen im Interview explizit unterstrichen wird. SHIPPING setzt auf indirekte Führung

durch Zielvereinbarungen. Auf die Frage des Interviewers, was passieren würde, wenn die Zielvereinbarungen nicht erreicht werden, antwortet Etter ausweichend. Hiervon scheint er selbst nur eine diffuse Ahnung zu haben. Er richtete jedoch jahrelang sein Handeln an diesen Zielvereinbarungen aus und erachtete sie als legitim. Ab dem Zeitpunkt, an dem er die Zielerreichung als unrealistisch empfindet, wird er aktiv und versucht, die Zielvereinbarungen anzupassen und zu reduzieren. Dieser Bruch in der Einschätzung der Realisierbarkeit der Zielvereinbarungen kommt unter anderem dadurch zustande, dass Etter in eine Region versetzt wird, in der es seiner Meinung nach nicht möglich ist, die gesetzten Ziele zu erreichen, da diese die unterschiedlichen strukturellen Voraussetzungen der Regionen nicht berücksichtigen. In einem ersten Schritt sucht er deshalb mehrfach den Kontakt zum Vorgesetzten (Voice). Aufgrund seiner hohen Verbundenheit (Loyalty) zu SHIPPING ist die Kündigung (Exit) für ihn zu diesem Zeitpunkt keine Option. Etter möchte weiterhin in seinem Beruf tätig sein, aber die Anforderungen an seinen Job anpassen. Der Vorgesetzte rückt jedoch von der festgelegten Zielvereinbarung nicht ab, sodass Etter in einem zweiten Schritt versucht, die Zielvereinbarung trotzdem einzuhalten.⁶⁶ Zunehmend verzweifelnd überlegt er sich «rund um die Uhr», wie er dies bewerkstelligen könnte. Er sieht sich in der Folge nicht mehr in der Lage, abends zu Hause «abzuschalten», da ihn die Anforderungen im Betrieb und das fehlende Verständnis des Vorgesetzten dauerhaft beschäftigen.⁶⁷ Eine weitere Belastung ergibt sich aus dem Umstand, dass Etter als Führungsperson die – seiner Meinung nach unrealistischen – Zielvorgaben an seine, von ihm sehr geschätzten Mitarbeitenden weitergeben muss.

Diese Gemengelage an Belastungen führt letztlich zur Krankschreibung durch den zuständigen Hausarzt. Die Krankschreibung verschafft Etter eine temporäre Exit-Option, ohne dass er gezwungen ist, das Arbeitsverhältnis

66 An diesem Punkt zeigt sich ein grundlegendes Problem der Zielvereinbarungen. Da Etters Vorgesetzter ebenfalls Zielvereinbarungen erreichen muss, kann er die Ziele Etters nicht anpassen. In grossen Unternehmen entstehen dadurch «Zielvereinbarungskaskaden» (Becke 2017, S. 5). Die jeweils vorgesetzten Personen werden dabei der Verantwortung für die Zielvereinbarungen enthoben, da anerkannt wird, dass diese im selben Boot sitzen und ihrerseits ebenfalls ihre Zielvereinbarungen einhalten müssen. Dadurch verliert die innerbetriebliche Kritik, die jeweils an die nächsthöhere Person weitergereicht werden könnte, an Sprengkraft. Die Rede von *Zielvereinbarungen* stellt zudem einen Euphemismus dar, da das Wort Vereinbarung eine Wechselseitigkeit impliziert, die im vorliegenden Fall nicht gegeben ist. Vielmehr handelt es sich dabei um eine Zielsetzung, die unidirektional Top-down festgelegt wird.

67 In der Arbeitspsychologie wird das Nicht-Abschalten-Können unter dem Begriff des *detachment from work* diskutiert und untersucht (vgl. bspw. Sonntag und Kruehl 2006).

zu beenden oder sich durch den Job krank machen zu lassen. Den Moment der Krankschreibung beschreibt Etter im Rahmen der Erzählung folgendermassen:

«Und dann hat mir aber der Hausarzt gesagt, nein, das habe keinen Wert, dass ich so nach den Ferien anfangen. Und hat mich dann krankgeschrieben, hat mich 100 Prozent krankgeschrieben. Und hat gesagt, also da er sehe, dass bei mir-. Ich brauche eine Pause, ich brauche eine Auszeit. Und hat mich nachher 100 Prozent krankgeschrieben.» (Interview mit Etter)

Die Krankschreibung ist in diesem Fall nicht an eine bestimmte Diagnose geknüpft. Ausserdem erfolgt sie in Etters Perspektive überraschend. Das Wort «aber» im ersten Satz verdeutlicht, dass er ohne diese Krankschreibung wohl weiterhin seiner Erwerbsarbeit nachgegangen wäre. Der Arzt verschreibt weder Medikamente noch eine Therapie, sondern eine Auszeit. Eine Rückkehr in die Erwerbsarbeit wird demnach nicht angezweifelt. Eine Auszeit kann es nämlich nur dann geben, wenn danach die Tätigkeit wieder aufgenommen wird. Zu keinem Zeitpunkt betrachtet Etter sich selbst als krank oder leistungseingeschränkt. Auch eine medizinische Behandlung scheint nicht angezeigt zu sein.

Bei arbeitsplatzbezogenen Angelegenheiten stehen in der Regel in einem ersten Schritt die betroffene Person und das Unternehmen miteinander in Kontakt. Meist sucht die betroffene Person den Kontakt zu den Vorgesetzten oder anderen betrieblichen Akteuren und möchte ihre Forderungen verhandeln. Sie entscheidet sich also für Voice. Bei besonders zerrütteten Verhältnissen am Arbeitsplatz ist dies jedoch keine Option. Wenn keine Aussprachen stattfinden oder die Verhandlungen zu keiner nennenswerten Verbesserung führen, nehmen die Betroffenen anschliessend Kontakt zum Hausarzt bzw. zur Hausärztin oder zu einer anderen medizinischen Fachperson auf. Wird ein Arzzeugnis ausgestellt, ergibt sich für die Betroffenen die Möglichkeit, auf legitime Art und Weise dem Arbeitsplatz fernzubleiben, ohne die Anstellung kündigen zu müssen. Die Krankschreibung ist also eine alternative, allerdings nur temporäre Exit-Option. Der Zustand ist allerdings prekär, da die betroffene Person jederzeit vom Betrieb an einen anderen zumutbaren Arbeitsplatz versetzt werden kann. Ausserdem muss eine ärztliche Fachperson aufgesucht werden, obwohl sich die Menschen selbst nicht als krank verstehen, was eine signifikante Barriere darstellt.

Zur besseren Verständlichkeit der arbeitsplatzbezogenen Arbeitsunfähigkeit wird der Fall Etter durch den Fall Bauer kontrastiert. Die Fälle zeichnen sich durch Ähnlichkeit in der Ausgangslage aus. Da Kuno Bauer jedoch nicht arbeitsplatzbezogen krankgeschrieben wurde, verläuft seine Karriere anders.⁶⁸ Bauer ist ähnlich wie Etter langjähriger Arbeitnehmer eines Unternehmens und entwickelt im Laufe seiner Anstellung ein schwieriges Verhältnis zu seinem Vorgesetzten, von dem er sich «wie ein Kindergärtner» behandelt fühlt und dem er «nichts recht machen» kann.

«Ich hatte mit ihm [dem Vorgesetzten] das Heu nicht auf der gleichen Bühne gehabt //mhm//. Er ist mir einfach vorgekommen nach dem Motto, ich bin der Chef und jetzt sage ich, was geht, oder. Ich muss ehrlich sagen, ich bin mir eigentlich viel gewohnt, aber gerade so auch nicht.» (Interview mit Bauer)

Wie bei Etter sind die Versuche, am Arbeitsplatz etwas zu verändern (Voice), erfolglos. Im Gegensatz zu Etter wird Bauer nicht arbeitsplatzbezogen krankgeschrieben und hat deshalb – von der Kündigung abgesehen – keine Exit-Option. Die Belastung führt letztlich zu einem «Nervenzusammenbruch mit schweren Depressionen». Die Diagnose einer «schweren Depression» zeigt den Unterschied zum Fall Etter: Bauer ist nicht nur an diesem konkreten Arbeitsplatz, sondern auch im privaten Leben und an anderen potenziellen Arbeitsplätzen beeinträchtigt. Er fühlt sich selbst in allen Lebensbereichen durch die Krankheit eingeschränkt und beschreibt den Beginn der Leistungsbeeinträchtigung folgendermassen:

«Und dann ist halt bei mir auf Deutsch gesagt im geistigen Bereich eine Welt zusammengebrochen. Ich weiss nicht warum, wegen was aber, es hat sich einfach immer mehr aufgestaut, aufgestaut, aufgestaut. Bis ich dann einen sogenannten Nervenzusammenbruch gehabt habe mit schweren Depressionen.» (Interview mit Bauer)

Bauer beschreibt sich im Gegensatz zu Etter explizit als krank und leistungsbeeinträchtigt. Seinem Empfinden nach ist er auf die Unterstützung von Fachpersonal aus Medizin, Psychologie und Psychiatrie angewiesen und aufgrund seiner Depression in hohem Masse hilfsbedürftig. Einen «sogenannten Nervenzusammenbruch» gehabt zu haben, entspricht nicht

68 Kuno Bauer lässt sich dem ersten beschriebenen Prozess zuordnen, bei dem die Leistungsbeeinträchtigung auf einer medizinischen Diagnose beruht (siehe Kapitel 6.1.1).

seiner eigenen Einschätzung, stattdessen übernimmt er die Bezeichnung von anderen, in diesem Fall von medizinischen Fachpersonen. Obwohl der Ausgangspunkt bei Bauer und Etter ähnlich war, ist das Ergebnis aufgrund des Zeitpunkts des ärztlichen Eingreifens ein völlig anderes: Während Etter seine Leistungsfähigkeit als nicht eingeschränkt betrachtet, da der Hausarzt rechtzeitig eine Exit-Option geschaffen hat, zerbricht Bauer an den Umständen. Anhand der Kontrastierung dieser beiden Fälle wird deutlich, dass die rechtzeitige Schaffung einer Exit-Option unter Umständen dazu beitragen kann, das Entstehen einer psychischen Krankheit zu verhindern.

6.2 Leistungseinschränkung und Krankheit als Stigma-Merkmale

Bisher zeigt die Analyse zwei Pfade, sich selbst als leistungseingeschränkt wahrzunehmen und den Spezialfall der arbeitsplatzbezogenen Arbeitsunfähigkeit ohne zugeschriebene Leistungseinschränkung. Die Selbstzuschreibung einer Leistungsbeeinträchtigung hat Auswirkungen auf das Selbst der betroffenen Personen. Hinzu kommt der Umstand, dass Leistungsbeeinträchtigung und Krankheit am Arbeitsplatz Stigma-Merkmale sind.

Goffman (1975, S. 10 f.) beschreibt Stigma als Abweichung der «aktuellen sozialen Identität» einer Person von sozialen Erwartungen an ebendiese Person, sofern diese Abweichung in besonderem Masse diskreditierend ist. Stigma wird dabei als «Relation» und nicht als «Eigenschaft» verstanden. «Ein und dieselbe Eigenschaft vermag den einen Typus zu stigmatisieren, während sie die Normalität eines anderen bestätigt, und ist daher als ein Ding an sich weder kreditierend noch diskreditierend.» (Goffman 1975, S. 11) So wirkt beispielsweise der Umstand, keiner Erwerbsarbeit nachzugehen, auf eine Person im Rentenalter nicht stigmatisierend, sondern ist eher eine Bestätigung ihrer «Normalität», während Personen im erwerbsfähigen Alter bei Erwerbslosigkeit oftmals diskreditiert und damit stigmatisiert werden (vgl. hierzu Gurr et al. 2018).

Goffman zufolge wird stigmatisierten Personen gegenüber eine «Stigma-Theorie» entwickelt, «die ihre Inferiorität erklären und die Gefährdung durch den Stigmatisierten nachweisen soll» (Goffman 1975, S. 14). Dadurch kommt es über das diskreditierte Merkmal hinaus zu weiteren diskreditierenden Zuschreibungen, die auf stereotypen Vorstellungen basieren. So ist beispielsweise das Stigma-Merkmal der psychischen Beeinträchtigung am Arbeitsplatz verknüpft mit einer Vielzahl von negativen Zuschreibungen, die sich auf den Charakter des betroffenen Menschen

beziehen. Baer (2014, S. 242) hat in einer empirischen Studie für die Schweiz festgestellt, dass Arbeitgebende psychische Beeinträchtigung beispielsweise mit «mangelnde[r] Zuverlässigkeit, Berechenbarkeit, Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit» sowie einem erhöhten Absenzenrisiko verbinden. Basierend auf einem Stigma-Merkmal (in diesem Fall psychische Beeinträchtigung) werden also Zuschreibungen anderer negativ bewerteter Eigenschaften vorgenommen, die aufgrund stereotyper Vorstellungen mit dem Stigma-Merkmal zusammenhängen (vgl. hierzu auch die Überblicksstudie von Vornholt et al. 2013, S. 469 f.). Dieser Befund ist insbesondere bemerkenswert, wenn betrachtet wird, wie sehr sich die Menschen in der Schweiz psychisch belastet fühlen. In einer aktuellen Befragung von 5500 Personen, deren Ergebnisse repräsentativ gewichtet wurden, gaben fast ein Viertel der Befragten zur Antwort, «sich gegenwärtig in einem länger dauernden psychischen Tief zu befinden. Nur ein Drittel ist der Meinung, selber noch nie eine Tiefphase erlebt zu haben.» (Bühler et al. 2018, S. 3)

Goffman (1975) unterscheidet in seinen Ausführungen zu Stigma die diskreditierten von den diskreditierbaren Personen. Bei den Diskreditierten ist das Anderssein offensichtlich oder bekannt, während die Diskreditierbaren sich davor fürchten, dass ihr Anderssein, das ihnen selbst bekannt ist bzw. dass sie sich selbst unterstellen, in Interaktionen erkannt werden könnte (vgl. Goffman 1975, S. 12). In den Interviews zeigen sich beide Formen von Stigmatisierung. Insbesondere offenbart sich eine Angst dahingehend, dass andere Personen an der Glaubwürdigkeit des dargestellten Gesundheitszustandes und der kommunizierten Beeinträchtigung oder Diagnose zweifeln könnten. Wenn die Personen diese Infragestellung antizipieren, betrachten sie sich als diskreditierbar. Ein Beispiel hierfür ist Anke Ulrich (zur Fallbeschreibung siehe Kapitel 6.1.1). Sie macht bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz nach ihrem Hirntumor zwar keine konkreten negativen Erfahrungen in ihrem engsten Arbeitsplatzumfeld, aber sie betrachtet sich selbst eindeutig als diskreditierbar.

I: «Sie haben erzählt, dass Sie viel Unterstützung von Ihren Kolleginnen erhalten haben. Gab's auch negative Erfahrungen?»

U: «Nein wirklich keine. Also ich bin total erstaunt, ich habe nie Neid gespürt, ich habe nie Misstrauen gespürt. Die Leute haben mir immer geglaubt. Anscheinend hat man das auch tatsächlich wahrgenommen.» (Interview mit Ulrich)

Ulrich ist von dem nie erlebten Misstrauen hinsichtlich ihres gesundheitlichen Befindens überrascht. Für sie ist das Ausbleiben negativer Reaktionen nicht selbstverständlich. Sie weist darauf hin, keinen Neid gespürt zu haben, was angesichts des Hirntumors, der operativ entfernt werden musste und zu bleibenden Beeinträchtigungen führte, eine bemerkenswerte Aussage ist. Im Gegensatz zu anderen Personen verfügt sie aufgrund ihrer Operation über eine Legitimation für ihr normabweichendes Verhalten am Arbeitsplatz. Da der Hirntumor operativ entfernt wurde, kann sie bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz anhand eines MRI-Bildes ein «Avocado grosses» Loch im Gehirn präsentieren, was der Hirnverletzung Glaubwürdigkeit und Objektivität verleiht. Sie arbeitet aktiv an der Herstellung der Legitimität und Glaubwürdigkeit der Erkrankung, indem sie zeitweise allen Menschen in ihrer Umgebung eine Fotokopie des MRI-Bildes zeigt. Damit objektiviert sie ihre Hirnverletzung und bezeichnet das durch das MRI-Bild zeigbare Loch im Gehirn folgerichtig als «Privileg». Ulrich führt diesbezüglich implizit die Unterscheidung von sichtbaren und nicht-sichtbaren Krankheiten bzw. objektivierbaren und nicht-objektivierbaren Beeinträchtigungen ein, die letztlich mitentscheidend dafür ist, ob eine Legitimation hergestellt werden kann. Doch selbst wenn Objektivierbarkeit gegeben sei, bestehe ein Unterschied zwischen psychischen und physischen Beeinträchtigungen.

«Alle Leute hier, genauso wie in der Gesellschaft, haben eine Riesenangst vor dem, was die Seele ist. Ist ja klar oder, eine kranke Seele. Da würde ich mir wünschen, dass es anders wird, aber da kann ich mir lange wünschen, das ist ein gesellschaftliches Problem und nicht das Problem von der {PHARMA}.» (Interview mit Ulrich)

Ulrich nimmt mit dem Begriff «kranke Seele» Bezug auf die diffusen Schädigungen ihres Gehirns, die zu unkontrollierten und von anderen als normabweichend beurteilten Verhaltensweisen führen.⁶⁹ Der Unterschied zwischen kognitiven und körperlichen Beeinträchtigungen besteht für Ulrich darin, dass Menschen vor der «Seele», das heisst vor psychischen und kognitiven Beeinträchtigungen, mehr Angst hätten als vor körperlichen. Sie weist

69 Der Soziologe Helmuth Dubiel hat im Buch «Tief im Hirn» eindrücklich die Wirkungen seiner eigenen Parkinson Erkrankung auf sein soziales Umfeld analysiert. In diesem Zusammenhang hat er lakonisch auf eine Faustregel eines Neurologen verwiesen: «Wenn das Ausmaß der Irritation, die ein Kranker sozial erzeugt, größer ist als das Interesse an dem Inhalt der Aussagen, sollte er erwägen, sich aus der Öffentlichkeit zurückzuziehen.» (Dubiel 2006, S. 84)

ausserdem darauf hin, dass diese Denkmuster nicht an den Betrieb gebunden sind, sondern durch die psychischen und kognitiven Beeinträchtigungen allgemeingültige gesellschaftliche Normen verletzt werden, die unabhängig vom Arbeitsplatz existieren.

Ebenfalls als diskreditierbar erachten sich Personen, die bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz merken, dass Mitarbeitende in Interaktionen ihr Verhalten anpassen. Eine Verhaltensänderung wahrzunehmen, signalisiert den betroffenen Personen, ein verändertes Selbst in Interaktionen zu repräsentieren. Hierdurch nährt sich die Angst, dieses veränderte Selbst würde möglicherweise nicht mehr den Leistungsnormen am Arbeitsplatz entsprechen. Auch unabhängig von der Abweichung von Leistungsnormen deutet eine Veränderung des Selbst auf einen Verlust eines Teils der Identität hin, was in der Regel schmerzhaft ist. Solche Erfahrungen des veränderten Verhaltens von Mitarbeitenden machte beispielsweise Anneliese Früh, als sie nach einer Erschöpfungsdepression an den Arbeitsplatz zurückkehrte.

I: «Wie ist die Reaktion der Kolleginnen und Kollegen gewesen so?»

F: «Also die Reaktion von ihnen ist gut gewesen. Aber-. Am Anfang, da bin ich jeweils reinkommen und dann, gut sie haben-. Die einen haben dann wieder angefangen ein bisschen leiser zu reden. Dann hast du schon wieder das Gefühl gehabt, ou, ja, sie reden jetzt über dich oder so. [...] Wenn irgendjemand etwas sagte, du hast immer, du bist irgendwie so hellhörig gewesen, aber dabei ist es gar nicht so gewesen oder. Man ist dann zuerst so empfindlich zuerst. Und man bezieht alles auf sich.» (Interview mit Früh)

Es bleibt unklar, ob die Mitarbeitenden tatsächlich ihr Verhalten anpassten oder ob Früh lediglich das Gefühl hatte, die Kolleginnen und Kollegen würden sie anders behandeln als zuvor. Nichtsdestotrotz verdeutlicht die Passage, dass Früh sich als diskreditierbar betrachtete. Damit wird das Ziel, das alte Selbst wiederzuerlangen erschwert, da dies davon abhängig ist, wie andere auf die Selbstdarstellung reagieren. Die Wiederherstellung des alten Selbst setzt voraus, dass sich die Mitarbeitenden ähnlich verhalten wie vor dem Arbeitsausfall.

In anderen Fällen bleibt es nicht beim Gefühl der Diskreditierbarkeit, sondern es kommt zu expliziten Diskreditierungen am Arbeitsplatz. Ein Beispiel hierfür ist Klaas Gunter. Er arbeitet bei einer Versicherung und schildert die Rückkehr an den Arbeitsplatz und die Interaktion mit Mitarbeitenden

nach dem Arbeitsausfall infolge einer Erschöpfungsdepression folgendermassen:

«Wo ich dann bei manchen ein bisschen hellhörig geworden bin, ist, als ich dann eigentlich wieder angefangen habe. Aber das sind dann eben ein- vereinzelte Mitarbeiter, wo dich dann, ich sage jetzt mal ein bisschen von links schräg anschauen und dann halt das typische Augenrollen haben ((abfälliges Geräusch)). Jetzt ist der Simulant wieder da [...]. Also ganz klar, ich mein, da würde ich jetzt lügen, wenn ich sage, ne! Also es ist nicht jeder da und sagt: «Jaja klar, dir geht es nicht gut, Schulterklopfen, super.» Sondern, du hast halt teilweise Leute, die sagen: «Pffh! Schön gewesen ein halbes Jahr? Wunderbar, das hätte ich auch mal gerne.»» (Interview mit Gunter)

Gunter beschreibt das Gefühl, aufgrund der Arbeitsunfähigkeit stigmatisiert zu werden. Das Stigma-Merkmal der Arbeitsunfähigkeit wird in seinem Fall von Mitarbeitenden mit negativ bewerteten Attributen wie Faulheit und Simulation verbunden, wodurch Gunters Selbst Schaden nimmt.⁷⁰ Gunter beschreibt, wie Mitarbeitende ihm gegenüber äussern, gerne auch mal ein halbes Jahr frei haben zu wollen. Die halbjährige Arbeitsunfähigkeit Gunters wird als freiwillig genommene Auszeit interpretiert, für die man ihm anerkennend auf die Schulter klopft. Schliesslich habe er den Betrieb erfolgreich ausgetrickst. Der entscheidende Unterschied zwischen Anke Ulrich und Klaas Gunter besteht in der Möglichkeit Ulrichs, ihre Beeinträchtigung zu objektivieren. Diese Option steht Gunter nicht offen.

In Gunters Wahrnehmung galt er bis zu seinem Arbeitsausfall als einer der «Belastbarsten», «es hätte keiner gedacht, dass [er] mal flachliege». Dieses alte Image verstärkt den Simulationsverdacht noch zusätzlich. Er kann die Krankheit nicht mit seinem alten Selbst in Verbindung bringen und noch schwerer fällt das den Kolleginnen und Kollegen. Das an sich positiv konnotierte Merkmal der Belastbarkeit haftet noch immer an seiner persönlichen Identität, was in diesem Falle jedoch nachteilig ist.⁷¹ Im weiteren Verlauf des Interviews zeigt sich noch ein anderer Aspekt, weshalb ihn der Vorwurf der Simulation so trifft. Gunter hatte in der Leistungsbearbeitung der Versiche-

70 Diese Beobachtung zeigt sich in ähnlicher Weise auch in anderen Studien (Kirsh et al. 2012; Oldfield et al. 2017; Strong 1998).

71 Vergleichbares zeigte sich bei Angela Dreier in Kapitel 6.1.2.

rung gearbeitet und vor seinem Arbeitsausfall eine ähnliche Perspektive auf Erschöpfungsdepressionen gehabt, war ähnlich abschätzig mit den betroffenen Personen umgegangen. So erwähnt er explizit, ihm seien früher «nicht sichtbare Krankheiten», die er mit psychischen Krankheiten gleichsetzt, auch suspekt gewesen.

«Und da habe ich am Anfang bei der Bearbeitung solcher Fälle habe ich mir immer gedacht, ja psychisch.- Jaja, naja, Drückeberger, was weiss ich. Kein Bock zum Arbeiten, wunderbar. Also [...] ich darf mich da gar nicht rausnehmen, weil ich hatte am Anfang auch ein bisschen eine komische Meinung über nicht sichtbare Krankheiten gehabt.» (Interview mit Gunter)

Gunter beschreibt seine frühere Meinung von psychischen Krankheiten rückblickend als «komisch» und führt aus, wie er diese Krankheiten in seiner eigenen Stigma-Theorie ganz generell und pauschal mit Drückebergerei und Faulheit verknüpfte. Erst durch das eigene Erleben einer psychischen Erkrankung wird er geläutert und problematisiert die spöttischen, verletzenden Kommentare. Die negativen Reaktionen der Mitarbeitenden im Betrieb sind für ihn deshalb nicht überraschend, sondern scheinen weit verbreitet zu sein.

Im engsten Umfeld fühlt sich Gunter nicht diskreditiert, jedoch diskreditierbar. Daran zeigt sich, dass das Stigma von Leistungsbeeinträchtigung und Krankheit über den Arbeitsplatz hinausreicht.

«Ich habe zwei Brüder, vielleicht auch noch kurz erwähnt. Und ähm eben, Mama und Papa, ja//mhm//. Und ähm die sind also alle wirklich, auch die Freundin, ähm vollstens hinter mir gestanden. Auch die Familie der Freundin. Also ich habe, was das angeht, von der privaten Seite her sämtliche Rückendeckung gehabt [...]. Also es ist jetzt niemand gekommen und hat gesagt: «Hey! Du Simulant! Geht mal wieder arbeiten. Du willst eh nichts» oder so. Sondern jeder hat eigentlich in dem Sinn Verständnis für mich aufgebracht.» (Interview mit Gunter)

Sogar an Personen, die Gunter nahestehen, scheint er die Erwartung zu haben, von ihnen potenziell als Simulant betitelt zu werden. Die Interviewfrage, die die zitierte Erzählung von Gunter auslöste, fragte nach entscheidenden Personen, die ihn bei der Rückkehr unterstützten. Gunters Bezugnahme auf die Tatsache, dass die Familie ihn nicht als Simulanten behandelte oder

bezeichnete, wurde demnach nicht durch die Frage evoziert. Würde Gunter das Verständnis für seinen gesundheitlichen Zustand als selbstverständlich erachten, hätte er im Interview nicht explizit darauf hingewiesen, von niemandem in seinem privaten Umfeld als Simulant bezeichnet worden zu sein. Daran zeigt sich, wie tief die Furcht vor Diskreditierung aufgrund von psychischen Beeinträchtigungen verankert zu sein scheint. Diese Interpretation bestätigt sich in quantitativen Studien. Einer Untersuchung von Bühler et al. zufolge ängstigen sich 70 Prozent der in einer repräsentativen Studie befragten Personen in der Schweiz vor negativen Reaktionen aus dem sozialen Umfeld, «wenn dieses erfahren würde, dass es ihnen psychisch nicht gut geht» (Bühler et al. 2018, S. 20).

Stigmatisierungen basieren auf zugeschriebenen Normabweichungen. An den Beispielen von Anke Ulrich, Klaas Gunter und Anneliese Früh wurden Abweichungen aufgezeigt, die sich an unterschiedlichen Normen orientieren. Bei Gunter ist es die Arbeitsunfähigkeit an sich, die von den Mitarbeitenden als normabweichend und illegitim bewertet wird. Bei Ulrich und Früh ist die Normabweichung stärker an die Krankheit gebunden, da psychische und kognitive Beeinträchtigungen mögliche Stigma-Merkmale in Interaktionen sind. Stigmatisierungen gründen darüber hinaus auf weiteren Faktoren. So fühlt sich Angela Dreier von den Mitarbeitenden zwar gut unterstützt, nimmt aber auch wahr, dass arbeitsunfähige Personen das Teamgefüge am Arbeitsplatz bedrohen. Sie erläutert dies anhand der aktuellen Situation:

*«Gewisse Zeit kann ein Team sicher jemanden unterstützen. Aber nachher auf die Länge raus wird es dann sicher auch mühsam für das Team selber. Wenn man dann nachher sie vielleicht auch überfordert oder. Im Moment sind bei uns auch so Krankheitsfälle, irgendwie drinnen. Also, ja, wo Leute ausgefallen sind. Man mages ein *Zytli* auch ertragen aber mit der Zeit wird es dann nachher, halt schon, ja werden die anderen halt dann auch überbelastet oder.»* (Interview mit Dreier)

Organisationale Probleme wie zu viel Arbeit werden auf Personen zurückgeführt, die aus gesundheitlichen Gründen bei der Arbeit ausfallen. Die organisationalen Probleme werden dadurch zu individuellen Problemen umdefiniert. Damit sind kranke Personen immer auch ein Risiko für die Produktivität des Teams und letztlich des gesamten Betriebes. Daraus speist sich oftmals auch das schlechte Gewissen der Betroffenen gegenüber

der Kollegschaft. Die gesundheitlichen Probleme von Personen, die bei der Arbeit ausfallen, werden für das Team ausserdem zu einer gesundheitlichen Bedrohung, da die Arbeitsbelastung dadurch anwächst (vgl. hierzu auch Bartel 2018, S. 177). Dies ist aus organisationssoziologischer Sicht betrachtet dann der Fall, wenn die «Interdependenz der Arbeitsabläufe» (Nadai et al. 2019, S. 150) sowie die «Arbeitsverdichtung» (Voswinkel 2017a, S. 267) hoch sind (vgl. hierzu auch Foster und Wass 2013). Ähnlich wie Dreier argumentiert auch Doris Töpfer.

«Das Team verträgt es schlecht, wenn es den Leuten schlecht geht. Und das hat damit zu tun, also das sind liebe Menschen, ich finde nicht irgendwie, die sind böse oder irgendwie uninteressiert, sondern, sind alle am Limit.» (Interview mit Töpfer)

Im zitierten Abschnitt erklärt Töpfer, weshalb sie bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz wenig Unterstützung erhalten habe. Sie führt dies darauf zurück, dass alle «am Limit» seien und deshalb keine Ressourcen mehr gehabt hätten, um Menschen wie sie zu unterstützen. Inwiefern die Arbeitgebenden in der Lage wären, auf Arbeitsausfälle zu reagieren – beispielsweise durch das Einstellen einer zusätzlichen Person –, wird in den Interviews nicht thematisiert.⁷² Den erkrankten Personen wird die Hauptverantwortung für diese organisationalen Probleme übertragen. Diese Argumentationskette der Gesundheitsgefährdung durch erhöhte Arbeitsbelastung kann weitergesponnen werden: So gefährdet die individuelle gesundheitliche Beeinträchtigung und der Arbeitsausfall nicht nur das Team, sondern auch die Betriebe und die Volkswirtschaft, sodass die Personen letztlich zu einer «Bedrohung des Sozialen» (Lessenich 2012, S. 95) werden. Dieser Umstand ist zentraler Bestandteil der herrschenden Stigma-Theorie zur Arbeitsunfähigkeit.

6.3 Informationskontrolle und Offenlegung von Krankheit

In der Literatur zu beruflicher Wiedereingliederung wird das zu späte Erkennen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und das verzögerte Thematisieren von Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz problematisiert (vgl. bspw. Badura und Steinke 2011). Hierbei stehen insbesondere die psychischen Erkrankungen im Fokus. Aus Sicht der betroffenen Personen kann es jedoch wünschenswert sein, «im Zustand der Diskreditierbaren, aber noch

⁷² Nadai et al. (2019, S. 175) haben für die Schweiz gezeigt, dass beispielsweise Headcount-Vorgaben «den flexiblen Einsatz von Aushilfskräften» verhindern können.

nicht Diskreditierten zu verbleiben», wie Maeder und Nadai (2004, S. 137) in Bezug auf das Klientel der Sozialdienste beschreiben.⁷³ Kapitel 6.2 zeigte, dass Arbeitsunfähigkeit und Krankheit am Arbeitsplatz potenzielle Stigma-Merkmale sind, weshalb diese nicht ohne Weiteres offengelegt werden. Bauer et al. (2017, S. 316) postulieren in diesem Zusammenhang, eine betriebliche «Kultur, die geprägt ist von Vertrauen, gelebter Inklusion und einem authentischen Interesse an der Gesundheit der Mitarbeiter», sei ein wichtiger Faktor, der es den Arbeitnehmenden erleichtere, ihren Gesundheitszustand am Arbeitsplatz zu thematisieren und betriebliche Unterstützung zu akzeptieren (vgl. hierzu auch Jones und King 2014, S. 1488; Munir et al. 2005, S. 1405). An bestimmte Beeinträchtigungen gebundene Stigmatisierungen ergeben sich jedoch nicht allein durch den Betrieb, sondern müssen immer auf den gesamtgesellschaftlichen Kontext bezogen werden (vgl. Santuzzi et al. 2014, S. 208). Stigma-Theorien in Bezug auf Arbeitsunfähigkeit und gewisse Erkrankungen sind internalisiert. Eine gute Atmosphäre am Arbeitsplatz vermag unter Umständen Diskreditierungen zu vermindern, die Gefühle der Diskreditierbarkeit bleiben jedoch bestehen.

Die Ausführungen zu Stigmatisierung zeigen, dass durch die Offenlegung von Krankheit und Beeinträchtigung am Arbeitsplatz das Selbst einer bedrohlichen Situation ausgesetzt wird. Deshalb sind die von Krankheit betroffenen Menschen mit der für sie relevanten Frage konfrontiert, ob, zu welchem Zeitpunkt und gegenüber wem sie ihre Krankheit oder Beeinträchtigung offenlegen (vgl. Jones und King 2014). Diese individuellen Entscheidungsprozesse können im Anschluss an Goffman (1975, S. 116) als «Techniken der Informationskontrolle» bezeichnet werden. Die Informationskontrolle ist Goffman zufolge für Personen relevant, deren Beeinträchtigung entweder nicht wahrnehmbar ist oder deren wahrnehmbare Merkmale nicht ohne weiteres mit einer bestimmten Krankheit verknüpft werden können (vgl. hierzu auch Joachim und Acorn 2000; Saunders und Nedelec 2014, S. 107). Die Frage der Offenlegung stellt sich nicht, wenn die Krankheit oder Beeinträchtigung offensichtlich und eindeutig identifizierbar ist. Bei diesen

73 Untersucht und diskutiert wird in der Literatur diesbezüglich insbesondere die Nicht-Inanspruchnahme der Sozialhilfe, wobei beispielsweise Hümbelin (2019, S. 17) für den Kanton Bern schätzt, dass 26,3 Prozent der Personen, die berechtigt wären, Sozialhilfe zu beziehen, diesen Anspruch nicht geltend machen. Schuwey und Knöpfel (2014) beziffern die Nicht-Inanspruchnahme von Sozialhilfe in der Schweiz auf 30–50 Prozent und in einem Bericht des BFS mit Daten der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung aus dem Jahr 2005 geben 28,2 Prozent der Berechtigten im Alter zwischen 20–59 Jahren an, keine staatlichen Unterstützungsleistungen zu beziehen (vgl. Crettaz et al. 2009, S. 16).

diskreditierten Personen stellt sich Goffman (1975, S. 56) zufolge die Frage des Spannungsmanagements, also die Art und Weise des Umgangs mit nicht-diskreditierten Personen in Interaktionen.

Solange die für die jeweilige Interaktion relevanten Personen noch keine Kenntnisse über eine Krankheit haben, besteht die Möglichkeit der Täuschung, das heisst des Verheimlichens des Merkmals, das den sozialen Erwartungen am Arbeitsplatz nicht entspricht. Goffman zufolge ist das Täuschen nicht die Ausnahme, sondern vielmehr die Regel: «Wegen der großen Belohnungen, die die Tatsache als normal betrachtet zu werden, mit sich bringt, werden fast alle Personen, die die Möglichkeit haben, zu täuschen, dies auch bei irgendeiner Gelegenheit absichtlich tun.» (Goffman 1975, S. 96) Goffman beschreibt verschiedene Möglichkeiten des Täuschens. So können beispielsweise Stigma-Merkmale versteckt werden. Eine andere Strategie besteht darin, «die Zeichen [des] stigmatisierten Fehlers als Zeichen eines anderen Attributs darzustellen, eines, das weniger deutlich ein Stigma ist» (Goffman 1975, S. 120). In der Regel werden nicht alle Personen getäuscht, sondern es kommt zu einer Aufteilung in zwei Gruppen, wobei gegenüber der einen Gruppe eine Offenlegung stattfindet und die andere Gruppe getäuscht wird (vgl. Goffman 1975, S. 120). Das Täuschen ist allerdings eine riskante Strategie, da die Möglichkeit besteht, durch Wissende blossgestellt zu werden. Ausserdem kann es durch das Kaschieren eines Stigma-Merkmals notwendig werden, dass andere als unvorteilhaft bewertete Merkmale offengelegt werden müssen (vgl. Goffman 1975, S. 97, 107).⁷⁴

Sobald sich eine erwerbstätige Person also in Bezug auf die Erwerbsarbeit als leistungseingeschränkt betrachtet, dies allerdings dem Arbeitsumfeld noch nicht bekannt ist, stellt sich die schicksalhafte Frage der Offenlegung der Krankheit oder Beeinträchtigung gegenüber Arbeitgebenden und Mitarbeitenden. Die Frage der Offenlegung stellt sich nicht nur am Arbeitsplatz, sondern auch im sozialen Umfeld. Oftmals besteht bei den betroffenen Personen Unsicherheit darüber, welches die Folgen der Offenlegung sind. Während das Offenlegen am Arbeitsplatz einerseits zu Verständnis, Entlastung, Entbindung von Aufgaben, erhöhter Rücksichtnahme, Sonderrechten usw. führen kann, sind andererseits die Auflösung des Arbeitsvertrages, die

74 Eine weitere Strategie der Informationskontrolle neben dem Täuschen ist das Kuvrieren. Dabei handelt es sich um eine Strategie, die zwischen dem Spannungsmanagement und der Informationskontrolle angesiedelt ist. Beim Kuvrieren ist das Stigma-Merkmal den in die Interaktion involvierten Personen bekannt, dennoch versucht die stigmatisierte Person «zu verhindern, daß das Stigma sich zu mächtig aufdrängt» (Goffman 1975, S. 129).

Herabwürdigung als «behindert», Neid oder Missgunst von Mitarbeitenden oder die Infragestellung der offenbarten Beeinträchtigung, das heisst der Verdacht der Simulation oder Aggravation, denkbare Folgen (vgl. Munir et al. 2005, S. 1398). Bauer et al. (2017, S. 316) sprechen in diesem Zusammenhang deshalb vom «Etikettierungs-Ressourcen-Dilemma». Sie schreiben hierzu:

«Ein Großteil der dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist nicht sichtbar und so können sich Betroffene – sofern sie niemandem auf der Arbeit von ihrer Beeinträchtigung erzählen – im Arbeitskontext ohne das Etikett ‹behindert› oder ‹chronisch krank› bewegen. Dies schützt sie vor mit diesen Etikettierungen verbundenen Stigmatisierungen. Möchten oder müssen Betroffene jedoch die gesetzlich vorgesehenen Leistungen in Anspruch nehmen oder Unterstützung von Kollegen, Vorgesetzten oder zuständigen betrieblichen Akteuren [...] erhalten, so müssen sie zumindest zu einem gewissen Grad Aspekte ihrer Beeinträchtigung offenlegen.» (Bauer et al. 2017, S. 316)

Auch bei bereits offengelegten Erkrankungen stellen sich unter Umständen weitere Fragen der Offenlegung. Dabei geht es darum, zu kommunizieren, wie stark die Erkrankung die persönliche Leistungsfähigkeit beeinflusst oder wie sich die Erkrankung in Zukunft entwickeln könnte. In Fällen, in denen eine Krankheit oder Beeinträchtigung nicht unmittelbar wahrnehmbar ist, stellt sich die Frage der Offenlegung am dringlichsten. Dies betrifft auch Personen, bei denen die Symptome der Erkrankung zwar sichtbar sind, die Symptome sich jedoch – ohne entsprechendes medizinisches Fachwissen – nicht mit einer bestimmten Diagnose verbinden lassen. Dies trifft auf viele psychische und kognitive Beeinträchtigungen zu, aber ebenso auf einzelne körperliche Erkrankungen, wie Santuzzi et al. an einem Beispiel aufzeigen:

«[...] a worker who has arthritis might demonstrate slow or labored movement. However, the visible manifestations of the underlying disability may be misattributed by observers to other causes such as poor physical fitness or temporary fatigue.» (Santuzzi et al. 2014, S. 204)

Solange die Personen am Arbeitsplatz noch keine Kenntnisse über eine diagnostizierte Krankheit haben, geht es darum, abzuschätzen, ob die Krank-

heit längerfristig kaschiert werden kann und worin die Vor- und Nachteile des Offenlegens bestehen. Insbesondere bei chronischen oder progredienten⁷⁵ Erkrankungen steigt die Komplexität, da ebenfalls beachtet werden muss, ob die Erkrankung sich zu einem späteren Zeitpunkt auf die Arbeitsfähigkeit auswirken könnte. In diesen Fällen könnte ein langes Schweigen Nachteile mit sich bringen (vgl. Goffman 1956, S. 87).

In Kapitel 6.1 wurde eine Typologie erarbeitet, die beschreibt, wie Menschen zur Einschätzung gelangen, ihre Arbeitsleistung sei eingeschränkt. Dabei wurde die diagnostizierte Leistungseinschränkung, die Abweichung von Leistungsnormen sowie die Arbeitsunfähigkeit ohne Leistungseinschränkung unterschieden. Bei der letztgenannten stellt sich die Frage des Offenlegens am Arbeitsplatz nicht, da sich die Personen selbst nicht als leistungsbeeinträchtigt beschreiben und diese Sichtweise von den medizinischen Fachpersonen geteilt wird. Damit gibt es auch keine Beeinträchtigung, die offengelegt werden könnte oder müsste. Bei der Abweichung von Leistungsnormen ist die Frage des Offenlegens ebenfalls nicht zentral, weil die medizinische Diagnose eine eher entlastende Funktion hat (vgl. hierzu auch Voswinkel 2017a, S. 274). Durch sie wird das Abweichen von der Leistungsnorm bestenfalls sogar legitimiert. Die Frage des Offenlegens stellt sich dann, wenn die Leistungseinschränkung primär auf einer medizinischen Diagnose beruht. Allerdings ist sie auch in diesen Fällen nicht für alle Personen gleich relevant. Das soll im Folgenden an den Beispielen Kuno Bauer und Diego Umberg gezeigt werden.

Die beiden Karrieren unterscheiden sich darin, dass bei Bauer bereits durch die «psychiatrische Betreuung» die Ich-Identität einer erzwungenen Veränderung unterworfen ist, während bei Umberg die Diagnose zunächst noch keine Veränderung der Ich-Identität nach sich zieht. An anderer Stelle wurde der Arbeitsausfall von Kuno Bauer bereits beschrieben (siehe Kapitel 6.1.3). Bauer fühlt sich am Arbeitsplatz überfordert, und von dem Vorgesetzten gemobbt. Weder seine Kritik noch seine Wünsche werden vom Vorgesetzten gehört. Das führt schliesslich zu einem Nervenzusammenbruch. Bauer kommt in «psychiatrische Behandlung» und muss einen Test ausfüllen:

«Die [Psychologin] hat mir das Formular gegeben und gesagt: «Bitte, füllen Sie mir das aus.» Und zwar nach dem Motto Frage- und Antwortspiel [...]. Und als sie fertig war, hat sie das, diesen Zettel

75 Progrediente Erkrankungen zeichnen sich dadurch aus, dass sich der Gesundheitszustand aufgrund der Erkrankung zunehmend verschlechtert.

auf die Seite genommen und hat den ausgewertet, nach ihrem Schema [...]. Etwa gut einen Monat nach der ersten Sitzung, die ich bei ihr war, [...] hat sie zu mir gesagt: «Wissen Sie eigentlich auch, dass Sie immer noch eine schwere Depression haben?»»
(Interview mit Bauer)

Die Psychologin weist Bauer bei der Nachbesprechung darauf hin, er habe im Formular angekreuzt, «schon mal Suizidgedanken gehabt» zu haben. Bauer selbst kann sich nicht daran erinnern, aber ihm wird bewusst, «wie tief [unten] er eigentlich» ist. Ihm wird klargemacht, dass er «eine schwere Depression» hat. Eine Heerschar medizinischer Fachpersonen kümmert sich in der Folge um Bauer. Hierdurch wird eine Veränderung der Perspektive auf das eigene Selbst angestoßen, die in der medizinischen Betreuung begründet ist. Durch die psychiatrische Behandlung empfindet sich Bauer zunehmend als hilfsbedürftig und er hat im Rahmen der psychiatrischen Behandlung Zeit, sich mit dem veränderten Selbst zu arrangieren. Die Hilfsbedürftigkeit ist derart ausgeprägt, dass Bauer sie bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz nicht mehr ablegt. Die Zuschreibung ist bereits in seine Ich-Identität integriert und er hat sich mit seiner neuen Situation abgefunden. Er schätzt nun jegliche Form der Unterstützung und charakterisiert sich selbst als hilfsbedürftig. Verblüffend ähnlich ist der Verlauf bei Anneliese Früh, die nach einem Zusammenbruch in eine psychiatrische Klinik eingeliefert wird. Mit dem Aufenthalt ist unmittelbar ein Statusverlust verbunden. Nachher sei man «einverstanden, mit allem, was hilft», weshalb das Offenlegen, um die Hilfeleistungen zu erlangen, schon beinahe selbstverständlich dazugehört.

Anders verhält es sich bei Personen, die trotz Diagnose oder Behandlung noch dazu in der Lage sind, das «alte Selbst» nach aussen hin unverändert aufrechtzuerhalten und die sich selbst auch nicht als hilfsbedürftig verstehen. In diesen Fällen kommt es oft erst dann zur Offenlegung, wenn sich die Beeinträchtigung nicht mehr verheimlichen lässt. Das ist letztlich abhängig von der Wahrnehmbarkeit der Erkrankung und kann am Beispiel von Diego Umberg gezeigt werden. Umberg arbeitet bei einer Versicherung und erkrankt an einer starken Polyarthrit⁷⁶. Obwohl er selbst die Diagnose des behandelnden Arztes nicht hinterfragt, verheimlicht Umberg die Krankheit lange Zeit im Betrieb. Er muss sich unter anderem «einer Art Chemotherapie» unterziehen, die mit starken Nebenwirkungen verbunden ist und

76 Mit dem Begriff *Polyarthrit* wird eine Gelenkserkrankung bezeichnet. Typisch für die Polyarthrit sind Schwellungen und Schmerzen in mehreren Gelenken des Körpers.

er fühlt sich regelmässig «hundsschlecht». Um zu verhindern, dass sich die Nebenwirkungen der Behandlung auf seine Arbeitsleistung auswirken und seine Beeinträchtigung am Arbeitsplatz wahrgenommen wird, legt er die Therapien auf den Freitagabend. So kann er sich am Wochenende auskurieren und ist am Montag jeweils wieder in der Lage, den Leistungsnormen wie gewohnt zu entsprechen.

Um die Täuschung so lange wie möglich erfolgreich aufrechtzuerhalten, ist Umberg gezwungen, alle Lebensbereiche der Arbeit bzw. der Reproduktion seiner Arbeitskraft unterzuordnen. Er kann diese Strategie verfolgen, weil er allein lebt, keine familiären Verpflichtungen hat und eine hohe Erwerbsarbeitsorientierung aufweist. Der Umstand, dass er bereit dazu ist, für die Täuschung so viele Anstrengungen auf sich zu nehmen, verdeutlicht, wie stark ihm die Offenlegung seiner Erkrankung am Arbeitsplatz widerstrebt. Erst als weitere und insbesondere sichtbare und erklärungsbedürftige Symptome wie Schlafmangel und trockene Augen hinzukommen, lässt sich die Krankheit nicht mehr verbergen. Die Beeinträchtigung wird zunehmend wahrnehmbar (vgl. Goffman 1975, S. 64–67) und er verliert dadurch die Optionen der Informationskontrolle. Schliesslich ist er zur schmerzhaften Offenlegung gezwungen, die er folgendermassen schildert:

«Und dann ist es natürlich nicht anders gegangen. Es hat sich bemerkbar gemacht beim Job. Ich habe einen Job, wo man mehrere hundert Prozent arbeitet. [...] Ferien sind kein Thema gewesen. Und ich habe meine Ferien gebraucht, um mich zu erholen oder um mich zu kurieren, zum äh für die Therapie. //mhm// Und das ist extrem mühsam gewesen. Bis es nicht mehr-, bis ich es nicht mehr habe verstecken können.» (Interview mit Umberg)

«Mehrere 100 Prozent» zu arbeiten, scheint ein inhärentes Merkmal seines Jobs zu sein. Die dramatisierende Formulierung weist auf ein überbordendes Arbeitspensum hin. Es hat also schon vor der Erkrankung eine zeitliche und örtliche Entgrenzung der Arbeit stattgefunden. Umberg hat deshalb keinen Spielraum mehr, noch weitere Zeit für die Reproduktion der Arbeitskraft zu nutzen, um seine Arbeitsfähigkeit in gewohntem Masse aufrechtzuerhalten. Er kann seine Leistungsbeeinträchtigung nicht mehr «verstecken» und wird damit von einer diskreditierbaren zu einer diskreditierten Person. Die beschriebene Hochleistungskultur am Arbeitsplatz scheint bei

Umberg ein wesentlicher Grund dafür zu sein, weshalb er am Arbeitsplatz seine Krankheit möglichst lange nicht thematisiert.

6.4 Fazit – Ambivalente Folgen der Offenlegung von Beeinträchtigungen

Neue Instrumente im Kontext der betrieblichen Wiedereingliederung wie die Früherfassung der IV oder das Absenzenmanagement in den Betrieben haben zum Ziel, möglichst frühzeitig eine sich anbahnende Erwerbsunfähigkeit der Arbeitnehmenden zu erkennen und sie präventiv zu verhindern. Die Massnahmen versprechen, die betroffenen Personen beim Arbeitsplatzert halt und der Wiedereingliederung zu unterstützen. Gemäss der einschlägigen Literatur besteht eine der zentralen Herausforderungen darin, dass insbesondere bei sogenannten nicht objektivierbaren psychischen Beeinträchtigungen das frühzeitige Veranlassen von Massnahmen oftmals scheitert. Die vorgestellten Ergebnisse geben Hinweise zur Erklärung dieses Phänomens. So zeigt die Analyse, dass der Prozess, sich als leistungsbeeinträchtigte oder unterstützungsbedürftige Person zu beschreiben, bisweilen langwierig sein kann, da er an eine schmerzhaft Anpassung der Ich-Identität geknüpft ist. In der Analyse wurden drei Prozesse unterschieden:

Erstens Personen, die durch ein medizinisches Urteil nach Krankheit oder Unfall als leistungsbeeinträchtigt klassifiziert werden und die diese Sichtweise in das eigene Selbst integrieren müssen. *Zweitens* Individuen, die am Arbeitsplatz auf Abweichung von Leistungsnormen aufmerksam gemacht werden, die sie zu einem früheren Zeitpunkt erfüllten. Für sie ist die medizinische Diagnose eine Legitimation für die zugeschriebene Normabweichung und die Frage der Offenlegung stellt sich weniger. *Drittens* gibt es die Personen mit einer arbeitsplatzbezogenen Krankschreibung. Hierbei betrachten sich die Personen in der Regel nicht als leistungsbeeinträchtigt. Es zeigt sich sogar, dass eine arbeitsplatzbezogene Krankschreibung dabei helfen kann, den schädigenden Einfluss eines Arbeitsplatzes auf die Gesundheit zu mindern.

Personen, deren Krankheit oder Beeinträchtigung nicht unmittelbar wahrnehmbar ist, stehen vor der Entscheidung, ob sie diese dennoch am Arbeitsplatz thematisieren sollen. Eine Offenlegung ist notwendig, um von Betrieb und Sozialstaat Unterstützung zu erhalten. Demgegenüber steht die Tatsache, dass Krankheit, Arbeitsunfähigkeit und Beeinträchtigung sowohl am Arbeitsplatz als auch darüber hinaus Stigma-Merkmale sind, die aus der Sicht der betroffenen Personen an eine Vielzahl von negativen Zuschreibun-

gen geknüpft werden. Ebenso werden Personen, die bei der Arbeit ausfallen, als Gefahr fürs Team, den Betrieb und die Gesellschaft betrachtet, woraus sich ein schlechtes Gewissen speist. Diese Stigmatisierung besteht insbesondere bei Beeinträchtigungen, die sich nicht auf gängige Art und Weise objektivieren lassen. Das ist hauptsächlich bei psychischen Krankheiten der Fall. Vor diesem Hintergrund nehmen Personen, die sich selbst eine Beeinträchtigung zuschreiben, die sozialstaatlichen und betrieblichen Unterstützungsangebote nicht zwangsläufig in Anspruch, da sie sich vor negativen Konsequenzen ängstigen.

Die Gründe für das zögerliche Offenlegen können nicht auf die jeweilige Unternehmenskultur reduziert werden. Vielmehr reicht die Diskreditierbarkeit über den Arbeitsplatz hinaus ins private Umfeld hinein. Zudem ist der rechtliche Schutz für gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitnehmende gering (siehe Kapitel 4), weshalb die Offenlegung mit einem erhöhten Risiko verbunden ist, den Job zu verlieren. Am leichtesten fällt die Offenlegung der Beeinträchtigung am Arbeitsplatz denjenigen Personen, die bereits im Rahmen des Aufenthalts in einer Klinik ein unterstützungsbedürftiges Selbst entwickelt haben und deshalb für alle Hilfeleistungen dankbar sind. Diese Personen problematisieren die Offenlegung am Arbeitsplatz kaum.

7 Case-Management-Prozess

Alle interviewten Personen standen bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz in Kontakt mit dem BCM. Nachfolgend wird dargelegt, wie die Zurückgekehrten den Case-Management-Prozess erlebten und retrospektiv beschreiben. In Kapitel 3.2 wurde der schematische Unterstützungsprozess im Case-Management dargelegt. Dieser gliedert sich in die Eingangsphase, das Assessment, die Planung, die Umsetzung, das Monitoring sowie die Evaluation. Die nachfolgenden Ausführungen orientieren sich nicht an diesen Prozessschritten, da sie in den Narrationen der interviewten Personen nicht aufgegriffen wurden. Der Regelkreis lässt sich nicht rekonstruieren, weil dieser in der subjektiven Perspektive der unterstützten Personen keine Rolle spielt. Die Ausführungen gliedern sich stattdessen in drei Unterkapitel, die zentrale Kategorien der Beschreibung der Unterstützung durch das BCM aufgreifen. Erstens wird dargelegt, welche Kenntnisse und Erwartungen die Befragten zu Beginn des Rückkehrprozesses hatten und wie sie den Zugang und die Beziehung zum BCM beschreiben (Kapitel 7.1). Anschliessend wird aufgezeigt, dass das BCM auf einer moralischen Arbeitsteilung in Betrieben beruht und welchen Einfluss diese Arbeitsteilung auf die Beziehung zwischen dem BCM und den unterstützten Personen hat (Kapitel 7.2). Abschliessend wird der Unterstützungsprozess fokussiert und es wird dargelegt, welche Funktion die unterstützten Personen dem BCM zuschreiben und welche Auswirkungen sich aus diesen Funktionen für das Selbst der Betroffenen ergeben (Kapitel 7.3).

7.1 Beginn des Betrieblichen Case-Management

Das BCM ist den Beschäftigten in den untersuchten Betrieben kaum bekannt, obwohl alle im Sample vertretenen Unternehmen zum Zeitpunkt der Erhebung seit mindestens zwei Jahren ein BCM etabliert haben. Der wesentliche Grund für die spärlichen Kenntnisse der Beschäftigten dürfte in der geringen lebensweltlichen Relevanz des BCM bestehen. Die wenigsten setzen sich a priori mit den Folgen einer Arbeitsunfähigkeit auseinander, solange sie sich gesund fühlen und als arbeits- und leistungsfähig betrachten (vgl. hierzu auch Geisen et al. 2019, S. 7). Einige Personen im Sample haben basale Kenntnisse des BCM, ohne jedoch genau zu wissen, worin die Aufgabe der Mitarbeitenden des BCM besteht. Kira Schumann weiss beispielsweise, «dass es da so Angebote gibt». Sie habe sich jedoch «nie wirklich schlau

gemacht», weil sie nie das Gefühl gehabt habe, dieses Angebot zu brauchen. Die umfangreichsten Kenntnisse haben Personen, die im Rahmen ihrer Rolle als Vorgesetzte mit dem BCM Kontakt hatten oder Arbeitskolleginnen und -kollegen kennen, die vom BCM bereits unterstützt wurden.⁷⁷ Einige erlebten selbst schon längere Episoden der Arbeitsunfähigkeit und haben dabei Erfahrungen mit dem BCM gemacht. Insgesamt kann jedoch konstatiert werden, dass nur geringe Kenntnisse über das Angebot bestehen.

7.1.1 Aufnahme ins Case-Management

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie Personen überhaupt mit dem BCM in Kontakt treten, also in der Eingangsphase und der Phase des Assessment zum *Fall* werden. Personen, die vergleichsweise umfangreiche Kenntnisse des Case-Management-Prozesses haben, verweisen dabei auf das Absenzenmanagement, das nach einer gewissen definierten Zeit automatisch eine Meldung mache. Aaron Meier beispielsweise, der vor dem Arbeitsausfall eine Vorgesetztenposition bekleidete, kennt den «klar definierten Prozess» im Betrieb. Deshalb erstaunt es ihn nicht, dass das BCM bei seiner Rückkehr – er war krankheitsbedingt circa acht Wochen nicht am Arbeitsplatz – bereits initiiert ist. Das Wissen davon, dass eine automatische Meldung den Prozess einleitet, hilft dabei, nicht misstrauisch oder ängstlich zu werden und die Initiierung des Case-Management-Prozesses nicht als Infragestellung der eigenen Person bzw. der Fähigkeit, selbstständig an den Arbeitsplatz zurückzukehren, zu erleben. Personen, denen die Existenz und Funktionsweise des BCM weniger vertraut ist, nehmen die Initiierung stärker als Eingriff in ihr Leben wahr. Kuno Bauer beispielsweise beschreibt, wie der Case-Manager «das erste Mal in [s]ein Leben getreten» ist, bei Werner Neuert «taucht» die Case-Managerin acht Wochen nach seinem Unfall unvermittelt in der Rehaklinik auf und bei Doris Töpfer hat es nach lange andauernden gesundheitlichen Problemen «irgendwann geheissen, so basta, jetzt bist du ein Fall für den Case-Manager». Diese Formulierungen deuten auf einen Bruch hin. Er entsteht durch den ersten Kontakt mit dem BCM, da allein durch das Initiieren des Case-Management-Prozesses vermittelt wird, vom Betrieb als unterstützungsbedürftig wahrgenommen zu werden. Der Zugang wird zudem als Eindringen in die Privatsphäre empfunden.

⁷⁷ Im Sample sind auch Personen vertreten, die als Angestellte einer Versicherung arbeiten und das Case-Management als Dienstleistungen für Kundinnen und Kunden kennen. Was sie nicht wissen, ist, dass es versicherungsintern ebenfalls ein Angebot gibt bzw. wie sich dieses vom Case-Management für externe Betriebe unterscheidet.

Die Kriterien, die zur Initiierung eines Case-Management-Prozesses führen, sind für die betroffenen Personen also in der Regel a priori weder bekannt noch nachvollziehbar. Das BCM wird aus Sicht der Betroffenen «im Hintergrund aktiv», wie es Werner Neuert exemplarisch beschreibt. Das löst ein Unbehagen aus. In drei der analysierten Fälle erfolgt der Zugang indirekt über die vorgesetzten Personen, oder Beratungspersonen des HR, die selbst Rückkehrgespräche führen und bei Bedarf ans BCM triagieren. Kira Schuman beispielsweise beschreibt, wie die HR-Beraterin das BCM empfohlen habe.

«Als ich wieder zurückgekommen bin zur Arbeit, hat [...] unsere HRB [HR-Beraterin] //mhmm// hat nachher von diesem Case-Management erzählt und hat gesagt, sie würde mir das ans Herz legen. Weil sie das Gefühl habe, ich sei wirklich noch nicht ganz über dem Berg.» (Interview mit Schumann)

Die Unterschiede zum direkten, unmittelbaren Zugang zum BCM sind jedoch kaum merklich. Die subjektive Deutung ist in diesen Fällen vergleichbar mit der direkten Kontaktaufnahme durch das BCM.

Das BCM ist in manchen Betrieben für die Betroffenen obligatorisch, in anderen an bestimmte Anreize – wie beispielsweise eine verlängerte Lohnfortzahlung – gebunden oder freiwillig. Auch die untersuchten Betriebe handhaben die Frage des Zugangs unterschiedlich, wobei alle drei Vorgehensweisen im Sample enthalten sind. Dies widerspiegelt sich jedoch nicht in den Interviews mit den Beschäftigten, weil diese den Zugang zum BCM anders wahrnehmen, als dies in den Konzepten der entsprechenden Betriebe festgehalten ist. Das erste Gespräch mit dem BCM wird durch die befragten Personen grundsätzlich als *verpflichtend* erachtet. Doris Töpfer beispielsweise, die als Lehrerin bei einer grossen Schweizer Stadt arbeitet, in der das BCM freiwillig ist, beschreibt den Zugang folgendermassen:

«Dann habe ich die Anmeldung, also eben das Aufgebot bekommen, ich solle mich melden. Und ich durfte, also ich habe mich einfach müssen melden.» (Interview mit Töpfer)

In Töpfers Wahrnehmung ist das BCM ein verpflichtendes Angebot. Erst benutzt sie zwar das Wort Anmeldung, korrigiert sich jedoch anschliessend selbst und verwendet daraufhin das Wort Aufgebot. Durch die Korrektur des Wortes verdeutlicht Töpfer, dass ihr diese Unterscheidung wichtig ist und es sich ihrer Erinnerung nach eben gerade *nicht* um eine freiwillige Anmeldung

handelte.⁷⁸ Mit Ausnahme von zwei interviewten Personen, scheinen die unterstützten Personen das BCM durchwegs nicht als freiwillig zu erachten. Dies könnte einerseits an einer ungenauen Kommunikation des BCM liegen. Andererseits ist es denkbar, dass das BCM als verpflichtend wahrgenommen wird, weil es intern durch den Betrieb angeboten wird und deshalb fest in den betrieblichen Abläufen verankert ist. Die Frage der Freiwilligkeit ist unabhängig davon schwierig zu klären, da im Falle der Wiedereingliederung der Arbeitsplatz auf dem Spiel steht und für gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitnehmende der externe Arbeitsmarkt nur wenige Stellen bereithält. Deshalb versuchen die Personen in der Regel, nichts zu tun, was ihnen zur Last gelegt werden könnte. Dadurch rückt die prinzipielle und durchaus relevante Frage der Freiwilligkeit in den Hintergrund.

In Einzelfällen wird der Zugang zum BCM explizit als erzwungen erlebt. Klaas Gunter ist aufgrund einer Depression arbeitsunfähig. Nach eigenen Worten zieht er sich immer mehr zurück und lässt dem Unternehmen lediglich Arztzeugnisse zukommen. Daraufhin erhält er einen eingeschriebenen Brief mit der klaren Aufforderung, sich zur Vereinbarung eines Gesprächs zu melden. Eine solche Verpflichtung ist basierend auf der Treuepflicht durch die Arbeitgebenden einforderbar (siehe Kapitel 4.3). Allerdings kann die Wahrnehmung des BCM als verpflichtende Massnahme der Herausbildung eines Vertrauensverhältnisses zu den Case-Managerinnen und Case-Managern schaden (vgl. Voswinkel 2017a, S. 271).

7.1.2 Case-Management als Degradierung

Ein Fall des BCM zu sein, kann Sorge vor nachfolgenden Prozessen der Stigmatisierung auslösen und als Degradierung erlebt werden. Ergänzend zu den Ausführungen zum Arbeitsausfall ist hierbei nicht eine Krankheit oder eine Beeinträchtigung das Stigma-Merkmal, sondern der Umstand, in den Case-Management-Prozess aufgenommen worden zu sein. Diese Überlegung schliesst an die Arbeiten von Simmel und Coser an, die Armut erst dann als stigmatisierend betrachten, «wenn die Betroffenen von der Gesellschaft unterstützt werden» (Maeder und Nadai 2004, S. 136). Coser (1992, S. 34 f.) zeigt auf, wie in gesellschaftlichen Zuschreibungsprozessen die soziale Kategorie der Armen erst geschaffen wird. Diese Kategorie habe es – im Gegensatz zu «den objektiven Bedingungen von Armut» (Coser 1992,

78 Ivo Heusler arbeitet bei derselben Stadt wie Töpfer. Er empfindet die Teilnahme am Case-Management-Prozess ebenfalls als obligatorisch.

S. 34) – nicht immer schon gegeben. Im modernen Wohlfahrtsstaat eröffnet die soziale Klassifizierung von Menschen als arm die Möglichkeit, Leistungen der Sozialhilfe zu beanspruchen, wodurch «die privaten Probleme dieser Person zu einer öffentlichen Angelegenheit» werden (Cosser 1992, S. 36). Armut bestimmt sich demnach anhand «der sozialen Reaktion, die auf einen gewissen Zustand hin eintritt» (Simmel 1992, S. 552).

Diese Überlegungen können auf Personen bzw. Fälle des BCM übertragen werden, weil es sich um eine sehr heterogene Personengruppe handelt, deren Mitglieder nicht darüber definiert sind, «was sie tun, sondern [darüber], was ihnen angetan worden ist» (Cosser 1992, S. 37). Durch die betriebliche Unterstützung bei der Rückkehr wird *eine* soziale Gruppe geschaffen und damit unvermeidlich eine soziale Identität der Hilfsbedürftigkeit konstruiert, die darin besteht, das eigene Leben und die Rückkehr an den Arbeitsplatz nicht selbst bewältigen zu können. Krankheit wird von einem individuellen zu einem betrieblichen Problem. Der Status als unterstützte Person des BCM ist demnach analog zum Status «des Armen» im modernen Wohlfahrtsstaat «nur um den Preis einer Herabwürdigung der betreffenden Person zu haben» (Cosser 1992, S. 40). Besonders eindrücklich wird dieser Prozess von Doris Töpfer beschrieben, als sie im Interview auf den Moment der Kontaktaufnahme im Case-Management-Prozess angesprochen wird.

*«Ja da habe ich schon so gefunden, mph, ok, ich bin ein Fall. Das Gefühl von Case ist ein Fall, ein bisschen Englisch kann ich oder. Also ich bin ein Fall, das hat mich schon so, habe ich so. Da kommst du so ein bisschen in eine Opferrolle rein [...], du hast so das Stempelchen auf der Stirn. Aber ich habe es ja auch verstanden, ich bin schon so schlecht *zwäg* gewesen, ich habe ja gewusst, ich bin eine Last für meinen Arbeitgeber.»* (Interview mit Töpfer)

Doris Töpfer fühlt sich durch die Aufnahme ins BCM in eine Opferrolle gezwängt. Sie hat einen fiktiven Stempel auf die Stirn gedrückt bekommen. Schon seit ihrer Jugend bezieht sie eine halbe IV-Rente. Dennoch empfindet sie die Aufnahme ins BCM als zusätzliche Degradierung. Während ihre partielle Erwerbsunfähigkeit ihre Arbeitstätigkeit bis zu diesem Zeitpunkt nicht direkt tangierte, führt die Aufnahme ins BCM zu einer Statusdegradierung, da sie nun bezüglich ihrer verbleibenden Arbeitsfähigkeit und der selbstständigen Rückkehr an den Arbeitsplatz infrage gestellt wird. Sie habe zu diesem Zeitpunkt bereits gewusst, dass sie «eine Last für [den] Arbeitgeber»

gewesen sei. Töpfer ist der Überzeugung, die Aufnahme ins BCM verdeutliche den Umstand, eine (ökonomische oder organisatorische) Last zu sein. Diese Degradierung scheint auch wesentlich mit dem Namen Case-Management zusammenzuhängen, der aus Menschen Fälle mache.

Auch Dieter Vischer reflektierte im Nachgang des Interviews den Begriff Case-Management und wies darauf hin, dass dieser eine Wirkung auf die Menschen habe, die unterstützt werden.

«Diese fühlen sich als Fall und damit als Nummer und nicht mehr als Mensch behandelt.» (Postscript des Interviews mit Vischer)

Dies löst die Angst aus, zu einer «standardisierten Sache» (Röwer 2020, S. 239) degradiert zu werden. Eindrücklich schildert dieses Gefühl eine Person in der Studie von Baer et al. (2018) in Bezug auf den Kontakt zu Beratungspersonen der IV.

«Die Diagnose Burnout ist ein Ablauf bei der IV, so kam es mir vor. Und dann kam ein Coach und fertig, das muss man einfach so machen, ohne zu schauen was eigentlich passiert ist und was man schon gemacht hat.» (Baer et al. 2018, S. 86)

An dieser Stelle muss auf die Unterscheidung zwischen der Stigmatisierung im Fall von Leistungsbezug (Sozialversicherung oder Sozialhilfe) und der Stigmatisierung im Rahmen des BCM hingewiesen werden. Coser (1992, S. 43) zufolge hängt der niedrige gesellschaftliche Status der Armen entscheidend davon ab, dass diese strukturell nicht in der Lage sind, eine Gegenleistung zu erbringen für die Hilfe, die sie bekommen. Dies mache die Armen abhängig und führe zwangsläufig zu einer asymmetrischen Beziehung zwischen hilfeleistender und hilfeempfangender Person. Das ist bei der betrieblichen Wiedereingliederung nicht der Fall, da die Reziprozität durch die vorangegangene (und oftmals nachfolgende) Arbeitstätigkeit im Betrieb gegeben ist. Gleichwohl ist die Erfüllung dieser Reziprozitätsnorm ein Balanceakt. Einerseits ist sie abhängig von Faktoren wie der Betriebszugehörigkeit und der Legitimität von Krankheit (siehe Kapitel 3.3), andererseits ist es schwierig einzuschätzen, wie andere betriebliche Akteure die Erfüllung der Reziprozitätsnorm beurteilen.⁷⁹

79 Ähnliches zeigt sich bei Leistungen im Sozialversicherungssystem. Dort ist aufgrund der Beitragszahlungen ebenfalls die Legitimation und Erfüllung der Reziprozitätsnorm gegeben. Dennoch «gibt es [...] Klienten, die keinen Unterschied zwischen den verschiedenen Zweigen sozialer Sicherung machen und jede staatliche Unterstützung als

7.1.3 Unklarheit über Zielsetzung und Vertraulichkeit

Die bisher beschriebenen Aspekte – mangelnde Kenntnisse, unfreiwilliger Kontakt, Degradierung – wirken sich in der Folge negativ auf die anfängliche Beziehung zum BCM aus. So beschreibt Diego Umberg den Erstkontakt folgendermassen:

«Als ich vom Case-Management gehört habe, das hat nicht viel gebracht also. Es gibt jetzt einen Termin, den man hat mit dem Case-Management aber äh, man ist nicht unbedingt begeistert.»
(Interview mit Umberg)

Umberg offenbart geringe Kenntnisse und hat kaum Erwartungen in Bezug auf den Case-Management-Prozess. Grundsätzlich besteht anfangs eine eher abwartende Haltung gegenüber dem BCM, da die Personen aufgrund ihrer geringen Kenntnisse nicht genau wissen, was sie erwartet. Fiona Lauener beschreibt den Anfang der Beziehung zum Case-Manager so:

«Zuerst muss man schon ein wenig hinhören, was da geht und ja. Um was, dass es geht, ja, dass man wirklich nachher einfach, nicht dass einfach alles grad rausgeht oder //mhm//. Je nachdem, was es ist.» (Interview mit Lauener)

In Bezug auf den Anfang des Unterstützungsprozesses beschreibt Lauener zwei Unsicherheiten, die auch in vielen anderen Interviews zentral sind. Einerseits besteht Unklarheit darüber, was die *Ziele* des BCM sind, andererseits bestehen Bedenken bezüglich der *Vertraulichkeit* der Informationen. Lauener scheint es wichtig zu sein, dass nicht «einfach alles grad rausgeht». Betrachtet man den Aspekt der Stigmatisierung von Krankheit und Beeinträchtigung zeigt sich, wie bedrohlich die Arbeitsunfähigkeit bzw. damit verknüpfte stereotype Vorstellungen für das Selbst der betroffenen Personen sein können. Umso wichtiger ist es, die Hoheit über die Weitergabe von Informationen zu behalten. Dies wird durch den Eintritt ins BCM zwar nicht grundlegend verunmöglicht, löst jedoch ein diesbezügliches Unbehagen aus. Die Unklarheit über die Ziele des BCM beschreibt auch Aaron Meier.

«Sicher habe ich geglaubt, dass das Care-Management zum Besten von mir will schauen. Aber es ist immer so ein wenig eine Unsicherheit gewesen wie der Anteil-. Ja gut, ich bin ja nicht lange

beschämendes Anzeichen für eigenes Versagen werten» (Maeder und Nadai 2004, S. 137). Dies stellt letztlich Cosers Argument infrage.

da. Vielleicht wollen sie das einfach auch gut managen, dass sie vielleicht irgendwann, ja ich sage jetzt das offen, dass sie vielleicht irgendwann den Zeitpunkt finden, um eben vielleicht keine Lösung mehr zu finden, oder. [...] Erst relativ spät habe ich das Vertrauen dort so gefunden, dass ich habe müssen sagen, doch die schauen jetzt wirklich zum Besten von mir. Selbstverständlich auch noch passend für das Unternehmen, das ist klar.» (Interview mit Meier)

Meier hat im Vergleich zu den anderen interviewten Personen als ehemalige Führungsperson gute Kenntnisse des BCM. Trotz dieser Kenntnisse bestehen bei ihm Unklarheiten über dessen Ziele. Da er noch nicht lange für den Betrieb tätig ist, befürchtet er, dieser wolle ihn möglicherweise loswerden. Die Betriebszugehörigkeit scheint in Meiers Überlegungen eine wesentliche Rolle zu spielen.⁸⁰ Erst in der Retrospektive kann er bilanzieren, dass die Unterstützung des BCM gut, also zu seinem besten war.

Beide Punkte – Unklarheit über die Ziele des BCM sowie die Vertraulichkeit – scheinen miteinander verknüpft zu sein. Das verdeutlicht sich bei Angela Dreier, die das BCM bereits vorab kennt, da sie als Angestellte einer Versicherung arbeitet, die ihrer Kundschaft das Case-Management als Dienstleistung anbietet. Trotz der Kenntnisse ist Dreier misstrauisch. Sie hat Angst, die dem BCM anvertrauten Informationen könnten dazu benutzt werden, um sie «dann nachher irgendwie los zu werden». Die folgende Passage beschreibt den Beziehungsaufbau zwischen Dreier und der Case-Managerin. Hier spielt Vertraulichkeit eine zentrale Rolle.

«Ich habe wirklich das Gefühl gehabt, sie ist mehr so eben für mich jetzt da. Klar der {Vorname Vorgesetzter} auch, aber mehr für mich. Und dass ich mich ihr anvertrauen kann, das habe ich schon, eigentlich, recht schnell nachher schon gemerkt. Und das hat sie mir von Anfang an gesagt: «Das, was wir hier besprechen, das gebe ich nicht weiter.» Und wenn wirklich etwas jetzt weitergegangen wäre, dann hätte ich natürlich dann auch Konsequenzen gezogen //mhm//. Und dann hätte ich dann natürlich auch reagiert.» (Interview mit Dreier)

Am Anfang des Unterstützungsprozesses wird die Vertraulichkeit durch die Case-Managerin thematisiert, die anfänglich nicht gegeben ist und erst

80 Meiers Sichtweise bestätigt sich in empirischen Studien zur Wiedereingliederung (siehe Kapitel 3.3).

hergestellt werden muss. Dreier gibt sich diesbezüglich kämpferisch: Sie hätte Konsequenzen gezogen – damit meint sie mutmasslich rechtliche Schritte –, wenn das BCM die Vertraulichkeit nicht eingehalten hätte. Hierbei verdeutlicht sich, wie einschneidend die fehlende Vertraulichkeit für Dreier gewesen wäre. Ausserdem beschreibt Dreier die Gefahr, die von ihr preisgegebenen Informationen könnten gegen sie verwendet werden und sie würde dadurch ihren Arbeitsplatz gefährden. Damit bringt sie zum Ausdruck, dass sie sich über die Zielsetzung des BCM nicht ganz im Klaren ist.

Goffman (1975, S. 120) hat darauf hingewiesen, dass Individuen bei der Informationskontrolle oftmals eine geteilte Strategie fahren: Gewisse Personen werden eingeweiht, anderen gegenüber wird das Stigma-Merkmal verheimlicht. Da das BCM als Gatekeeper den Zugang zu betrieblichen Hilfeleistungen regelt, würde es sich anbieten, diesem Akteur gegenüber offen zu sein, mit anderen betrieblichen Akteuren hingegen zurückhaltend zu kommunizieren. Die Unklarheit über die betrieblichen Strukturen und Informationsflüsse verunmöglichen jedoch diese Strategie, da insbesondere am Anfang des Prozesses eine grosse Unsicherheit bezüglich der Geheimhaltung und Loyalität des BCM besteht. Mit der Etablierung der Beziehung zwischen BCM und unterstützten Personen zeigt sich jedoch, dass das BCM zu einer betrieblichen Instanz wird, zu der eine vergleichsweise grosse Offenheit besteht.

7.2 Beziehungsaufbau und Unterstützungsverlauf

Aus den geringen Vorkenntnissen über das BCM sowie der Unklarheit über die Zielsetzung und Vertraulichkeit im BCM, resultiert eine abwartende, misstrauische Grundhaltung. Es stellt sich deshalb im Folgenden die Frage, wie zwischen dem BCM und den unterstützten Personen eine tragfähige Beziehung etabliert wird. Damit wird bereits ein Resultat vorweggenommen, denn viele Interviewte bauten tatsächlich eine enge Beziehung zum BCM auf. Dieses Resultat war überraschend. Deshalb wurde die Beziehungsgestaltung zu einer zentralen Kategorie in der Analyse. Die Daten deuten darauf hin, dass der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung in der Regel rasch und relativ problemlos vonstattengeht. Ein entscheidendes Element hierfür ist die *moralische Arbeitsteilung*, die in den Betrieben hinsichtlich der Wiedereingliederung besteht. Dem BCM wird dabei eine günstige Rolle zuteil, das heisst, es erfährt eine positive moralische Zuschreibung. Im Folgenden wird erläutert, was mit dem Begriff der moralischen Arbeitsteilung theoretisch

gemeint ist. Anschliessend wird an Beispielen aus dem empirischen Material aufgezeigt, inwiefern eine moralische Arbeitsteilung in Bezug auf das BCM besteht und wie sie in den Interaktionen zwischen unterstützten Personen und Mitarbeitenden des BCM konstruiert wird.

7.2.1 Moralische Arbeitsteilung

Der Begriff der moralischen Arbeitsteilung geht auf den amerikanischen Soziologen Everett Hughes zurück. Dieser postulierte in Bezug auf personenbezogene Berufe, es gebe nicht nur eine technische, sondern auch eine moralische Arbeitsteilung. Diese manifestiere sich insbesondere in den unterschiedlichen Lizenzen und Mandaten der Berufe und den damit zusammenhängenden unterschiedlichen moralischen Funktionen, die den Berufen aufgrund dessen zugeschrieben würden (vgl. Hughes 1984 [1959], S. 288). Das *Mandat* umfasst gemäss Hughes den in gesellschaftlichen Aushandlungsprozessen definierten Auftrag, also die vom jeweiligen Beruf bearbeitete Zielgruppe sowie das angemessene Verhalten. Die *Lizenz* bezieht sich auf die Erlaubnis, bestimmte Handlungen vorzunehmen, die anderen Berufen nicht gestattet sind (vgl. Schütze 1992, S. 140). Die Polizei zum Beispiel hat die Lizenz, unter gewissen Bedingungen und in einem bestimmten Masse körperliche Gewalt anzuwenden.

Höhergestellte Berufe zeichnen sich nach Hughes (1984 [1956], S. 306) dadurch aus, dass sie die «dreckige Arbeit» an andere Berufsgruppen weiterreichen können. Hughes zeigt beispielsweise, dass Ärzte und Ärztinnen gewisse Arbeiten an das Pflegepersonal delegieren, wodurch ihre Arbeit rein bleibt von niederen Tätigkeiten und sie dadurch ihre hohe Statusposition aufrechterhalten können (vgl. Hughes 1984 [1956], S. 306 f.). Goffman, ein Schüler Hughes', hat das Konzept der moralischen Arbeitsteilung auf die totalen Institutionen (siehe Kapitel 5.3) übertragen und damit gezeigt, dass es auf die unterschiedlichen Berufsgruppen innerhalb von Organisationen anwendbar ist. Er beschreibt in seiner Analyse der totalen Institutionen, wie die «niedrigsten Personalränge [...] die Forderungen der Institution gegenüber den Insassen zu vertreten» haben (Goffman 1973, S. 114). Dies erlaube es den höhergestellten Personen, gegenüber den Insassen «eine onkelhafte Freundlichkeit an den Tag zu legen und sogar Vergünstigungen zu gewähren» (Goffman 1973, S. 114). Durch die unterschiedliche Verteilung der Aufgaben kommt es zu einer Zuschreibung «moralischer Attribute», die wesentlich an die Aufgabenverteilung geknüpft ist (vgl. Goffman 1973, S. 114).

Die onkelhafte Freundlichkeit, welche den Höhergestellten zugeschrieben wird, ist also abhängig von der Verrichtung «dreckiger Arbeit» durch Betreuungspersonen in den Institutionen. Um die Beziehung zwischen BCM und den wiedereinzugliedernden Menschen zu untersuchen, müssen deshalb jeweils auch die Beziehungen zu anderen Positionen im Betrieb, beispielsweise zum HR und zu den Vorgesetzten, betrachtet werden, da aufgrund der moralischen Arbeitsteilung eine moralische Zuschreibung funktional von den Lizenzen und Mandaten anderer Positionen abhängt.

Das Mandat des BCM besteht darin, bei der Wiedereingliederung effizient zu unterstützen und zwischen den Interessen der Person und den Interessen des Betriebes zu vermitteln. Entscheidend ist jedoch, und das wird anhand der empirischen Daten demonstriert werden, dass das BCM aus Sicht der unterstützten Person *keine* Lizenz hat. Die Mitarbeitenden des BCM dürfen nichts tun, was anderen im Betrieb nicht gestattet ist. Sie können die Betroffenen nicht zurück an den Arbeitsplatz bringen, wenn nicht die HR-Fachpersonen oder die Vorgesetzten kooperieren und ihre Einwilligung geben. Auch haben sie kaum konkreten Einfluss auf Arbeitsplätze, Arbeitsverhältnisse oder Arbeitsverträge. Da das BCM diese fehlende Lizenz gegenüber den unterstützten Personen aktiv offenlegt, steht es bei Unzufriedenheit bezüglich des Eingliederungsprozesses nicht im Fokus der Kritik. Es kann also in Goffmans Worten eine onkel- bzw. tantenhafte Freundlichkeit an den Tag legen, da andere im Betrieb wie Vorgesetzte oder das HR für die Durchsetzung unangenehmer Schritte verantwortlich sind. Sie sind es, die Kündigungen aussprechen, in Mitarbeitendengesprächen Leistungen bewerten, an einen anderen Arbeitsplatz im Betrieb versetzen und andere unliebsame Sanktionen durchführen müssen.

7.2.2 Mandat und Lizenz des Case-Management

Der Aufbau des Vertrauensverhältnisses im Rahmen des Unterstützungsprozesses gründet wesentlich auf der Offenlegung von Mandat und Lizenz im Rahmen des Case-Management-Prozesses. Hierbei grenzt sich das BCM von anderen betrieblichen Akteuren ab, die andere Mandate aufweisen und insbesondere mit anderen Lizenzen ausgestattet sind. Angela Dreier beispielsweise beschreibt die Aufgaben des BCM in Abgrenzung zum Vorgesetzten folgendermassen:

«Mein Chef muss ja auch ein bisschen schauen ähm betriebswirtschaftlich und vom Arbeitgeber her. Und {Vorname Case-Mana-

gerin} hat auch ein bisschen probiert, hat sicher das auch müssen berücksichtigen. Natürlich aber auch meine, meine Bedürfnisse berücksichtigen. Dass sie dort so ein bisschen, wie Vermittler gewesen ist, oder. Einfach so ein bisschen beide Seiten halt einfach probiert hat auf irgendeinen Nenner zu bringen, oder.» (Interview mit Dreier)

In Dreiers Perspektive ist das Mandat des Vorgesetzten nicht zu vergleichen mit dem der Case-Managerin. Während der Vorgesetzte vor allem für betriebswirtschaftliche Belange zuständig ist und den Wiedereingliederungsprozess aus betrieblicher Perspektive betrachten muss, kann sich die Case-Managerin stärker um die Bedürfnisse Dreiers kümmern. Die zögerlichen Ausführungen Dreiers lassen erkennen, dass ihr die engen Schranken durchaus bewusst sind, die dem BCM dabei gesetzt sind. Mit der zweimaligen Verwendung des Wortes «probiert» verdeutlicht sie, dass sie die Aufgabe der Case-Managerin als sehr schwierig einschätzt. Dennoch zieht sie eine klare Grenze zwischen den Zielen des Vorgesetzten, die letztlich die betrieblichen Ziele sind, und ihren eigenen Bedürfnissen, die durch das BCM zumindest partiell berücksichtigt werden. Obwohl sowohl der Vorgesetzte als auch die Case-Managerin 100 Prozent des Lohns vom Unternehmen erhalten und diesem demnach strukturell in gleichem Ausmass verpflichtet sind, besteht in der Wahrnehmung Dreiers ein klar unterscheidbares Mandat, welches in diesem Fall die moralische Arbeitsteilung begründet.

In anderen Interviews wird das BCM mit dem gesamten Betrieb und den dort vorherrschenden Erwartungen kontrastiert. Diego Umberg beispielsweise betrachtet das BCM als gewinnbringend für das Unternehmen und die unterstützten Personen. Diese Sichtweise sei jedoch «noch nicht an die Basis gelangt».

«Es sind wie zwei verschiedene Welten. Es ist eine Schizophrenie. Es gibt eine Persönlichkeit vom Case-Management im Unternehmen und es gibt eine andere Persönlichkeit von der Basis, die an der Front ist. Die beiden Welten ticken anders.» (Interview mit Umberg)

Das BCM werde von der Basis nur als «etwas Liebes» angesehen und müsse sich «besser verkaufen können». Die Auswirkungen der mangelnden Akzeptanz des BCM sind in Umbergs Fall dramatisch. Die Abmachungen, die er mit der Case-Managerin trifft, stossen bei seinen Vorgesetzten und dem Arbeitskollegium auf taube Ohren. Sie werden nicht respektiert, sodass

Umberg an freien Tagen Termine im Betrieb wahrnehmen muss. Er sieht sich sogar gezwungen, einen Operationstermin im Spital kurzfristig zu verschieben, da er seinen freien Tag nicht durchsetzen kann, obwohl er diesen mit dem BCM aushandelte und diese Abmachung am Arbeitsplatz kommuniziert wurde. An diesem Beispiel wird die fehlende Lizenz des BCM offenbar. Zugleich zeigt sich aber auch, dass das BCM nicht dafür verantwortlich gemacht wird, denn die Kritik Umbergs betrifft nicht direkt die Arbeit des BCM, sondern richtet sich nur auf den Umstand, dieses könne sich nicht verkaufen und sei nicht dazu in der Lage, seine Interessen gegenüber anderen betrieblichen Akteuren durchzusetzen. Ungeachtet dessen empfindet er hohe Dankbarkeit gegenüber dem BCM. Die Zuschreibung einer fehlenden Lizenz geht so weit, dass Umberg seine Case-Managerin nicht einmal darüber informiert, dass die Abmachungen nicht eingehalten werden.

Bei Reinhard Etter grenzt sich das BCM aktiv gegenüber dem HR ab, und zwar mit der Begründung: Die Zusammenarbeit mit dem HR funktioniere nicht gut, da das BCM «etwas relativ Neues» sei. Der zuständige Case-Manager grenzt sich ausserdem vom Vorgesetzten Etters ab, zu dem er den Draht noch nicht gefunden habe. Da das BCM aber wesentlich von der Zusammenarbeit mit dem HR und den Vorgesetzten abhängig ist, werden die Ergebnisse dadurch beeinträchtigt. Ähnlich zu interpretieren ist der Hinweis von Mitarbeitenden des BCM, betriebliche Regelungen würden ihnen die Hände binden. Fiona Lauener beispielsweise hat in ihrem Anstellungsverhältnis bei Unfall oder Krankheit eine Schutzfrist von zwei Jahren und erhält nach eineinhalb Jahren eine Kündigung:

«Sie haben mir das gesagt, dass sie das machen müssen, weil es nachher dann im Juli dann zwei Jahre wären. Dass sie eben sechs Monate vorher mir kündigen müssen einfach pro forma, wenn es nicht gehen würde bis dann, oder.» (Interview mit Lauener)

Das BCM rechtfertigt die Kündigung gegenüber Lauener als quasi automatischen Prozess, zu dem es keine Alternative gebe. Die Kündigung liege ausserdem nicht im Verantwortungs- und Wirkungsbereich des BCM, weil nur HR und Vorgesetzte darauf Einfluss nehmen können. Die moralische Arbeitsteilung geht im Fall Lauener so weit, dass sie das weitere Vorgehen bezüglich der Kündigung mit der Case-Managerin bespricht und deren Ratschlägen vertraut.

Das BCM grenzt sich bisweilen auch gegenüber der IV ab. Besonders eindrücklich ist die Gegenüberstellung von BCM und IV bei Aaron Meier. Dieser möchte trotz seiner Erkrankung mit multipler Sklerose und einem laufenden Rentenanspruch bei der IV sein Pensum wieder auf 100 Prozent hochfahren.

«Wo ich dann rauffahren wollte auf 100 Prozent, hat man mir vom Care-Management, und das ist souverän gewesen, hat man mir gesagt: «Sie passen Sie auf oder. Das könnte ganz, ganz grob ins Auge gehen, wenn Sie jetzt hochfahren auf 100 Prozent. Dann haben Sie nachher wieder eine Wartefrist und so weiter. Jetzt tun Sie einfach mal stabil warten.» (Interview mit Meier)

Das BCM verweist auf die Wartefrist bei der IV und kann dadurch glaubhaft machen, nur das Beste für Meier zu wollen. Dadurch stärkt das BCM das Vertrauensverhältnis und bekräftigt sein Mandat. Die IV wird dabei als Institution dargestellt, bei der man sich durch falsches Handeln in grosse Schwierigkeiten manövrieren kann. Die Darlegung der rechtlichen Grundlagen verdeutlicht, dass diese Perspektive auf die IV nicht unbegründet ist (siehe Kapitel 4.1).

7.2.3 Grenzen der moralischen Arbeitsteilung

Am deutlichsten zeigt sich die moralische Arbeitsteilung in den Momenten, in denen sie an ihre Grenzen stösst. In diesen Fällen wird deutlich, dass zur Erfüllung des Mandats, die leistungseingeschränkten Personen beim Arbeitsplatzverlust zu unterstützen, eine spezifische Lizenz notwendig wäre. Das Fehlen einer solchen Lizenz offenbart sich in der Regel, wenn andere Akteure in Gesprächen anwesend sind und die im Case-Management-Prozess getroffenen Vereinbarungen infrage stellen oder schlichtweg nicht beachten. Deutlich wird das am Beispiel von Angela Dreier, die bei ihrem zweiten psychisch bedingten Arbeitsausfall von der vorgesetzten Person darauf aufmerksam gemacht wird, sie sei lange genug vom Unternehmen mitgetragen worden und habe nun die ihr gesetzten Zielvorgaben einfach zu erreichen.

«Gewisse Zielvorgaben habe ich nachher bekommen, und das ist während einem CM-Gespräch gewesen mit {Vorname Case-Managerin}, der Gruppenleiterin und {Vorname Vorgesetzter}. Und da ist mir der Laden einfach auch nochmals runter. Also sie haben mir einfach nachher gesagt, ja entweder die Ziele quasi, also ich sag

*jetzt ganz hart, die Zielerreichung erreichen und sonst müsste ich einfach das *Kofferli* packen und gehen.» (Interview mit Dreier)*

Im einem Rundtischgespräch wird ihr «das Messer auf den Hals gesetzt». In diesem Gespräch nimmt sie wahr, einer geschlossenen Einheit gegenüberzusitzen, bestehend aus vorgesetzten Personen und der Case-Managerin. Dreier geht bis zu diesem Zeitpunkt noch davon aus, die Case-Managerin werde als ihre Anwältin auftreten. Doch im Gespräch ist die Case-Managerin plötzlich Teil der Personengruppe, die Druck ausübt. Zumindest greift sie nicht zugunsten von Dreier ein. Strukturell sind der Case-Managerin die Hände gebunden, da ihr die Lizenz dazu fehlt, Dreier tatsächlich zu unterstützen.

Im Anschluss an das Rundtischgespräch sucht die Case-Managerin das Gespräch mit Dreier und versucht, die Situation zu entschärfen und glaubhaft zu machen, ihr Mandat bestehe weiterhin in der Unterstützung Dreiers. Sie ist jedoch nicht in der Lage, das «Messer» von Dreiers Hals zu nehmen. Die Case-Managerin scheint sich jedoch grosse Sorgen zu machen, dass Dreier wieder auf die suizidale Schiene «abrutscht» (siehe Kapitel 6.1.2). Gleichzeitig kann sie aufgrund mangelnder Lizenz die Verhältnisse nicht ändern und ist auch nicht in der Lage, Dreier therapeutische Hilfe anzubieten, da sie hierfür nicht ausgebildet ist.

«Und sie hat dann auch gesagt: ‹Ja, einfach nicht, dass du wieder abrutschst plötzlich.› Eben so punkto Auto unterwegs und so, dass ich nicht irgendein Blödsinn mache. Und das habe ich ihr auch müssen versprechen.» (Interview mit Dreier)

Dreier muss der Case-Managerin versprechen, sich nicht zu suizidieren. Ein solches Versprechen kann von einer suizidalen Person, die sich grossem Druck ausgesetzt fühlt, nicht in diesem Rahmen eingefordert werden. Daran verdeutlichen sich exemplarisch die mangelnden Handlungsmöglichkeiten und die Hilflosigkeit der Case-Managerin. Mandat und Lizenz klaffen weit auseinander.

Die Grenzen der moralischen Arbeitsteilung und der von der Arbeitsteilung abhängenden positiven moralischen Zuschreibung werden nie in den direkten Interaktionen zwischen unterstützten Personen und den Mitarbeitenden des BCM offensichtlich. Sie offenbaren sich erst – wie an Dreiers Beispiel gezeigt – in Interaktion mit anderen beteiligten Akteuren, da erst unter solchen Umständen die mangelnde Lizenz zum Handeln relevant

wird. Es ist keineswegs Zufall, dass die Grenzen der moralischen Arbeitsteilung sich ausgerechnet in den Rundtischgesprächen zeigen. In diesen Fällen haben die betroffenen Personen das Gefühl, einer «powerful coalition» (Kirsh et al. 2012, S. 149) gegenüberzustehen, wodurch ihr Selbst höchst verletzlich wird. Sie befinden sich nicht mehr in einem Zwiegespräch, sondern in einem Gespräch mit mehreren Akteuren. Hieraus entstehen neue Rahmungen der Selbstdarstellungen. Das Rundtischgespräch verunmöglicht es, gegenüber dem BCM, den vorgesetzten Personen sowie der IV unterschiedliche soziale Rollen einzunehmen und damit die unterschiedlichen Rollenerwartungen zugleich zu erfüllen. Dies gilt in strukturanaloger Form für das BCM.

Diese Offenbarung der mangelnden Lizenz kann sich auch auf das Mandat übertragen. Plötzlich herrscht dann wieder Unklarheit darüber, welche Ziele im Case-Management-Prozess tatsächlich verfolgt werden. Das zeigt sich besonders pointiert und eindrücklich in der folgenden Schilderung eines Rundtischgesprächs im Rahmen der Wiedereingliederung:

«Jetzt denkt man ja als Patientin und Mitarbeiterin, der Case-Manager sei in diesem Fall in Anwaltschaft für einem selber und würde in dem Round-Table für einen sprechen und einen schützen. Weit gefehlt. Die klare Definition ist. Der Case-Manager [...] ist dazu da, um die berufliche Wiedereingliederung zu koordinieren und nicht anwaltschaftlich für-. Das kriegen sie in dem Moment überhaupt nicht klar. Sie denken einfach, ha ich brauche Hilfe! Und dann ist die noch nett und in ihrer Rolle als Sozialberaterin spricht sie auch anwaltschaftlich mit dir. Aber sobald sie an dem Round-Table sitzt, ist sie dann nur noch Koordinatorin.» (Interview mit Ulrich)

Während Anke Ulrich bis zu diesem Rundtischgespräch davon ausging, zum Aufgabenbereich der Case-Managerin gehöre die Unterstützung ihrer Rückkehr an den Arbeitsplatz, koordiniert diese im Rahmen des Rundtischgesprächs einzig die verschiedenen Akteure und übernimmt die Moderation des Gesprächs. Daraufhin fühlt sich Ulrich alleingelassen und ihre Perspektive auf die Case-Managerin wandelt sich. Sie bezeichnet das BCM nun gar als «Feigenblatt» des Unternehmens. Gleichwohl resultiert daraus kein totaler Bruch der Beziehung zur Case-Managerin, da sie deren mangelnde Lizenz anerkennt. In diesem Zusammenhang vermutet Ulrich, die Case-Managerin

habe selbst «auch ein Burnout» und kämpfe «einfach nur mit Windmühlen». Dadurch bleibt die moralische Zuschreibung dennoch positiv.

7.2.4 Vertrauensverhältnis und fortdauernde Unterstützung

Am Anfang des Case-Management-Prozesses ist die Beziehung zwischen den Mitarbeitenden des BCM und der unterstützten Person oftmals von Misstrauen geprägt. Das BCM muss sich die Akzeptanz erst erarbeiten. Es wurde dargelegt, welche bedeutende Rolle die betriebliche moralische Arbeitsteilung dabei spielt, eine tragfähige Beziehung zu etablieren. Die Beziehungen sind in den untersuchten Fällen oft erstaunlich persönlich. So sind viele Beschäftigte «per Du» mit der fallbearbeitenden Person des BCM. Zumindest nennen die meisten interviewten Personen die Mitarbeitenden des BCM in den Interviews bei ihren Vornamen. Ebenso sind die Beziehungen andauernd und freundschaftlich. Dies manifestiert sich in den Beschreibungen des Abschlusses des Case-Management-Prozesses. Während der Fall im Case-Management-Prozess in der Regel eine klar definierte Zeit nach der Rückkehr an den Arbeitsplatz abgeschlossen werden sollte (siehe Kapitel 3.2), gibt es im Sample Personen, die auch nach vollzogener Rückkehr an den Arbeitsplatz nach wie vor eine enge Beziehung zum BCM pflegen. So beispielsweise Anneliese Früh:

«Auch heute noch, es kann sein, dass er plötzlich anruft und fragt: «Wie haben Sie es?» Obwohl der Fall jetzt schon eine Weile abgeschlossen ist. Finde ich dennoch schön, oder, da merkt man doch, dass man noch jemand hat.» (Interview mit Früh)

Früh ist nach Abschluss ihres Falls dankbar über die sporadischen Anrufe des Case-Managers. Sie scheint froh darüber zu sein, jemanden zu haben, der sich nach ihrem Befinden erkundet. Hierbei stellen sich allenfalls datenschutzrechtliche Fragen. Mit Schliessen des Falles müsste der Case-Manager wohl auch die Telefonnummer löschen.⁸¹

Ähnlich ist dies bei Klaas Gunter, der sich «alle zwei Monate einmal zu einem Kaffee» mit der Case-Managerin trifft. In den Gesprächen scheint es ebenfalls um sein gesundheitliches Befinden zu gehen. Kuno Bauer

81 Bei Früh kommt es nicht nur zu einer diffusen Abgrenzung des Falles in zeitlicher Hinsicht, sondern auch in Bezug auf die involvierten Personen. Da sie mit dem BCM zufrieden ist, meldet sie auch noch die Tochter an, die aus der Perspektive Frühs ebenfalls Unterstützung benötigt.

beschreibt das Vorgehen seines Case-Managers so: Er hat «ein Schema, dass er an sich immer wieder mal bei den Leuten nachfragt, die voll integriert sind».

Personen, die einmal unterstützt wurden, haben eine grosse Nähe zum BCM, weil das Angebot nun bekannt ist und Klarheit über die Zielsetzung herrscht. So beschreibt Aaron Meier beispielsweise, er befinde sich derzeit in einem Modus, bei dem der Case-Management-Prozess initiiert werde, sobald ein Bedarf seinerseits oder vonseiten der vorgesetzten Personen bestehe. Das BCM wird mehr und mehr zu einer Institution, die bei Bedarf in Anspruch genommen werden kann. Dadurch kommt es zu einer Verschiebung der «Territorien des Selbst» (Goffman 1982, S. 54) am Arbeitsplatz, es findet also eine Neubewertung dessen statt, was als territoriale Übertretung betrachtet wird. Ein Beispiel hierfür findet sich auch im Postskript des Interviews mit Reinhard Etter:

«Nach dem Interview traten wir auf den Gang und der Interviewte [Reinhard Etter] fragte mich, ob ich noch mit Kolleginnen und Kollegen reden wolle, um ein besseres Bild vom ihm zu bekommen. An der Stimme und den unsicheren Blick merkte ich allerdings, dass es ihm nicht ganz wohl dabei war. Ich teilte ihm deshalb auch mit, dass das nicht nötig sei.» (Postskript des Interviews mit Etter)

Dies ist ein eindrückliches Beispiel dafür, wie (scheinbar) bereitwillig und transparent Etter über sich Auskunft geben wollte und dabei das Territorium des eigenen Selbst nicht mehr als schützenswert erachtete.

Goffman benennt insgesamt acht Territorien des Selbst. An dieser Stelle geht es insbesondere um das *Informationsreservat*. Das sind die «Fakten über es selbst, bezüglich derer ein Individuum in Anwesenheit anderer den Zugang zu kontrollieren beansprucht» (Goffman 1982, S. 68). Resultierend aus dieser Neubewertung sind die Personen plötzlich dazu bereit, auch über Aspekte im Betrieb zu reden, die vorher noch stärker geschützt und vom Arbeitsplatz ferngehalten wurden.

7.3 Vier Funktionen des Case-Management

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, welche Funktion das BCM aus der Sicht der unterstützten Personen hat. Als Analyseheuristik und zur Charakterisierung der Funktionen wird auf das Schema des Helfens von Brickman et al. (1982) Bezug genommen, die in den frühen 1980er Jahren – gestützt auf die klinische Psychologie und die Sozialpsychologie – eine

Theorie des Helfens entwickelten, wobei sie die *Hilfe durch andere* und das *Coping* in einem Ansatz vereinten. Durch die Kombination von zwei Dimensionen – zugeschriebene Verantwortung für das Problem sowie zugeschriebene Verantwortung für die Lösung – ergibt sich eine Vier-Felder-Matrix mit vier spezifischen Formen des Helfens und der Selbsthilfe. Diese Matrix lässt sich auf den Case-Management-Prozess übertragen, weil am Anfang der Fallbearbeitung durch das Case-Management eine «Klärung der Problemlage und Bedarfsfeststellung» (Wendt 2015a, S. 690) stattfindet und in der späteren Phase der Hilfeplanung unter anderem festgelegt wird, in welcher Form sich die Klientin oder der Klient beteiligen soll (vgl. Wendt 2015a, S. 691). Das heisst, im Case-Management wird unter anderem die Frage geklärt, inwieweit die betroffene Person für das Problem und die Lösung verantwortlich ist.

Die vier Felder der Matrix bezeichnen Brickman et al. (1982, S. 370) folgendermassen: medizinisches Modell, aufklärerisches Modell, kompensatorisches Modell, moralisches Modell (siehe Abbildung 6). Die Bezeichnungen der Modelle sind nicht selbsterklärend. Deshalb werden die Modelle nachfolgend kurz erläutert. Die Begriffe wurden jedoch nicht abgeändert, um die theoretische Sensibilisierung durch das Modell von Brickman et al. (1982) zu verdeutlichen.

Die Unterstützungsform, in der die betroffenen Personen weder für das Problem noch für die Lösung verantwortlich gemacht werden, bezeichnen Brickman et al. (1982, S. 372) als *medizinisches Modell*. Personen werden in dieser Perspektive als krank und beeinträchtigt betrachtet und die Veränderung dieses Umstandes unterliegt nicht der Kontrolle der betroffenen Menschen. Das bedeutet keineswegs, dass sie ohne Pflichten sind. Parsons (1975, S. 262) postuliert, ein zentrales Merkmal der Krankenrolle sei die gesellschaftliche Erwartung, dass die kranke Person Hilfe von Fachkräften aufsucht und ihre Hilfe annimmt. Entweder werden die passenden Massnahmen ergriffen, um wieder gesund zu werden, oder aber es geht wie im Falle einer chronischen Erkrankung darum, diesen Zustand adäquat und den Vorgaben der Fachpersonen entsprechend zu managen (vgl. Parsons 1975, S. 262).

Im *aufklärerischen Modell* steht im Zentrum, die Personen auf das tatsächliche Problem aufmerksam zu machen (vgl. Karuza et al. 1990, S. 195). Die Person wird dabei als verantwortlich für das Problem betrachtet, gleichzeitig jedoch als unfähig, selbstständig eine Lösung herbeizuführen (vgl. Dollinger 2008, S. 281). Dieses Modell ist mit einer besonders starken Zuschreibung eines negativen Selbstbildes verbunden. Eine Änderung kann

nur durch die Unterordnung unter eine Fachkraft stattfinden. Die Lösung des Problems liegt also ausserhalb der betroffenen Person, wodurch für die Lösung eine starke Bindung zur helfenden Institution vonnöten ist (vgl. Brickman et al. 1982, S. 374).

Im *kompensatorischen Modell* wird den Personen keine Schuld an dem Problem zugeschrieben, sie sind aber dennoch verantwortlich dafür, eine Lösung herbeizuführen. Sie sind mit einem durch das soziale Umfeld induzierten Nachteil konfrontiert, den sie durch den eigenen Effort wettmachen müssen. Die Hilfe, die sie dabei erhalten, kompensiert für die Ressourcen oder Möglichkeiten, die für die Hilfeempfangenden nicht zugänglich sind (vgl. Brickman et al. 1982, S. 371 f.). Die erhaltene Hilfe soll die Personen empowern, damit sie mit den gegebenen Umständen umgehen können. Ein Scheitern wird im kompensatorischen Modell als persönliches Versagen des Individuums gewertet. Das kompensatorische Modell verbindet die «Beschwörung der Selbstverantwortung mit dem Verzicht auf Schuldvorwürfe» (Bröckling 2007, S. 201). Der Blickwinkel ist dabei stets nach vorne gerichtet und der Ansatz an der Lösung orientiert.

Im *moralischen Modell* liegt sowohl die Verantwortung für das Problem als auch für die Lösung beim Individuum: «The name springs from the idea that individuals' problems are of their own making and they are morally responsible to help themselves.» (Karuza et al. 1990, S. 195) Verschiedene Gründe wie Willensschwäche oder falsches Tun führen überhaupt erst zu einem Problem. Die Lösung im moralischen Modell liegt in der Person selbst, die sich ändern muss. Es ist also für die Lösung nicht nötig, dass sich Verhältnisse ändern oder andere Personen aktiv werden. Das konkrete Helfen besteht in diesem Modell darin, die Personen daran zu erinnern, dass sie für ihr eigenes Geschick verantwortlich sind und wie wichtig es für die Lösung des Problems ist, dass sie sich selbst helfen (vgl. Brickman et al. 1982, S. 371).

Aus den Interviews lassen sich unter Rückgriff auf die dargelegte Heuristik insgesamt vier Kernfunktionen ableiten, die das BCM aus der Sicht der interviewten Personen erfüllt: Betreuungsfunktion im medizinischen Modell (Kapitel 7.3.1), Cooling-out-Funktion im aufklärerischen Modell (Kapitel 7.3.2), Beratungsfunktion im kompensatorischen Modell (Kapitel 7.3.3) sowie Gatekeeping-Funktion im moralischen Modell (Kapitel 7.3.4). Abbildung 6 zeigt, wie sich diese Funktionen ins Modell von Brickman et al. (1982) einfügen. Im Folgenden werden die vier empirisch hergeleiteten Funktionen des BCM anhand des Datenmaterials näher beschrieben. Ausserdem wird

dargelegt, welche Konsequenzen die verschiedenen Unterstützungsformen für das Selbst der betroffenen Personen haben.

Abbildung 6: Zuordnung der Funktionen des Case-Management zu den Unterstützungsmodellen von Brickman et al.

		Verantwortung für «Problem»	
		gering	hoch
Verantwortung für «Lösung»	gering	Betreuungsfunktion des BCM im medizinischen Unterstützungsmodell	Cooling-out-Funktion des BCM im aufklärerischen Unterstützungsmodell
	hoch	Beratungsfunktion des BCM im kompensatorischen Unterstützungsmodell	Gatekeeping-Funktion des BCM im moralischen Unterstützungsmodell

Darstellung in Anlehnung an Brickman et al. (1982, S. 370).

7.3.1 **Betreuung**

Die Betreuungsfunktion des BCM entspricht in der Typologie von Brickman et al. (1982) dem medizinischen Unterstützungsmodell. Es kommt zu keiner expliziten, an die Person gekoppelten Zuschreibung von Verantwortung für die Arbeitsunfähigkeit, weil das BCM diese nicht hinterfragt und die betroffenen Personen als hilfsbedürftig versteht. Zugleich sind die Betroffenen von der Verantwortlichkeit entbunden, für eine Lösung sorgen zu müssen. Gleichwohl ist die Kooperation mit dem BCM zentral. So müssen dessen Forderungen und Vorschläge akzeptiert werden.

Viele Personen erleben und beschreiben das BCM als betreuende Instanz, wobei die Betreuungsfunktion an die soziale Rolle des hilfsbedürftigen Patienten bzw. der hilfsbedürftigen Patientin gekoppelt ist. Fiona Lauener charakterisiert das BCM gegen Ende des Interviews auf den gesamten Wiedereingliederungsprozess zurückblickend folgendermassen:

«Von dem her bin ich froh, eben ich bin wirklich froh gewesen ab dem Case-Management. Die [Case-Managerin] hat mich schon jeweils wieder ein bisschen aus dem Loch rausgeholt. Einfach,

dass ich wieder wusste, doch, es ist jemand da, der mir hilft.»
(Interview mit Lauener)

Lauener spricht an, die Case-Managerin habe sie bisweilen «aus dem Loch rausgeholt». In dieses war sie gefallen, weil die Genesung nach einem schweren Traktorunfall auf dem eigenen Bauernhof länger als erwartet andauerte und sie zunehmend ihre Zuversicht verlor. Die vom Betrieb bereits ausgesprochene Kündigung (siehe Kapitel 7.2.2), die bei nicht erfolgter Rückkehr an den Arbeitsplatz nach zwei Jahren wirksam geworden wäre, verstärkt die Unsicherheit und erzeugt zusätzlich Druck, denn die Wiedereingliederung muss nun in einem klar definierten zeitlichen Rahmen vonstattengehen. Die Gespräche mit der Unfallversicherung und der IV sind für Lauener schwer durchschaubar und steigern ihre Unsicherheit zusätzlich. Vor diesem Hintergrund schätzt Lauener das offene Ohr der Case-Managerin, die sich ihre Sorgen anhört, ihr Mut zuspricht und sie weder für das Problem noch für die Lösung verantwortlich macht. Wenn die Genesung, für die sie alles zu tun bereit ist, nicht rechtzeitig eingetreten wäre, hätte sie gleichwohl die Arbeitsstelle verloren.

Das Ausmass der Betreuungsfunktion des BCM zeigt sich bei Kira Schumann, die ähnlich wie Lauener die Betreuung durch das BCM schätzt und sie folgendermassen beschreibt:

«Und dann haben wir uns immer wieder getroffen. Wir haben zwar nicht konkret geschaut [...] könnte ich jetzt irgendwie eine neue Stelle suchen, wo ich weniger beansprucht werde, oder so. Um das ist es eigentlich nicht gegangen. Es ist mehr darum gegangen, dass sie mich menschlich unterstützt hat //mhm//. Und das ist für mich sehr, sehr wertvoll gewesen, neben all den anderen Sachen, wo sie mir Tipps gegeben hat. [...] Das hat mir persönlich sehr geholfen. Ist aber wahrscheinlich so ein bisschen am Ziel vorbeigeschossen, weil das Case-Management hat ja nicht die Hauptfunktion oder Grundfunktion psychologische Betreuung //jaja// in dem Stil, wie ich es habe konsumieren dürfen.» (Interview mit Schumann)

Schumann verdeutlicht in der Passage, es sei im Case-Management-Prozess um die eigene Person und nicht um die Verhältnisse am Arbeitsplatz gegangen. Aufgrund der mangelnden Lizenz des BCM, Verhältnisse am Arbeitsplatz zu ändern, macht die Fokussierung auf Schumann das Problem für das BCM bearbeitbar. Die Individualisierung struktureller Probleme findet

nicht allein im Case-Management-Prozess statt, sondern ist ein zentrales Instrument im aktivierenden Sozialstaat. So postuliert Nadai (2006, S. 76): «Weil sozialstaatliche Agenturen wie die Sozialhilfe oder die Arbeitslosenversicherung keinen Einfluss auf die Arbeitskräftenachfrage oder die Personalselektion im ersten Arbeitsmarkt haben, wird bei den Betroffenen angesetzt.»⁸² Theoretisch fasst Thiersch diesen Mechanismus für die Beratungspraxis in der Sozialen Arbeit und identifiziert eine «geheime Moral von Verdrängung und Umdeutung», woraus die Tendenz folge, «nur psychisch-private Probleme zu betonen und die Willigkeit, auf das Beratungsangebot einzugehen, zu honorieren» (Thiersch 1989, S. 188 f.).

Aus Schumanns Sicht besteht die Hauptfunktion des BCM in ihrem Fall in der «psychologischen Betreuung». An anderer Stelle spricht sie gar von «Psychotherapie». Sie unterstreicht damit die Hilfsbedürftigkeit des Selbst und schildert der Case-Managerin alles, was passiert ist. Es kommt zu einer vollständigen Offenlegung sämtlicher Belange ihres Selbst. Die von Goffman (1975, S. 116) beschriebenen Strategien der Informationskontrolle spielen keine Rolle mehr und die Territorien des Selbst (siehe Kapitel 7.2.4) verringern sich. Dadurch liefert sich Schumann der Case-Managerin und indirekt dem Betrieb aus. Für Schumann, die lange Zeit sehr vorsichtig kommuniziert und sich selbst nicht eingesteht, überlastet zu sein, ist dies eine neue Handlungsstrategie, die wesentlich davon abhängt, sich als hilfsbedürftig zu verstehen. Schumann ist sich zugleich bewusst, dass die psychologische Betreuung «wohl nicht ganz das Ziel des Case-Management» ist. Umso erstaunlicher ist, dass sie sich dennoch der Case-Managerin anvertraut. Im weiteren Verlauf rät die Case-Managerin Schumann dazu, «professionelle Hilfe» in Anspruch zu nehmen, worauf sie sich «bei einer Psychologin meldet». Hiermit grenzt sich auch die Case-Managerin davon ab, psychologische Betreuung zu leisten.

In seiner Betreuungsfunktion ergreift das BCM Partei für die betreuten Personen. Dadurch wird gleichzeitig deren Hilflosigkeit unterstrichen, was ein zentrales Charakteristikum des medizinischen Modells darstellt. Diese Parteinahme erfolgt bisweilen eigenmächtig und ohne Absprache mit den Personen. Gleichwohl wird diese Anwaltschaft sehr geschätzt, da sich die betroffenen Personen einer Übermacht an Akteuren hilflos gegenübersehen und glauben, sich nicht wehren zu können. So beschreibt beispielsweise

82 Forschungsbefunde deuten darauf hin, dass diese Individualisierung nicht bei allen Jobs gleichermassen vorkommend ist. Seing et al. (2014, S. 1764) zufolge ist dies insbesondere bei schlecht bezahlten Jobs der Fall.

Angela Dreier, froh darüber gewesen zu sein, eine Person an ihrer Seite gehabt zu haben, die

«[...] von sich aus halt vielleicht mal Einwände gebracht hat. Halt einfach mal dem Vorgesetzten gesagt hat, du, könnte man es nicht so machen?» (Interview mit Dreier)

Wahrzunehmen, dass jemand für sie Partei ergreift, wird als positiv und entlastend empfunden. Am eindrucklichsten ist dies bei Kuno Bauer. Bei ihm kommt es im Laufe des Wiedereingliederungsprozesses zu einem Moment, in dem der Betrieb (in der Person eines Teamleiters) die Bemühungen der IV bei der Wiedereingliederung verzögert. Im entsprechenden Rundtischgespräch verliert nicht etwa Bauer die Nerven, sondern stellvertretend für ihn seine Case-Managerin.

«Der Teamleiter hat gemeint, ja er müsse dann zuerst noch mit dem reden von der HR//mhm// also vom Personaldienst. Und dann habe ich das erste Mal müssen entdecken, dass auch eine {Vorname Case-Managerin} wirklich äh, ich sage jetzt mal so, von mir aus gesehen zierliche Frau, kann ausflippen.» (Interview mit Bauer)⁸³

In diesen Fällen entwickelt das BCM ein Eigenleben und setzt die eigene Meinung durch. Hierbei ist eine Form der Anwaltschaft festzustellen, die als Begrifflichkeit in den Interviews verschiedentlich explizit zur Sprache kommt. Wie im Kapitel zur moralischen Arbeitsteilung aufgezeigt (siehe Kapitel 7.2), sind dieser anwaltschaftlichen Haltung jedoch enge Grenzen gesetzt, da das BCM nur in Kooperation mit anderen betrieblichen Akteuren eine Wiedereingliederung erreichen kann und per se über keine entsprechende Lizenz verfügt.

7.3.2 Cooling-out

Der Begriff Cooling-out geht auf Goffmans Artikel «On cooling the mark out» zurück, in dem er Interaktionen beschreibt, in denen zwei Personen eng zusammenarbeiten, um eine dritte Person zu betrügen (vgl. Goffman 1953,

83 Dieses Ausrasten der Case-Managerin verdeutlicht die fehlende Lizenz der Case-Managerin innerhalb des Betriebes, die Wiedereingliederung nach den eigenen Vorstellungen zu gestalten. Vor diesem Hintergrund kann die Wut auf den Teamleiter dadurch erklärt werden, dass er die Wiedereingliederung aus der Sicht der Case-Managerin gefährdet, ohne dass sie etwas dagegen unternehmen kann. Damit wird die Wut zu einem Ausdruck der Hilflosigkeit.

S. 451). Eine der betrügenden Personen gewinnt das Vertrauen des Opfers und versucht es dazu zu bewegen, Geld zu investieren. Nach anfänglichem Gewinn kommt es zu einem inszenierten Fehler, der dazu führt, dass das Opfer das gesamte Geld verliert (vgl. Goffman 1953, S. 451).⁸⁴ Das Opfer hat dabei nicht nur den finanziellen Verlust zu tragen, sondern auch die Tatsache, mit einer simplen, wohlbekannten Masche «gelinkt» worden zu sein. Das führt zu einem Statusverlust, da sich das Opfer am Anfang des Investments als besonders klug fühlt und die Fakten nach dem erfolgten Betrug dieser Selbstwahrnehmung diametral widersprechen und vielmehr ein Verlierer-Image begründen (vgl. Goffman 1953, S. 452). Im Anschluss an den Betrug kommt es zu einer Phase des «cooling the mark out» (Goffman 1953, S. 452). Der Cooler nimmt sich dem Opfer an und spendet ihm Trost, damit es den Betrug nicht der Polizei meldet. Er hilft dem Opfer dabei, ein neues, für das Opfer akzeptables Selbstbild aufzubauen.

«The mark must therefore be supplied with a new set of apologies for himself, a new framework in which to see himself and judge himself. A process of redefining the self along defensible lines must be instigated and carried along; since the mark himself is frequently in too weakened a condition to do this, the cooler must initially do it for him.» (Goffman 1953, S. 456)

Die Cooling-out-Funktion ist in mehreren Interviews erkennbar, insbesondere dann, wenn Personen eine Degradierung oder einen Statusverlust verarbeiten müssen (vgl. hierzu auch Koch 2010, S. 440 f.). Dies kann die Versetzung an einen Nischenarbeitsplatz⁸⁵ sein (wie bei Kuno Bauer), das Arrangieren mit einer IV-Rente (wie bei Anke Ulrich) oder die Versetzung an einen neuen Arbeitsplatz mit eingeschränktem Tätigkeitsbereich (wie bei Klaas Gunter und Reinhard Etter).⁸⁶ Das BCM in der Funktion des Co-

84 Goffmans Vater war begeisterter Pokerspieler und sein Onkel, Mickey Averbach, wird «in der Familienchronik als umtriebiger und charmanter Gauner beschrieben [...], der erst in einem Restaurant, dann auf der gesamten Länge der kanadischen Eisenbahn Kartenspiele organisierte und eine Buchmacheroperation unterhielt» (Dellwing 2014, S. 13). Das könnte ein möglicher Zugang Goffmans gewesen sein, um Betrugereien zum Forschungsgegenstand zu machen.

85 Nischenarbeitsplätze sind geschützte Arbeitsplätze in Betrieben, die spezifisch für Menschen mit einer Behinderung geschaffen werden (vgl. Hassler 2017, S. 2; Lottenbach und Perroulaz 2013).

86 Dieser Aspekt wird im letzten Kapitel der empirischen Analyse zur Rückkehr an den Arbeitsplatz nochmals vertiefend aufgegriffen werden (siehe Kapitel 9).

lers entspricht dem aufklärerischen Modell in der Typologie von Brickman et al. (1982). Die Aufgabe des Coolers besteht nicht darin, den alten Status wiederherzustellen. Auch wird das defizitäre Bild auf das eigene Selbst nicht grundlegend infrage gestellt, sondern als Ausgangspunkt dafür benutzt, eine neue, veränderte Perspektive auf das eigene Selbst zu schaffen. Das ändert gleichwohl in den meisten Fällen nichts am Statusverlust. Ziel ist es vielmehr, das Selbstbild mit der tatsächlichen Situation in Einklang zu bringen. Die Cooling-out-Funktion des BCM wird nachfolgend am Fallbeispiel Heusler hergeleitet und ausdifferenziert.

Ivo Heusler arbeitet seit 13 Jahren im Technischen Dienst eines Pflegezentrums. Zu Beginn seiner Anstellung ist das Pflegezentrum eine private Institution, nach fünf Jahren wird es von der Stadt URBS übernommen. Im Zuge der Übernahme wird Heusler zum Leiter des Technischen Dienstes. Dementsprechend hat er neu administrative Aufgaben zu erledigen. Mit der Zeit merkt er, dass ihn diese neuen Aufgaben überfordern. Er möchte schliesslich die Stelle kündigen, da seine Überforderung nicht abnimmt. Die zuständige Heimleiterin überredet ihn, das nicht zu tun und versichert ihm, seine Arbeit sehr zu schätzen. Sie sorgt dafür, dass ein neuer Leiter des Technischen Dienstes angestellt wird, der hauptsächlich für die Büroarbeit zuständig ist. Heusler wird durch diese Massnahme von der Büroarbeit entlastet, worüber er glücklich ist. Als Heusler Jahre später – mittlerweile gibt es einen neuen Heimleiter – aufgrund eines Motorradunfalls für einige Zeit der Arbeit fernbleiben muss, wird der Leiter des Technischen Dienstes in eine Stabsfunktion versetzt. Heusler weiss nichts davon und findet bei seiner Rückkehr den Arbeitsplatz des Technischen Leiters «verwaist» vor. Ab diesem Zeitpunkt muss er alle Telefonanrufe entgegennehmen und die Büroarbeit erledigen, so wie er es vor der Restrukturierung getan hatte. Ausserdem wird er ungefragt Hausverantwortlicher und steht infolgedessen wieder ständig «unter Strom». Heusler äussert gegenüber seinen Vorgesetzten Kritik an der neuen, veränderten Situation und insbesondere an dem Umstand, nicht gefragt worden zu sein, ob er denn überhaupt Hausverantwortlicher werden wolle. Als Reaktion auf diese Kritik wird er in ein anderes Pflegezentrum versetzt, wo er in ein Team eines grossen Technischen Dienstes integriert wird.

«Also am Freitag ist mir das eröffnet worden und am Montag musste ich in {Pflegezentrum B} anfangen. Und dann ist natürlich eine Welt in mir zusammengebrochen. Weil, das war mein Baby. Das Haus habe ich mit aufgebaut.» (Interview mit Heusler)

Heusler empfindet seine Versetzung als grossen Verlust, weil er eine sehr enge Bindung zu seinem früheren Arbeitsort verspürt. Er bezeichnet das Pflegezentrum rückblickend als sein «Baby», das er auswendig kenne und von dem er sich deshalb nur schwer lösen könne. Die Versetzung bedeutet für ihn ausserdem die Einbusse seines gesamten «Renommees» und eine Degradierung. An seinem neuen Arbeitsplatz hat er das Gefühl, seine neuen Kollegen würden «extra in jeder Wunde grübeln». Das nimmt ihn so sehr mit, dass er sich während der Mittagspause im Park ausweint. Im Mitarbeitendengespräch erhält er zudem die niedrigste Note. Insbesondere seine Sozialkompetenz wird als schwach beurteilt. Heusler kann diese Beurteilung nicht nachvollziehen. Für ihn bricht eine Welt zusammen und er sucht seinen Hausarzt auf, zu dem er aufgrund einer chronischen Erkrankung (von der am Arbeitsplatz niemand etwas weiss), die regelmässig medizinisch überwacht werden muss, eine sehr enge Beziehung pflegt. Der Hausarzt bescheinigt seine Arbeitsunfähigkeit, wobei davon ausgegangen werden kann, dass diese arbeitsplatzbezogen ist.⁸⁷

Die Stadt URBS schickt Heusler nach mehreren Monaten Arbeitsunfähigkeit für ein ergänzendes Gutachten zu einer Psychologin. Sie kommt zum Schluss, es könne Heusler nicht zugemutet werden, in denselben Betrieb «mit diesen Mitarbeitern, also vor allem mit diesem Vorgesetzten» zurückzukehren. In der Folge wird das BCM «eingeschaltet», das vorschlägt, einen Arbeitsversuch in einem anderen Pflegezentrum zu machen. Heusler wird nach der erlebten Degradierung ein neuer Status angeboten, der es ihm erlaubt, den erlittenen Verlust besser zu verkraften. Dadurch kommt es zu einem ersten Versuch des Cooling-outs. Dieser Versuch gelingt nur teilweise, wie die nachfolgende Interviewsequenz zeigt:

«Ich bin dort ja quasi als Psycho reingekommen, als psychisch angeschlagene Person und das hat gestimmt. Ich hatte kein Selbstbewusstsein, kein Selbstvertrauen, ich war einfach wirklich schwach. Aber fachlich hatte ich das Gefühl, ich habe es noch drauf. [...]. Aber weil ich eigentlich wie als letztes Mitglied dort reingekommen bin in den Technischen Dienst, war ich natürlich in der Hierarchie auch ein wenig unten. Und wenn ich etwas verändert habe, dann ist das nicht gut angekommen.» (Interview mit Heusler)

87 Der Hausarzt schafft damit eine temporäre Exit-Option, nachdem Heuslers Voice wirkungslos geblieben ist (siehe Fall Etter in Kapitel 6.1.3).

Obwohl Heusler die Arbeitsunfähigkeit anfangs als arbeitsplatzbezogen beschreibt und auch das Gutachten der Psychologin darauf hindeutet, beschreibt er nun, «als Psycho» an den neuen Arbeitsplatz gekommen zu sein. Heusler bekommt einen «Götti» am Arbeitsplatz und verdient über CHF 1000 weniger im Monat. Er fühlt sich degradiert und versucht am Anfang noch Veränderungen anzustossen. Schrittweise passt sich jedoch seine Ich-Identität der Fremdwahrnehmung an. Es kommt zu einem Aufbau eines neuen Selbst, das weniger grosse Erwartungen an sich stellt und dadurch auch eher bereit ist, die veränderten Umstände zu akzeptieren. Dieser Neuaufbau eines akzeptablen Selbstbilds wird durch das erneute Cooling-out des BCM unterstützt:

«Der Herr {Nachnahme Case-Manager} hat da einen grossen, grossen Anteil, dass ich im {Pflegezentrum C} eben, dass ich dort geblieben bin und dass ich gelernt habe auszuhalten.» (Interview mit Heusler)

Der Case-Manager lehrt Heusler nun auszuhalten und fördert seine Resilienz gegenüber negativen Einflüssen des Arbeitsplatzes. Heusler sieht sich nun «viel besser geeignet als Auftragsempfänger denn als Auftragsgeber», wodurch er mit der neuen Rolle besser zurechtkommt.

7.3.3 Beratung

Die beratende Funktion entspricht im Schema von Brickman et al. (1982) dem kompensatorischen Modell, da sie den Fokus auf die Lösung legt und die Person daran erinnert wird, dass sie für die erfolgreiche Rückkehr an den Arbeitsplatz selbst verantwortlich ist. Im Rahmen der Rückkehr an den Arbeitsplatz ergibt sich oftmals ein Beratungsbedarf, weil gesundheitliche Probleme, die eine längere Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben, die Lebenslage wesentlich verändern sowie arbeits- und sozialversicherungsrechtliche Fragen aufwerfen, auf welche die betroffene Person selbst keine Antwort findet. So können beispielsweise Fragen zum Kündigungsschutz bei Krankheit, Unklarheiten bezüglich einer IV-Anmeldung oder Fragen zur Taggeldversicherung, Pensionskasse oder Unfallversicherung entstehen.⁸⁸ Remo

88 Der Ausbau der Angebote und Regelungen im Bereich der Arbeitsintegration im Zuge der aktivierenden Sozialpolitik führt insgesamt zu einem steigenden Beratungsbedarf, da lediglich Fachleute in der Lage sind, das Angebot zu überblicken. Hierfür ist der Begriff der Sozialindustrie passend, der allerdings im politischen Diskurs in einer Art und Weise verwendet wird, der ihn unbrauchbar macht, da er falsche Vorstellungen evoziert.

Schneider schildert diese Vielzahl von aufkommenden Fragen im Interview exemplarisch:

«Nachher hat er [der Case-Manager] sicher mir eben geholfen mit dem Anmelden fürs Krankentaggeld, dann bei der IV. Da kommen ja so gewisse Formulare und Sachen, wo man manchmal vielleicht nicht gerade so Bescheid weiss, was muss ich hier genau ausfüllen. Also da hat er mir sicher sehr geholfen. Und nachher halt wirklich einfach in dem ganzen Prozess auch mit den Gesprächen mit der IV, da ist er eigentlich meistens dabei gewesen.» (Interview mit Schneider)

Die Beratungsfunktion des BCM wird von den interviewten Personen als «Stütze und Backup» (Werner Neuert) beschrieben. Insbesondere das Wort Backup gibt Hinweise darauf, welchen Charakter diese Funktion aufweist, indem es sich hier um ein Angebot handelt, das ohne Druck in Anspruch genommen werden kann. Hierbei besteht ein wesentlicher Unterschied zur Betreuungsfunktion, die kaum abgelehnt werden kann.⁸⁹ Eine Fachkraft bei Unklarheiten zur Seite zu haben, löst «ein Sicherheitsgefühl» (Klaas Gunter) aus, das den betroffenen Personen abhandengekommen ist. Durch das BCM werden existenzielle Unsicherheiten, die den Wiedereingliederungsprozess oftmals prägen, ausgeglichen.

Obwohl das BCM als Institution anfangs oft unbekannt ist und bei dessen Initiierung Unsicherheiten auslöst, nehmen die interviewten Personen nach dem Aufbau einer Vertrauensbeziehung dessen Beratungsfunktion dankbar in Anspruch. Remo Schneider beispielsweise ist sich hinsichtlich seiner Möglichkeiten und Perspektiven im Rahmen der Rückkehr an den Arbeitsplatz unsicher, fühlt sich aber durch das BCM gut orientiert.

«Wir haben dann angeschaut, was es für Möglichkeiten gibt. Und er [der Case-Manager] hat eigentlich relativ schon früh gesagt, wir müssen unbedingt schauen mit Taggeld, was man da machen kann. Und vor allem auf der IV anmelden. Und da bin ich ihm sehr dankbar gewesen, weil einerseits habe ich selber nicht gewusst, was habe ich für Möglichkeiten, wie geht es weiter. Und ich hätte ganz ehrlich nie an eine IV auch gedacht.» (Interview mit Schneider)

89 Der Zugang wird hingegen, wie bereits in Kapitel 7.1.1 ausgeführt, als verpflichtend wahrgenommen.

Mithilfe des BCM können sich die Personen einen Überblick über die zur Verfügung stehenden Optionen verschaffen. Insbesondere bei sozialversicherungsrechtlichen Fragen wird den Mitarbeitenden des BCM ein grosses Wissen zugeschrieben. Diese Zuschreibung gründet nicht auf bestimmten formalen Qualifikationen. Sie basiert eher darauf, dass die Mitarbeitenden des BCM mutmasslich bereits eine Vielzahl an Fällen bearbeitet haben.⁹⁰ Die zugeschriebene Expertise reicht dabei von sozialversicherungsrechtlichen Kenntnissen bis hin zu Kenntnissen über betriebliche Aspekte. Klaas Gunter ist sich beispielsweise bewusst, dass er selbst die Verantwortung für die Wiedereingliederung trägt, er bespricht sich aber mit der Case-Managerin, um seine Entscheidungen abzusichern.

«Ich habe eigentlich die Case-Manager immer informiert, wenn irgendwie-. Eben auch um ihre Erfahrungswerte da mit einfließen zu lassen. Ja genau. Nicht, dass ich jetzt da blindlings irgendwie ein Eigengol schiesse oder sonst irgendwie. Sondern ich habe dann schon noch immer gesagt: Ja Moment, aber ich spreche es noch mit dem Arzt und noch mit [...] der Case-Managerin ab.»
(Interview mit Gunter)

Die Verwendung des Wortes «blindlings» gibt Grund zu der Interpretation, dass Gunter die eigenen Erfahrungswerte mit ähnlichen Situationen fehlen. Zugleich hat er Angst davor, ein «Eigengol» zu schiessen und wichtige Entscheidungen falsch zu treffen. Sein Vertrauen ins BCM ist dabei grösser als zu anderen betrieblichen und sozialstaatlichen Akteuren. Die konkrete Beratung bezieht sich in diesen Fällen zumeist auf Aspekte, die direkt das Arbeitsverhältnis betreffen, beispielsweise die Frage, wann bei einer stufenweisen Rückkehr an den Arbeitsplatz das Pensum erhöht werden soll oder ob der Wechsel auf eine andere Stelle im Betrieb empfehlenswert ist. Diese innerbetriebliche Beratungsfunktion ist wesentlich abhängig von der moralischen Arbeitsteilung (siehe Kapitel 7.2), denn nur wenn das BCM glaubhaft machen kann, das Mandat bestehe in der Unterstützung der wiedereinzugliedernden Personen, ist eine beratende Funktion überhaupt möglich.

90 Empirische Befunde hierzu deuten darauf hin, dass die Qualifikationen der zuständigen Personen im BCM sehr unterschiedlich sind. Dementsprechend konstatieren Geisen et al. (2016b) für die Situation in der Schweiz: «[T]he qualification levels of the disability management practitioners are highly diverse; there seems to be no specific set of qualifications regarded as necessary to conducting disability management.» (Geisen et al. 2016b, S. 25)

Zu den verschiedenen Aufgaben, die im Rahmen der Wiedereingliederung bewältigt werden müssen, gehört nicht nur, sich bei verschiedenen Stellen zu melden, sondern auch, über das eigene Selbst Auskunft zu geben und sich neu zu positionieren. Das zeigt sich bei Klaas Gunter, dem das BCM administrative Dinge abnimmt, damit er genug zeitliche Ressourcen hat, um an sich selbst arbeiten zu können. So übernimmt das BCM anfangs «die Kommunikation mit dem Teamleiter, mit dem HR» und anderen betrieblichen und sozialstaatlichen Akteuren.

«Also, dass du eigentlich wirklich dann noch Zeit und die Möglichkeit hast, dich auf dich selber wieder zu konzentrieren und wieder zu gucken, wo war oder wo ist das Problem? Warum ist das Problem und was kann ich dagegen tun. Also da muss ich sagen, da hat sie [die Case-Managerin] schon richtig viel abgenommen.»
(Interview mit Gunter)

Zu den Aufgaben, die erledigt werden müssen, gehört es auch, Therapien und andere medizinische Angebote in Anspruch zu nehmen oder Gespräche mit verschiedenen Akteuren wie der IV, dem BCM usw. zu führen. Bartel (2018, S. 90 f.) unterscheidet hinsichtlich der Bewältigung von Krankheit die «krankheitsbezogene Arbeit», die «biographische Arbeit» sowie die «alltagsbezogene Arbeit». Je nach Situation sind diese drei Formen von Arbeit unterschiedlich relevant, aber insgesamt oft stark fordernd. Deshalb bewirkt das Fernbleiben von der Erwerbsarbeit in vielen Fällen nicht etwa eine zeitliche Entlastung, sondern führt stattdessen sogar zu einer Belastung. Ähnlich wie dies Maeder und Nadai für die Sozialhilfe beschrieben haben, sind die von der Wiedereingliederung betroffenen Personen nicht nur ins BCM eingebunden, sondern vollziehen «ein regelrechtes ‚Case Management in eigener Sache‘» (Maeder und Nadai 2004, S. 64).

Die Beratung konzentriert sich ebenso auf die Unterstützung bei der internen und externen Stellensuche, wenn der Arbeitsplatzverlust nicht als realistisch erachtet wird. So helfen einige Mitarbeitende des BCM beim Schreiben von Bewerbungen für externe Stellen oder bieten an, den schriftlichen Lebenslauf gegenzulesen. Diese Unterstützung schätzen insbesondere Personen, die aufgrund ihrer langjährigen Tätigkeit für denselben Arbeitgebenden keine Bewerbungen schreiben mussten und deshalb die aktuell geltenden Bewerbungskonventionen nicht kennen. Auf die Frage, inwiefern das BCM konkret unterstützt habe, antwortete Remo Schneider folgendermassen:

«Es ist nachher dann auch so gewesen, dass er [der Case-Manager] mich unterstützt hat mit den Bewerbungen. Also ich habe ihm auch mal eine Bewerbung gezeigt, er hat das angeschaut. Hat mir auch noch zwei, drei Adressen gegeben, wo er mal früher gearbeitet hat, wo er sagte, er habe noch gute Kontakte. Ich könnte mich dort mal melden. Also er hat mir da auch wirklich geholfen und Tipps gegeben und hat den Lebenslauf und alles angeschaut.»
(Interview mit Schneider)

Schneider arbeitete vor der Arbeitsunfähigkeit als Flight-Attendant und konnte aufgrund von Atemproblemen diesen Job nicht mehr ausüben, weshalb er sich nach alternativen Stellen umschaute. Sein Case-Manager übernimmt eine wichtige Schnittstellenfunktion, indem er einerseits die Verbindung zu Personen innerhalb des Betriebes herstellt und andererseits seine Kontakte auf dem externen Arbeitsmarkt aktiviert, um Schneider zu helfen.

Die Beratungsfunktion des BCM, die dem kompensatorischen Modell entspricht, bewirkt, dass die Handlungsmacht bei der unterstützten Person verbleibt. Zugleich wird die Rückkehr in den Arbeitsmarkt stark individualisiert und die Person ist letztlich selbst für das Gelingen verantwortlich. Das BCM schafft Orientierung hinsichtlich der involvierten Akteure, hilft bei Entscheidungen durch Expertise, schafft Luft, damit sich die Personen mit sich selbst auseinandersetzen können, und gibt Tipps hinsichtlich der Vermarktung der eigenen Person. Die Verhältnisse werden jedoch nicht aktiv beeinflusst. Gelingt die Wiedereingliederung, wird diese Form der Unterstützung in der Regel als sehr positiv erlebt, bei Misserfolgen ist aufgrund der starken Individualisierung und Verantwortlichkeit für den Rückkehrprozess mit einem Gefühl des Scheiterns zu rechnen.

7.3.4 Gatekeeping

Aus der Analyse des Datenmaterials ergibt sich eine vierte Funktion, die dem moralischen Unterstützungsmodell entspricht: die Funktion des Gatekeeping. Dabei werden Personen sowohl für das Problem als auch für die Lösung verantwortlich gemacht. Unter gewissen spezifischen Voraussetzungen gibt es Unterstützung. Hierfür sind jedoch Nachweise erforderlich, wie die beiden nachfolgenden Beispiele zeigen.

Reinhard Etter wird nach seiner arbeitsplatzbezogenen Krankschreibung (siehe Kapitel 6.1.3) vom HR beim BCM angemeldet. Er betrachtet sich selbst nicht als leistungsbeeinträchtigt, wird auch nicht so wahrgenommen

und bleibt damit in hohem Masse selbst für das eigene «Schicksal» verantwortlich. Etter fühlt sich dazu in der Lage, sich aus dem Loch wieder «raus zu hieven» und an die Arbeitsstelle zurückzukehren. Der Case-Manager ist ihm bei der Aktualisierung des Lebenslaufs behilflich. Diese bereits beschriebene Beratungsfunktion des BCM erfährt im Fall Etter eine Erweiterung, indem sie deutlich mit expliziten Verpflichtungen ergänzt wird, über deren Einhaltung das BCM wacht.

«Aber ich habe mit ihm [Case-Manager] eine Vereinbarung unterschrieben, [...] gegenseitig, wo ich mich verpflichtet habe, dass ich wirklich wöchentlich immer im Stellenanzeiger nachschaue, dass ich mich darum bemühe wirklich, um wieder eine Stelle zu finden.» (Interview mit Etter)

Etter verpflichtet sich dazu, aktiv nach Stellen zu suchen und dies wird in den Gesprächen mit dem BCM überprüft. Dem moralischen Modell entsprechend, soll Etter durch Vereinbarungen daran erinnert werden, wie sehr er für das eigene Schicksal verantwortlich ist. Die Unterstützung liegt darin, Etter über diese Vereinbarungen zu aktivieren bzw. aktiv zu halten. Gleichzeitig wird daran deutlich, dass der Case-Manager eine Weiterbeschäftigung durch persönliches Engagement Etters als erreichbar betrachtet.

Etter fühlt sich weder vom Arzt noch vom Case-Manager unter Druck gesetzt, obwohl er eine Vereinbarung unterzeichnen muss. Dass das Unternehmen nicht mehr Druck ausübt, erklärt er sich damit, von Beginn an signalisiert zu haben, wieder arbeiten zu wollen. Damit nimmt er implizit Bezug auf eine grundlegende Voraussetzung für die Unterstützung durch das BCM, den Willen zur Wiedereingliederung. Für die Wiedereingliederung betrachtet er es als notwendig, sich zu «verändern und die nötigen Schritte [dafür zu] unternehmen». Damit erfüllt er die Erwartungen an Personen im moralischen Unterstützungsmodell.

Das Unterstützungsangebot ist weniger konkret als in den anderen Funktionen. Dies hängt damit zusammen, dass sowohl die Verantwortung für die Lösung als auch für das Problem, das gar nicht thematisiert wird, auf das Individuum übertragen wird und das BCM demzufolge eine untergeordnete Rolle spielt. Gleichwohl werden die Personen nicht sich selbst überlassen, sondern verbleiben im Case-Management-Prozess. Eine Begleitung im Rahmen der Nicht-Unterstützung wird als notwendig erachtet. Durch die aktive Teilnahme am Prozess öffnen sich Türen zu Ressourcen. So profitiert Etter

beispielsweise davon, dass sich der Case-Manager nach internen Stellen umschaute, «die gar nicht ausgeschrieben werden», oder auf die Etter mit seinen eigenen Recherchen nicht gestossen ist. Auch als er sich als Übergangslösung für eine befristete Stelle bewirbt, ist Etter auf die Empfehlung des Case-Managers angewiesen, um die Stelle zu bekommen.

«Der Case-Manager hat sich also schon mit dem Service-Center Finanzen mit dieser Leiterin, hat [...] mich da quasi auch empfohlen. Also ja, er hat mit diesen Leuten wirklich auch Gespräche geführt und hat mich empfohlen und hat gesagt: Jawohl, der Herr {Etter} den können wir, dem geht es in dem Sinne gut und den könnt ihr wirklich, in dem Sinne brauchen.» (Interview mit Etter)

Etter betrachtet die positive Einschätzung seiner Arbeitsfähigkeit durch den Case-Manager als elementar. Ohne diese Empfehlung wäre es seiner Ansicht nach zu keiner Weiterbeschäftigung gekommen. Hierbei zeigt sich das Gatekeeping. Die Prüfung besteht darin, zu schauen, ob Etter bereit dazu ist, für die Lösung Verantwortung zu übernehmen. Da Etter die Prüfung besteht, erhält er die Unterstützung des Case-Managers.

Die Funktion des Gatekeepings beschreibt auch Doris Töpfer. Ihr Arbeitsausfall beginnt mit einem Meniskusriss am linken Knie. Als dann später auch noch das rechte Knie operiert und die Gebärmutter notfallmässig entfernt werden muss, führt dies bei Töpfer zu psychischen Problemen. Der zuständige Case-Manager scheint jedoch an der ärztlich diagnostizierten Arbeitsunfähigkeit seine Zweifel zu haben. So schickt er Töpfer zweimal zum Vertrauensarzt. Der Vertrauensarzt ist ein gewöhnlicher Arzt oder eine Ärztin, der oder die bei Skepsis gegenüber der «Richtigkeit eines Arztzeugnisses» (Spring 2016, S. 31) von den Arbeitgebenden beauftragt wird, die Arbeitsunfähigkeit eines Arbeitnehmenden abzuklären. Der Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit ist gleichbedeutend damit, Töpfer für das Fernbleiben vom Arbeitsplatz verantwortlich zu machen. Die vertrauensärztlichen Untersuchungen bestätigen die vom Hausarzt festgestellte Arbeitsunfähigkeit Töpfers. Im Anschluss an die positive Prüfung erhält Töpfer Unterstützung und beschreibt den Case-Management-Prozess als Betreuung.

7.4 Fazit – Rascher Beziehungsaufbau zum Case-Management

Die Personen des Samples haben vorab kaum Kenntnisse über das BCM. Sie beschreiben den Zugang in der Regel als verpflichtend – obwohl

dies nicht in allen Betrieben der Fall ist. Einige betrachten die Initiierung des Case-Management-Prozesses gar als Degradierung, da hiermit zwangsläufig eine Hilfsbedürftigkeit konstruiert wird und die Personen per definitionem zu einem «Fall» werden. Vor diesem Hintergrund begegnen die betroffenen Personen dem BCM mit einer gewissen Skepsis, die darauf gründet, dass Unklarheiten über die Zielsetzung der Unterstützung sowie die Vertraulichkeit der Informationen bestehen.

Nichtsdestotrotz findet in den untersuchten Fällen ein rascher Aufbau einer tragfähigen Beziehung zum BCM statt. Dieser Befund lässt sich anhand der moralischen Arbeitsteilung erklären: Das Mandat des BCM liegt in der Unterstützung bei der Wiedereingliederung, wobei keine Lizenz dazu besteht, Arbeitsverhältnisse und -bedingungen zu verändern oder die Wiedereingliederung auf struktureller Ebene zu forcieren. Die Wiedereingliederung ist nur beeinflussbar durch die Arbeit an der Person, die eingegliedert werden soll, oder durch Kooperation mit anderen betrieblichen Akteuren, wobei sich das BCM aktiv vom HR, von Vorgesetzten und von anderen betrieblichen Akteuren sowie der IV abgrenzt.

Im Rahmen der moralischen Arbeitsteilung im Betrieb nimmt das BCM eine günstige Position ein, das heisst, die moralische Zuschreibung durch die unterstützten Beschäftigten ist meist positiv, da die «dreckige Arbeit» von anderen Akteuren, insbesondere Vorgesetzten, HR und IV, erledigt wird. Die günstige Position in der moralischen Arbeitsteilung führt teilweise zu ausufernden Beziehungen zwischen Mitarbeitenden des BCM und den unterstützten Personen. So bestehen diese Beziehungen nach dem offiziellen Abschluss des Prozesses teilweise auf informelle Art und Weise weiter.

Die betroffenen Personen schreiben dem BCM verschiedene Funktionen im Rahmen der Wiedereingliederung zu. Erstens wird die Unterstützung als *Betreuung* beschrieben. Weder werden sie vom BCM für die Arbeitsunfähigkeit noch für die Rückkehr an den Arbeitsplatz verantwortlich gemacht. Eingefordert wird jedoch die Inanspruchnahme der Unterstützung und die Akzeptanz der Ratschläge des BCM. In dieser Form der Unterstützung wird Hilfsbedürftigkeit vorausgesetzt oder – in der Anfangsphase des Case-Management-Prozesses – konstruiert. Zweitens wird der Case-Management-Prozess als *Cooling-out* beschrieben. In dieser Funktion hilft das BCM dabei, erlebte Formen der Degradierung zu verarbeiten sowie ein neues Selbst aufzubauen und weniger hohe Ansprüche an sich zu stellen. Dem BCM wird drittens eine *Beratungsfunktion* zugeschrieben. Es hilft dabei, Orientierung

im Wirrwarr an Fragen und Aufgaben zu schaffen, die sich bei einer langandauernden Arbeitsunfähigkeit zwangsläufig ergeben. Die Unterstützung ist davon geprägt, dass die unterstützte Person für die Wiedereingliederung hauptverantwortlich bleibt – auch für den Fall des Scheiterns. Viertens wird das BCM als *Gatekeeper* beschrieben. In dieser Rolle wird die unterstützte Person daran erinnert, dass sie selbst für die Arbeitsunfähigkeit und die Wiedereingliederung verantwortlich ist. Das BCM entscheidet anhand des Verhaltens oder im Rahmen einer Prüfung, ob der Zugang zu weiterer Unterstützung gewährt wird.

8 Invalidenversicherung im Wiedereingliederungsprozess

In der Mehrzahl der untersuchten Fälle kommen die wiedereingegliederten Personen direkt oder indirekt mit der IV in Kontakt: bei der Früherfassung oder wenn nach der ordentlichen IV-Anmeldung Renten- und Eingliederungsmassnahmen abgeklärt werden (siehe Kapitel 2.3). Der Unterschied zwischen der regulären IV-Anmeldung und der Früherfassung ist für die Personen oftmals nicht ersichtlich bzw. nicht bedeutsam, da aus ihrer Perspektive in beiden Fällen eine Meldung bei der IV gemacht wird, was zu einer strukturanalogen Bedrohung der Identität führt. In den Interviews wird die entscheidende Rolle der IV im subjektiven Erleben des Wiedereingliederungsprozesses deutlich, obwohl dem Kontakt mit der IV im Rahmen der Erhebung bzw. im Interviewleitfaden keine besondere Bedeutung zugeordnet war (siehe Kapitel 5.2). So fand die Meldung bei der IV in der Regel Eingang in die mündlichen Darlegungen des Wiedereingliederungsprozesses. Dabei zeigt sich, dass die Meldung bei der IV einen Bruch hinsichtlich der Beurteilung des Verlaufs der Wiedereingliederung sowie hinsichtlich des eigenen Selbst darstellt.

In einem ersten Schritt wird nachfolgend die Perspektive der Betroffenen auf die IV geschildert, *bevor* die Anmeldung zustande kommt, also zum Zeitpunkt, an dem beispielsweise das BCM oder ein anderer Akteur eine Anmeldung vorschlägt bzw. deren Notwendigkeit thematisiert (Kapitel 8.1). Da sich die Personen in der Regel nicht selbst bei der IV anmelden, wird anschliessend gezeigt, auf welche Art und Weise das BCM die IV-Anmeldung den interviewten Personen gegenüber legitimiert (Kapitel 8.2). Schliesslich wird der Prozess der Rentenabklärung dargelegt und die Sichtweise von interviewten Personen, welche eine Teilrente erhalten, auf die IV aufgezeigt (Kapitel 8.3). Insgesamt zeigt sich eine grosse Diskrepanz zwischen der politisch definierten Ausrichtung der IV und der Vorstellung der betroffenen Menschen darüber, was die IV ist bzw. für wen die Leistungen der IV gedacht sind. Diese Diskrepanz basiert nicht zuletzt auf unterschiedlichen Konstruktionen davon, was unter Behinderung zu verstehen ist. Diese Thematik wird in Kapitel 8.4 aufgegriffen werden.

8.1 Invalidität als Bedrohung der sozialen Identität

Im Allgemeinen werden in den Interviews Aspekte, welche die IV betreffen, als kompliziert beschrieben. Viele rechtliche Aspekte im Zusammenhang mit der IV sind den interviewten Personen unbekannt.⁹¹ Fiona Lauener beschreibt beispielsweise, bei den «Spezialbegriffen [...] habe [sie] jeweils keine Ahnung». Gerade Personen, deren Arbeitsunfähigkeit auf einen Unfall zurückgeführt wird, sind besonders unsicher. So verwechseln beispielsweise Fiona Lauener oder Heike Spar den Prozess der Abklärung bei der Unfallversicherung mit dem bei der IV und können nicht mehr genau rekonstruieren, welche Institution zu welchem Zeitpunkt aktiv geworden ist. Kira Schumann beschreibt, einen Stapel Briefe bekommen zu haben, bei denen sie herausfinden habe müssen, was das für sie alles zu bedeuten hat. Das gesamte Feld der Eingliederung wird als derart komplex wahrgenommen, dass auch die Vorgesetzten damit «völlig überfordert» (Aaron Meier) seien.

8.1.1 Rentenversicherung für «schwere Fälle»

Trotz der zahlreichen Bemühungen des BSV und der politisch breit abgestützten Bestrebungen, die IV als Eingliederungsversicherung zu positionieren (siehe Kapitel 2.2), wird sie von den interviewten Personen als Rentenversicherung wahrgenommen. Keine der interviewten Personen denkt bei der IV-Anmeldung oder Früherfassung an die Eingliederungsfunktion. Die IV wird vielmehr verbunden mit Rentenzahlungen, Abhängigkeit, Hilflosigkeit und Behinderung. Der Weg in die IV-Rente wird dabei als Einbahnstrasse gesehen. Sobald der Pfad in Richtung Invalidität einmal eingeschlagen ist, scheint es kein Zurück mehr zu geben. Das ist ironischerweise gerade diejenige Perspektive auf Erwerbsunfähigkeit und Invalidität, die das BSV und die IV-Stellen eigentlich vermeiden möchten.

Die Anmeldung bei der IV ist verknüpft mit der Vorstellung, die soziale Identität einer «behinderten Person» anzunehmen. Das heisst, die Interviewten sehen sich mit der sozialen Kategorie «behindert zu sein» konfrontiert, wobei diese Zuschreibung andere Aspekte dominiert.⁹² In Hughes' Termino-

91 Rechte und Gesetze im Rahmen der Wiedereingliederung werden auch in anderen Ländern als kompliziert und schwer zu durchschauen wahrgenommen. So konstatieren Wagner et al. (2011, S. 52) für die Situation in British Columbia, Kanada: «Many [of the injured workers] did not know their rights and so were unsure as to their role in the decision-making process.»

92 Ähnliches zeigt sich in Deutschland für den Bezug von Arbeitslosengeld II. So beschreibt Röwer (2020, S. 323) wie der Hartz-IV-Status für eine von ihr interviewte Frau bedeute, «auf diesen reduziert zu werden, – Hartz IV zu sein».

logie überlagert ein Merkmal sämtliche andere Aspekte einer Person und wird dadurch zum sogenannten Master-Status (vgl. Hughes 1945, S. 357). Das ist insbesondere für Personen bedrohlich, die die eigene gesundheitliche Beeinträchtigung zum Zeitpunkt der Anmeldung als vorübergehend betrachten oder die das Gefühl haben, die Beeinträchtigung tangiere ihr Erwerbsleben nicht. In diesen Fällen werden durch die IV-Meldung die Genesung und die Rückkehr an den Arbeitsplatz bzw. ins Erwerbsleben infrage gestellt. Das zeigt sich exemplarisch bei Heike Spar: Nach einem Arbeitsunfall fällt ihr das Gehen und Stehen schwer und ihre Genesung kommt nur schleppend voran. Ihre Sichtweise auf die IV schildert sie folgendermassen:

I: «Wie ist das [die IV-Anmeldung] so für Sie gewesen?»

S: ((hörbares Einatmen)) «Also ich bin erst mal ein bisschen erschrocken. //Ja// Weil ich dachte, ja nein, das brauche ich jetzt gar nie, weil, das kommt wieder gut. Weil, für mich ist es eigentlich eine Bagatelle gewesen, es ist nicht- ich habe nie gedacht, dass es so lange geht, bis es wieder gut ist. Ich bin eigentlich schon ein wenig erschrocken.» (Interview mit Spar)

Es ist davon auszugehen, dass es sich hierbei nicht um eine tatsächliche Anmeldung, sondern um eine Früherfassung handelte. Die IV bezweckt mit der Früherfassung, unbürokratisch und schnell an potenzielle Fälle zu kommen. In der Perspektive der betroffenen Menschen hat diese Früherfassung jedoch einen anderen Charakter. Für Spar ist die Anmeldung bei der IV nicht nachvollziehbar, weil sie ihren damaligen Zustand als «Bagatelle» einschätzt. Aus ihrer Perspektive ist die IV zuständig für die «schweren Fälle», bei denen «es gar nicht mehr geht». ⁹³ Durch die Meldung wird daher die Ich-Identität von Spar infrage gestellt, da sie nun damit konfrontiert ist, ebenfalls ein solch schwerer Fall zu sein. Spar erhält zu diesem Zeitpunkt bereits Taggelder der Unfallversicherung, da die festgestellte Ursache für ihre Beeinträchtigung ein

93 Diese Sichtweise zeigt sich nicht nur bei den betroffenen Individuen, sondern auch in den Betrieben. So weisen Nadai et al. (2019) darauf hin, dass auch Grossunternehmen mit entsprechendem sozialversicherungsrechtlichem Wissen in vielen Fällen erst dann mit der IV in Kontakt treten, «wenn die betriebsinterne Weiterbeschäftigung nicht mehr realistisch erscheint und folglich nur eine Berentung oder eine externe Wiedereingliederung in Frage kommt» (Nadai et al. 2019, S. 137). Die Idee, dass Betriebe und Beschäftigte in einer frühen Phase und unverbindlich mit der IV in Kontakt treten, scheint demnach im Konflikt zu stehen mit den verbreiteten Vorstellungen davon, für wen die IV Leistungen anbietet und zuständig ist, nämlich für die schweren Fälle.

Unfall ist. Diese Unterstützung ist jedoch weniger bedrohlich für ihr Selbst als die Anmeldung bei der IV, weil sie davon ausgeht, dass die Unfallversicherung primär die Gesundheitskosten und den Erwerbsausfall während der Arbeitsunfähigkeit trägt, während die IV für Fälle zuständig ist, in denen die Wiedereingliederung scheitert und deshalb eine Rentenzahlung nötig wird.

Eng damit verknüpft ist die Sichtweise, bei Bezug einer IV-Rente nicht mehr «normal» zu sein bzw. als normabweichend wahrgenommen zu werden. Dies zeigt sich exemplarisch bei Kira Schumann. Sie antwortet auf die Frage, ob bei ihr eine Früherfassung stattgefunden habe:

«Nein, das habe ich auch nicht wollen. Also bei ihm [Schumanns Lebenspartner] ist es klar, bei ihm geht es nicht mehr anders oder. Aber ich habe eigentlich immer gewusst und auch das Ziel gehabt wieder, ich sage jetzt mal in Anführungszeichen normal zu werden ((lacht)).» (Interview mit Schumann)

Schumann und ihr Lebenspartner arbeiten im selben Betrieb, bis bei Schumanns Partner 2013 ein schweres Burnout und eine bipolare Störung diagnostiziert werden. Er wird schliesslich in eine psychiatrische Klinik eingewiesen und Schumann muss die Kinderbetreuung, den Haushalt sowie ein Erwerbsarbeitspensum von 50 Prozent meistern. Hinzu kommt die psychische Belastung durch die Ungewissheit in Bezug auf die Erkrankung des Partners. Diese Gemengelage an Belastungen führt aus Schumanns Sicht bei ihr selbst zu einer Erschöpfungsdepression.⁹⁴ Ihr Partner hatte zum Zeitpunkt des Interviews die Arbeitsstelle bereits verloren und bezieht eine IV-Rente. Dass Schumann das Beziehen einer IV-Rente als Abweichung von der Normalität betrachtet, ist gerade deshalb besonders bemerkenswert. In dieser Perspektive sind die Rückkehr an den alten Arbeitsplatz und die Wiedererlangung des ehemaligen Leistungsvermögens die entscheidenden Faktoren, um Normalität herzustellen (vgl. zu diesem Argument auch Oldfield et al. 2018, S. 142; Saunders und Nedelec 2014, S. 107). Erst an zweiter Stelle ist «Normalsein» an gesundheitliche Merkmale gebunden.

94 Gonon (2019, S. 338) hat jüngst argumentiert, das Aufzählen einer Vielzahl von Ursachen könne bei Erschöpfungsdepressionen dabei helfen, diese «für Außenstehende nachvollziehbar erscheinen» zu lassen und dadurch eine Legitimität der Krankheit herzustellen. Diese Strategie kommt bei Schumann zur Anwendung, die das Interview damit beginnt, über die gesundheitlichen Probleme ihres Mannes zu berichten und wie diese, vermittelt über die Familie, zur Belastung geworden seien.

Ein weiteres Merkmal des Bezugs einer IV-Rente ist die an Behinderung geknüpfte Vorstellung der Abhängig- und Hilflosigkeit. Sozialstaatliche Abhängigkeit ist dabei immer an Fragen der Unterstützungswürdigkeit geknüpft (vgl. de Swaan 1993). Piecek et al. (2019) beschreiben die Situation von IV-Rentenbeziehenden in der Schweiz folgendermassen:

«Swiss DI [Disability Insurance, a.d.V.] recipients are described by the media, by the general public, by politicians and by welfare institutions as 'shirkers', 'benefit cheats', 'not bothered' or 'wasters'.» (Piecek et al. 2019, S. 20, siehe hierzu auch Kapitel 2.3.2)

Diese öffentlichen Diskurse wirken sich auf Personen aus, die noch erwerbstätig sind und sich mit einer möglichen Rente auseinandersetzen. Anke Ulrich spricht diesen Punkt an und stellt einen expliziten Bezug zum Diskurs rund um das Ausnutzen bzw. den Missbrauch von Sozialversicherungsleistungen her.

«Also da kommt dann alles zusammen. Sozialschmarotzerin, ich bin Deutsche, wieso soll die Schweiz für mich und äh also ich wohn auch in Deutschland. Und überhaupt, ich will das nicht und ich will wieder und, also diese ganze Haftung an der gewohnten Persönlichkeit.» (Interview mit Ulrich)

Mit der Verwendung des Wortes «Sozialschmarotzerin» knüpft Ulrich explizit an mediale und politische Diskurse zur IV an (vgl. hierzu bspw. Bonfadelli 2013), wobei sie die Frage der Rechtmässigkeit des Bezugs mit Merkmalen wie Wohnort und Staatsbürgerschaft verbindet. Was hier nur angedeutet wird, findet in anderen Studien Bestätigung. So schreiben Kirsh et al. (2012) in einem Artikel: «Many injured workers described how their status as an injured worker intersected with gender, racial or cultural discrimination.» (Kirsh et al. 2012, S. 148)

Allein das Wort Invalidenversicherung löst bei vielen interviewten Personen Angst aus, da damit eine Bedrohung des Selbst antizipiert wird. So spricht Ulrich davon, die IV-Rente werde ihrer «gewohnten Persönlichkeit» schaden. Ähnlich äussert sich Remo Schneider:

S: «Ich hätte ganz ehrlich nie an eine IV auch gedacht. Weil für mich ist das immer so, man hat so das Image. Das ist irgendwie nach einem Unfall, oder etwas wirklich Schlimmes muss-. Und das tönt ja schon so das Wort, oder //jaja// äh ((lachen)).»

I: «Nicht so ein schönes Wort ((lachen)).»

S: «Man macht sich dann auch selber Gedanken, oh Gott, jetzt bin ich ein IV-Fall.» (Interview mit Schneider)

Vor diesem Hintergrund erklärt sich auch die teilweise explizit vorgenommene Distinktion gegenüber Personen mit einer IV-Rente. Dies kann an Reinhard Etter verdeutlicht werden, dem von einer Personalverantwortlichen erklärt wird, nach zwei Monaten werde standardmässig eine IV-Anmeldung gemacht.

«Wo das gekommen ist, habe ich gesagt: «Geht's noch, ich bin doch nicht ein IV-Fall in dem Sinne.» ((schmunzelt)). Sondern ich will ja wieder einsteigen, ich will ja wieder aktiv werden.» (Interview mit Etter)

Etter verdeutlicht durch diese Aussage, die IV als Rentenversicherung wahrzunehmen. Gleichzeitig grenzt er sich von anderen Personen in der IV ab, indem er erklärt, wieder einsteigen zu wollen. Die IV-Rente mutet in dieser Narration als persönliche Entscheidung oder Option an, die von Personen gewählt werden kann, die nicht mehr aktiv werden wollen (vgl. die Ausführungen zur Reservationslohn-These bei Tschanz 2017, S. 29). Dabei wird die Sichtweise vertreten, dass Beeinträchtigungen durch persönliches Engagement überwunden werden können (vgl. Oldfield et al. 2018, S. 137 f.; Schmidt-Semisch 2000, S. 174). Ganz ähnlich argumentiert auch Klaas Gunter: Es sei bei ihm keine Früherfassung seitens des Betriebes gemacht worden, weil «er vom Typ her so gewesen sei», dass er gesagt habe, «ich will wieder». Auch in dieser Perspektive werden strukturelle Barrieren der Wiedereingliederung vernachlässigt und dauerhafte Beeinträchtigungen negiert, die am Arbeitsmarkt mit grosser Wahrscheinlichkeit zum Ausschluss führen. In Mills' Begrifflichkeiten werden dabei «public issues» in «personal troubles» umgedeutet (Mills 1959, S. 8).

8.1.2 Invalidenversicherung als «gierige Institution»

Der Status einer Person, die IV-Rente bezieht, wird verknüpft mit dem Status, nicht «normal», «behindert» sowie abhängig zu sein. Gleichzeitig bedeutet der Bezug einer IV-Rente für die Personen auch, keiner Erwerbsarbeit mehr nachzugehen. Dabei fällt, wie Charmaz (2010, S. 10) zeigt, ein wesentlicher Teil der Identität unvermittelt weg. Davor fürchten sich die

betroffenen Personen. Pointiert beschreibt dies eine an AIDS erkrankte Person in einer Studie von Ghaziani:

«One of the down sides of having your job be really important to you is that when it's gone, you also lose a big piece of yourself. And it's a long process to sort out who you are. I think it's one of the biggest disability issues – 'Who am I without a job?'» (Ghaziani 2004, S. 282)

Aus der Perspektive von Menschen in bestehenden Arbeitsverhältnissen ist es deshalb nicht erstrebenswert, den Status einer Person mit IV-Rente anzunehmen bzw. eine solche Person zu werden.⁹⁵ Es ist vielmehr eine Abwehrhaltung gegenüber der IV erkennbar. In der Perspektive der betroffenen Personen wird die Invalidität zur dominanten sozialen Identität, die aufgrund ihrer exceptionellen sozialen Relevanz andere Aspekte der Identität sowie andere soziale Rollen überragt und in den Hintergrund drängt.⁹⁶

Diese Sichtweise auf die IV kann mithilfe von Cosers Konzept der *gierigen Institution* theoretisch gefasst werden. Ausgangspunkt sind Simmels Überlegungen zur sozialen Differenzierung. Coser hält mit Bezug auf Simmel fest, der Mensch bewege sich in «der Moderne [...] im Schnittpunkt vieler sozialer Kreise» und sei daher «unterschiedlichen konkurrierenden Forderungen nach seinem Engagement ausgeliefert» (Coser 2015, S. 12). So lassen sich beispielsweise Erwartungen von Familie sowie Freundinnen und Freunden, des Arbeitsplatzes oder des Staates nennen. In modernen Gesellschaften gebe es bestimmte Normen, die regulieren, inwieweit Ansprüche an Personen gestellt werden können. Beispiele hierfür sind die Beschränkung der Arbeitszeit als Grenze für Arbeitgebende und die Schulpflicht als Grenze des elterlichen Zugriffs auf die Kinder. «Von den Menschen wird [in modernen Gesellschaften] erwartet, dass sie auf vielen Bühnen viele Rollen spielen und ihre Energien aufteilen, so dass sie auf mehreren Hochzeiten tanzen können.» (Coser 2015, S. 13) Gierige Institutionen brechen mit die-

95 Es müsste noch untersucht werden, inwiefern die Qualität des Arbeitsplatzes oder des Arbeitsverhältnisses Einfluss darauf hat, wie sehr die Menschen an ihren Arbeitsverhältnissen festhalten und eine IV-Rente zu verhindern versuchen. Die Personen in diesem Sample waren zum Zeitpunkt des Interviews in eher privilegierten Arbeitsverhältnissen beschäftigt.

96 Dies zeigt sich nicht zuletzt auch bei geschützten Arbeitsplätzen in Werkstätten, in denen die Menschen zwar einer Tätigkeit nachgehen, faktisch aber von der Unterstützung der IV abhängig bleiben und auch nach wie vor als Menschen wahrgenommen werden, die eine IV-Rente beziehen (vgl. Hassler 2017).

sem Prinzip moderner Gesellschaften, da sie «exklusive[s] und ungeteilte[s] Engagement» ihrer Mitglieder anstreben und dabei zugleich versuchen, «die Anforderungen konkurrierender Rollen und Statuspositionen an jene, die sie sich einverleiben wollen, zu verringern» (Coser 2015, S. 14).⁹⁷

Das Konzept der gierigen Institution leistet einen Beitrag zum Verständnis, weshalb die IV eine bedeutende Rolle in den Wiedereingliederungsnarrativen spielt und inwiefern die Perspektive auf das eigene Selbst dadurch beeinflusst wird – selbst bei Personen, die nie in direktem Kontakt mit Akteuren der IV standen. So führt die Wahrnehmung der IV als Rentenversicherung dazu, entweder drinnen oder draussen zu sein. Es wird also nicht das gesamte Leistungsspektrum der IV zur Kenntnis genommen. Das heisst, die Möglichkeit, eine Teilrente zu bekommen und gleichzeitig einer Erwerbsarbeit nachzugehen, gerät nicht in den Blick. Eine IV-Rente zu erhalten, bedeutet in der Perspektive der befragten Personen zwangsläufig den Verlust des Arbeitsplatzes und den Ausschluss aus dem Arbeitsmarkt. In dieser Perspektive werden IV und Arbeitgebende zu konkurrierenden Akteuren, die beide ungeteiltes Engagement einfordern. Wobei die Betroffenen die Arbeitgebenden bevorzugen, denn die Aufnahme in die IV ist gleichbedeutend damit, den Status als Erwerbperson – mit allen positiven Eigenschaften, die diesem Status in Arbeitsgesellschaften zugeschrieben werden – zu verlieren. Besonders pointiert wird diese Position durch Anke Ulrich vertreten, die die IV-Rente als sozialen Tod beschreibt.

«Und dann kam ein Schreiben an mich: Sehr geehrte Frau {Ulrich}. Vielen Dank für Ihren Antrag auf Rente. Ich angerufen: «Missverständnis! Ich habe im PDF angeklickt berufliche Wiedereingliederungsmassnahme.» – «Ja, das ist halt das PDF. Aber äh, das ist das gleiche.» Da habe ich gesagt: «Ich will aber keine Rente.» – «Frau {Ulrich}, Sie haben ein Anrecht darauf.» – «Ich will aber keine Rente!» – «Frau {Ulrich}.» – Da habe ich gesagt: «Jetzt hören Sie mal her, wenn Sie in der Zeitung von Ihrer eigenen Beerdigung lesen, sind Sie dann erleichtert, dass Sie ein Anrecht auf Beerdigung haben?»»
(Interview mit Ulrich)

97 Im Unterschied zu den *totalen Institutionen* bei Goffman findet in den *gierigen Institutionen* keine physische Isolation statt, sondern die Barrieren sind «symbolisch» (Coser 2015, S. 16).

Die IV als sozialen Tod zu sehen gründet wesentlich auf der Vorstellung, aufgrund der Rente aus anderen sozialen Kreisen ausgeschlossen zu werden, vor allem aus dem Arbeitsmarkt. Das Schwarz-Weiss-Denken ändert sich erst – auch bei Personen wie Ulrich –, wenn die betroffenen Personen erleben, dass es auch Graustufen gibt und der Bezug einer IV-Rente nicht das Ende der Berufstätigkeit bedeuten muss. So gibt es Personen, die mit einer Teilrente einer Erwerbstätigkeit nachgehen (müssen) und sich deshalb in beiden sozialen Kreisen – IV und Arbeitsmarkt – zugleich bewegen. Diese Möglichkeit ist den Personen a priori oftmals nicht bewusst.

Die hier gezogenen Parallelen zu Cosers Konzept haben jedoch auch klare Grenzen. Die gierigen Institutionen werden bei Coser (2015, S. 16) «nicht durch äußere Zwänge zusammengehalten», sondern beruhen auf «freiwilliger Fügsamkeit», indem sie versuchen, «für ihre Gefolgschaft hoch attraktiv [zu] erscheinen». Hier kann nicht von freiwilliger Fügsamkeit die Rede sein, da der Status als Mensch, der IV-Rente bezieht, gerade nicht attraktiv ist.

8.2 Legitimationsweisen der IV-Anmeldung

Die Anmeldung bei der IV ist für die interviewten Personen nicht erstrebenswert. Vielmehr löst allein die Ankündigung einer solchen Anmeldung Angst und Abwehr aus. Die interviewten Personen wollen in der Regel möglichst lange jeglichen Kontakt mit der IV vermeiden. Dementsprechend wird die Anmeldung in den untersuchten Fällen auch selten durch die Personen selbst vorgenommen, sondern kommt hauptsächlich durch die Initiative des BCM zustande und muss deshalb legitimiert werden. Die zentralen Argumentationsweisen sind: die IV-Anmeldung gehört zum Unterstützungsprozess dazu (Kapitel 8.2.1) und das frühzeitige Treffen von Massnahmen ist wichtig, um rechtzeitig finanzielle Leistungen zu erhalten (Kapitel 8.2.2).

8.2.1 Standardprozess

Die Legitimation der IV-Anmeldung ähnelt sich in der Wahrnehmung vieler interviewter Personen. Oft wird die IV-Anmeldung als Schritt beschrieben, der quasi *automatisch* im Rahmen der Wiedereingliederung erfolgt und zum *Standardprozess* gehört. So erklärt der Case-Manager Doris Töpfer, eine IV-Anmeldung «sei der Weg, wo das Case-Management quasi machen müsse». Auch Angela Dreier stellt die Früherfassung bei der IV als etwas dar, das das BCM «bei allen eigentlich, die wirklich länger ausfallen» mache und Reinhard Etter beschreibt, wie die Personalverantwortliche ihm gegenüber

erklärt, «nach mehr als zwei Monaten» Arbeitsausfall «komme sofort die IV-Anmeldung». Obwohl sich Etter dagegen wehrt, scheint es kein Entrinnen zu geben.

Wenn sich die betroffenen Personen gegen die IV-Anmeldung wehren, werden sie in der Regel trotzdem angemeldet. Daran zeigt sich der verpflichtende Charakter der IV-Anmeldung. So auch bei Anneliese Früh:

I: «Sie haben gesagt, es hat eine IV-Anmeldung bei ihnen stattgefunden?»

F: «Ja das ist irgendwie wegen der [Krankentaggeld] Versicherung, aber ich glaube das muss man. //mhmm// Er [Case-Manager] hat damals gesagt, ich solle das machen. Ich zuerst: «Nein, das kann ich nicht, das mache ich nicht.» Und er: «Doch, das muss man machen, das ist wegen der Versicherung.» Weil die sind ja nach einer gewissen Zeit oder-. Und wenn es dann wieder, was weiss ich einen Rückfall geben würde oder wenn es schlimmer geworden wäre oder, dann geht es dann nachher eben über die IV.» (Interview mit Früh)

Die Verantwortlichkeit für die IV-Anmeldung wird vom BCM auf einen anderen Akteur verschoben. Nicht das BCM, sondern die Krankentaggeldversicherung mache es notwendig, dass die Anmeldung möglichst frühzeitig erfolgt. Die Krankentaggeldversicherung hat zwar ein Interesse an einer IV-Anmeldung, da mit dem Beginn der Rentenzahlung durch die IV der Anspruch auf Krankentaggeld sich um die Rentensumme reduziert (siehe Kapitel 4.2). Dennoch ist diese Begründung des Case-Managers aus einer rechtlichen Perspektive nicht korrekt. Dabei zeigt sich der bereits diskutierte Aspekt, dass die rechtlichen Aspekte bezüglich der Wiedereingliederung für die betroffenen Personen kaum nachvollziehbar sind und sie deshalb daran scheitern, selbständig informierte Entscheidungen zu treffen.

Auch in der Beschreibung Werner Neuerts wird deutlich, dass er die Meldung bei der IV nicht als freiwillige Entscheidung empfunden hat. Im Unterschied zu Früh begründet das BCM diesen Schritt damit, die IV selbst habe ein Interesse daran. Im Gegensatz zu Früh muss Neuert die Meldung aber selbst ausfüllen.

«Ich weiss nicht mehr, ob es der Case-Manager gewesen ist oder ob eben die von der SUVA gewesen ist, die es mir gesagt hat. Die hat gesagt: «Hör, du musst dann noch eine IV-Anmeldung ausfüll-

len und das Zeug der IV schicken. Damit sie mal wissen, was los ist.»(Interview mit Neuert)

Eine andere Form des Zwangs zeigt sich bei Anke Ulrich. Die Case-Managerin möchte Ulrich im Rahmen der Wiedereingliederung bei der IV anmelden. Ulrich wehrt sich entschieden dagegen. Eine IV-Rente kommt zu diesem Zeitpunkt nicht in Frage, da ihr das Einkommen einer 50-Prozent-Anstellung zum Leben und zur Versorgung der Tochter ausreicht und sie sich nicht als leistungsbeeinträchtigt beschreibt und versteht.⁹⁸

«Die [Case-Managerin] hat dann darauf bestanden, dass man einen IV-Antrag stellt. Ich habe gesagt: «Brauchen wir nicht.» Und sie so: «Doch.» Habe ich gesagt: «Nein.» ((lacht)).» (Interview mit Ulrich)

Ulrich beschreibt, die Case-Managerin habe eine «Notlüge» angewandt, indem sie ihr erzählt habe, den IV-Antrag müsse man «nicht nur für die Rente stellen, sondern auch für die beruflichen Wiedereingliederungsmassnahmen». Juristisch betrachtet handelt es sich hierbei jedoch nicht um einen Vorwand, denn es ist korrekt, dass auch für Eingliederungsmassnahmen eine Anmeldung bei der IV gemacht werden muss. Die Entscheidung darüber, ob eine Rente oder Wiedereingliederungsmassnahmen angezeigt sind, liegt dann bei den IV-Stellen (siehe Kapitel 2.3).

Es kann also grundsätzlich festgehalten werden: Das zentrale Missverständnis, das mit einer IV-Anmeldung verbunden ist, besteht darin, dass die IV als Rentenversicherung betrachtet und die Meldung bei der IV konsequenterweise als Rentenantrag verstanden wird. Es gibt keinen Unterschied zwischen der Anmeldung für eine Rente und der Anmeldung für eine Eingliederungsmassnahme und die Entscheidung darüber, welcher Pfad eingeschlagen wird, obliegt den IV-Stellen. Das entsprechende Formular der IV heisst bezeichnenderweise «Anmeldung für Erwachsene: Berufliche Integration/Rente» (AHV/IV 2019). Entsprechend ist es auch nicht möglich, lediglich einen Antrag auf Rente *oder* einen Antrag auf Eingliederung zu stellen. Insofern sind die betroffenen Personen nicht ohne Grund verunsichert: Weder können sie entscheiden, für was sie sich anmelden, noch können sie wissen, wie der Grundsatzentscheid der IV-Stelle ausfallen wird.

98 Kaum jemand würde wohl auf die Beiträge der Autoversicherung verzichten, allein aufgrund des Umstands, die Kosten der Reparatur problemlos selbst bezahlen zu können. Dies ist ein Indiz für den spezifischen Charakter der IV (vgl. hierzu Schmidt-Semisch 2000).

Die IV-Anmeldung wird nicht in allen Fällen als Zwang beschrieben und löst nicht bei allen Personen im Sample eine derart grosse Abwehrreaktion aus wie bei Personen, die mit der Wiedereingliederung rechnen oder sich nur als transitorisch beeinträchtigt wahrnehmen. Insbesondere Personen, die sich selbst zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung bereits als irreversibel beeinträchtigt beschreiben, nehmen die IV-Anmeldung als weniger bedrohlich war. In diesen Fällen findet die IV-Anmeldung beiläufig statt, wobei die betroffenen Personen lediglich eine passive Rolle spielen.

Dies zeigt sich exemplarisch bei Aaron Meier, der sich relativ früh im Prozess als beeinträchtigt beschreibt. Aufgrund der Diagnose Multiple Sklerose muss er sich damit auseinandersetzen, an einer nicht heilbaren und chronisch-progredienten Krankheit zu leiden. Bartel (2018, S. 8) spricht im Zusammenhang mit chronischen Krankheiten von einer «doppelten Brüchigkeit der Biographie», weil sowohl die Erkrankung als auch deren Auswirkung auf die berufliche Situation bewältigt werden müssen. Vor diesem Hintergrund berichtet Meier folgendermassen über die IV-Anmeldung.

«Gerade dieser Prozess mit der IV, da hat mich das Care-Management auch sehr gut betreut oder. Sie haben das eigentlich initiiert. //mhm// Sie haben mich dort betreut. Sie haben geschaut, ist alles auf Kurs auch terminlich. Haben dort immer wieder nachgefragt oder, wie sieht es aus. Kontakt mit der IV hat eigentlich fast ausschliesslich die {SECURE} gehabt, und hat das eigentlich gemanagt, oder.» (Interview mit Meier)

Zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung hat die Anpassung seiner Ich-Identität bereits stattgefunden. Er hat sich mit dem doppelten biografischen Bruch bereits auseinandergesetzt. Deshalb empfindet er diesen Schritt auch nicht als zusätzliche Bedrohung der Identität und wehrt sich nicht dagegen, sondern fühlt sich durch das BCM unterstützt.

8.2.2 Frühzeitigkeit

Eine andere Legitimation der IV-Anmeldung ist die Wichtigkeit des *frühzeitigen* Ergreifens von Massnahmen im Umgang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz. Dabei wird die Zielsetzung der IV, frühzeitig an die Fälle zu kommen, in den Vordergrund gerückt und zum leitenden Prinzip erklärt. Die Geschwindigkeit spielt nicht nur für die IV, sondern ganz allgemein im Rahmen der Wiedereingliederung und Rehabilitation

eine zentrale Rolle. So gelten «Früherkennung und Frühintervention [...] im sozialpolitischen Diskurs als Königsweg der Prävention» (Gonon 2019, S. 335). Verschiedentlich wird darauf hingewiesen, dass die Rechtzeitigkeit des Treffens von Massnahmen (womit die Frühzeitigkeit gemeint ist) letztlich entscheidend für die Wiedereingliederungschancen sei (vgl. hierzu bspw. Baer et al. 2009, S. 227; Demou et al. 2015, S. 598; Gabbay et al. 2011, S. e121; OECD 2003, S. 159; Shaw et al. 2018).

Die Wichtigkeit des frühzeitigen Treffens von Massnahmen aus Sicht der IV deckt sich dabei nicht notwendigerweise mit der Einschätzung der betroffenen Personen. Für sie findet die Anmeldung bei der IV oftmals *zu früh* statt, da sie mitten in die Phase der Wiedereingliederung fällt und dadurch die Chancen auf Weiterbeschäftigung grundlegend infrage gestellt werden. Das zeigt sich beispielsweise bei Dieter Vischer, der beschreibt, wie ihm das BCM vorschlägt, eine Anmeldung bei der IV zu machen.

«Das ist etwas, wo ich nie daran gedacht hätte. Ich habe gedacht, ja ähm vielleicht äh kann ich wieder arbeiten gehen. Und wenn ich dann nicht arbeiten kann, kann ich dann irgendwann noch mich anmelden bei der IV.» (Interview mit Vischer)

Obwohl Vischer die Chancen auf Wiedereingliederung zu diesem Zeitpunkt nicht einschätzen kann, erachtet er eine IV-Anmeldung als nicht angezeigt. Aus seiner Sicht wäre sie erst im Falle des Scheiterns der Wiedereingliederung relevant (ähnlich bereits Heike Spar in Kapitel 8.1.1 sowie Anneliese Früh in Kapitel 8.2.1). Bei Fiona Lauener verdeutlicht sich das Dilemma, in das die Personen dadurch geraten können, dass sie eine IV-Anmeldung einerseits zum Zeitpunkt der Thematisierung als unnötig erachten und andererseits die ökonomischen Konsequenzen im Falle einer Erwerbsunfähigkeit und einer zu späten Anmeldung bei der IV gravierend sein können.

«Ich habe gewusst, man muss früh, so früh als möglich. Dass dann, wenn es dann eben irgendwann soweit ist, dass du dann eben unterstützt wirst. Das ist eben das Problem oder. Die, wo es erst melden, wenn es dann schon sollte, das Geld kommen oder. //Ja es geht, ja-// Und ich habe es gewusst gehabt, es braucht zwei Jahre oder. Haben sie mir dann gesagt gehabt. Und dann habe ich gewusst gehabt, das ist schon noch ein wenig, das ist schon blöd gewesen ((lacht)). Aber jetzt, was sollte ich machen.» (Interview mit Lauener)

Weil Lauener davon ausgeht, die Wartefrist betrage zwei Jahre, ist die IV-Anmeldung für sie alternativlos.⁹⁹ Denn ohne die Anmeldung oder bei zu später Anmeldung würde sie in einen finanziellen Engpass geraten. Vor diesem Hintergrund ist sie vor die Alternative gestellt, entweder eine Anmeldung zu tätigen oder allenfalls ihre ökonomische Absicherung (zumindest temporär) aufs Spiel zu setzen. Auffallend hierbei ist, dass die Wichtigkeit einer frühzeitigen Anmeldung bei der IV nicht aus einer Rehabilitationsperspektive begründet und legitimiert wird. Die vorgebrachte Begründung ist vielmehr die Gefährdung der finanziellen sozialstaatlichen Absicherung bei zu später Meldung. Die Frühzeitigkeit ist in dieser Perspektive also allein deshalb wichtig, weil die Regeln im IVG eine Wartefrist vorsehen.

8.3 Entdeckung der Eingliederungsfunktion

In den Interviews kommt insgesamt kaum zur Sprache, welche konkreten Instrumente (bspw. Einarbeitungszuschuss oder Arbeitsversuch) durch die IV zur Eingliederung eingesetzt werden (siehe Kapitel 2.3). Es ist jedoch davon auszugehen, dass diese Instrumente zum Einsatz kommen, da sie in der Regel grosszügig gewährt werden (vgl. Nadai et al. 2019, S. 111). Interessant sind diese Instrumente vorwiegend für die Betriebe, da die Arbeitsstellen auf diese Weise subventioniert werden. Für die Beschäftigten spielen sie eine untergeordnete Rolle, da sich ihr Arbeitsverhältnis dadurch nicht ändert. Das könnte der Grund dafür sein, dass sie im Interview nicht erwähnt werden.

Je nach Art und Intensität des Kontakts mit der IV im Wiedereingliederungsprozess ändert sich die Perspektive auf die IV. In Interaktionen mit den Fachpersonen der IV wird die Eingliederungsfunktion entdeckt. Es kommt zur Feststellung, dass die IV keine reine Rentenversicherung ist. Im Folgenden werden drei Formen des Kontakts zur IV unterschieden. *Erstens* wird gezeigt, wie im Falle der blossen Kontaktaufnahme mit der IV die Wahrnehmung aufrechterhalten wird, es handle sich um eine Rentenversicherung. *Zweitens* wird demonstriert, dass durch Rundtischgespräche am Arbeitsplatz mit einem klaren Fokus auf den Arbeitsplatzverlust, sich die Perspektive auf die IV entscheidend wandelt. Hier tritt nun die Zielsetzung der IV in den Vordergrund, der Eingliederung Priorität einzuräumen. *Drittens* ändert sich die Perspektive von Personen, bei denen es zu einer Rentenprüfung kommt, dahingehend, dass die Rentenprüfung der IV als restriktiv erlebt wird.

99 Faktisch beträgt die Wartefrist ein halbes Jahr ab dem Zeitpunkt der IV-Anmeldung und ein Jahr ab dem Auftreten einer Arbeitsunfähigkeit (siehe Kapitel 4.1).

Reinhard Etter wird arbeitsplatzbezogen krankgeschrieben, da er die Anforderungen des Betriebes nicht mehr erfüllen kann und sein Vorgesetzter hierfür kein Verständnis zeigt (siehe Kapitel 6.1.3). Trotz Arbeitsunfähigkeit versteht sich Etter nicht als leistungsbeeinträchtigt oder krank, weshalb er sich auch entschieden gegen die Anmeldung bei der IV wehrt. Dennoch kommt es zu einer Anmeldung, die gegenüber Etter als Automatismus (siehe Kapitel 8.2.1) gerechtfertigt wird. Durch die IV werden in der Folge keine Eingliederungsmassnahmen verfügt, da Etter mithilfe des Case-Managers auf eigene Faust einen anderen Arbeitsplatz im Unternehmen findet. Etters anfängliche Perspektive, die IV sei eine Rentenversicherung, bleibt daher bestehen. Er beschreibt die IV sogar als «hartnäckig». Es habe lange gedauert, bis «er die wieder losgeworden» sei.

«Die [Verantwortlichen der IV] wollten gar nicht glauben, dass ich jetzt wieder einsteige. Als ich ihnen sagte, dass ich wieder mit 70 Prozent anfangen, die sind aus allen Wolken gefallen und haben gesagt: «Ja [...] das gibt es ja nicht.» Und die haben wirklich-, die sind so eingestellt, dass sie das Gefühl hatten [...] das gibt jetzt einen Fall. [...] Und das löst schlussendlich wahrscheinlich irgendwie eine Rente aus.» (Interview mit Etter)

Nach Rücksprache mit dem Hausarzt lässt sich die IV davon überzeugen, dass Etter wieder arbeitsfähig ist. Da Etter mit der IV persönlich kaum Kontakt hatte, lernt er das Massnahmenrepertoire nicht kennen. Er betrachtet die IV nach wie vor nicht als Eingliederungsversicherung. Für ihn ist die IV gleich einer «gierigen Institution» (siehe Kapitel 8.1.2), die unbedingt Zugriff auf seine Person möchte und ihn auch bekommt. Er fühlt sich quasi zur IV-Rente gedrängt. Anschliessend wird er die zuständige IV-Stelle kaum wieder los. Faktisch ist es jedoch sehr unwahrscheinlich, dass Etter eine IV-Rente zugesprochen bekommen hätte, da eine arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeit keine Grundlage für die Feststellung einer Erwerbsunfähigkeit und damit einer Invalidität darstellt. Der Widerspruch bei Etter liegt darin, dass die IV-Stellen den Auftrag haben, möglichst wenige Renten zu sprechen (vgl. Brotschi 2019), er jedoch gleichzeitig das Gefühl hat, die IV wolle ihm unbedingt eine Rente geben. Etter lässt dabei ausser Acht, dass das Ziel der Eingliederungsabteilung der IV darin besteht, früh an mögliche Fälle zu gelangen, um deren Wiedereingliederungsprozess zu begleiten und zu kontrollieren. Er

missversteh deshalb den Zweck des hartnäckigen Zugriffs der zuständigen IV-Stelle auf seine Person.

Durch die Interaktion mit verantwortlichen Akteuren der IV tritt die rekommodifizierende Eingliederungsorientierung in den Vordergrund und die lediglich subsidiäre dekommodifizierende Funktion der IV, ökonomische Existenzbedingungen durch Auszahlung einer Rente zu sichern, verliert an Relevanz. Diese Entdeckung bleibt denjenigen Personen vorbehalten, die tatsächlich in Kontakt mit der IV treten. Exemplarisch zeigt sich das bei Remo Schneider, der sich anfangs allein von dem Wort Invalidenversicherung bedroht fühlt (siehe Kapitel 8.1.1). Seine Perspektive auf die IV wandelt sich entscheidend im Rahmen des ersten Rundtischgesprächs.

«Und dann ist eine Einladung gekommen von der IV, wo ich dann auch mal ein Gespräch hatte. Was habe ich für Möglichkeiten, wie sieht das aus, was macht eine IV überhaupt [...]. Und dann ist dann das Hauptgespräch gewesen mit der IV, wo dann die IV auch zu uns gekommen ist, zu der {AERO} zusammen mit dem {Vor- und Nachname Case-Manager}. Und dann geschaut hat, was haben wir für Wiedereingliederungsmöglichkeiten, also so der erste Schritt. Was können wir machen, damit ich nicht ein IV-Fall in dem Sinne werde, dass sie mir müssen Rente zahlen, sondern dass sie mich eben schnell wieder eingliedern können.»
(Interview mit Schneider)

Im ersten Gespräch geht es also unter anderem darum, zu klären, was «eine IV überhaupt» macht. Das Hauptgespräch findet beim Arbeitgebenden statt. Die Wahl des Ortes signalisiert die Eingliederungsorientierung der IV und ganz in diesem Sinne werden dann auch «Wiedereingliederungsmöglichkeiten» geprüft. Schneider soll nicht nur eingegliedert werden, dieser Prozess soll auch «schnell» verlaufen. Die Rente, für welche die IV in der anfänglichen Perspektive Schneiders primär zuständig ist, ist plötzlich kein Thema mehr. Stattdessen besteht das Ziel darin, zu verhindern, dass Schneider «ein IV-Fall» wird. Diese Formulierung ist bedeutsam, da die IV zwar aktiv in den Wiedereingliederungsprozess von Schneider involviert ist, er selbst sich aber dennoch nicht als IV-Fall bezeichnet. Ein IV-Fall zu sein, ist bei ihm mit dem Erhalt einer Rente verknüpft. Durch diese Distinktion gelingt es Schneider, die eigene Identität vor den diskreditierenden Zuschreibungen zu schützen, die mit der IV-Rente verbunden sind.

Ein noch stärkerer Perspektivenwechsel findet bei Anke Ulrich statt: Sie steht aufgrund der Rentenabklärung in intensivem Kontakt mit der IV. Von der zuständigen IV-Stelle wird sie als teilweise erwerbsunfähig eingestuft und erhält eine Teilrente. Sie beschreibt, wie es zur Feststellung der Erwerbsunfähigkeit kam:

«Also ich hatte einfach total Glück, weil das Briefpapier von der {Klinik für Neurorehabilitation}, das macht's. Wenn sie zu irgendeinem Wald-und-Wiesen-Neurologen gehen-. Oder ist halt jetzt auch schon wieder sieben Jahre her. Also heute würde ich in keinen IV-Fall mehr ohne Rechtsanwalt reingehen. Aber damals bin ich einfach durchgerutscht, super.» (Interview mit Ulrich)

In Ulrichs Wahrnehmung ist der in ihrem Fall positive Rentenbescheid wesentlich abhängig von strukturellen Gründen wie der Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit durch eine angesehene Klinik für Neurorehabilitation. Rückblickend betrachtet sie das IV-Urteil als «Glück», weil sie zum damaligen Zeitpunkt nicht aktiv darauf Einfluss zu nehmen versuchte. Zudem deutet sie eine veränderte Abklärungspraxis an, die in den letzten sieben Jahren stattgefunden habe. Die Rentenfeststellung sei nochmals restriktiver geworden. Damit nimmt sie mutmasslich Bezug auf die 5. IVG-Revision aus dem Jahr 2008 (siehe Kapitel 2.3). Entscheidend hierbei ist, dass die Rentenfeststellung in Ulrichs Perspektive nicht hinreichend anhand der Beeinträchtigung begründbar zu sein scheint. Dies bestärkt Ulrich mit der Aussage, auf Basis des Wissens zum Zeitpunkt des Interviews nicht mehr so naiv zu sein, in Zukunft ohne einen Rechtsanwalt in ein IV-Verfahren «reinzugehen».

Diese Sichtweise Ulrichs ist nicht unbegründet. Im Rahmen einer Evaluationsstudie zeigte sich, dass Sozialdienste juristisches Personal dafür bezahlen, Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine IV-Rente zu beschaffen, um das Prinzip der Subsidiarität in der Sozialhilfe nicht zu verletzen und Kosten zu verlagern (vgl. Hassler und Jurt 2018, S. 8 f.). So trat ein interviewter Leiter eines Sozialdienstes entschieden der Auffassung entgegen, der Ausgang der Rentenabklärung bei der IV bestimme sich kausal durch die Beeinträchtigung. Auch Nadai et al. (2019, S. 138) haben darauf hingewiesen, wie Grossunternehmen versuchen, mit ihren Rechtsabteilungen die Rentenentscheide ihrer Arbeitnehmenden zu beeinflussen. Ausserdem zeigte Jeger (2019) in einer Auswertung der Jahresberichte von IV-Stellen aus dem Jahr 2017, dass die Gutheissungsquote von Rentenanträgen in den Kantonen

zwischen 27 Prozent und knapp 44 Prozent variiert. Dies sind alles deutliche Belege dafür, dass die Rentenabklärung abhängig davon ist, welche Akteure in diesen Prozess involviert sind und somit eine Bestätigung der Sichtweise von Ulrich.

Im Sample sind keine Personen mit einer ganzen IV-Rente enthalten. Die Personen mit einer Teilrente nehmen die finanzielle Unterstützung positiver wahr, als dies die Perspektive auf die IV am Anfang des Prozesses vermuten lässt. Doris Töpfer beispielsweise erhält schon seit ihrer Kindheit eine halbe IV-Rente und betrachtet sie als absolut notwendig, um ihr eigenes Leben und das ihrer Familie zu finanzieren. Bei Diego Umberg führt die halbe IV-Rente dazu, dass er nicht mehr seine Ferien und das Wochenende «opfern» muss, um Arzttermine wahrzunehmen und sich von den Behandlungen zu kurieren. Auch Aaron Meier beschreibt die halbe IV-Rente als «wirklich super». Die Aspekte Behinderung und Abhängigkeit werden im Nachhinein nicht mehr thematisiert. In den untersuchten Fällen gehen die Personen mit einer Teilrente weiterhin einer Erwerbstätigkeit nach. Daher müssen sie diesen bedeutenden Teil ihrer Identität nicht infrage stellen (vgl. hierzu Saunders und Nedelec 2014, S. 107) und weichen auch nicht von der «Erwerbsarbeitsnorm» (Gurr 2018, S. 100) ab. Sie sind damit mehr als «nur Versicherte» und nicht «existenziell einer Behörde «ausgeliefert»» (Baer et al. 2018, S. 145). Ausserdem kann durch die teilweise Erwerbstätigkeit im sogenannten ersten Arbeitsmarkt der latente Passivitätsvorwurf ein Stück weit entkräftet werden.

Stellt die IV eine (Teil-)Invalidität fest, können die betroffenen Personen aus dem Zwang zur Eingliederung und zur Selbstoptimierung ausbrechen, da sie über eine zumindest teilweise und temporäre Legitimation der eigenen Situation verfügen. Darin unterscheidet sich die (teilweise) Erwerbsunfähigkeit von der Erwerbslosigkeit, die nicht an eine gesundheitliche Beeinträchtigung geknüpft ist (vgl. Röwer 2020, S. 379) und damit noch stärker einem Legitimationsdruck unterliegt. Doch die Situation ist prekär, wie Anke Ulrich beschreibt:

«Auf jeden Fall habe ich wieder Freizeit. Das wollte ich sagen, also dass überhaupt sowas wieder geht, ja. Und nicht nur immer Erschöpfung, immer nur schlafen, immer nur-. Das ist natürlich auch eine heikle Sache in der Kommunikation mit der IV. Man darf nicht, kein gutes Leben haben sonst finden die sofort: Ja wenn die

wieder Kostüme nähen kann, dann kann sie auch wieder mehr arbeiten.» (Interview mit Ulrich)

Ulrichs Regeneration war nach der Hirnverletzung stark verlangsamt und nahm die gesamte Freizeit in Anspruch. Die IV-Teilrente verschafft ihr etwas Luft und sie sieht sich nun in der Lage, wieder zu Hause tätig zu sein. So näht sie beispielsweise Fastnachtskostüme für ihre Tochter und deren Freundinnen. Ulrich, die vergleichsweise gute Kenntnisse der IV hat, weiss jedoch, dass eine einmal gesprochene IV-Rente auch verringert werden kann, wenn die Erwerbsunfähigkeit neu eingeschätzt wird. Sie beschreibt ihre Situation deshalb als schmalen Grat: Einerseits möchte sie aufgrund der geringeren Belastung gesundheitliche Fortschritte erzielen und ihr Leben wieder geniessen. Andererseits gefährdet die Genesung den Status quo des Invaliditätsgrades.

Letztlich müssen die betroffenen Personen im Rahmen ihrer Identitätsarbeit einen Mittelweg finden. Sie müssen sich als angemessen «behindert» darstellen, um den Erwartungen der IV-Stellen gerecht zu werden und in der Öffentlichkeit nicht als «Schmarotzer» wahrgenommen zu werden. Zugleich dürfen sie als nicht zu beeinträchtigt erscheinen, damit sie in sozialen Interaktionen am Arbeitsplatz und darüber hinaus als «normal» wahrgenommen und adressiert werden. Das ist ein Kernproblem, mit dem Personen in der IV konfrontiert sind (vgl. hierzu Hassler und Studer 2016, S. 179). Die Erfahrungen mit der IV führen zu einer tiefen Verunsicherung und befördern das Gefühl, das Leben nicht mehr in der eigenen Hand zu haben. Treffend auf den Punkt gebracht hat dies Bude (2004, S. 11): «Was man mit dem Wohlfahrtsstaat erlebt, sagt einem, daß man sich da auf nichts verlassen kann.»

8.4 Unterschiedliche Vorstellungen von Behinderung

Das Verhältnis zwischen den versicherten Personen und der IV kann insgesamt als problematisch charakterisiert werden. Wie gezeigt wurde, hängt dies unter anderem damit zusammen, dass die Frage der Rechtzeitigkeit des Kontakts völlig unterschiedlich beurteilt wird. Während die IV möglichst rasch an die Fälle kommen will, diese zugleich aber auch geschwind wieder loswerden möchte, haben die befragten Personen andere Bedürfnisse. Sie nehmen die Anmeldung bei der IV als Bedrohung des Selbst wahr, weil es sich nicht nur um einen bloss administrativ-bürokratischen Akt handelt, der ergebnisoffen und probenhalber gemacht werden kann, sondern zur Infragestellung der eigenen Normalität bzw. der Wiedererlangung ebendieser führt.

Diese unterschiedlichen Perspektiven auf den Wiedereingliederungsprozess sind geknüpft an ungleiche Konstruktionen von Behinderung. Nachfolgend wird deshalb aufgezeigt, welche Modelle von Behinderung die IV und die wiedereingegliederten Personen vertreten und inwiefern sich diese voneinander unterscheiden.

Die Forschung der *Disability History* geht davon aus, dass Behinderung (und insbesondere die Bewertung von Behinderung als soziales Problem) kontextabhängig ist und «keine ontologische Tatsache» darstellt (Waldschmidt 2006, S. 39). So zeigte bereits Foucault (1969) am Beispiel des Wahnsinns, wie sich diese Kategorie historisch ausbildete und das Verständnis von und die Umgangsweise mit Wahnsinn sich im Zeitverlauf wandelte. Dies ist zugleich der Ausgangspunkt für die *Critical Disability Studies*. Sie untersuchen die Diskurse zu

«[...] Grenzziehungen zwischen ‹normal› und ‹abweichend›, die in jeder Gesellschaft und Kultur immer wieder neu hergestellt werden. Entsprechend ist in dieser Perspektive nicht nur disability (Behinderung), sondern auch impairment (Beeinträchtigung) kein eindeutig feststellbarer medizinischer Befund, sondern eine in soziokulturellen Prozessen produzierte Differenzierungskategorie.»
(Waldschmidt 2006, S. 40)

Davon ausgehend stellt sich die Frage, wie diese Grenzziehungen derzeit verlaufen. Prägend für die aktuellen Diskurse zu Behinderung sind dabei das individuelle und das soziale Modell von Behinderung. Diese sind auch nach wie vor zentrale Orientierungspunkte für die Identitäten von Menschen mit Behinderung (vgl. Darling und Heckert 2010; Dorfman 2017).

Im individuellen Modell sind Behinderung und Benachteiligung die direkten, kausalen Folgen der Beeinträchtigung, die «als schicksalhaftes, persönliches Unglück» gedeutet wird, «das individuell zu bewältigen ist» (Waldschmidt 2005, S. 17). «Wenn jemand beispielsweise den Weg nicht findet, weil er nichts sieht, so liegt das an der Funktionsfähigkeit der Augen oder kurz an der Sehbehinderung» (Weisser 2005a, S. 27). Die Person ist in dieser Perspektive mit dem Schicksal konfrontiert, blind zu sein.

Das soziale Modell der Behinderung betont demgegenüber die strikte Trennung zwischen Beeinträchtigung und Behinderung. So sind es im genannten Beispiel die Umstände, das heisst fehlende bauliche Massnahmen, die dazu führen, dass die Person mit einer Sehbeeinträchtigung den Weg nicht

findet. Der entscheidende Unterschied zwischen dem individuellen und dem sozialen Modell liegt darin, dass im individuellen Modell Personen aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Alltag behindert sind, während im sozialen Modell Behinderungen unabhängig von der Beeinträchtigung durch Barrieren in den gesellschaftlichen Funktionssystemen entstehen (vgl. Waldschmidt 2005, S. 18).

Die bereits in der Einleitung skizzierte Vorstellung der sozialen Konstruktion von Behinderung wird nachfolgend als Analyseheuristik verwendet, um herauszuarbeiten, inwiefern im politischen Auftrag an die IV Behinderung anders konstruiert wird als in den Narrationen der Personen im Wiedereingliederungsprozess. Nachfolgend wird erst die Perspektive der Wiedereingegliederten dargelegt, bevor in einem zweiten Schritt anhand von Befunden aus der Literatur die Konstruktion von Behinderung durch die IV beschrieben wird.

Personen im Wiedereingliederungsprozess folgen in ihrer Betrachtung von Behinderung weitgehend einem individuellen Modell von Behinderung. Die interviewten Personen sehen als Ursprung von Behinderung eine körperliche oder psychische Beeinträchtigung. Die Beeinträchtigung bedarf einer individuellen Behandlung durch medizinische Fachpersonen. Wenn die Beeinträchtigung besonders gravierend und irreversibel ist, führt dies zu einer IV-Rente, was zugleich den Status begründet, eine «Person mit einer Behinderung» zu sein (siehe Kapitel 8.1.1). Der Weg von einer Invalidenrente zurück in den Arbeitsmarkt wird a priori nicht thematisiert.

Solange die Personen noch im Arbeitsmarkt tätig sind, erachten sie sich – unabhängig von (selbst) zugeschriebenen Beeinträchtigungen – als «normal». Diese Normalität bzw. die Rückkehr zur Normalität wird insbesondere durch die Invalidenrente in Frage gestellt. In der Perspektive der befragten Personen führt die IV-Rente zu einem nachhaltigen Ausschluss aus dem Erwerbsleben (siehe Kapitel 8.1.2). «Dieser permanente [Ausschluss, a.d.V.] findet seinen legalen Ausdruck im Begriff des ‹bürgerlichen Todes›» (Goffman 1973, S. 26). Die Möglichkeit einer Teilrente oder der Rückkehr ins Erwerbsleben nach Erhalt einer IV-Rente wird a priori nicht mitbedacht. In den Interviews werden lediglich vereinzelt soziale Faktoren wie Mobbing, Stress oder unrealistische Zielvereinbarungen geschildert, die eine Arbeitsunfähigkeit begründen. Das betrifft insbesondere die Fälle der arbeitsplatzbezogenen Arbeitsunfähigkeit. Trotz dieser sozial begründeten Arbeitsunfähigkeit verbleibt die Sichtweise auf Behinderung und Arbeitsunfähigkeit im

individuellen Modell verhaftet. Das hängt möglicherweise damit zusammen, dass die Arbeitsunfähigkeit in jedem Fall durch medizinische Fachpersonen bescheinigt werden muss und deshalb unweigerlich mit einer Medikalisierung und Individualisierung verbunden ist, da nicht der Arbeitsplatz auf die Probe gestellt wird, sondern die Person, die einer bestimmten Tätigkeit in einem Arbeitsverhältnis nachgeht.

Die befragten Personen mit einer Teilrente werfen einen anderen Blick auf die IV-Rente (so bspw. Anke Ulrich in Kapitel 8.3). Sie anerkennen den Umstand, dass es Teilrenten gibt, und sehen auch die Möglichkeit, dass eine Rente wieder aberkannt werden kann und ihr Status damit potenziell reversibel ist. Auch ihre Argumentation bleibt aber grundsätzlich dem individuellen Modell verhaftet und ist in erster Linie medizinisch geprägt. So versteht sich Ulrich als angewiesen auf eine Rente, weil sie aufgrund der Hirnverletzungen nicht mehr so denken kann und ähnlich belastungsfähig ist wie vor dem Arbeitsausfall.

Während die untersuchten wiedereingegliederten Personen eine dichotome Sichtweise auf Behinderung haben, ist das Behinderungsmodell der IV komplexer. Insgesamt teilt die IV die versicherten Personen in vier Kategorien (in Anlehnung an die Kategorien bei Probst et al. 2016, S. 96): (1) arbeitsfähige Personen, welche die ableistische «Normalität» repräsentieren, von der die anderen Kategorien abweichen (2) arbeitsunfähige Personen mit Eingliederungspotenzial, die mithilfe entsprechender Massnahmen in den Arbeitsmarkt integriert oder beim Arbeitsplatzert halt unterstützt werden sollen und (3) Personen mit einer teilweisen oder (4) vollen Erwerbsunfähigkeit, deren Behinderung und Erwerbsunfähigkeit grundsätzlich als reversibel erachtet und deshalb in regelmässigen Abständen überprüft werden (vgl. Probst et al. 2015, S. 110).

Personen ohne Rente sind mit der präventiven Brille betrachtet ein stetes Risiko, da jederzeit eine Arbeitsunfähigkeit auftreten kann. Deshalb braucht es hier die Massnahme der Früherfassung. Arbeitsunfähige Personen sind aus Sicht der IV sowohl Risiko als auch Potenzial. Einerseits bestehen noch keine Rente und Hoffnung auf Eingliederung. Andererseits gibt es ein Risiko, dass die Person erwerbsunfähig wird und damit gegebenenfalls Anspruch auf eine Rente hat. Bei den als erwerbsunfähig eingestuft Personen steht in der derzeitigen Ausrichtung der IV das Potenzial im Vordergrund. Diesen Perspektivwechsel verdeutlicht ein Mitarbeiter eines Leistungserbringers für die IV in einem Interview im Rahmen einer Studie

eindrücklich: «Avant, il y avait un degré d'invalidité, et aujourd'hui, on ne parle plus d'invalidité, on parle plutôt de potentiel» (Probst et al. 2016, S. 98). Jede aufgehobene Rente führt zu einer finanziellen Entlastung der IV.

Die Frage danach, wo die Trennlinie zwischen Menschen mit Behinderung und Menschen ohne Behinderung seitens der IV gezogen wird, ist angesichts dieser widersprüchlichen Konzeption nicht einfach zu beantworten. Auf jeden Fall ist dabei die IV in ihrer Rolle als Eingliederungsversicherung von der IV als Rentenversicherung zu trennen, da das Verständnis von Behinderung in diesen beiden Abteilungen unterschiedlich ist.¹⁰⁰ Die IV als Rentenversicherung vertritt ein vorwiegend «ökonomisches Modell» (Maschke 2004, S. 410) von Behinderung. Für die Berechnung der Invalidität ist die Einschränkung der Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit ausschlaggebend (vgl. Probst et al. 2016, S. 95), die anhand eines Vergleichs des Validen mit dem Invalideneinkommen bestimmt wird (siehe Kapitel 4.1). Dadurch wird die Invalidität vermeintlich objektiv quantifizierbar. Daran verdeutlicht sich die ökonomische Komponente der Betrachtung von Behinderung im Sozialstaat, da diese anhand der errechneten Fähigkeit, ein Einkommen am Arbeitsmarkt zu erzielen, berechnet wird. Invalidität wird an die Erwerbsmöglichkeiten gebunden und somit verbleibt das Verständnis von Behinderung im individuellen Modell, da die ökonomische Folgenabschätzung auf einer medizinischen Beurteilung basiert. Koch (2016) zeigte diesbezüglich, dass selbst die für die Abklärung zuständigen medizinischen Fachpersonen die Exaktheit der Beurteilung infrage stellen: «Die in unserer Forschung befragten Ärzt_innen eines Regionalärztlichen Dienstes, der mit er Invalidenversicherung zusammenarbeitet, waren der Ansicht, dass Arbeits(un)fähigkeit nicht eindeutig bestimmt werden und auch nicht im Sinne von Zahlen oder Prozenten gemessen werden könne» (Koch 2016, S. 151).

Im Rahmen der Eingliederungsfunktion der IV zeigen sich Elemente eines sozialen Modells der Behinderung. Im Sinne des sozialen Modells sind beispielsweise Zuschüsse an die Arbeitgebenden oder die Finanzierung von «Arbeitsversuchen» zu interpretieren, die die Arbeitsmarktchancen für Menschen mit Beeinträchtigungen erhöhen sollen. Doch das soziale Modell

100 Die unterschiedlichen Logiken der Renten- und Eingliederungsabteilung zeigen sich ausserdem an den unterschiedlichen Tempi und Arbeitsweisen. Während es in der Eingliederungsabteilung nicht schnell genug gehen kann und gemäss der 5. IVG-Revision möglichst rasch unbürokratische Massnahmen getroffen werden sollten, zeichnet sich die Rentenabklärung gerade dadurch aus, dass der IV-Grad prozentgenau berechnet wird und die Wartefristen das maximal mögliche Tempo klar vorgeben.

wird nicht so weit gefasst, dass der Ausschluss aus gesellschaftlichen Funktionssystemen wie der Arbeitswelt als soziale Unterdrückung (Oliver 1990) verstanden wird. Deshalb unterscheidet sich das soziale Modell der IV deutlich von demjenigen, das von der Behindertenbewegung propagiert wird.

Das soziale Behinderungsmodell der IV zeigt sich ansatzweise auch in der Finanzierung von Hilfsmitteln, die zu einer Reduktion der Behinderung am Arbeitsplatz beitragen sollen, ohne dass die körperliche Beeinträchtigung dadurch tangiert oder gemindert wird. Die IV-Stellen fokussieren nebst den Hilfsmitteln aber insbesondere auf «mentale Barrieren» (Germann 2010b, S. 164), wie die persönliche Motivation und Bereitschaft zur Wiedereingliederung, die beispielsweise durch ein Coaching bearbeitet und beeinflusst werden sollen. Diese mentalen Barrieren liegen im Schnittpunkt des individuellen und sozialen Modells, da die Beseitigung dieser nicht an etwelche Beeinträchtigungen gekoppelt ist, der Veränderungsbedarf jedoch beim Individuum verbleibt und strukturelle Barrieren in den Hintergrund rücken. Das Behinderungsmodell der Eingliederungsabteilung der IV wird demnach adäquater als psycho-sozial bezeichnet.

8.5 Fazit – Wechselnde Perspektiven auf die Invalidenversicherung

Die interviewten Personen beschreiben sämtliche auf die IV (und andere Versicherungen) bezogenen rechtlichen Aspekte als kompliziert. Ungeachtet des Ausbaus der IV-Eingliederungsmassnahmen verstehen die Interviewten die IV in erster Linie als Rentenversicherung. Vor diesem Hintergrund wehren sich die Betroffenen entschieden gegen die Früherfassung oder die ordentliche Anmeldung bei der IV. Insbesondere für Personen, die davon überzeugt sind, dass die eigene Beeinträchtigung nur vorübergehend ist oder den Arbeitsplatz nicht tangiert, stellt die IV eine Bedrohung ihres Selbst dar. Sie verbinden die Rente mit Abhängigkeit, Hilflosigkeit und der sozialen Identität einer «Person mit Behinderung». Ausserdem nehmen sie den Weg zu einer IV-Rente als Einbahnstrasse wahr. Sobald dieser einmal eingeschlagen ist, scheint es kein Zurück mehr zu geben.

Die wenigsten Personen melden sich deshalb selbst bei der IV an. Das gilt nicht nur für das vorliegende Sample, sondern zeigt sich auch in quantitativen Studien zur Früherfassung (siehe Kapitel 2.3.1). Die betroffenen Personen müssen mittels verschiedener Argumente davon überzeugt werden, dass eine solche Anmeldung angezeigt ist. So erzählen ihnen die Verantwortlichen des BCM, die Anmeldung sei verpflichtend oder das frühzeitige Ergreifen von

Massnahmen sei besonders wichtig, wobei die vorgebrachte Begründung nicht bessere Aussicht auf Rehabilitation, sondern die Wartefrist der IV ist.

Personen, die mit der IV in Kontakt treten, machen die Entdeckung, dass die IV primär am Arbeitsplatzverlust interessiert ist. Das führt zu einer entscheidenden Wende im Rahmen der moralischen Karriere (siehe Kapitel 5.3). Nun wird aus dem Kampf *gegen* eine Rente plötzlich ein Kampf *für* eine Rente, insbesondere dann, wenn die Personen die Erfahrung machen, dass sie fortdauernd gesundheitlich eingeschränkt sind und unter den gegebenen Bedingungen in Zukunft nicht mehr wie gewohnt erwerbstätig sein können.

Die Interaktionen zwischen der IV und den wiedereinzugliedernden Personen unterliegen einem zentralen Missverständnis, das unter anderem auf unterschiedlichen Modellen von Behinderung beruht. Die befragten Personen werten Behinderung insbesondere als individuelles Schicksal und als direkte Folge einer Beeinträchtigung. Sie betrachten damit Behinderung in einem individuellen Modell. Die IV-Rente ist für sie der Moment, zu einer Person mit Behinderung zu werden. Demgegenüber steht die Betrachtungsweise der IV-Stellen: Die Eingliederungsabteilung der IV vertritt ein psychosoziales Behinderungsmodell. Behinderung lässt sich in dieser Perspektive durch Massnahmen vermeiden, wobei es primär um den Abbau struktureller sowie mentaler Barrieren geht. Demgegenüber ist das Behinderungsmodell der Rentenabteilung als ökonomisch zu bezeichnen.

9 Rückkehr an den Arbeitsplatz

In den untersuchten Fällen bedeutet die Rückkehr an den Arbeitsplatz für einige Personen die Wiederaufnahme der alten Tätigkeit mit unverändertem Lohn und unter denselben Anstellungsbedingungen. Für andere ist die Rückkehr an den Arbeitsplatz gebunden an Einbussen in Bezug auf die Ausgestaltung des Arbeitsverhältnisses, des Lohns, des Status, der Aufgaben oder des Arbeitspensums (siehe Tabelle 1 in Kapitel 5.1).¹⁰¹ Das Erleben der Rückkehr ist wesentlich geprägt durch die Erfahrungen in den vorangegangenen Karrierepositionen. So gehen ihr Erfahrungen voraus wie das Ausfallen bei der Arbeit mit den dazugehörigen Fragen der Offenlegung und Stigmatisierung (Kapitel 6), der Beginn der Unterstützung durch das BCM mit den dort implizit und explizit formulierten Anforderungen (Kapitel 7) sowie der Anmeldung bei der IV oder deren Thematisierung (Kapitel 8). Schritt für Schritt müssen sich die betroffenen Menschen damit auseinandersetzen, was es für sie bedeutet, wenn die Rückkehr nicht erfolgreich verlaufen wird. Vor diesem Hintergrund sind ihre «Ansprüche an die Erwerbstätigkeit von vornherein prekär» (Röwer 2020, S. 255). Im Folgenden steht daher im Fokus, wie sich die Beschäftigten an den Arbeitsplatz anpassen und sich wieder in die Erwerbsarbeitswelt einfügen. Dieser Prozess kann mit dem Konzept der «primären Anpassung» (Goffman 1973, S. 185) theoretisch gefasst werden.

9.1 Primäre Anpassung

Die primäre Anpassung ist ein durch Goffman geprägter Begriff, der beschreibt, wie ein Individuum in totalen Institutionen «zum ‹normalen›, ‹programmierten› oder zugehörigen Mitglied» wird (Goffman 1973, S. 185). Die auf diese Art angepassten Individuen erfüllen die für sie vorgesehene soziale Position sowie die von der jeweiligen Institution definierten Rollenerwartungen. Im vorliegenden Datenmaterial zeigen sich primäre Anpassungen insbesondere in den Spielformen der «Konversion» und der «Kolonisierung» (Goffman 1973, S. 66 f.). Bei der *Konversion* «macht der Insasse sich das amtliche Urteil über seine Person zu eigen und versucht die Rolle des perfekten Insassen zu spielen» (Goffman 1973, S. 67). Die Individuen lernen dabei, «welche seelischen Einstellungen für ihr emotionales Überleben notwendig

101 In einem Fall (Kira Schumann) führt die «Potenzialabklärung» im Zuge der Wiedereingliederung gar zu einem Ausbau des Pensums und zu neuen, anspruchsvolleren Aufgaben am Arbeitsplatz.

sind» (Schmidbauer 2018, S. 155). Bei der *Kolonisierung* verabschiedet sich das Individuum gedanklich von der «alten Welt». Es betrachtet lediglich die Möglichkeiten, die sich in der totalen Institution bieten, macht das Beste aus der Situation und wirkt dabei zufrieden (vgl. Goffman 1973, S. 66).

Obwohl Goffman das Konzept der primären Anpassung für das Leben in totalen Institutionen entwickelte und im vorliegenden Fall diese Kontextbedingung nicht gegeben ist, sind die befragten Personen bei der Rückkehr dazu bereit, sich an die Anforderungen des Betriebes anzupassen, was eine Anpassung des Selbst zur Folge hat. Eine wesentliche Triebfeder für die Wirkmächtigkeit der Rollenerwartungen bei der Wiedereingliederung ist die Angst vor einem Jobverlust. Aaron Meier beschreibt diese Angst gar als «grössten Belastungspunkt» bei der Wiedereingliederung. Dies bestätigt sich auch in verschiedenen Studien (vgl. Guggisberg et al. (2012, S. 7); Voswinkel (2017b, S. 85), siehe auch Kapitel 3.3).

Am Anfang der Arbeitsunfähigkeit haben die Beschäftigten bisweilen noch die Vorstellung, sie seien mit Fortdauer einer Krankheit oder Beeinträchtigung nicht kündbar. Diese Illusion wird allerdings im Case-Management-Prozess in der Regel rasch zerstört. Es gibt dafür schlichtweg keine rechtliche Grundlage (siehe Kapitel 4.3). *Jobsicherheit* verspüren Personen, die sich qua Qualifikation oder Beruf als schwer ersetzbar wahrnehmen. So betrachtet sich Anke Ulrich als «nicht innerhalb von drei Monaten» substituierbar und Kira Schumann weiss aus Erfahrungen, dass es viel braucht, «bis man einem Lehrer kündigt». Die Angst vor einem Jobverlust dramatisiert sich allerdings im Falle schlechter Jobaussichten auf dem Arbeitsmarkt. So erfahren einige im Rahmen der moralischen Karriere, dass ihre Chancen schlechter sind als sie dies anfangs vermuteten.

Diese veränderte Perspektive auf das eigene Selbst gründet insbesondere auf erfolglosen Bewerbungsbemühungen. Andere wiederum glauben schon von Anfang an zu wissen, geringe Chancen auf dem Arbeitsmarkt zu haben, sei es, weil ihre Qualifikation (beispielsweise beim Flugpersonal) ausgesprochen spezifisch und an den Betrieb gebunden ist, oder weil die Gesundheit eine Stellensuche nicht zulässt. Die Beschäftigten entwickeln dabei eine Alltagstheorie der Arbeitsmarktsegmentation.¹⁰² Sie nehmen wahr, bislang im internen Arbeitsmarktsegment beschäftigt gewesen zu sein, in dem neben dem Markt noch organisationale Prinzipien herrschen, und haben

102 Die Entstehung des Segmentationsansatzes als Theorie für die Funktionsweise von Arbeitsmärkten beschreiben beispielsweise Köhler et al. (2007, S. 388–390).

Angst davor, ins externe Arbeitsmarktsegment zu rutschen bzw. gedrängt zu werden, wo «die Logik des Marktes» (Köhler und Weingärtner 2013, S. 72) stärker wirksam ist. Pointiert beschreibt dies Anke Ulrich:

*«Also eigentlich müsste ich zu {Pharmaunternehmen Z} jetzt wechseln. Jetzt suchen Sie mal eine Stelle mit 20 Prozent. *Ne*-. Ich bin hier festgenagelt und ich habe hier im internen Arbeitsmarkt viel bessere Chancen als bei {Pharmaunternehmen Z}. Die sind ja nicht blöd und nehmen eine schwerbehinderte Frau mit 50 Jahren da ins Personal rein. Das heisst, ich muss hierbleiben.»*
(Interview mit Ulrich)

Die Befragten fühlen sich vor diesem Hintergrund in ihrer aktuellen Anstellung deutlich besser geschützt als auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Empirische Studien bestätigen diese Sichtweise, sind Arbeitgebende doch eher bereit, Menschen mit Beeinträchtigungen weiter zu beschäftigen, als denjenigen einen Job anzubieten, die sich von extern bewerben (siehe Kapitel 3.1).

Ausserdem werden mit steigendem Alter die Chancen auf dem Arbeitsmarkt eher als abnehmend eingeschätzt. Hierbei ist das kalendarische Alter (Seniorität) von der Betriebszugehörigkeit (Anciennität) zu unterscheiden (vgl. Strauß 2005, S. 325), wobei davon auszugehen ist, dass die beiden Merkmale positiv korreliert sind. Die Betriebszugehörigkeit wird im Gegensatz zum kalendarischen Alter als protektiver Faktor wahrgenommen. Beschäftigte, die schon länger im Betrieb beschäftigt sind, leiten daraus eine gewisse Sicherheit ab.¹⁰³ Auch diese Annahme bestätigt sich in der Forschung zu den betrieblichen Praktiken (siehe Kapitel 3). Doch auch das kalendarische Alter kann Beschäftigte im Einzelfall schützen: So hat LOK, der Betrieb in dem Kuno Bauer und Werner Neuert arbeiten, eine Regelung in Bezug auf Nischenarbeitsplätze. Diese sind nur für Personen zugänglich, die mindestens 50 Jahre alt und seit mindestens zehn Jahren im Betrieb beschäftigt sind.

103 Ähnliche Resultate zeigen sich bei Seing et al. (2014, S. 1764), die anhand empirischer Daten nachweisen, wie Mitarbeitende aus der langjährigen Betriebszugehörigkeit Rechte in Bezug auf Wiedereingliederung und Anpassung des Arbeitsplatzes ableiten. Vergleichbare Befunde präsentiert Röwer (2020) in einer aktuellen Untersuchung. Insgesamt ist jedoch davon auszugehen, dass Unternehmensstrukturen im Postfordismus fluid werden und längerfristige Bindungen eine abnehmende Rolle spielen (vgl. Becke 2018, S. 328).

Vor diesem Hintergrund der weitverbreitenden Angst vor dem Verlust der Arbeitsstelle erklärt sich, weshalb die Beschäftigten die Rollenerwartungen im Wiedereingliederungsprozess erfüllen. Nachfolgend wird gezeigt, inwiefern die beiden Spielformen der primären Anpassung, die Konversion (Kapitel 9.1.1) sowie die Kolonisierung (Kapitel 9.1.2), im Rahmen der Rückkehr an den Arbeitsplatz bedeutsam sind.

9.1.1 Konversion – Anpassung an Rollenerwartungen

Wie bereits ausgeführt, geht es bei der Konversion als Form der primären Anpassung darum, die Rolle des perfekten wiedereinzugliedernden Menschen spielen zu lernen. Auf Basis der Daten lassen sich hauptsächlich zwei zentrale Merkmale dieser Rolle rekonstruieren: Einerseits ist dies die *Bereitschaft, sich unterzuordnen*. Damit ist eine eingeschränkte Voice verbunden. Andererseits geht es um die *Demonstration des Willens* zur Wiedereingliederung.

Die Notwendigkeit der Unterordnung wurde im Fall von Ivo Heuslers Rückkehr an den Arbeitsplatz bereits beschrieben (siehe Kapitel 7.3.2). Heusler erlebt eine Degradierung durch die Versetzung an einen Arbeitsplatz, wo seine Einflussmöglichkeiten deutlich eingeschränkt sind. Diese Degradierung muss er zwangsläufig hinnehmen, um weiterbeschäftigt zu werden. Im Sinne der Konversion ist es spannend zu beobachten, wie es im Nachgang der Degradierung zu einer Anpassung der Ich-Identität kommt. Diese gleicht sich der Fremdwahrnehmung seines Selbst an. Heusler lernt im Rahmen der moralischen Karriere, seine eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten neu und als eingeschränkt einzuschätzen und passt sich dabei den Urteilen über seine Person an. Als Folge davon wehrt er sich selbst am neuen Arbeitsplatz dagegen, Verantwortung zu übernehmen, weil er sich diese nicht mehr zutraut. Er sieht sich eher als Auftragsempfänger denn als Auftraggeber geeignet, obwohl seine Arbeitsunfähigkeit arbeitsplatzbezogen war und damit per definitionem in erster Linie mit der Arbeitssituation und nicht mit seiner Person bzw. seiner psychischen Konstitution zu tun hatte. Diese fundamentale Neueinschätzung der eigenen Fähigkeiten führt dazu, dass Heusler sogar bereit ist, monatlich auf CHF 1000 Einkommen zu verzichten.¹⁰⁴

104 Goffman beschreibt diese schrittweise Konversion für den Fall der Einlieferung in eine psychiatrische Klinik eindrücklich: «Wenn der vorklinische Patient all diese stillschweigenden Anforderungen beachtet und sich vernünftig mit der ganzen Angelegenheit abfindet, dann kann er die ganze Kette von zu Hause bis in die Klinik zurücklegen, ohne daß jemand gezwungen wird, das Geschehen ins Auge zu fassen oder sich mit dem Ge-

Deutlich zeigt sich das unterordnende Rollenverhalten auch bei Aaron Meier: Er ist Mitte 40, verheiratet, hat drei Kinder, erwirtschaftet das gesamte Erwerbseinkommen für die Familie (seine Ehefrau ist für die Care-Arbeit zuständig) und arbeitet bis zum Arbeitsausfall als Führungsperson in einem Versicherungsunternehmen. Er erkrankt an Multipler Sklerose, einer chronisch fortschreitenden neurologischen Erkrankung, die bislang als nicht heilbar gilt. Sein Vorgesetzter macht ihm bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz klar, was von ihm erwartet wird, um weiterhin im Betrieb tätig sein zu können:

«Als ich zurückgekommen bin, hat er [der Vorgesetzte] mir eigentlich als Erstes gesagt: ‹Schau, du musst dir keine Gedanken machen, schau zu deiner Gesundheit, wenn du dich quasi äh anständig benimmst, schauen wir, dass wir dich da eigentlich auch, dass man dir auch gute Aufgaben findet, wo man dich im Rahmen von dem Können gut weiterentwickelt.› Und das hat viele Unsicherheiten schon mal rausgenommen, oder.» (Interview mit Meier)

Die bei der Rückkehr gestellte Anforderung besteht darin, sich «anständig» zu benehmen. Das Wort «anständig» meint im Schweizer Dialekt nicht unbedingt, sich den Anstandsregeln entsprechend zu verhalten, sondern eher, sich kooperativ zu zeigen, den Anforderungen Folge zu leisten und keine Probleme zu bereiten. Meier versucht in der Folge möglichst rasch, sich «persönlich zu engagieren» und «das Beste draus zu machen». Damit verdeutlicht er über die Unterordnung hinaus seinen *Willen* zur Eingliederung, eine zweite Rollenerwartung die noch diskutiert werden wird.

Indirekt wird ebenso deutlich, dass die Mitsprachemöglichkeiten Meiers bezüglich der neuen Aufgaben im Betrieb eingeschränkt sind. Das verdeutlicht sich im obigen Zitat und zeigt sich noch prägnanter in der nachfolgenden Passage:

«Mein damaliger Chef hat das eigentlich super organisiert. Der hat gesagt: ‹Jetzt müssen wir schauen. Wir tun dich an diese Position.› Der hat nicht lange überlegt, es hat keine Stelle gegeben dort, oder. Der hat mir einfach gesagt: ‹Dich tun wir jetzt da in dieses Team, oder [...]. Du machst diese Aufgaben, weil die kannst du gut, und da gibt es ein Haufen Aufgaben, die du machen kannst, aus fachlicher

fühlsausbruch auseinanderzusetzen, den die ganze Situation wohl rechtfertigen würde.» (Goffman 1973, S. 140)

Sicht, wo dir ermöglicht, ein wenig im Hintergrund zu sein.» Weil ich habe nicht mehr können [...] Präsentation machen und nachher diese Sachen sind erschwert gewesen.» (Interview mit Meier)

Meier wird in ein neues Team versetzt und in einer Stabstelle mit sogenannten Sonderaufgaben platziert. Dem zitierten Interviewausschnitt zufolge scheint Meier dabei wenig Mitspracherecht zu haben. Durch die Neupositionierung verliert Meier einerseits seine Führungsaufgaben, andererseits wird es ihm ermöglicht, im Hintergrund tätig zu sein, ohne dass er diesen Wunsch selbst explizit äussert.¹⁰⁵ Die Voice (Hirschman 1970 sowie Kapitel 6.1.3) ist jedenfalls eingeschränkt (vgl. hierzu auch Seing et al. 2014, S. 1764) und Meier nimmt die Degradierung klaglos hin, erfüllt damit die an ihn gestellten Rollenerwartungen.

Auch im Fall von Anke Ulrich zeigt sich, dass es nach der Rückkehr an den Arbeitsplatz zu einer eingeschränkten Möglichkeit von Voice kommen kann: So schlägt Ulrich vor – wie sie es von früher gewohnt war –, betriebliche Abläufe zu optimieren, weil sie mit den Arbeitsprozessen unzufrieden ist. Sie thematisiert dies in ihrer «früheren Art [...] also sprich engagiert». Daraufhin bekommt sie «eine schriftliche Verwarnung wegen aggressiven und emotionalen Verhaltens gegenüber dem Senior Management». Ulrich hat im Gegensatz zu anderen hier untersuchten Personen zum Zeitpunkt der Rückkehr noch nicht realisiert, dass ihre Voice in der neuen Rolle eingeschränkt ist.

*«Diese neue Chefin, die hat einer Frau, die seit vier Jahren voll IV¹⁰⁶ ist ((lacht)) und deren Diagnose lautet: geringe Reizverarbeitung, erhöhte Durchlässigkeit, ohne Gespräch ein Warningletter gegeben wegen emotionalen (?aggressiven Verhaltens?). Und keiner-, bis heute fand kein Gespräch darüber statt. Meine Ärzte [...] haben gesagt: «Das geht nicht. Die {PHARMA} muss lernen, die braucht da einen Dämpfer. Da müssen wir ein Feedback geben und sagen, ihr dürft euch ärgern, die {Ulrich} ist eine Furchtbare, ihre Reaktion war ätzend. Aber jemand der seit drei, vier Jahren hirnerkrankt ist, da muss man anders damit umgehen.» Und ich habe gesagt: «*Njet*, ich mache überhaupt nichts mehr. Ich bin hier abhängig*

105 Aus meiner Perspektive als Forscher ist nicht nachvollziehbar, weshalb er nicht mehr in der Lage sein sollte, im «Vordergrund» tätig zu sein. Auch die im Postskript festgehaltenen Beobachtungen zum Auftreten Meiers lassen diesbezüglich keine Rückschlüsse zu.

106 Ulrich bekommt nicht, wie sie hier beschreibt, eine ganze IV-Rente, sondern eine Dreiviertelrente. Bei der PHARMA arbeitet sie noch mit einem Pensum von 20 Prozent.

von der. Ich sitze diese schriftliche Verwarnung aus. Nach zwei Jahren kommt die aus der Personalakte.» (Interview mit Ulrich)

Da Ulrich diese Verwarnung von einer neuen Chefin bekommt, ist nicht eindeutig feststellbar, ob diese veränderte betriebliche Reaktion mit der Person der Chefin zusammenhängt oder mit den veränderten Rollenerwartungen an Ulrich. Die Reaktion Ulrichs zeigt jedoch unabhängig davon, dass sie sich ihrer Abhängigkeit sehr wohl bewusst ist, weshalb sie nicht auf ihrer Kritik bzw. ihrem Verbesserungsvorschlag beharrt. Obwohl sich ihre Ärztinnen und Ärzte von sich aus beim Betrieb beschweren wollen, lehnt Ulrich dieses Angebot ab, da sie ihre ohnehin schon unsichere Position nicht zusätzlich gefährden möchte. An anderer Stelle ergänzt Ulrich diesen Punkt noch weiter. Als «chronisch kranke» Person müsse sie «Baustellen reduzieren», um handlungsfähig zu bleiben. Sie könne keine neuen Konfliktbaustellen eröffnen, was sie durch eine Beschwerde gemacht hätte.

Während obige Beispiele zeigten, inwiefern die Wiedereingliederung mit der Rollenerwartung der Unterordnung verknüpft ist, sind die nachfolgenden Fälle Beispiele für die Demonstration des Willens zur Rückkehr. So kehrt Werner Neuert nach einem längeren Aufenthalt in einer Rehaklinik an seinen Arbeitsplatz zurück. Dort entsprechen seine Leistungen nicht mehr den Erwartungen der Vorgesetzten, obwohl er sich «wirklich Mühe» gibt. Im Rahmen einer Sitzung wird Neuert klargemacht, dass er am angestammten Arbeitsplatz nicht weiter tätig sein kann. Neuert beschreibt diesen Moment und seine Reaktion darauf folgendermassen:

«Und nachher, ich sage mal das Umstellen vom eigenen Kopf, so gesagt, okay jetzt ((pfeift kurz)) musst du kehren. Jetzt kommt etwas Neues, ist bei mir zum Glück relativ schnell passiert. Ich habe nachher den Job gesehen, eigentlich noch fast gesagt innerhalb von der Sitzung, wo sie das eigentlich publik gemacht haben ((lacht)) [...] Habe ihnen dann irgendwie Ende Sitzung das Bewerbungsformular auf den Tisch gelegt.» (Interview mit Neuert)

Neuert reagiert auf die Mitteilung, dass er am alten Arbeitsplatz nicht mehr als arbeitsfähig erachtet wird, indem er sofort eine Idee entwickelt, wo er arbeiten könnte. Er verdeutlicht damit, unbedingt für das Unternehmen tätig sein zu wollen, flexibel und eigeninitiativ zu sein und präsentiert damit beispielhaft seinen grossen Willen zur Wiedereingliederung. Statt sich an der

Sitzung darüber aufzuregen, seinen Arbeitsplatz verloren zu haben, richtet er seinen Blick in die Zukunft.

Noch expliziter benennt Kuno Bauer die von ihm antizipierte Rollenerwartung im Prozess der Wiedereingliederung.

*«Meine drei Case-Manager [...], sie arbeiten für {LOK}, aber sie betreuen dich. Und sie wollen dich nicht verlieren, sondern sie möchten dich gerne integrieren. Und mit deiner Mithilfe [...] ist es möglich. Wenn du dich aber sträubst und einfach ein bisschen querstellst, dann kommt halt auch mal ein Punkt an dem man Deutsch gesagt-, und das ist, es *menschelt* in dem Sinne. Dass man einfach sagt: «Leck mir doch am *Füßli*, mach doch den Scheiss selber.» Das muss nicht sein. Wenn man aber eben selber an sich arbeitet, dann kommt die Hilfe auch, oder.»* (Interview mit Bauer)

Laut Bauer bestehen die Rollenerwartungen im Case-Management-Prozess darin, zu kooperieren und an sich selbst zu arbeiten. Die Passage kann so interpretiert werden, dass die Arbeit am eigenen Selbst für den Eingliederungsprozess an sich nicht vonnöten ist, jedoch als Prüfung dient, um zu entscheiden, ob die Person Hilfe bekommt oder nicht.¹⁰⁷ Diese Rollenerwartungen nimmt Bauer wahr und er fügt sich dementsprechend ein.

9.1.2 Kolonisierung – Abfinden mit der veränderten Situation

Unter Kolonisierung wird im Anschluss an Goffman das Einrichten in der neuen Situation verstanden, wobei die Individuen versuchen, aus den sich bietenden Möglichkeiten das Beste zu machen (vgl. Goffman 1973, S. 66). Das ist besonders für Personen aus dem Sample relevant, die eine berufliche Degradierung und einen Statusverlust im Rahmen der Rückkehr erleben. Kolonisierung und Konversion sind keine Substitute. Vielmehr finden beide Prozesse oftmals aufeinander folgend statt. In der Regel kommt es zunächst zu einer Konversion: Die neue Rolle wird kennengelernt und eingeübt. Darauf folgt die Kolonisierung: Die betroffenen Personen richten sich in der Rolle ein, die sie im Rahmen der Konversion eingenommen haben. Im Rahmen der Kolonisierung geht es ferner darum, in Reaktion auf die neuen Lebensum-

107 Ähnlich argumentiert Nadai, indem sie beschreibt, wie die Teilnahme an Beschäftigungsprogrammen in der Sozialhilfe und der Arbeitslosenversicherung als «Tatbeweis für Arbeitswilligkeit und Konformität» fungiert (Nadai 2006, S. 66).

stände neue Perspektiven für das Leben zu formulieren. Van Hal et al. (2012, S. 91) beschreiben diesen Prozess als «identity work».

Ein Beispiel für die Kolonisierung bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz ist der Fall von Reinhard Etter. Dieser gibt im Laufe der Wiedereingliederung seine alte Tätigkeit auf und wird an einer neuen Arbeitsstelle tätig, was mit finanziellen Einbussen verbunden ist (siehe Kapitel 7.3.4). Etter arbeitete bis zu seinem Arbeitsausfall an einem Schalter mit direktem Kontakt zur Kundschaft und war Vorgesetzter von zwei Mitarbeitenden. Nach der Rückkehr an den Arbeitsplatz ist er in einem neu gegründeten Backoffice tätig, das für die Betreuung der Kundschaft *auf Distanz* zuständig ist. In diesem neu geschaffenen Zentrum ist er der Einzige, der vorher schon im selben Betrieb tätig war. Im Interview auf sein erstes halbes Jahr nach Wiedereinstieg angesprochen erzählt Etter, wie es an der neuen Arbeitsstelle läuft:

«Fühle mich gut, fühle mich ähm-. Ja, es ist ein Computerjob, oder. Ich bin den ganzen Tag am Bildschirm, beantworte Mails von Kunden ähm ((zögert)). Mache auch zwischendurch noch ein bisschen Telefondienst und habe eben so eigentlich Kontakt mit den Kunden per Mail, aber auch noch direkter mit dem Telefon. Und das muss ich sagen das, das gefällt mir. Weil, ich war immer ein kundenorientierter Typ gewesen in dem Sinne schon oder ich habe- ich bin wirklich für die Kunden dagewesen.» (Interview mit Etter)

Es zeigt sich, dass Etter den Kontakt zur Kundschaft, den er im alten Job noch Face-to-Face hatte, nach wie vor sehr schätzt und dieser Kontakt am Computer zwar weiterhin besteht, allerdings von anderer Qualität ist. Da dieser Kontakt nun durch Informations- und Kommunikationstechnik vermittelt wird, ist Etter im Gegensatz zu früher nicht mehr «wirklich für die Kunden» da. Diese Einbusse in der Tätigkeit schimmert in Eitters Erzählung durch, wird aber nicht explizit gemacht oder gar problematisiert, da Etter sich im Modus der Kolonisierung in der neuen Arbeitsstelle zurechtfindet und sich mit dieser zufrieden zeigt. Das hat nicht zuletzt damit zu tun, dass er während seines Ausfalls am Arbeitsplatz sowohl intern als auch extern eine Vielzahl von Bewerbungen geschrieben, aber nur Absagen bekommen hat. Mit dem Gefühl konfrontiert, überfüssig (Bude 1998) zu sein und nicht mehr gebraucht zu werden, verändern sich Eitters Erwartungen in Bezug auf infrage kommende Jobs.

Eine Handlungsstrategie im Rahmen der Kolonisierung ist die Abwertung der alten Arbeitsstelle bzw. der ehemaligen Tätigkeit. Es handelt sich dabei um eine Form der Selbstaffirmationen. Indem die alte Arbeitsstelle in ein schlechtes Licht gerückt wird, wird die neue Arbeitsstelle in Relation dazu aufgewertet. Das kann am Beispiel von Aaron Meier gezeigt werden, der bis zum Arbeitsausfall in einer Führungsposition einer Versicherung arbeitet. Er «habe eigentlich immer wollen so viel wie möglich arbeiten», womit er den zentralen Stellenwert der Erwerbsarbeit in seinem Leben verdeutlicht. Das Abfinden mit der neuen Situation nach der Rückkehr an den Arbeitsplatz bezeichnet Meier explizit als «Prozess». Er wird in eine Stabstelle versetzt, verliert seine Führungsaufgaben und ein früherer Arbeitskollege wird sein neuer Chef. Daran muss sich Meier erst einmal gewöhnen. Fruchtbar für die Interpretation ist nun, wie Meier die alte Arbeitsstelle rückblickend beschreibt:

«Wenn ich jetzt sehe im Nachhinein-. Die, die meine Funktion jetzt übernommen haben. Da hat es etwa schon dreimal Wechsel gegeben, oder. Und da muss ich vielleicht schon sagen, ja gut, ich wüsste nicht, ob ich nachhaltig hätte können entsprechend die Leistung erbringen, die dort gefordert ist. Rein die hohe Fluktuation.» (Interview mit Meier)

Meier setzt die neue Situation ins Verhältnis zur früheren Arbeitsstelle und stellt nun infrage, ob er an der alten Stelle hätte bestehen können, notabene ohne Erkrankung. Der Druck sei aufgrund der «ambitiösen Vorgaben» und des «unnötigen Zeitdrucks» sehr hoch. Zudem gebe es eine anspruchsvolle Erwartungshaltung im Management und bei den Mitarbeitenden. Obwohl er im neuen Job nicht dieselbe «Gewichtung hat im gesamten System», wird seine Degradierung durch den direkten Vergleich verkräftet. Dank seines neuen Jobs habe er in Bezug auf sein Familienleben «eine höhere Lebensqualität» und ein «bewusstes Leben». Ausserdem lernt er seinen «geregelten Arbeitsalltag» zu schätzen. Durch die Krankheit hätten sich «andere Perspektiven eröffnet», die er vorher so nicht wahrgenommen habe. Seine Ich-Identität verändert sich. Sie ist nun weniger stark an die Erwerbsarbeit gebunden. Zu ähnlichen Befunden kommt Charmaz, wobei sie die aktive Rolle der Individuen in den Vordergrund rückt, die Anpassung der Identität nicht als Kolonisierung versteht und die strukturellen Einflüsse weniger stark betont: «After making identity trade-offs, people often try to redefine their

identity choices in positive ways. Similar to other kinds of decision making, they want to view their choices as sound.» (Charmaz 1995, S. 671)

Besonders eindrücklich ist die Abwertung des alten Arbeitsplatzes bei Kuno Bauer, der bei der Arbeit ausfällt, weil er sich von seinem Vorgesetzten gemobbt fühlt (siehe Kapitel 6.1.3). Nach einem Nervenzusammenbruch kehrt er an einen betrieblichen Nischenarbeitsplatz zurück. Obwohl sein neuer Arbeitsplatz objektiv betrachtet auch negative Aspekte auf sich vereint, insbesondere den sehr langen Arbeitsweg oder den Wegfall des 13. Monatslohns, geht Bauer nun hart mit dem alten Arbeitsplatz ins Gericht:

«Also man ist total unter Stress. Und wenn man dann natürlich auch Pikettwochen hat //mhm//. Das ist natürlich äh, wir sind sowieso. Wenn ich heute nachher zurückschaue, muss ich sagen, fast ein bisschen menschenunwürdig.» (Interview mit Bauer)

Die negative Rückschau kann als Teil der Kolonisierung bewertet werden. Für die Interpretation zentral ist die Passage deshalb, weil Bauer den alten Arbeitsplatz erst aus der heutigen Perspektive als «menschenunwürdig» bezeichnet. Er betont, im Gegensatz zu früher wieder gerne Arbeiten zu gehen: «heute, wenn ich arbeiten gehe, habe ich richtig Freude».

9.2 Moralische Konsequenzen der Anpassung

Gegen Schluss der Interviews wurden die Interviewten darum gebeten, mit ein paar abschliessenden Worten Bilanz zu ziehen (siehe Kapitel 5.2). In dieser Bilanzierung kommt es zu einer auffälligen Überbetonung des Genesungswillens wie auch des Arbeitswillens. Dadurch wird Gesundheit und Wiedereingliederung in hohem Masse individualisiert, das heisst auf den eigenen Willen reduziert, wobei die sozialen Einflüsse weitgehend negiert oder hintangestellt werden. Die Individualisierung der eigenen Genesung und Wiedereingliederung wird als moralische Konsequenz der eben dargelegten primären Anpassungen interpretiert.

9.2.1 Individualisierung der Verantwortung

Reinhard Etter beschreibt die zentrale Rolle seiner eigenen Person bei der Wiedereingliederung an den Arbeitsplatz folgendermassen:

«Es ist schon eine Unterstützung da. Aber schlussendlich ist es der Mensch selber, wo das wollen muss. [...] Wenn ich mich einfach gehen lassen hätte und so, dann wäre ich heute nicht da, wo ich

jetzt bin. Also ganz klar, der Impuls und die Kraft, die muss von einem selber kommen. [...] Also der Mensch muss, und das ist ja bei allem so, aber auch da ganz speziell, der Mensch muss selber wollen. Und wenn er wirklich selber will, dann schafft er es.»
(Interview mit Etter)

Etter empfindet den individuellen Beitrag zur Wiedereingliederung als derart weitreichend, dass der eigene Wille hinreichende Bedingung für die Rückkehr in die Erwerbsarbeit wird. Das ist bemerkenswert, denn Etter erhält auf seine zahlreichen internen Bewerbungen ausschliesslich Absagen (siehe Kapitel 9.1.2). Er erfährt also die äusserst wirkmächtigen strukturellen Rahmenbedingungen im Kapitalismus am eigenen Leib und ist ihnen unabhängig von seinem Willen ausgeliefert. Dennoch formuliert er ein allgemeines Prinzip der Wiedereingliederung, welches ausschliesslich auf das Individuum bezogen ist und strukturelle Faktoren aussen vorlässt. Die Rolle des persönlichen Willens sei laut Etter nicht allein für die Wiedereingliederung zentral gewesen, sondern auch für den Erhalt der Erwerbsfähigkeit während der Zeit, in der er nicht erwerbstätig war. Allein aufgrund seines rechtzeitigen Reagierens, habe er verhindern können, Medikamente nehmen zu müssen:

«Ich habe nicht gewartet, bis ich den Kopf unter dem Arm hatte quasi, oder. Also ich habe rechtzeitig reagiert und gemerkt, so geht es nicht mehr. Und aus dem Grund [...] bin ich eigentlich nie so tief runtergekommen, [...] dass ich wirklich-, ich habe nie Medikamente nehmen müssen. Also ich habe auch vom Hausarzt nie Medikamente verschrieben bekommen, irgendwie, irgendwelche. Sei es zum Schlafen oder sei es irgendwie für psychische Unterstützung oder so etwas. Nichts, gar nichts. Ich habe gesagt: «Ich will nichts Solchiges. Ich [...] probiere ich mich wieder da rauszuhieven.»»
(Interview mit Etter)

An anderer Stelle beschreibt Etter seinen konkreten Beitrag zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit: Er sei mit seiner Frau spazieren gegangen und habe versucht, viel Zeit in der Natur zu verbringen, um beim Einstieg wieder parat zu sein. Er betont, andere müssten in diesem Zustand Medikamente nehmen, womit er psychische Krankheit per se bagatellisiert und diese auf die Fragen des Willens und der Aktivität reduziert. Unerwähnt bleibt, dass seine Arbeitsunfähigkeit arbeitsplatzbezogen war (siehe Kapitel 6.1.3) und

deshalb aus medizinischer Sicht eine medikamentöse Behandlung ohnehin kaum angezeigt gewesen wäre.

Eine ähnlich starke Betonung des eigenen Beitrags zur Genesung zeigt sich bei Werner Neuert, der seine eigene Kopfverletzung mit der seines Vaters vergleicht und erklärt, weshalb er sich davon erholt habe und sein Vater nun einseitig gelähmt sei. Der entscheidende Faktor für die Genesung liege darin, sich selbst zu helfen und den Anspruch zu haben, immer weiterzukommen und sich «die Latte immer wieder frisch [zu] setzen». Im Gegensatz zu seinem Vater habe er dies getan, weshalb er nun wieder arbeiten könne. Diese starke Zuschreibung individueller Verantwortlichkeit trifft Neuert auch in Bezug auf den Arbeitsplatzerhalt. Auf die Frage, ob er seit dem Wechsel an den neuen Arbeitsplatz einen grösseren Unterbruch gehabt habe, antwortet er, das lasse sein «Kopf nicht zu», da er im Prozess der Wiedereingliederung zu beissen gelernt habe.¹⁰⁸ Die Frage des Arbeitsplatzerhalts wird wie die Genesung und die Wiedereingliederung zu einer Frage des persönlichen Willens und Durchhaltevermögens. Auch Neuert verliert den Blick für soziale Faktoren oder medizinische Belange, die seine Genesung und Wiedereingliederung ebenso beeinflusst haben.

Etter und Neuert wurden im Rahmen des kompensatorischen und moralischen Modells unterstützt. Ihnen wurde also die Verantwortung für die Wiedereingliederung explizit zugeschrieben (siehe Kapitel 7.3). Die moralische Konsequenz daraus ist eine starke Individualisierung der Genesung, Wiedereingliederung sowie des Arbeitsplatzerhalts. Die Individualisierung zeigt sich allerdings auch bei den Fällen, die im medizinischen Modell Unterstützung erhalten haben. Der persönliche Beitrag und die Anforderung bestehen in diesen Fällen darin, die von IV, BCM oder Vorgesetzten erarbeiteten Vorschläge bereitwillig zu akzeptieren, die Probleme transparent darzulegen und zu kooperieren. Auch in diesen Fällen weisen die betroffenen Personen in der Bilanzierung darauf hin, die Wiedereingliederung hänge wesentlich vom eigenen Verhalten ab. Die zentralen Anforderungen für die Weiterbeschäftigung sind: nichts zu verheimlichen und zu sagen, dass «man will».

108 Dieses Durchhalten wird in der Literatur auch als Präsentismus bezeichnet, womit das Verhalten am Arbeitsplatz gemeint ist, «sich bei einer Erkrankung nicht krankzumelden, sondern arbeiten zu gehen» (Schmidt und Schröder 2010, S. 93). Durch Präsentismus setzen sich die Personen möglicherweise wiederum einer Belastung aus, die sich langfristig negativ auf ihre Gesundheit auswirkt.

«Man muss natürlich auch mitmachen. Man muss auch mithelfen und nicht einfach das Gefühl haben, der [Case-Manager] macht es dann schon. [...] Sondern man muss sich halt auch ein bisschen den Arsch aufreißen. Man muss auch sagen, man will und nicht einfach das Gefühl haben, ja der andere macht seinen Job. //mhm//. Ich glaube jeder Case-Manager, wenn er sieht, dass sein, ich sage es jetzt mal so, sein Patient, nicht Klient, sein Patient will, dann wird er voll und ganz unterstützt //mhm//. Man muss auch mit ihnen reden können, man muss auch nichts verheimlichen, sondern man soll gerade raus sein und dann glaube ich, dann hat jeder die Unterstützung verdient, die er auch bekommt.»
(Interview mit Bauer)

Anders als bei Neuert und Etter liegt die Individualisierung hier in anderer Form vor. Während bei ersteren das Individuum konkret an der Wiedereingliederung arbeitet bzw. arbeiten muss, besteht bei Kuno Bauer der Beitrag darin, zu zeigen, dass man gewillt ist, um jeden Preis zurückzukehren (siehe Kapitel 9.1.1). Die Unterstützung muss verdient werden und ist damit in ein Reziprozitätsverhältnis eingebunden. Wer etwas dafür tut, erhält sie im Gegenzug. In Bauers Perspektive sind Personen, die keine Unterstützung erhalten, deshalb selbst dafür verantwortlich.

Bei Kira Schumann, der ebenfalls eine eher geringe Verantwortung für die Rückkehr zugeschrieben wird, geht die Individualisierung so weit, dass sie ihrem Lebenspartner, der im selben Betrieb arbeitete und dem gekündigt wurde, eine Mitverantwortung an der Kündigung zuschreibt.

«Ich habe ja eigentlich immer gesagt, was los ist zu Hause, oder. Das haben sie immer gewusst. Und von dem her ist es für sie wie auch einfach gewesen, auf mich zuzukommen und mir Hilfestellung zu bieten, oder. Wie es natürlich bei anderen Personen ist, ist sehr schwierig einzuschätzen, oder. [...] Weil jede Person anders tickt. Wie bei meinem Lebenspartner ist es jetzt eben nicht so gut gelaufen, oder. Und mein Partner, der ist eher introvertiert, der ist nicht jemand der sagt: «Ich habe ein Problem», oder. Und dann erkennt man es auch nicht, nachher kann man nicht handeln.»
(Interview mit Schumann)

Schumann beschreibt ihren Beitrag ans BCM in der transparenten Darlegung der Situation. Im Gegensatz zu ihrem Fall findet bei ihrem Partner

kein gemeinsames Gespräch mit dem BCM und den Vorgesetzten statt. Die Verantwortung dafür schreibt Schumann ihrem Partner selbst zu, indem sie ihn als «eher introvertiert» beschreibt, weshalb er die Rollenerwartung nicht erfüllt. Anstatt eines Gesprächs wird Schumanns Partner mitgeteilt, er erbringe seine Leistung nicht mehr, woraufhin er die Kündigung erhält. Zum Zeitpunkt des Interviews befindet er sich in einer IV-Massnahme.

Durch die primären Anpassungen und den daraus folgenden moralischen Konsequenzen reproduziert sich die Programmatik des aktivierenden Sozialstaats (siehe Kapitel 2.2), die dem persönlichen Willen der Personen für die Wiedereingliederung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit eine alles überragende Bedeutung zuspricht. Da sich die Personen im Rahmen der Wiedereingliederung an die Anforderung anpassen müssen, diesen Willen zu demonstrieren, erliegen sie nach erfolgter Rückkehr selbst der Illusion, dieser Wille sei letztlich der wesentliche und hinreichende Faktor für das Gelingen der Wiedereingliederung. Arbeitsunfähigkeit wird in dieser Perspektive zu einem Umstand, der durch persönliches Engagement überwindbar ist. Oder, wie es Honegger und Rychner (1998, S. 15) treffend beschrieben haben: «Je mehr der Lauf des eigenen Lebens von Zufälligkeiten geprägt ist, desto weniger will man sie als solche wahrhaben.»

9.2.2 Dankbarkeit gegenüber Arbeitgebenden

Eine weitere Konsequenz der moralischen Karriere im Allgemeinen sowie der primären Anpassung bei der Rückkehr im Speziellen, ist die Veränderung der Beziehung zwischen den eingegliederten Personen und den Arbeitgebenden. Auf der Schwelle zur Erwerbsunfähigkeit stehend nehmen die Beschäftigten wahr, was es bedeuten würde, ohne Erwerbsarbeit auskommen zu müssen. Dadurch wird eine Unsicherheit bezüglich finanzieller Aspekte ausgelöst, da die Personen nicht genau wissen (können), ob sie überhaupt eine IV-Rente erhalten würden und wie hoch die Rente wäre. Hinzu kommt die Angst vor dem Verlust eines bedeutenden Teils der Identität sowie die Furcht vor Stigmatisierungen. Deshalb halten selbst Beschäftigte, die unzufrieden mit dem Verlauf der Wiedereingliederung sind, oftmals still, um die Anstellung nicht zu gefährden (vgl. hierzu auch MacEachen et al. 2010, S. 362). Zudem erlaubt es ein negativ eingeschätzter Gesundheitszustand nicht, auf Jobsuche zu gehen, da die gesundheitliche Beeinträchtigung eine Vielzahl von anderen Aufgaben mit sich bringt.

Wenn die Beschäftigten wahrnehmen, dass ihre Chancen auf dem externen Arbeitsmarkt gering sowie ihre Optionen für Voice und Exit eingeschränkt sind, steigert dies ihre Bindung an die Arbeitgebenden. Gleichzeitig entsteht – selbst bei Unzufriedenheit – ein Gefühl der Dankbarkeit, nochmals eine Chance bekommen zu haben. Diese Dankbarkeit ist besonders ausgeprägt bei Personen mit einer chronischen Einschränkung, die eine Teilrente zugesprochen bekommen haben und deshalb an der Klippe zum vollständigen Ausschluss aus der Erwerbsarbeit standen. Da sie nun qua IV-Rente Menschen mit einer Behinderung sind (siehe Kapitel 8.4), betrachten sie sich als schwer vermittelbar und binden sich daher umso stärker an die aktuellen Arbeitgebenden. Aaron Meier beschreibt diesen Umstand folgendermassen:

«Also das Care-Management, beziehungsweise [...], wie die {SECURE} mit mir umgegangen ist-. Das gibt mir natürlich eine enorme Bindung zum Unternehmen, oder. Also das ist Wahnsinn. [...] Und wenn ich muss denken, was sich meine Arbeitskollegen wegen jedem kleinen Seich aufregen, wo das Unternehmen irgendwie wieder etwas ändert und wo da Vergünstigung streicht oder so-. Ich betrachte das eigentlich nüchtern und denke, hey, uns geht es allen noch super, oder.» (Interview mit Meier)

Meier benennt die «enorme Bindung zum Unternehmen» und grenzt sich explizit von anderen Mitarbeitenden ab. Während sich seine Kolleginnen und Kollegen über «kleinen Seich» wie beispielsweise über gestrichene Vergünstigungen aufregen würden, seien diese Einbussen im Verhältnis zur erhaltenen Unterstützung marginal. Er thematisiert hingegen nicht, dass er bei der Eingliederung und der Versetzung an einen anderen Arbeitsplatz kein Mitspracherecht hatte. Für ihn ist jeder Arbeitsplatz besser, als gar keinen Arbeitsplatz zu haben. Sogar Anke Ulrich, die den Betrieb im Interview stark für den Umgang mit ihrer Person kritisiert (siehe Kapitel 7.2.3), verspürt Dankbarkeit dafür, ihre Stelle weiterhin ausüben zu können.

«Ich bin nie gekündigt worden, sondern ich habe einfach auf eigenen Wunsch meinen Vertrag von 100 Prozent auf 20 Prozent reduziert. Und das hat die {PHARMA} gemacht, super! Also wirklich Grund zur Dankbarkeit, das ist eine tolle Sache. Und seit 2009 bin ich jetzt eben in einem 20-Prozent-Vertrag als Fachfrau für mein Zeugs. [...] Also ich bin eine hochqualifizierte Teilzeitfrau, was

jede alleinerziehende Mutter sich-, akademisch gebildete Mutter sich wünscht ((lacht)).» (Interview mit Ulrich)

Obwohl sich Ulrich an anderer Stelle im Interview als schwer ersetzbar beschreibt, ist sie dem Unternehmen insbesondere deshalb dankbar, weil sie sich schlechte Chancen auf dem externen Arbeitsmarkt zuschreibt. Es ist ihr ausserdem bewusst, für die Weiterbeschäftigung auf den Entscheid von betrieblichen Akteuren angewiesen gewesen zu sein, was ihre Dankbarkeit noch verstärkt.

Insgesamt wird den Beschäftigten im Prozess der Wiedereingliederung bewusst gemacht, dass nicht die Arbeitgebenden sie als Arbeitnehmende brauchen, sondern dass dieses Verhältnis gerade umgekehrt ist. «So wird der Arbeitgeber ein Wohltäter, die Arbeit ein Gut und der Arbeitsplatz ein Privileg» (Gorz 2000, S. 81). Die fehlenden gesetzlichen Verpflichtungen verstärken diese Sichtweise noch zusätzlich. Diesbezüglich zeigte Hiß auf, dass bei einer Fokussierung auf Aktivitäten des *Corporate Social Responsibility* in Unternehmen aus dem Blick gerät, dass die Unternehmen gleichzeitig «an ihrer eigenen Entbindung von verpflichtenden Regeln und Gesetzen mitwirken», woraus neue Spielräume entstehen, um «auf freiwilliger Basis Verantwortungsübernahme zu demonstrieren und über diese Demonstration guten Willens gesellschaftliche Legitimation zu erzielen» (Hiß 2009, S. 299). Die Erfüllung einer gesetzlichen Pflicht lässt sich nicht vermarkten und ist dem Image nicht zuträglich, die Nichterfüllung sorgt jedoch für negative Schlagzeilen. Bei fehlenden gesetzlichen Verpflichtungen ist jedes noch so kleine Engagement vermarktungsfähig und potenziell imagefördernd. Bezeichnend in diesem Zusammenhang ist eine durch das BSV in Auftrag gegebene Befragung der Arbeitgebenden in der Schweiz aus dem Jahr 2014. Während 73 Prozent der Unternehmen ein Quotensystem für die Förderung der Arbeitsmarktpartizipation von Menschen mit Beeinträchtigung ablehnen, würden 66 Prozent die Einführung einer besonderen Auszeichnung für Unternehmen, die sich vorbildlich bezüglich der Eingliederung von beeinträchtigten Personen verhalten, begrüßen (vgl. DemoScope und BSV 2014, S. 15).

Hieraus ergibt sich ein zentraler Widerspruch. Während die Unternehmen BGM-Programme in der Regel aus Kostengründen einführen (siehe Kapitel 3.1) und deshalb davon ausgegangen werden muss, dass diese Programme Kosten senken, werden Betriebe, die solche Aktivitäten durchführen,

zu Wohltätern hochstilisiert und die Situation wird als Win-Win bezeichnet.¹⁰⁹ Die Beschäftigten hingegen, die im Rahmen der Wiedereingliederung oftmals zahlreiche Zugeständnisse machen und deren Voice und Exit durch den Prozess eingeschränkt ist, werden zu Empfängenden dieser Wohltaten degradiert. Gleichwohl führen gerade die infolge der Leistungsbeeinträchtigung eingeschränkten Möglichkeiten von Exit dazu, dass die Beschäftigten dankbar dafür sind, überhaupt eine Anstellung zu haben, wodurch sich trotz teilweiser Degradierung die Bindung zu den Arbeitgebenden tendenziell erhöht.

9.3 Sekundäre Anpassung zur Entlastung

Die primären Anpassungen hinterlassen Spuren im Selbst der betroffenen Personen. Sie befördern das Empfinden, dass das Selbst in erster Linie von externen Einflüssen und Strukturen determiniert wird. Dadurch entsteht ein Gefühl des Kontrollverlustes über das eigene Leben. Vor diesem Hintergrund kommt es zu sekundären Anpassungen. Die «[s]ekundäre Anpassung stellt eine Möglichkeit dar, wie das Individuum sich der Rolle und dem Selbst entziehen kann, welche die Institution für es verbindlich hält» (Goffman 1973, S. 185). Es reduziert die spannungsvolle Diskrepanz zwischen der eigenen Perspektive auf das Selbst und den Erwartungen der Gesellschaft bzw. des Betriebes an das Selbst.¹¹⁰ Die Benennung eines Prozesses als sekundäre Anpassung ist kontextabhängig und «eine Frage der sozialen Definition» (Goffman 1973, S. 189), da sich die Erwartungen an die Mitglieder einer Institution und damit die eingeforderten primären Anpassungen im Laufe der Zeit wandeln.¹¹¹ Eine treffende Beschreibung der sekundären Anpassung

109 Im Jahr 2015 hielt der Direktor des Schweizerischen Arbeitgeberverbandes, Roland A. Müller, im Rahmen der Verleihung des «This-Priis», einem Award für Arbeitgebende im Kanton Zürich, eine Rede zum Thema Arbeitsplatzerhalt und Wiedereingliederung. Der Titel lautete: «Integration – eine Win-Win-Win-Situation für alle» (Schweizerischer Arbeitgeberverband 2015, o.S.). Auch mehrere Versicherungen beschreiben ihr Case-Management als Angebot für Betriebe und explizit als Massnahme, die zu einer Win-win- bzw. Win-win-win-Situation führt.

110 Van Hal et al. (2012, S. 91) haben in einer Analyse zu Arbeitsintegration in den Niederlanden drei Prozesse von *Identity Work* identifiziert: das separative, das integrative und das in der Schwebe stehende Narrativ. Im separativen Narrativ präsentieren sich die Personen als inkompatibel mit den gesellschaftlichen Erwartungen an ihre Person. Dennoch spielen sie nach aussen hin das Spiel mit und erfüllen die Erwartungen (vgl. van Hal et al. 2012, S. 85). Das ist ähnlich zu dem, was hier als sekundäre Anpassung beschrieben wird.

111 Mit *Rollendistanz* prägte Goffman noch einen weiteren Begriff, der der sekundären Anpassung ähnlich ist und «die Abweichung [als] festen Bestandteil des Rollenrepertoires»

findet sich bei Schmidbauer (2018), der in seinem Buch «Hilflose Helfer» den Mechanismus der sekundären Anpassung unter Bezugnahme auf Goffman folgendermassen beschreibt: «Sie [die Insassen, a.d.V.] unterwerfen sich den Helfern, drücken aber ihre Aggression und die Wut über die extrem begrenzten Möglichkeiten der Selbstentfaltung und Aktivität in zahllosen kleinen Unzuverlässigkeiten oder Provokationen aus.» (Schmidbauer 2018, S. 155 f.)

Für die Individuen sind die verschiedenen Formen der sekundären Anpassung elementar für die Entwicklung des Gefühls, «noch auf eigenen Füßen» zu stehen und «eine gewisse Kontrolle» über das eigene Leben auszuüben, wodurch die sekundäre Anpassung zu einer Art letztem «Bollwerk des Selbst» wird (Goffman 1973, S. 60). Goffman beschreibt ein solches Handeln als Anpassung, weil sich diese Handlungsweisen nicht direkt gegen die Institution oder das Personal richten, sondern für die Institution vernachlässigbare Formen der Abweichung darstellen, die weder die Institution noch das Personal direkt bedrohen (vgl. Goffman 1973, S. 59). Ein Beispiel hierfür ist der Zigarettenschmuggel im Gefängnis. Aus diesen sekundären Anpassungen ergeben sich für die Institution erweiterte Möglichkeiten der Ausübung von Macht und Kontrolle, weshalb sie sich letztlich in den meisten Fällen stabilisierend auf die Institutionen auswirken (vgl. Raab 2014, S. 100).

Goffman (1973, S. 194) unterscheidet *zerstörerische* und *gemässigte* Formen der sekundären Anpassung. Die zerstörerischen Formen haben zum Ziel, die Organisation abzuschaffen oder wesentlich zu verändern, während die gemässigten Formen sich in die Strukturen einfügen, ohne sie zu verändern. Damit tragen die gemässigten Formen letztlich zur Stabilisierung der Institution bei (vgl. Goffman 1973, S. 194). Die Institutionen reagieren mit Disziplinierung und Kontrolle auf sekundäre Anpassungen, bisweilen auch mit «selektive[r] Legitimierung [...], da sie hoffen, auf diese Weise Kontrolle und Herrschaft wiederzuerlangen» (Goffman 1973, S. 192). In vielen Fällen dürften die sekundären Anpassungen auch schlicht ignoriert werden, solange sie nicht zerstörerisch sind, um dem Individuum das Gefühl von Autonomie zu geben und es dadurch zu befrieden.

Im Datenmaterial zeigen sich lediglich gemässigte Formen sekundärer Anpassung, was wohl hauptsächlich durch das Sample erklärt werden kann,

fasst (Bosančić 2014, S. 145): «[T]he individual is actually denying not the role but the virtual self that is implied in the role for all accepting performers.» (Goffman 1961, S. 95) Dadurch ergibt sich die Möglichkeit, das Verhalten von Personen analytisch zu untersuchen, die eine Rolle zwar nicht ablehnen, in der Ausübung der Rolle jedoch von Teilen der Rollenerwartung abweichen.

das nur aus wiedereingegliederten Personen besteht (siehe Abbildung 5 in Kapitel 5.3). Es ist davon auszugehen, dass bei zerstörerischen Formen der sekundären Anpassung das Arbeitsverhältnis in der Regel beendet wird, um den Betrieb und die Arbeitsabläufe zu schützen. Diese These ist allerdings an anderer Stelle noch zu untersuchen.

9.3.1 Abnehmende Identifikation mit Erwerbsarbeit

Eine Form der sekundären Anpassung ist die abnehmende Identifikation mit der Erwerbsarbeit. Diese geht einher mit einem zeitgleich stattfindenden Aufbau einer neuen Identität, in der andere Aspekte des Lebens wichtiger werden. Es handelt sich dabei um eine sekundäre Anpassung, da die betreffenden Personen nach aussen hin den Anschein aufrechterhalten, die Erwerbsarbeit sei zentraler Bestandteil ihrer Identität. Ein illustratives Beispiel hierfür ist Diego Umberg, der bis zu seiner Arbeitsunfähigkeit Vollzeit bei einer Versicherung arbeitet. Aufgrund von Polyarthritits wird er als 50 Prozent erwerbsunfähig eingestuft und erhält deshalb eine halbe IV-Rente (siehe Kapitel 6.3). Seitdem er sein Erwerbsspensum um die Hälfte verringern konnte, verwirklicht er sich einen seit der Jugendzeit gehegten Traum: Er studiert Philosophie. Zum Zeitpunkt des Interviews arbeitet er an seiner Dissertation. Zentral für die Analyse ist, wie Umberg gegenüber seinen Arbeitskolleginnen und -kollegen über seine Doktorarbeit berichtet.

«Und die Doktorarbeit, die ich jetzt mache, ist absolut spannend. Aber es ist ein Hobby ((lacht)). Ich muss es auch so verkaufen. Es ist lustig, wenn sich Kollegen interessieren so, was machst du so in der Freizeit? Und ich gebe diese Antwort. Dann tun sie es auf das gleiche Level setzen, wie zum Beispiel Fussball. Und ich muss sagen, ja, es ist halt schon so. Obwohl es ist ((schmunzelt)) natürlich schon etwas Anderes als Fussball //mhm//. Es ist etwas ganz Anderes.» (Interview mit Umberg)

Da Umberg ahnt, dass seine wissenschaftlichen Bestrebungen nicht mit den Leistungsnormen seines Arbeitsplatzes kompatibel sind und zu offensichtliches Hinweisen auf den abnehmenden Stellenwert der Erwerbsarbeit ihm als Nichtanpassung an die Rollenerwartung ausgelegt werden könnte, versucht er, die Teilnahme an der Erwerbsarbeit weiterhin so darzu-

stellen, als nehme sie eine absolut zentrale Position in seinem Leben ein.¹¹² Das Studium und die Dissertation beschreibt er seinen Kolleginnen und Kollegen gegenüber lediglich als ein Hobby wie jedes andere. Für ihn *persönlich* hingegen ist das Studium, woraus er Energie und Inspiration schöpft, zum zentralen Bestandteil des Lebens geworden. Er durchlebt also einen Wandel der Ich-Identität und versucht zugleich sein Selbst nach aussen hin unverändert zu präsentieren. Es handelt sich dabei um eine gemässigte Form der sekundären Anpassung, da Umberg durch diese heimliche Anpassung sein Selbst zu schützen vermag, ohne jedoch die Rollenerwartung grundlegend und offen infrage zu stellen.

Ähnlich ergeht es Dieter Vischer, der als Pilot bei AERO arbeitet. Obwohl er zum Zeitpunkt der Interviews an die Arbeitsstelle zurückgekehrt ist, erläutert er, seine Identifikation mit der Erwerbsarbeit sei im Vergleich zu früher schwächer ausgeprägt:

«Eine Erkenntnis, wo ich gehabt habe in diesen gesamthaft sechs Monaten, die ich zu Hause war [...]. In diesen sechs Monaten habe ich eigentlich rausgefunden, dass das Pensioniert sein gar nicht so schlecht ist, also // ((lachen)) // ((lachen)) also, ja. Ich kenne viele Kollegen von mir, die haben den Horror davor, weil sie das ganze Fliegen, das ist ihr Lebensinhalt oder. Aber ich habe rausgefunden, es ist anders geworden, es ist nicht mehr das Gleiche. Es ist immer noch ein guter Job zum Geld verdienen, aber es hat nicht mehr den gleichen Stellenwert für mich jetzt persönlich oder. Also zu Hause ist es gut, ich habe viele andere Interessen. Ich lese sehr gerne.»
(Interview mit Vischer)

Der Alltag von Langstreckenpilotinnen und -piloten wird wesentlich durch die Erwerbsarbeit geprägt.¹¹³ Die Pensionierung ist für sie deshalb ein besonders grosser biografischer Bruch. Das führt nach Einschätzung Vischers dazu, dass viele von ihnen vor der Pensionierung «den Horror» haben. Das gleiche Gefühl scheint er früher, also vor dem Arbeitsausfall ebenfalls gehabt

112 Wyer (2011) zeigte, dass für die Bewältigung von Langzeitarbeitslosigkeit die Abkehr von der Erwerbsarbeit als zentralem Bestandteil der Identität eine wirksame Bewältigungsstrategie sein kann (vgl. hierzu auch Weißmann 2017). Gleichwohl fügt sie einschränkend an, diese Form der Bewältigung bewähre sich aufgrund der grossen Relevanz der Erwerbsarbeit in der Gesellschaft nicht (vgl. Wyer 2011, S. 154).

113 Matuschek und Voß (2008, S. 4668) sprechen bei Pilotinnen und Piloten von einer «Dominanz der Arbeit über die Privatsphäre».

zu haben. Mittlerweile sei diese Angst allerdings gemindert. Seinen Job schätzt er nach wie vor als Einkommensquelle, Erfüllung findet er jedoch auch in Tätigkeiten zu Hause oder anderswo abseits des Jobs. Als konkrete Reaktion auf diese veränderte Gefühlslage, möchte Vischer zum Zeitpunkt des Interviews sein Pensum auf 70 Prozent reduzieren. Das entspricht dem niedrigsten Pensum, um überhaupt noch weiter als Pilot tätig sein zu können. Eine solche abnehmende Erwerbsorientierung ist nicht zuletzt abhängig davon, sich eine solche Neuorientierung finanziell leisten zu können: «In short, money and help allow ill people more choices about which identity trade-offs to make and when to make them.» (Charmaz 1995, S. 670)

Mit der Aussage «aber es hat nicht mehr den gleichen Stellenwert für mich jetzt persönlich» beschreibt Vischer eine sekundäre Anpassung: Er hat eine neue Ich-Identität entwickelt, ohne dass sich seine Darstellung nach aussen hin wesentlich gewandelt hat. Um die Chancen auf Wiedereingliederung nicht zu zerstören, muss er einen möglichst ausgeprägten Willen zur Wiedereingliederung demonstrieren, was gleichbedeutend ist mit der primären Anpassung und der Erfüllung der ihm zugedachten Rolle. Das beeinflusst letztlich auch sein Verhältnis zum arbeitgebenden Unternehmen, das Vischer nun vor allem als funktional beschreibt. Während er früher noch einer gewesen sei, «der das Grössere hat wollen ein bisschen in Betracht ziehen», führe er jetzt einfach Anweisungen aus, was ihn entlaste.

Dieser Prozess der sekundären Anpassung ist nicht gleichzusetzen mit der *Inneren Kündigung*, die seit den 1980er Jahren diskutiert wird und die Gross (1992) folgendermassen definiert:

«Die <innere> Kündigung meint im Gegensatz zur <äusseren> eine stille mentale Verweigerung engagierter Leistung. Mental ist sie, weil sie tief im Inneren sitzt, und still ist sie, weil sie sich nicht in einem offenen Akt der Kündigung niederschlägt, sondern in Arbeit und Leistung mit halbem Herz und halber Kraft. Sie ist darüber hinaus – der Begriff <Kündigung> ist hier irreführend – lautlos.»
(Gross 1992, S. 87)

Es gibt zwar eine Parallele darin, dass Vischer das Verhalten schildert, «einfach mal krank [zu] nehmen». Anders als bei der inneren Kündigung geht es bei der sekundären Anpassung jedoch nicht allein darum, «wahrgenommene Ungerechtigkeit auszugleichen» (Schmitz et al. 2002, S. 39). Die sekundäre Anpassung umfasst mehr als nur die Beziehung zum Unternehmen. Sie

betrifft auch die Arbeit am eigenen Selbst und die Neupositionierung in der Gesellschaft.

9.3.2 Abnehmende Identifikation mit Arbeitgebenden

Eine andere Form der sekundären Anpassung ist die abnehmende Identifikation mit den Arbeitgebenden. Sie kann an den Beispielen von Schumann und Dreier gezeigt werden. Kira Schumann ist enttäuscht von ihrem arbeitgebenden Unternehmen, da ihr Partner, der im selben Betrieb arbeitete und ebenfalls längere Zeit ausgefallen ist, im Gegensatz zu ihr «fallengelassen» wurde (siehe Kapitel 9.2.1). Aufgrund ihrer Anstellung im HR ist sie beinahe täglich im Kontakt mit den Personen, denen sie bzw. ihr Partner die Verantwortung für die fehlende Unterstützung zuschreiben.

S: «Und das belastet mich schon heute noch, ja. Also das ist etwas, das ist etwas sehr Negatives, dass sie ihn einfach fallengelassen haben. Also sie haben ihn lange getragen, das muss ich sagen oder. Aber dass sie ihn nachher fallen liessen, das ist hart.»

I: «Auch für Sie jetzt quasi schwierig zum //ja// in diesem Umfeld noch zu arbeiten. Also haben Sie mal darüber nachgedacht zu wechseln oder ist das für Sie-»

S: «Es kommt für mich nicht in Frage. Weil ich brauche einfach im Moment eine sichere Stelle. Also ich könnte schon wechseln, aber dann habe ich eine Probezeit. Weiss nicht, ob ich die bestehe und ich halte mich einfach still im Moment. Ich halte mich still, einfach aus Sicherheitsgründen //ökonomischen Gründen, ja// ja. Das ist etwas ja, das ist, das ist ganz schwierig.» (Interview mit Schumann)

Nach dem Stellenverlust des Partners gerät das gesamte Familiengefüge ins Wanken, die beiden haben schliesslich noch zwei schulpflichtige Kinder. Obwohl Schumann betriebliche Akteure für die momentane Situation mitverantwortlich macht, wechselt sie die Arbeitsstelle nicht. Sie könne ihren Job einerseits nicht aufs Spiel setzen und andererseits nicht abschätzen, wie ihre Chancen auf dem externen Arbeitsmarkt seien. Die sekundäre Anpassung zeigt sich bei ihr erst im Nachgang des Interviews: Bei einem Kaffee in einem ruhigen Teil des Personalrestaurants redet sie offen über ihre Pläne, in nächster Zeit eine Weiterbildung zu machen und sich im Erwerbsleben neu

zu orientieren. Ingeheim arbeitet sie also bereits an einer neuen Zukunftsperspektive, thematisiert dies aber weder am Arbeitsplatz noch im aufgezeichneten Teil des Interviews.

Ähnlich ist es auch bei Angela Dreier, die sich im Rahmen der Wiedereingliederung stark unter Druck gesetzt fühlt. Obwohl sie an den alten Arbeitsplatz zu den alten Konditionen zurückgekehrt ist und die Möglichkeit hat, weiterhin die gewohnten Tätigkeiten zu verrichten, macht sie verschiedene vorgesetzte Personen fürs Druckaufsetzen während der Wiedereingliederung verantwortlich.

«Es ist jetzt gut, also eine gute Ebene auch mit meinem Chef oder mit den anderen und mit den (?Wissensgruppenleitern?). Aber das habe ich ihnen nicht vergessen //mhm//. Und drum denk ich, werde ich mich vielleicht beruflich nächste Zeit umorientieren wieder. Mehr so ein bisschen in den sozialen Bereich rein oder so. Aber das weiss ich jetzt noch nicht, also was ich dann werde mache. Aber drum habe ich so still-, meine Füße auch stillgehalten. Weil in der Zeit jetzt auch noch einen anderen Job suchen, das wäre eh nicht in Frage gekommen.» (Interview mit Dreier)

Dreier möchte an einen anderen Arbeitsplatz wechseln und nochmals neu beginnen. Allerdings hatte sie bislang noch keine Kapazität dafür, da sie gesundheitlich angeschlagen war, was eine Stellensuche verunmöglichte. Obwohl sie mit dem Betrieb und den Vorgesetzten ein Stück weit abgeschlossen hat, hat sie einfach die «Füsse auch stillgehalten», um den Arbeitsplatz und damit die ökonomische Absicherung nicht aufs Spiel zu setzen. Auch dies wird als sekundäre Anpassung interpretiert, da sie sich intensiv überlegt, wo sie in Zukunft weiterarbeiten möchte, während sie nach aussen hin ihre Arbeiten erledigt und sich nichts anmerken lässt.

Sowohl Dreier als auch Schumann haben Enttäuschungen im Rahmen der Rückkehr erlebt, die dazu führen, dass sie prinzipiell nicht weiter im Betrieb beschäftigt sein wollen. Zugleich wurden sie durch die gesundheitliche Situation der Möglichkeiten beraubt, sich eine andere Stelle zu suchen. Die heimliche Umorientierung im Kopf bei gleichzeitiger Pflichterfüllung am Arbeitsplatz sind Anpassungsstrategien, die es ermöglichen, mit den strukturell erzwungenen primären Anpassungen umzugehen.

9.4 Fazit – Anpassung als Voraussetzung der Wiedereingliederung

Bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz ist die Angst vor einem Jobverlust stark ausgeprägt. Das hängt nicht zuletzt mit der bis zu diesem Zeitpunkt durchschrittenen moralischen Karriere und den Erfahrungen beim Arbeitsausfall, dem Beginn des Case-Management-Prozesses und der Meldung bei der IV zusammen. Die Angst vor dem Arbeitsplatzverlust ist durchaus begründet. So ist die Identität eng an die Erwerbsarbeit geknüpft. Ausserdem stellen sich finanzielle Fragen, da die ökonomische Absicherung als ungewiss erlebt wird und kaum jemand weiss, wie gross eine allfällige Rente bei einer dauerhaften Erwerbsunfähigkeit ausfallen würde und welche beruflichen Alternativen bei einer Arbeitsunfähigkeit bestehen. Die betroffenen Menschen antizipieren jedoch, dass der Arbeitsplatzverlust einfacher ist als die Arbeitssuche auf dem externen Arbeitsmarkt. Einschlägige empirische Studien bestätigen diese Alltagstheorie: So sind Arbeitgebende eher dazu bereit, gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitnehmende weiter zu beschäftigen, als Personen mit Beeinträchtigung neu einzustellen. Als protektiver Faktor wird von den Beschäftigten eine gefragte Qualifikation und eine lange Betriebszugehörigkeit angesehen. Diese Alltagstheorie bestätigt sich ebenfalls in verschiedenen empirischen Studien.

Vor diesem Hintergrund sind die Beschäftigten bereit, viel dafür zu tun, um den Arbeitsplatz zu erhalten. Dabei kommt es insbesondere zu primären Anpassungen an antizipierte Rollenerwartungen: 1) die Unterordnung und die Akzeptanz der von betrieblichen Akteuren gemachten Vorschläge sowie 2) die Demonstration des Willens zur Wiedereingliederung und die transparente Darlegung der Situation.

Die Erfüllung der Rollenerwartung hinterlässt Spuren bei den betroffenen Personen. Als moralische Konsequenzen dieses Prozesses individualisieren sie die Erfolgsfaktoren ihrer Rückkehr an den Arbeitsplatz und zum Teil auch ihrer Genesung und lassen dabei strukturelle Faktoren aussen vor. Ausserdem zeigen die wiedereingegliederten Personen sich ausgesprochen dankbar gegenüber den Arbeitgebenden. Sie sind froh darüber, weiterhin einen Job zu haben. Selbst dann, wenn sie die Wiedereingliederung als problematischen Prozess erlebten. Diese Dankbarkeit muss jedoch vor dem Hintergrund der im Rahmen der moralischen Karriere gemachten Erfahrungen interpretiert werden, um nicht in die analytische Falle zu tappen, die Dankbarkeit als Signal für die Güte der betrieblichen und sozialstaatlichen Programme zu interpretieren. So sind es die fehlenden Möglichkeiten auf dem

externen Arbeitsmarkt und die Angst vor der IV, welche die starke Bindung zu den Arbeitgebenden und die Gefühle der Dankbarkeit erst hervorbringen.

Die Anpassung an die Rollenerwartungen führt auf individueller Ebene jedoch zu Spannungen. Die beiden dominanten Formen der Bewältigung dieser Spannungen und Widersprüche, hier im Anschluss an Goffman als sekundäre Anpassung bezeichnet, sind die abnehmende allgemeine Erwerbsorientierung sowie die sinkende Identifikation mit dem arbeitgebenden Betrieb. Diese Formen der Bewältigung erfolgen jedoch im Stillen, da sie den Rollenerwartungen zuwiderlaufen und deshalb, wenn nach aussen getragen, die Wiedereingliederung gefährden würden.

10 Ambivalenz der Wiedereingliederung – Schlussbetrachtung

Bei der beruflichen Wiedereingliederung handelt es sich um einen ambivalenten Prozess, der von vielen Widersprüchlichkeiten geprägt ist. Nachfolgend wird in Kapitel 10.1 die leitende Fragestellung der Untersuchung beantwortet, die lautete, wie Beschäftigte den Wiedereingliederungsprozess nach Krankheit oder Unfall wahrnehmen und inwiefern der Wiedereingliederungsprozess das Selbst sowie die Perspektive auf zentrale Akteure beeinflusst. Aus diesen Befunden werden anschliessend sozialpolitische Folgerungen abgeleitet (Kapitel 10.2). Diese Folgerungen beziehen sich sowohl auf betriebliche wie auch auf sozialstaatliche Praktiken. Das Buch endet mit einer abschliessenden Diskussion der Untersuchung (Kapitel 10.3).

10.1 Zusammenfassung der zentralen Befunde

Die Rahmenbedingungen, die den Wiedereingliederungsprozess prägen, haben sich in den letzten drei Jahrzehnten stark gewandelt. Einerseits wurde das seit Schaffung der Invalidenversicherung im Jahr 1960 geltende Eingliederungsprinzip in den vergangenen Jahren deutlich akzentuiert. Dies führte in Bezug auf die berufliche Wiedereingliederung dazu, dass die Invalidenversicherung mittlerweile verstärkt gesundheitlich beeinträchtigte Personen in den Blick nimmt, die noch eine Arbeitsstelle aufweisen. Bei diesen Personen soll eine Erwerbsunfähigkeit durch Frühinterventionsmassnahmen präventiv verhindert werden, noch ehe abschliessend entschieden ist, inwieweit die Invalidenversicherung überhaupt zuständig ist. Die Betriebe teilen die Auffassung der Invalidenversicherung, dass das frühzeitige Ergreifen von Massnahmen elementar für den Arbeitsplatzerhalt und die Wiedereingliederung ist. So haben viele Schweizer Grossbetriebe in den vergangenen Jahren Case-Management-Programme eingeführt, um Personen nach Unfall oder Krankheit bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz zu begleiten. Die Betriebe verfolgen bei der Einführung dieser Programme in erster Linie betriebswirtschaftliche Motive. Doch auch die soziale Verantwortung für die Belegschaft spielt eine Rolle.

Viele arbeitsunfähige Personen haben in Bezug auf die rechtlichen Aspekte der Eingliederung nur geringe Kenntnisse, woraus eine grosse Rechtsunsicherheit folgt. Deshalb ist es den Betroffenen kaum möglich, informierte Entscheidungen zu treffen. Die komplexe Rechtslage lässt sich

folgendermassen zusammenfassen: Entscheidend für die Arbeitnehmenden ist erstens, ob Krankheit oder Unfall die Erwerbsunfähigkeit bedingen. Die finanzielle Absicherung ist bei unfallbedingter Erwerbunfähigkeit deutlich besser. Bei Krankheit ist entscheidend, ob eine Krankentaggeldversicherung besteht. Eine solche verlängert die Lohnfortzahlung und damit den Zeithorizont für die Wiedereingliederung, weil den Unternehmen während der Fortdauer der Taggeldzahlungen keine direkten Kosten aus dem Arbeitsausfall entstehen.

Das Erleben der betrieblichen Wiedereingliederung kann in verschiedene Karrierepositionen aufgegliedert werden, entlang derer sich ein Wandel hinsichtlich des eigenen Selbst sowie bezüglich der Perspektive auf andere Akteure zeigt. Diese Karrierepositionen sind der Arbeitsausfall, der Beginn des Case-Management-Prozesses, die Anmeldung bei der Invalidenversicherung sowie die Phase der Rückkehr an den Arbeitsplatz.

Zu Beginn des Arbeitsausfalls, also in der Phase des längeren Fernbleibens vom Arbeitsplatz, kommt es in der Regel zu einer Neubewertung der eigenen Leistungsfähigkeit. Bei vielen Personen steht am Ursprung des Arbeitsausfalls eine Diagnose, die aus medizinischer und persönlicher Sicht unzweifelhaft an eine Leistungsbeeinträchtigung geknüpft ist. In einigen Fällen verstehen sich die Betroffenen bereits sehr früh im Prozess – beispielsweise noch in der Klinik – als hilflos und Unterstützung benötigend. Dieses defizitäre Selbstbild beeinflusst die nachfolgenden Karrierepositionen, da die Betroffenen bereits auf einen Statusverlust vorbereitet sind und ihn in der Regel widerstandslos hinnehmen. Hiervon zu unterscheiden sind Personen, deren Leistungsbeeinträchtigung auf einer zugeschriebenen Abweichung von Leistungsnormen am Arbeitsplatz beruht. Für diese Menschen ist die nachgelagerte medizinische Diagnose eher eine Entlastung, da sie das normabweichende Verhalten bestenfalls medizinisch legitimiert. Des Weiteren gibt es Fälle von arbeitsplatzbezogener Arbeitsunfähigkeit, die nicht an eine medizinische Diagnose gekoppelt sind. Bei diesen Personen findet eine Krankschreibung statt, ohne dass sich die betroffenen Personen selbst als krank oder leistungsbeeinträchtigt verstehen. Auch für sie ist die Krankschreibung entlastend, weil sie so temporär von der als Belastung empfundenen Arbeitsstelle fernbleiben können.

Die Umstände des Arbeitsausfalls sind prägend für die nachfolgende moralische Karriere. Die Analyse zeigt, dass Krankheit und Leistungseinschränkung am Arbeitsplatz bei den Betroffenen berechtigte Angst vor Stig-

matisierung und dem Verlust des Arbeitsplatzes auslösen. Deshalb zögern die Beschäftigten häufig, ihre gesundheitliche Beeinträchtigung am Arbeitsplatz zu thematisieren und offenzulegen. Dies gilt insbesondere bei psychischen Beeinträchtigungen, die mit besonders negativen Zuschreibungen verknüpft werden und zudem in der Regel nicht unmittelbar wahrnehmbar sind. Aufgrund der verbreiteten hohen Arbeitsbelastung und Arbeitsverdichtung wird der individuelle Arbeitsausfall zudem als gesundheitliche Belastung des Teams und durch die verursachten Kosten als eine Gefährdung des Betriebs sowie des Sozialstaats betrachtet. Vor diesem Hintergrund ist die Offenlegung von Krankheit und Beeinträchtigung aus subjektiver Perspektive oftmals nicht erwünscht, selbst wenn sie betriebliche und sozialstaatliche Unterstützungsleistungen auslöst. Auf die daraus folgende zögerliche Offenlegung reagieren die Betriebe und die Invalidenversicherung mit entsprechenden Massnahmen, um dennoch frühzeitig diejenigen Personen zu ermitteln, bei denen eine Erwerbsunfähigkeit zu drohen scheint. Diesem Bestreben der IV-Stellen und der Betriebe, frühzeitig Massnahmen zu ergreifen, steht die Sichtweise der betroffenen Personen gegenüber: Sie problematisieren sowohl den betrieblichen als auch den sozialstaatlichen Zugriff auf die eigene Person. Subjektiv zu früh ergriffene Massnahmen lösen Erstaunen, Widerstand und Ablehnung aus.

Die auf den Arbeitsausfall folgende Karriereposition ist der betriebliche Case-Management-Prozess. Zu Beginn sind die Beschäftigten gegenüber dem Betrieblichen Case-Management skeptisch eingestellt, da sie unsicher sind, welche Ziele das Case-Management verfolgt und inwieweit die im Rahmen der Gespräche gemachten Angaben vertraulich behandelt, also nicht an andere betriebliche Akteure oder die IV weitergereicht werden. Dieses Misstrauen ist eine zentrale Herausforderung des Betrieblichen Case-Management. Sie wird gemeistert, indem die Mitarbeitenden des Case-Management die moralische Arbeitsteilung in den untersuchten Betrieben zu ihrem Vorteil nutzen. So verdeutlichen sie gegenüber den wiedereinzugliedernden Personen, dass ihren Wirkungsmöglichkeiten klare, unverrückbare Grenzen gesetzt seien und sie für das Gelingen ihrer Bemühungen auf die Kooperationsbereitschaft von Stellen wie der Personalabteilung, den vorgesetzten Personen, der Invalidenversicherung und der betroffenen Person selbst angewiesen sind. Sie selbst hätten keine spezifischen Befugnisse oder Möglichkeiten, Änderungen der Arbeitsverhältnisse oder Arbeitsbedingungen herbeizuführen. Durch diese Abgrenzung von anderen Institutionen

und das Aufzeigen der eigenen Grenzen gelingt es dem Betrieblichen Case-Management, Vertrauen und eine tragfähige Beziehung zu den unterstützten Personen herzustellen. Als Konsequenz aus diesen tatsächlich mangelnden Möglichkeiten, auf strukturelle Gegebenheiten Einfluss zu nehmen, treffen die Massnahmen des Betrieblichen Case-Management jedoch vorwiegend die unterstützten Personen selbst und nicht den Kontext, das heisst Verhältnisse und Bedingungen, unter denen die Arbeitsleistung erbracht wird. So wird das «Problem» bearbeitbar gehalten. Eine verbreitete Massnahme ist beispielsweise die Reduktion des Arbeitspensums, um die frühere Leistungsfähigkeit weiterhin aufrechterhalten zu können.

Die Beziehung zum Betrieblichen Case-Management wird im nächsten Karriereschritt durch die Früherfassung oder die reguläre Meldung bei der Invalidenversicherung auf die Probe gestellt. Für Irritation sorgt insbesondere der Umstand, dass eine IV-Anmeldung stattfindet, obwohl das Case-Management auf den Arbeitsplatzhalt hinarbeitet. Aus Sicht der Betroffenen liegt darin ein Widerspruch. Da die Invalidenversicherung trotz der politischen Reformen, die unter dem Stichwort *Eingliederung statt Rente* stattfanden, nach wie vor in erster Linie als Rentenversicherung für «schlimme Fälle» wahrgenommen und mit Zuschreibungen wie Abhängigkeit, Behinderung und Hilflosigkeit verbunden wird, bedroht die Anmeldung die Identität der Betroffenen. Die Anmeldung wird als Scheitern erlebt und im Extremfall gar als drohender sozialer Tod beschrieben. Die Möglichkeit, eine Teilrente zu erhalten, wird zu diesem Zeitpunkt nicht in Betracht gezogen. Daher haben die interviewten Personen in dieser Phase das Gefühl, aktiv den Kampf gegen die Invalidenversicherung führen zu müssen, die sie zu diesem Zeitpunkt als vereinnahmende Institution wahrnehmen. Die Betroffenen betrachten Behinderung dabei in einem individuellen Modell. Die Invalidenrente markiert für sie die Schwelle, eine Person mit einer Behinderung zu sein. Diese Abwehrhaltung ändert sich, sobald tatsächlich Gespräche mit zuständigen Personen der Invalidenversicherung stattfinden und diese Fachpersonen erklären können, dass die Eingliederung das primäre Ziel der Invalidenversicherung sei. Die betroffenen Personen lernen so das psycho-soziale Behinderungsmodell der IV-Eingliederungsabteilung kennen, die mit Unterstützung und durch Anreize versucht, eine Erwerbsunfähigkeit zu verhindern. Personen, die im Laufe der moralischen Karriere das Gefühl entwickeln, in Zukunft aus gesundheitlichen Gründen nur noch teilweise erwerbstätig sein zu können, nehmen noch eine andere Perspektive auf die Invalidenversiche-

rung ein. Aus ihrem Kampf *gegen* die Rente wird ein Kampf *für* eine Rente, da ihnen bewusst wird, wie sehr die Besitzstandswahrung von der Rentenabklärung abhängt und wie wenig sie diese zu ihren Gunsten beeinflussen können. Die Betroffenen lernen dabei das ökonomische Behinderungsmodell der Rentenabteilung der Invalidenversicherung kennen, in dem «Behinderung» punktgenau über den errechneten Einkommensverlust quantifiziert wird. Ist der Abklärungsprozess abgeschlossen und liegt ein positiver Rentenentscheid vor, müssen die Personen mit Rente ausserdem erkennen, dass eine einmal zugesprochene Rente auch jederzeit wieder abgesprochen werden kann, wenn der gesundheitliche Zustand sich verbessert oder die *Handicapologie* (Castel 2008, S. 27) der Invalidenversicherung sich anpasst. Sie geraten damit – unabhängig von der Höhe der finanziellen Absicherung – in eine prekäre Lebenslage und sind dem behördlichen Handeln und politischen Entscheidungen ausgeliefert.

Die Rückkehr an den Arbeitsplatz ist der letzte Schritt in den untersuchten moralischen Karrieren. Diese Phase wird nicht durch einen konkreten Tag markiert, an dem die Person das erste Mal wieder im Betrieb anwesend ist, sondern ist als Prozess der Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu verstehen. Bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz kommt es zu primären Anpassungen, womit das erzwungene Erfüllen antizipierter und explizit ausformulierter Rollenerwartungen gemeint ist. Dazu zählen einerseits die Bereitschaft, sich unterzuordnen und andererseits die Demonstration eines starken Willens zur Wiedereingliederung. An diese Rollenerwartungen passen sich alle untersuchten Personen an, was aus methodischer Sicht wohl damit zu tun hat, dass nur Personen in den Blick genommen wurden, bei denen der Arbeitsplatz – zumindest aus betrieblicher und versicherungsmathematischer Sicht – erfolgreich erhalten werden konnte.

Aus der Erfüllung dieser Rollenerwartungen ergeben sich jedoch Widersprüche, wenn beispielsweise das Verhältnis zu Personen im Betrieb oder zum Unternehmen insgesamt zerrüttet ist. Dann müssen sich die Personen unterordnen und kooperativ zeigen, obwohl es ihr Bedürfnis wäre, sich gegen Missstände zur Wehr zu setzen. Die Unmöglichkeit des Widerstands verstärkt sich durch die bis zu diesem Zeitpunkt durchlaufene moralische Karriere noch zusätzlich, die den Menschen die mangelnden sozialstaatlichen und arbeitsmarktlichen Alternativen zu ihrem Arbeitsplatz verdeutlicht. Subjektive Voraussetzungen für einen Arbeitsplatzwechsel bei Unzufriedenheit sind eine stabile Gesundheit und die Sicherheit zu haben, dass die eigene Arbeits-

kraft am Arbeitsmarkt gefragt wird. Solange dies nicht gegeben ist, halten die Personen «die Füße still». Um die Widersprüche dennoch verarbeiten und ertragen zu können, kommt es zu sogenannten sekundären Anpassungen. Sie geben den Betroffenen das Gefühl, nicht nur Spielball betrieblicher und sozialstaatlicher Massnahmen zu sein, sondern auf eigenen Füßen zu stehen. Empirisch zeigen sich sekundäre Anpassungen einerseits in einer schwindenden Erwerbsorientierung und andererseits in einer schwächer werdenden Bindung zum konkreten Arbeitsplatz sowie zum Betrieb. Diese Umorientierung tragen die betroffenen Personen jedoch nicht nach aussen, da dies ihre Anstellung gefährden könnte.

10.2 Sozialpolitische Folgerungen

Aus den Befunden lassen sich sozialpolitische Überlegungen ableiten. Die sozialpolitischen Folgerungen sind als Denkanstösse für die Forschung und Praxis im Bereich der Arbeitsintegration zu lesen. Sie gliedern sich entlang der vier Kapitel der empirischen Analyse.

(1) Die Studie zeigt, dass die Krankschreibung ein wichtiges Instrument sein kann, um Arbeitnehmende vor den negativen Auswirkungen des Arbeitsplatzes oder der Verhältnisse am Arbeitsplatz zu schützen. In diesen Fällen handelt es sich meist um die sogenannte arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeit. Die arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeit ist nicht an eine medizinische Diagnose und ein verändertes Selbstbild gekoppelt. Man könnte sagen, dass es sich um eine Krankschreibung aus sozialen (und nicht aus medizinischen) Gründen handelt. Eine derartige Krankschreibung kann beispielsweise bei ausgeprägten psychischen Belastungen durch das Arbeitsverhältnis oder durch Mobbing am Arbeitsplatz eine temporäre Exit-Option bieten. Dadurch erhöht sich der Handlungsspielraum der betroffenen Personen und die gesundheitlichen Belastungen verringern sich. In jüngster Zeit werden die häufigen Krankschreibungen bei psychischen Erkrankungen eher kritisiert (vgl. z.B. Steck 2020). Dem ist beizupflichten, da mit den Krankschreibungen eine Medikalisierung und Individualisierung sozialer Probleme verbunden ist, die eine Kritik am Kapitalismus und an betrieblichen Praktiken nahezu verunmöglicht (vgl. hierzu Holmqvist 2009). Jedoch zeigt die vorliegende Studie, dass den Menschen die Möglichkeit fehlt, bei starken psychischen Belastungen das Arbeitsverhältnis vor dem Zusammenbruch temporär auf Eis zu legen. Nötig wären deshalb neue Formen der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit – Formen, die weniger medizinisch geprägt sind

und dafür stärker soziale Aspekte und Problemlagen berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund ist insbesondere die veränderte Abklärungspraxis seit der 4. IVG-Revision zu kritisieren, in der es zu einer Entmachtung gerade der Hausärztinnen und Hausärzte kam, zu denen die Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine Vertrauensbeziehung eingehen. Von ihnen fühlen sie sich in vielen Fällen unterstützt und verstanden. Mit der Schaffung des Regionalen Ärztlichen Dienstes wurde eine Institution geschaffen, die spezifisch für die versicherungsmedizinische Beurteilung verantwortlich ist. Dadurch erfahren jedoch gerade soziale Problem- und Bedarfslagen der Menschen weniger Berücksichtigung. Stattdessen wird die Fokussierung auf medizinische Aspekte der Arbeitsunfähigkeit gestärkt. Diese Ausrichtung ist zu problematisieren.

(2) Bei der Untersuchung des Betrieblichen Case-Management aus der Perspektive der unterstützten Personen offenbart sich ein zentrales Dilemma: Die rasche Herstellung einer tragfähigen Beziehung zur unterstützten Person ist eine wichtige und vorrangige Aufgabe im Case-Management-Prozess. In den meisten Fällen gelingt der Beziehungsaufbau relativ zügig, indem das Betriebliche Case-Management auf seine schwache Position im organisationalen Gefüge des Unternehmens verweist. Zugleich ist es gerade diese schwache Position, welche die Wirkungsweisen und Handlungsmöglichkeiten des Case-Management empfindlich einschränkt. Bei der Fallbearbeitung kommt es deshalb zwangsläufig zu einer Individualisierung der Problemlagen, weil strukturelle Gegebenheiten oftmals gar nicht im Aufgabengebiet des Case-Management liegen. Für Anpassungen auf organisationaler Ebene müssten dem Case-Management zusätzliche Rechte gewährt werden, beispielsweise darüber bestimmen zu können, wie die Arbeit organisiert ist und ob eine Person weiterbeschäftigt werden soll. Eine solche organisationale Veränderung würde es dem Betrieblichen Case-Management hingegen erschweren, eine Vertrauensbeziehung zu den unterstützten Personen herzustellen, da die Abgrenzung von wichtigen Entscheidungen in diesem Fall nicht mehr möglich wäre. Dieses Dilemma ist dem Betrieblichen Case-Management inhärent und lässt sich deshalb kaum durch organisationalen Wandel beheben, da die Verortung im Betrieb dieses Problem zwangsläufig hervorruft. Obgleich der Vertrauensaufbau durch einen Ausbau der Entscheidungsbefugnisse des Betrieblichen Case-Management empfindlich behindert wird, ist eine solche Ausweitung des Wirkungsbereichs dennoch anzustreben. Denn erst eine solche Umgestaltung erlaubt es, aus der im Case-Management stets drohenden

Individualisierung von Problemlagen auszubrechen und organisationale und strukturelle Veränderungen anzustossen. Dies bedeutet für die Betriebe allerdings, die Case-Managerinnen und Case-Manager nicht bloss zu beauftragen, Fälle zu bearbeiten, sondern auch, die bestehenden Arbeitsverhältnisse zu untersuchen und Gesundheitsförderung zu betreiben, die sich nicht einseitig an die Beschäftigten richten darf, sondern mindestens in gleichem Masse auf die Arbeitsbedingungen fokussieren muss. Eine so verstandene Gesundheitsförderung geht weit über die Anschaffung von Stehpulten, das Verteilen von Äpfeln und die Installation einer guten Beleuchtung hinaus. Sie zielt letztlich auf eine Diskussion über «gute Arbeit», worin Themen wie Entlohnung, Sicherheit des Arbeitsplatzes, Autonomie, Vereinbarkeitsfragen, Organisation der Arbeitszeiten usw. enthalten sind. Dadurch wird das Betriebliche Case-Management jedoch zu einer potenziellen Bedrohung etablierter betrieblicher Abläufe und Prozesse.

(3) Personen im Wiedereingliederungsprozess erachten die sozialversicherungsrechtlichen Aspekte bezüglich Gesundheit und Erwerbsarbeit als kompliziert und kaum zu durchschauen. Sie sind allein schon deshalb auf Unterstützung angewiesen. Dieser Unterstützungsbedarf wird nicht zuletzt durch die zahlreichen Reformen im Zuge des Ausbaus der aktivierenden sozialstaatlichen Massnahmen hervorgerufen. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass die betroffenen Personen a priori mehr Vertrauen ins Betriebliche Case-Management haben als in die zuständigen Fachpersonen der Invalidenversicherung. Das steht in einem eklatanten Widerspruch zur Idee, der Sozialstaat biete Schutz vor den Auswüchsen des betrieblichen Zugriffs auf die individuelle Arbeitskraft und schaffe Möglichkeiten zur Dekommodifizierung. Um Personen beim Arbeitsplatzverlust und bei der Wiedereingliederung adäquat unterstützen zu können, müssten die IV-Stellen ein Vertrauensverhältnis zu den unterstützten Personen aufbauen. Bisher senden die IV-Stellen allerdings widersprüchliche Signale: Einerseits werden Rentenanträge restriktiv und langsam geprüft und Observationen als notwendig erachtet. Andererseits werden die (verpflichtenden) Eingliederungsmassnahmen rasch und unbürokratisch verfügt. Verstärkt wird diese ambivalente Ausstrahlung durch die Strategie der IV-Stellen, in erster Linie die Arbeitgebenden als Kundschaft ihres Dienstleistungsangebots zu betrachten und nicht die versicherten Personen. Angesichts dieser widersprüchlichen Aussendarstellung ist es nicht erstaunlich, dass die Personen auf Distanz zur Invalidenversicherung gehen. Aufgrund dessen fehlt es den

Personen im betrieblichen Wiedereingliederungsprozess jedoch an valablen Exit-Optionen, um sich gegen erlebte Ungerechtigkeiten in den Betrieben zur Wehr setzen zu können. Bei Personen, für die der allgemeine Arbeitsmarkt keine Exit-Optionen bietet, wäre der Sozialstaat gefordert. Wenn die IV sich mit ihren Angeboten jedoch primär nach den Bedürfnissen der Arbeitgebenden richtet und sich in den Rundtischgesprächen auf deren Seite stellt, dann ist diese Exit-Option nicht gegeben und die Anpassung an betriebliche Erwartungen wird alternativlos. Bei den betroffenen Beschäftigten stellt sich ein Gefühl der Ohnmacht ein.

(4) Die aktivierende Arbeitsmarktpolitik – im Zusammenspiel mit betrieblichen Wiedereingliederungsprogrammen – überträgt die Verantwortung für das Gelingen der Wiedereingliederung auf die erkrankten oder verunfallten Personen. Dies führt in der Konsequenz der Erfahrungen in der moralischen Karriere dazu, dass die unterstützten Personen in der retrospektiven Betrachtung den Prozess ebenfalls stark individualisieren und sich selbst den massgeblichen Beitrag zum Gelingen zuschreiben. Der Erfolg der Massnahmen hängt in dieser Perspektive in erster Linie vom Verhalten, der Motivation und dem Willen der betroffenen Person selbst ab. Strukturelle Faktoren werden in diesen Narrationen systematisch vernachlässigt. Eine solche Individualisierung ist der Arbeitsintegration im Kontext der Aktivierungspolitik inhärent. In der betrieblichen Spielform der Aktivierungspolitik ist sie jedoch besonders ausgeprägt: Im Unterschied zu Beschäftigungsprogrammen, in denen sich Personen bestenfalls als soziale Gruppe erfahren können und in der Lage sind, sich über Erlebtes auszutauschen und Erfahrungen zu kollektivieren, ist die betriebliche Eingliederung von einer ausgesprochen starken Vereinzelung gekennzeichnet. Diese Vereinzelung kombiniert mit einer individuellen Zurechnung der Verantwortung für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und den Arbeitsplatzertand ist folgenreich. Eine übertriebene Individualisierung führt – sofern der Arbeitsplatzertand gelingt – potenziell zu einem Anstieg von Präsentismus am Arbeitsplatz, was sich langfristig wiederum negativ auf die Gesundheit der Beschäftigten auswirken kann und deshalb kaum nachhaltig ist. Ausserdem verstärkt sich durch die Individualisierung der soziale Druck auf Personen, bei denen der Arbeitsplatzertand nicht gelingt oder die einen solchen – aus welchen Gründen auch immer – nicht anstreben. Im Gegensatz dazu führt bei den Arbeitgebenden eine fehlende gesetzliche und moralische Verpflichtung für die Weiterbeschäftigung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen dazu, dass die

betroffenen Personen für den Arbeitsplatzzerhalt *dankbar* sein müssen. Diese positive Zuschreibung erfolgt unabhängig davon, aus welchen Motiven und mit welchen Konsequenzen für die Beschäftigten eine Wiedereingliederung erfolgt. Bei Untätigkeit der Arbeitgebenden kommt es zu keinen Sanktionen. Dies verunmöglicht letztlich jegliche Kritik am betrieblichen Handeln betreffend die Eingliederung erkrankter und verunfallter Beschäftigten. Alles was Betriebe in diesem Bereich unternehmen, hat deshalb Lob verdient. Ein explizites Recht auf betriebliche Unterstützung, wie es beispielsweise in Deutschland existiert, könnte diese Problematik mindern. Dann müssten die Beschäftigten nicht mehr für alles, was ein Betrieb unternimmt, dankbar sein und könnten fehlende betriebliche Unterstützung rechtlich einklagen. Die betroffenen Beschäftigten wären vor diesem Hintergrund auch eher in der Lage, sich als soziale Gruppe zu verstehen, die gemeinsame Interessen, Bedarfe und Rechtsansprüche hat. Allerdings sind bereits jetzt die rechtlichen Belange im Kontext der Wiedereingliederung für die Beschäftigten kaum zu durchschauen und diese Problematik würde sich durch weitere Regelungen noch zusätzlich akzentuieren. Rechtssoziologisch muss deshalb hierbei im Blick behalten werden, wer diese Rechtsansprüche letztlich überhaupt geltend machen kann und inwiefern hierdurch bestehende soziale Ungleichheiten noch verstärkt werden.

10.3 Abschliessende Diskussion

Die Untersuchung steht weitgehend im Einklang mit der bestehenden Forschungsliteratur zum Themenbereich. Die Relevanz liegt nicht in der Neuartigkeit der Befunde, sondern vielmehr darin, zentrale Aspekte und Momente des Wiedereingliederungsprozesses anders – nämlich genuin soziologisch – zu betrachten. Entscheidend für die Untersuchung ist eine konsequente Ausrichtung an den Erfahrungen der Personen, die buchstäblich am eigenen Leib die Wiedereingliederung erlebten. Die Analyse zeigt, wie zögerlich die Personen Unterstützung annehmen. Dies wurde bereits in anderen Studien in ähnlicher Weise festgehalten. Die vorliegende Analyse bricht diesen Befund jedoch soziologisch auf, indem den betroffenen Menschen konsequent Sinnhaftigkeit in ihrem Handeln unterstellt wird und dieser subjektive Sinn in der Analyse rekonstruiert wird. So kann die Untersuchung nicht bloss aufzeigen, dass die Betroffenen ihre Krankheiten und Beeinträchtigungen nur zögerlich offenlegen, sondern wieso sie dies tun und weshalb dieses Handeln aus subjektiver Perspektive sinnhaft ist. Ausserdem werden

Individuum und Gesellschaft in den Analysen konsequent zusammengedacht, wobei das Konzept der (moralischen) Karriere den entscheidenden Beitrag hierzu leistet. Diese Herangehensweise ermöglicht es, in der Literatur bereits beschriebene Befunde wie eine ausgesprochen hohe Dankbarkeit gegenüber betrieblichen Akteuren nach der Wiedereingliederung und eine verstärkte Bindung zum Betrieb auf die strukturelle Bedingtheit, das heisst in diesem Falle auf die Erlebnisse der Wiedereingliederungskarriere zurückzubinden. Dankbarkeit steht in der Untersuchung deshalb nicht für die Zufriedenheit mit dem Wiedereingliederungsprozess, sondern vielmehr für die Erfüllung einer Rollenerwartung, welche die Personen im Rahmen des Unterstützungsprozesses antizipieren oder kennenlernen und deren Nichterfüllung einschneidende Konsequenzen nach sich ziehen kann. Dankbarkeit ist dann nicht mehr das Resultat der Wiedereingliederung, sondern eine notwendige Bedingung.

Die Originalität der Untersuchung liegt darin, dass sie ein relativ homogenes Sample von Personen in den Blick nimmt, die in stabilen Arbeitsverhältnissen bei Grossunternehmen im Dienstleistungsbereich tätig sind, nach einem Arbeitsausfall an den Arbeitsplatz zurückkehren und deshalb gemeinhin als erfolgreiche (Win-Win)-Fälle betrachtet werden. Zu zeigen, dass auch für diese Personen die Wiedereingliederung ein ambivalentes Unterfangen ist, ist aufschlussreich. Aus dem eng gefassten Sample ergeben sich jedoch auch Forschungsdesiderate. Die Studie untersucht vergleichsweise privilegierte Beschäftigte aus Grossunternehmen der Schweiz. Daran anschliessende Forschung müsste die Situation von Personen in kleineren und mittleren Unternehmen sowie atypisch und prekär beschäftigte Personen mit einer ähnlichen Fragestellung in den Blick nehmen. Ausserdem stellt sich die zunehmend relevanter werdende Frage, was die verstärkte Ausrichtung der Invalidenversicherung auf Betriebe für Personen bedeutet, die (schein-)selbständig erwerbstätig sind.

Zusammenfassend gesprochen eröffnet das Buch eine neue Perspektive auf Wiedereingliederung nach Krankheit und Unfall in der Schweiz. Es verdeutlicht die Notwendigkeit, betriebliche und sozialstaatliche Massnahmen in ihrem gemeinsamen und wechselseitigen Einfluss auf die Menschen innerhalb und ausserhalb des Arbeitsmarktes zu betrachten. In der betrieblichen Wiedereingliederung offenbart sich die aktivierende Sozialpolitik in ihrer Reinform. Denn betriebliche Massnahmen sind immer und fast ausschliesslich auf die Rückkehr an den Arbeitsmarkt ausgerichtet. Deshalb ist

die Frühintervention in den Betrieben für die Invalidenversicherung auch von besonderem Interesse, da die IV-Stellen so in Kooperation mit betrieblichen Akteuren auf die Beschäftigten wirken können und die Rentenfunktion in den Hintergrund rückt. Das betriebliche und sozialstaatliche Zusammenspiel im Bereich der Arbeitsintegration ist eine Forschungsperspektive, die auch in Zukunft weitere Beachtung verdient. Denn erst durch eine solche Perspektive wird deutlich, wie sich die aktivierende Sozialpolitik auf erwerbstätige Personen auswirkt. Ein solcher Einfluss wird in vielen Studien zwar vermutet, empirische Belege hierfür sind bislang jedoch spärlich. Gleichzeitig kann aufgrund des spezifischen Fokus der Untersuchung darauf hingewiesen werden, dass das Funktionieren betrieblicher Personalpolitik abhängig ist von der Ausgestaltung der Gesetzgebung zu den Sozialversicherungen. Letztlich beeinflussen also der Umgang mit den Menschen im Sozialstaat und die Möglichkeiten zur Dekommodifizierung wesentlich, welche Arbeitsverhältnisse und Arbeitsplätze subjektiv als angemessen und wünschenswert erscheinen und inwieweit die Menschen dazu bereit sind, sich im Rahmen des Arbeitsplatzerhalts und der Wiedereingliederung unterzuordnen und einzupassen.

11 Literaturverzeichnis

- AHV/IV. 2019. Anmeldung für Erwachsene: Berufliche Integration/Rente, https://form.ahv-iv.ch/orbeon/fr/IV/001_001_v2018/new (24.03.2021).
- AHV/IV. 2021. Ergänzungsleistungen zur AHV und IV, <https://www.ahv-iv.ch/p/5.01.d> (24.03.2021).
- Amstutz, Jeremias. 2016. Ethische Orientierung im Case Management. In Ueli Merten und Peter Zängl (Hrsg.), *Ethik und Moral in der Sozialen Arbeit. Wirkungsorientiert – kontextbezogen – habitusbildend* (S. 325–338). Opladen/Berlin/Toronto: Barbara Budrich.
- Andersen, Malene Friis, Karina M. Nielsen und Svend Brinkmann. 2012. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 38(2): 93–104.
- Badura, Bernhard. 2002. Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein neues Forschungs- und Praxisfeld für Gesundheitswissenschaftler. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 10(2): 100–118.
- Badura, Bernhard und Mika Steinke. 2011. *Die erschöpfte Arbeitswelt. Durch eine Kultur der Achtsamkeit zu mehr Energie, Kreativität, Wohlbefinden und Erfolg!* Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Baer, Niklas. 2014. Die böse Vorgesetzte, der parteiische Psychiater, der verräterische Versicherungsarzt und die gemobbte Patientin. Stereotype und fehlende Zusammenarbeit verhindern eine erfolgreiche Rehabilitation. *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*, 165(7): 240–248.
- Baer, Niklas, Ulrich Frick, Christine Besse, Neisa Cuonz und Michael Matt. 2018. *Beruflich-soziale Eingliederung aus Perspektive von IV-Versicherten. Erfolgsfaktoren, Verlauf und Zufriedenheit*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Baer, Niklas, Ulrich Frick und Tanja Fasel. 2009. *Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Bartel, Susanne. 2018. *Arbeit – Gesundheit – Biographie. Gesundheitsbedingte Neuorientierungsprozesse im Erwerbsleben*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Bauer, Georg F. 2005. Entwicklung und Stand der BGF in der Schweiz. In Oskar Meggeneder, Klaus Pelster und Reinhold Sochert (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen* (S. 37–43). Bern: Hans Huber.
- Bauer, Georg F. und Gregor J. Jenny. 2017. The Application of Salutogenesis to Organisations. In Maurice B. Mittelmark, Shifra Sagy, Monica Eriksson, Georg F. Bauer, Jürgen M. Pelikan, Bengt Lindström und Geir Arild Espnes (Hrsg.), *The Handbook of Salutogenesis* (S. 211–224). Cham: Springer.
- Bauer, Georg F., Katharina Lehmann, Anita Blum-Rüegg und Gregor J. Jenny. 2014. Systemic Consulting for Organizational Health Development: Theory and Practice. In Georg F. Bauer und Oliver Hämmig (Hrsg.), *Bridging Occupational, Organizational and Public Health* (S. 117–132). Dordrecht: Springer

- Bauer, Georg F. und Margareta Schmid. 2006. Betriebliches Gesundheitsmanagement als salutogene Intervention – Entwicklungsstand und Potenzial im Schweizer Dienstleistungssektor. *Wirtschaftspsychologie*, 8(2/3): 47–55.
- Bauer, Jana Felicitas, Veronika Chakraverty und Mathilde Niehaus. 2017. Betriebliche Inklusion: Arbeitnehmer mit dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Etikettierungs-Ressourcen-Dilemma. *Public Health Forum*, 25(4): 315–317.
- Baumgartner, Edgar, Stephanie Greiwe und Thomas Schwarb. 2004. *Die berufliche Integration von behinderten Personen in der Schweiz. Studie zur Beschäftigungssituation und zu Eingliederungsbemühungen – Kurzfassung*. Olten: Fachhochschule Solothurn Nordwestschweiz.
- Beck, David und Uwe Lenhardt. 2016. Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland: Verbreitung und Inanspruchnahme. Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen 2006 und 2012. *Gesundheitswesen*, 78(1): 56–62.
- Becke, Guido. 2017. Organisationale Achtsamkeit und Eingliederungsmanagement. In Thomas Geisen und Peter Mösch (Hrsg.), *Praxishandbuch Eingliederungsmanagement* (S. 1–20). Wiesbaden: Springer VS.
- Becke, Guido. 2018. Fragmentierung sozialer Zugehörigkeit in Unternehmen durch Ökonomisierung. *Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO)*, 49(4): 327–334.
- Becker, Howard S. 1952. The Career of the Chicago Public Schoolteacher. *American Journal of Sociology*, 57(5): 470–477.
- Becker, Howard S. 1967. Whose Side are we on? *Social Problems*, 14(3): 239–247.
- Becker, Howard S. 2003. The Politics of Presentation: Goffman and Total Institutions. *Symbolic Interaction*, 26(4): 659–669.
- Becker, Howard S. 2014. *Außenseiter. Zur Soziologie abweichenden Verhaltens* (2. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Becker, Howard S. und Anselm L. Strauss. 1956. Careers, Personality, and Adult Socialization. *American Journal of Sociology*, 62(3): 253–263.
- Behncke, Stefanie, Markus Frölich und Michael Lechner. 2006. Aktive Arbeitsmarktpolitik in Deutschland und der Schweiz – Eine Gegenüberstellung. *Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung*, 75(3): 118–154.
- BFS. 2020. IV-Renten in der Schweiz und im Ausland im Dezember nach Rentenart, Geschlecht, Wohnsitzstaat (Kategorie) und Staatsangehörigkeit (Kategorie), <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home.assetdetail.13047129.html> (09.01.2021).
- Bohnsack, Ralf. 2015. Gruppendiskussion. In Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (11. Aufl., S. 369–384). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Bolliger, Christian, Tobias Fritschi, Renate Salzgeber, Pascale Zürcher und Oliver Hümbelin. 2012. *Eingliederung vor Rente. Evaluation der Früherfassung, der Frühintervention und der Integrationsmassnahmen in der Invalidenversicherung*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Bonfadelli, Heinz. 2013. Sozialmissbrauch in den Medien: Realität oder Medienhype? *Soziale Sicherheit CHSS*(2): 84–85.

- Bonvin, Jean-Michel und Stephan Dahmen (Hrsg.). 2017. *Reformieren durch Investieren? Chancen und Grenzen des Sozialinvestitionsstaats in der Schweiz*. Zürich: Seismo Verlag.
- Borg, Marit, Marius Veseth, Per-Einar Binder und Alain Topor. 2011. The role of work in recovery from bipolar disorders. *Qualitative Social Work*, 12(3): 323–339.
- Bosančić, Saša 2014. *Arbeiter ohne Eigenschaften. Über die Subjektivierungsweisen angelernter Arbeiter*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bourdieu, Pierre. 1979. *Entwurf einer Theorie der Praxis auf der ethnologischen Grundlage der kabyllischen Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre. 1997. Verstehen. In Pierre Bourdieu et al. (Hrsg.), *Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft* (S. 779–823). Konstanz: UVK.
- Brickman, Philip, Vita Carulli Rabinowitz, Jurgis Karuza, Dan Coates, Ellen Cohn und Louise Kidder. 1982. Models of Helping and Coping. *American Psychologist*, 37(4): 368–384.
- Bröckling, Ulrich. 2007. *Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bröckling, Ulrich. 2008. Vorbeugen ist besser ... Zur Soziologie der Prävention. *Behemoth. A Journal on Civilisation*, 1(1): 38–48.
- Brotschi, Markus. 21.12.2019. Berset leitet Untersuchung gegen IV ein, *Tages-Anzeiger Online*, <https://www.tagesanzeiger.ch/schweiz/standard/bund-legt-die-zahl-der-ivrenten-fest/story/24558929> (24.03.2021).
- BSV. 2010. *Synthesebericht des Forschungsprogramms zur Invalidenversicherung. FoP-IV 2006-2009*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- BSV. 2012. Betrugsbekämpfung in der Invalidenversicherung, <http://www.news.admin.ch/NSBSubscriber/message/attachments/26939.pdf> (18.01.2020).
- BSV. 2015. IV Rundschreiben NR. 334. Neues Beweisverfahren zur Abklärung psychosomatischer Leiden (Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015), https://www.bsvlive.admin.ch/vollzug/storage/documents/4366/4366_1_de.pdf (24.03.2021).
- BSV. 2016. *Synthesebericht zum zweiten IV-Forschungsprogramm (2010–2015)*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- BSV. 2017. Die Invalidenversicherung verzichtet vorläufig auf Observationen, <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/publikationen-und-service/medieninformationen/nsb-anzeigeseite.msg-id-67653.html> (24.03.2021).
- BSV. 2018a. IV-Statistik 2017, <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/5388279/master> (18.01.2020).
- BSV. 2018b. Kreisschreiben über Integrationsmassnahmen (KSIM), https://www.bsvlive.admin.ch/vollzug/storage/documents/3949/3949_6_de.pdf (24.03.2021).
- BSV. 2020a. Eingliederungs- und Abklärungsmassnahmen der IV nach Leistungsart und IV-Stelle, <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/statistik.html> (14.01.2021).
- BSV. 2020b. IV-Statistik 2019, https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/de/dokumente/iv/statistiken/iv-stat_2019_d.pdf.download.pdf/IV-Statistik%202019.pdf (11.01.2021).

- BSV. 2020c. IV: Aufsicht und medizinische Beurteilung werden gezielt verbessert, <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/publikationen-und-service/medieninformationen/nsb-anzeigeseite.msg-id-80668.html> (19.10.2020).
- Bude, Heinz. 1998. Die Überflüssigen als transversale Kategorie. In Peter A. Berger und Michael Vester (Hrsg.), *Alte Ungleichheiten – Neue Spaltungen* (S. 363–382). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bude, Heinz. 2004. Das Phänomen der Exklusion. Der Widerstreit zwischen gesellschaftlicher Erfahrung und soziologischer Rekonstruktion. *Mittelweg* 36, 13(4): 3–15.
- Bühler, Gordon, Michael Hermann, David Krähenbühl und Eveline Würzler. 2018. «Wie geht's dir?» Ein psychisches Stimmungsbild der Schweiz. Zürich: sotomo.
- Bühlmann, Felix. 2010. *Aufstiegskarrieren im flexiblen Kapitalismus*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bundesgericht. 2015. Medienmitteilung des Bundesgerichts. Psychosomatische Leiden und IV-Rente: Bundesgericht ändert Rechtsprechung, https://www.bger.ch/files/live/sites/bger/files/pdf/de/archive/9C_492_2014_2015_06_17_T_d_10_13_40.pdf (24.03.2021).
- Buri-Moser, Regine. 2013. *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Stand und Entwicklungsmöglichkeiten in Schweizer Unternehmen*. München/Mering: Rainer Hampp Verlag.
- Bütler, Monika und Katja Gentinetta. 2007. *Die IV – Eine Krankengeschichte. Wie falsche Anreize, viele Akteure und hohe Ansprüche aus der Invalidenversicherung einen Patienten gemacht haben*. Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.
- Butterworth, Peter, Liana S. Leach, Jane Pirkis und Margaret Kelaher. 2012. Poor mental health influences risk and duration of unemployment: a prospective study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(6): 1013–1021.
- Caduff, Patrick und Monica Budowski. 2012. «Scheininvaliden»? Zum Problem der Grenzziehung zwischen legitimen und «illegitimen» Krankheitsbildern. In Monica Budowski, Michael Nollert und Christopher Young (Hrsg.), *Delinquenz und Bestrafung. Diskurse, Institutionen und Strukturen* (S. 62–82). Zürich: Seismo Verlag.
- Canonica, Alan. 2012. Missbrauch und Reform. Dimensionen und Funktionen der Missbrauchsdebatten in der schweizerischen Invalidenversicherung aus historischer Perspektive. *Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit*, 13(2): 24–37.
- Canonica, Alan. 2017. *Der gute Wille zählt. Konventionen der beruflichen Eingliederung Behinderter zwischen Invalidenversicherung und Arbeitgeber (1945–2008)*. Basel: Dissertation. Philosophisch-Historische Fakultät der Universität Basel.
- Canonica, Alan. 2020. *Beeinträchtigte Arbeitskraft. Konventionen der beruflichen Eingliederung zwischen Invalidenversicherung und Arbeitgeber (1945–2008)*. Zürich: Chronos Verlag.
- Castel, Robert. 2008. *Die Metamorphosen der sozialen Frage. Eine Chronik der Lohnarbeit* (2. Aufl.). Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Charmaz, Kathy. 1995. The Body, Identity, and Self: Adapting to Impairment. *The Sociological Quarterly*, 36(4): 657–680.
- Charmaz, Kathy. 2010. Disclosing illness and disability in the workplace. *Journal of International Education in Business*, 3(1/2): 6–19.

- Corbin, Juliet und Anselm Strauss. 1990. Grounded Theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1): 3–21.
- Coser, Lewis A. 1992. Soziologie der Armut: Georg Simmel zum Gedächtnis. In Stephan Leibfried und Wolfgang Voges (Hrsg.), *Armut im modernen Wohlfahrtsstaat. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (Sonderheft 32)* (S. 34–47). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Coser, Lewis A. 2015. *Gierige Institutionen. Soziologische Studien über totales Engagement*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Crettaz, Eric, Thomas Jankowski, Tom Priester, Thomas Ruch und Lukas Schweizer. 2009. *Sozialhilfe- und Armutsstatistik im Vergleich. Konzepte und Ergebnisse*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Crouch, Colin. 2017. *Die bezifferte Welt. Wie die Logik der Finanzmärkte das Wissen bedroht*. Berlin: Suhrkamp Taschenbuch.
- Cullen, Kimberley L., Emma Irvin, Alex Collie, Fiona Clay, Ulrik Gensby, P. A. Jennings et al. 2018. Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(1): 1–15.
- Dalton, Melville. 1951. Informal Factors in Career Achievement. *American Journal of Sociology*, 56(5): 407–415.
- Darling, Rosalyn B. und D. Alex Heckert. 2010. Orientations Toward Disability: Differences over the lifecourse. *International Journal of Disability, Development and Education*, 57(2): 131–143.
- de Swaan, Abram. 1993. *Der sorgende Staat. Wohlfahrt, Gesundheit und Bildung in Europa und den USA der Neuzeit*. Frankfurt/New York: Campus Verlag.
- Debelle, Yaël. 06.12.2019. Was hat die IV zu verbergen?, *Beobachter*, <https://www.beobachter.ch/geld/ahviv/keine-transparenz-bei-iv-gutachtern-was-hat-die-iv-zu-verbergen> (24.03.2021).
- Degen, Bernard. 2006. Entstehung und Entwicklung des schweizerischen Sozialstaates. *Studien und Quellen. Zeitschrift des Schweizerischen Bundesarchivs*, 31: 17–48.
- Dellwing, Michael. 2014. *Zur Aktualität von Erving Goffman*. Wiesbaden: Springer VS.
- DemoScope und BSV. 2014. Arbeitgeberbefragung zur Wahrnehmung der IV und ihrer Instrumente 2012–2014, <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/grundlagen-gesetze/themen-projekte/arbeitgeberkampagne.html> (24.03.2021).
- Demou, Evangelia, Judith Brown, Kaveh Sanati, Mark Kennedy, Keith Murray und Ewan B. Macdonald. 2015. A novel approach to early sickness absence management: The EASY (Early Access to Support for You) way. *Work*, 53(3): 597–608.
- DiMaggio, Paul J. und Walter W. Powell. 1983. The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2): 147–160.
- Dollinger, Bernd. 2006. Salutogenese. Macht über die eigene Gesundheit? In Bernd Dollinger und Jürgen Raithel (Hrsg.), *Aktivierende Sozialpädagogik: Ein kritisches Glossar* (S. 173–190). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Dollinger, Bernd. 2008. Problem attribution and intervention. The interpretation of problem causations and solutions in regard of Brickman et al. *European Journal of Social Work*, 11(3): 279–293.
- Dorfman, Doron. 2017. Re-Claiming Disability: Identity, Procedural Justice, and the Disability Determination Process. *Law & Social Inquiry*, 42(1): 195–231.
- Dubiel, Helmut. 2006. *Tief im Hirn*. München: Verlag Antje Kunstmann.
- Dunn, Patrick L. 2001. Occupational Congruence in the Placement of Injured Workers. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 44(2): 116–124.
- EDI. 2017. *Arbeit und Gleichstellung für Menschen mit Behinderungen. Überblick über die rechtlichen Grundlagen*. Bern: Eidgenössisches Departement des Inneren.
- Elliott, Anthony. 2014. *Concepts of the Self* (3. Aufl.). Cambridge: Polity Press.
- ENWHP. 2007. Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union, https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/05/04/luxembourg_declaration.pdf (24.03.2021).
- Epple, Ruedi und Eva Schär. 2010. *Stifter, Städte, Staaten. Zur Geschichte der Armut, Selbsthilfe und Unterstützung in der Schweiz*. Zürich: Seismo Verlag.
- Eribon, Didier. 2016. *Rückkehr nach Reims* (7. Aufl.). Berlin: Suhrkamp.
- Erikson, Erik H. 1973. *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Esping-Andersen, Gøsta. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte. 2016. CASE OF VUKOTA-BOJIĆ v. SWITZERLAND (Application no. 61838/10), <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-167490> (18.01.2020).
- Ewers, Michael. 2005. Case Management im Schatten von Managed Care: Sozial- und gesundheitspolitische Grundlagen. In Michael Ewers und Doris Schaeffer (Hrsg.), *Case Management in Theorie und Praxis* (2. ergänzte Aufl., S. 29–52). Bern: Verlag Hans Huber.
- Ferreira, Cristina. 2020. Invalidenversicherung (Reformen). In Jean-Michel Bonvin, Pascal Maeder, Carlo Knöpfel, Valérie Hugentobler und Ueli Tecklenburg (Hrsg.), *Wörterbuch der Schweizer Sozialpolitik* (S. 256–258). Zürich/Genf: Seismo Verlag.
- Flick, Uwe. 2010. *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (3. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Flick, Uwe. 2015. Design und Prozess qualitativer Forschung. In Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (11. Aufl., S. 252–265). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Fluder, Robert, Thomas Graf, Rosmarie Ruder und Renate Salzgeber. 2009. *Quantifizierung der Übergänge zwischen Systemen der Sozialen Sicherheit (IV, ALV und Sozialhilfe)*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Foster, Deborah und Victoria Wass. 2013. Disability in the Labour Market: An Exploration of Concepts of the Ideal Worker and Organisational Fit that Disadvantage Employees with Impairments. *Sociology*, 47(4): 705–721.
- Foucault, Michel. 1969. *Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Foucault, Michel. 1976. Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Franche, Renée-Louise, Kimberley Cullen, Judy Clarke, Emma Irvin, Sandra Sinclair, John Frank et al. 2005. Workplace-Based Return-to-Work Interventions: A Systematic Review of the Quantitative Literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4): 607–631.
- Franche, Renée-Louise und Niklas Krause. 2002. Readiness for Return to Work Following Injury or Illness: Conceptualizing the Interpersonal Impact of Health Care, Workplace, and Insurance Factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 12(4): 233–256.
- Füllemann, Désirée, Alice Inauen, Gregor Jenny, Patrick Moser und Georg Bauer. 2017. *Betriebliches Gesundheitsmanagement in Schweizer Betrieben, Monitoring-Ergebnisse 2016. Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 40*. Bern/Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Gabbay, Mark, Lorraine Taylor, Linda Sheppard, Jim Hillage, Clare Bambra, Fiona Ford et al. 2011. NICE guidance on long-term sickness and incapacity. *British Journal of General Practice*, 61(584): e118–e124.
- Galuske, Michael. 2013. *Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (10. Aufl.). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- García-Gómez, Pilar, Andrew M. Jones und Nigel Rice. 2010. Health effects on labour market exits and entries. *Labour Economics*, 17(1): 62–76.
- Geisen, Thomas. 2015. Workplace Integration Through Disability Management. In Reuben Escorpizo, Sören Brage, Debra Homa und Gerold Stucki (Hrsg.), *Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation: Application and Implementation of the ICF* (S. 55–71). Cham/Heidelberg/New York/Dordrecht/London: Springer.
- Geisen, Thomas, Edgar Baumgartner, Guy Ochsenbein, Cédric Duchêne-Lacroix, Lea Widmer, Pascal Amez-Droz et al. 2016a. *Zusammenarbeit der IV-Stellen mit den Arbeitgebenden*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Geisen, Thomas, Benedikt Hassler, Guy Ochsenbein, Nicholas Buys, Christine Randall, Henry Harder et al. 2016b. *Demographic change and private sector disability management in Australia, Canada, China and Switzerland. A comparative study*. Olten: University of Applied Sciences and Arts Northwestern Switzerland.
- Geisen, Thomas, Benedikt Hassler, Shannon Wagner, Nicholas Buys, Christine Randall, Henry Harder et al. 2019. Raising Awareness and Appreciation: Employee Perspectives on Disability Management in Swiss Companies. *International Journal of Disability Management*, 14: 1–9.
- Geisen, Thomas, Katrin Kraus, Guy Ochsenbein, Martin Schmid und Tobias Studer. 2013. *Qualifizierung für Veränderung. Regionalstudie zur Kompetenz- und Ressourcenentwicklung in Unternehmen*. Basel/Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz.
- Geisen, Thomas, Annette Lichtenauer, Christophe Roulin und Georg Schielke. 2008. *Disability Management in Unternehmen in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

- Gerhardt, Uta. 1976. Krankenkariere und Existenzbelastung. *Zeitschrift für Soziologie*, 5(3): 215–236.
- Germann, Urs. 2008. «Eingliederung vor Rente». Behindertenpolitische Weichenstellung und die Einführung der schweizerischen Invalidenversicherung. *Schweizerische Zeitschrift für Geschichte*, 58(2): 178–197.
- Germann, Urs. 2010a. Die Entstehung der IV: lange Vorgeschichte, kurze Realisierungsphase. *Soziale Sicherheit CHSS*(1): 5–8.
- Germann, Urs. 2010b. Integration durch Arbeit: Behindertenpolitik und die Entwicklung des schweizerischen Sozialstaats 1900–1960. In Elsbeth Bösl, Anne Klein und Anne Waldschmidt (Hrsg.), *Disability History. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte* (S. 151–168). Bielefeld: transcript Verlag.
- Ghaziani, Amin. 2004. Anticipatory and Actualized Identities: A Cultural Analysis of the Transition from AIDS Disability to Work. *The Sociological Quarterly*, 45(2): 273–301.
- Gissel-Palkovich, Ingrid. 2006. Case Management. In Volker Brinkmann (Hrsg.), *Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen* (S. 89–116). Wiesbaden: Gabler.
- Goffman, Erving. 1953. On Cooling the Mark Out: Some Aspects of Adaption to Failure. *Psychiatry*, 15(4): 451–463.
- Goffman, Erving. 1956. *The Presentation of Self in Everyday Life*. Edinburgh: Social Sciences Research Centre, University of Edinburgh.
- Goffman, Erving. 1961. *Encounters. Two Studies in the Sociology of Interaction*. Harmondsworth/Ringwood: Penguin University Books.
- Goffman, Erving. 1973. *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Goffman, Erving. 1975. *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Goffman, Erving. 1982. *Das Individuum im öffentlichen Austausch. Mikrostudien zur öffentlichen Ordnung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Goffman, Erving. 1983. The Interaction Order: American Sociological Association, 1982 Presidential Address. *American Sociological Review*, 48(1): 1–17.
- Gonon, Anna. 2019. Frühes Eingreifen bei psychischer Arbeitsunfähigkeit als ambivalente Strategie. *WSI Mitteilungen*, 72(5): 335–342.
- Gonon, Anna und Fabienne Rotzetter. 2017. Zückerchen für Arbeitgebende. Sozialstaatliche Anreize zur beruflichen Eingliederung von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen in der Schweiz. *Soziale Passagen*, 9(3): 153–168.
- Goodley, Dan. 2013. Dis/entangling critical disability studies. *Disability & Society*, 28(5): 631–644.
- Gorz, André. 2000. *Arbeit zwischen Misere und Utopie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Green, Sara, Christine Davis, Elana Karshmer, Pete Marsh und Benjamin Straight. 2005. Living Stigma: The Impact of Labeling, Stereotyping, Separation, Status Loss, and Discrimination in the Lives of Individuals with Disabilities and Their Families. *Sociological Inquiry*, 75(2): 197–215.

- Gross, Peter. 1992. Ein Betrieb ist kein Aquarium! Innere Kündigung als gesellschaftliches Phänomen. In Martin Hilb (Hrsg.), *Innere Kündigung. Ursachen und Lösungsansätze* (S. 87–97). Zürich: Verlag Industrielle Organisation.
- Guggisberg, Jürg und Severin Bischof. 2020. Strategiewechsel mit Folgen: mehr Eingliederungsmassnahmen, weniger Renten. *Soziale Sicherheit*(4): 27–35.
- Guggisberg, Jürg, Severin Bischof, Jolanda Jäggi und Désirée Stocker. 2015a. *Evaluation der Eingliederung und der eingliederungsorientierten Rentenrevision der Invalidenversicherung*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Guggisberg, Jürg, Thomas Oesch, Melania Rudin und Kilian Künzi. 2012. Arbeit und Krankheit – Wege zurück in die Arbeitswelt. Berufliche Wiedereingliederung von Personen mit länger andauernder Arbeitsunfähigkeit – eine mikrosoziologische Untersuchung zur Rolle des Rechts und des sozialen Umfelds. Teil 1: Ergebnisse prospektive Kohortenstudie, https://www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2013/SNF_2013_Arbeit_und_Krankheit_Studie.pdf (29.03.2021).
- Guggisberg, Jürg, Désirée Stocker, Laure Dutoit, Heidrun Becker, Heike Daniel, Hans-Jakob Mosimann et al. 2015b. *Der Abklärungsprozess in der Invalidenversicherung bei Rentenentscheiden: Prozesse, Akteure, Wirkungen*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Gurr, Thomas. 2018. Sozial disqualifiziert – Arbeitslose zwischen Abwertung, Entkopplung und eigenen Vorurteilen. *Wissen schafft Demokratie*(2): 98–107.
- Gurr, Thomas, Stefanie Unger und Monika Jungbauer-Gans. 2018. Gehen Sanktionen mit einem höheren Stigmabewusstsein bei Arbeitslosen einher? *Zeitschrift für Sozialreform*, 64(2): 217–248.
- Habersaat, Margrit, Alain Schönenberger und Walter Weber. 2001. *Die KMU in der Schweiz und in Europa*. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft.
- Hall, Oswald. 1948. The Stages of a Medical Career. *American Journal of Sociology*, 53(5): 327–336.
- Hammer, Tove, Per Saksvik, Kjell Nytrø, Hans Torvatn und Mahmut Bayazit. 2004. Expanding the Psychosocial Work Environment: Workplace Norms and Work-Family Conflict as Correlates of Stress and Health. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(1): 83–97.
- Hassler, Benedikt. 2015a. Arbeitswelt auf dem Prüfstand. Atypische Beschäftigungsverhältnisse und soziale Ungleichheit. In Simon Scholz und Julian Dütsch (Hrsg.), *Krisen, Prozesse, Potenziale. Beiträge zum 4. Studentischen Soziologiekongress, 04.–06.10.2013 in Bamberg* (S. 385–403). Bamberg: University of Bamberg Press.
- Hassler, Benedikt. 2015b. Promotionsvorhaben: Aktivierung in Unternehmen. Eine Analyse der subjektiven Wahrnehmung betrieblicher Eingliederungsaktivitäten durch wiedereingegliederte Arbeitnehmende. *AIS-Studien*, 8(2): 109–110.
- Hassler, Benedikt. 2016. Arbeitsmarktfähigkeit unter Beobachtung. «Scheininvalidität» in der Schweiz. In Wolfgang Aschauer, Elisabeth Donat und Julia Hofmann (Hrsg.), *Solidaritätsbrüche in Europa: Konzeptuelle Überlegungen und empirische Befunde* (S. 171–189). Wiesbaden: Springer.
- Hassler, Benedikt. 2017. Geschützte Arbeitsplätze und Eingliederungsmanagement. In Thomas Geisen und Peter Mösch (Hrsg.), *Praxishandbuch Eingliederungsmanagement* (S. 1–13). Wiesbaden: Springer VS.

- Hassler, Benedikt und Luzia Jurt. 2018. *Analyse des Beratungsangebots im Kanton Solothurn und des Beratungsbedarfs der Migrationsbevölkerung. Schlussbericht zuhanden des Auftraggebers*. Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz.
- Hassler, Benedikt und Tobias Studer. 2016. Arbeit ohne Lohn und andere Widersprüche rund um Arbeit. *Widerspruch*, 35(1): 175–186.
- Haubl, Rolf, Brigitte Hausinger und G. Günter Voß (Hrsg.). 2013. *Riskante Arbeitswelten. Zu den Auswirkungen moderner Beschäftigungsverhältnisse auf die psychische Gesundheit und die Arbeitsqualität*. Frankfurt am Main: Campus.
- Helfferrich, Cornelia. 2011. *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag.
- Helsana. o. J. Absenkkostenrechner, <https://www.helsana.ch/de/unternehmen/kundenservice-ueberblick/hilfreiche-tools/absenkkostenrechner/detail?d=s670.6666870117188l0> (29.01.2020).
- Hermanns, Harry. 2015. Interviewen als Tätigkeit. In Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (11. Aufl., S. 360–368). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Hirschberg, Marianne und Swantje Köbsell. 2016. Grundbegriffe und Grundlagen: Disability Studies, Diversity und Inklusion. In Ingeborg Hedderich, Gottfried Biewer, Judith Hollenweger und Reinhard Markowetz (Hrsg.), *Handbuch Inklusion und Sonderpädagogik* (S. 555–568). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Hirschman, Albert O. 1970. *Exit, Voice, and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge/London: Harvard University Press.
- Hiß, Stefanie. 2009. Corporate Social Responsibility – Innovation oder Tradition? Zum Wandel der gesellschaftlichen Verantwortung von Unternehmen in Deutschland. *Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik*, 10(3): 287–303.
- Hoefsmits, Nicole, Inge Houkes und Frans J. N. Nijhuis. 2012. Intervention Characteristics that Facilitate Return to Work After Sickness Absence: A Systematic Literature Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(4): 462–477.
- Hoffmann, Holger, Dorothea Jäckel, Sybille Glauser, Kim T. Mueser und Zeno Kupper. 2014. Long-Term Effectiveness of Supported Employment: 5-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 171(11): 1183–1190.
- Holmqvist, Mikael. 2009. Medicalization of unemployment: individualizing social issues as personal problems in the Swedish welfare state. *Work, employment and society*, 23(3): 405–421.
- Honegger, Claudia und Marianne Rychner. 1998. Glückliche Schweiz – Unglückliche in der Schweiz. In Claudia Honegger und Marianne Rychner (Hrsg.), *Das Ende der Gemütlichkeit. Strukturelles Unglück und mentales Leid in der Schweiz* (S. 7–18). Zürich: Limmat Verlag.
- Hughes, Everett C. 1937. Institutional Office and the Person. *American Journal of Sociology*, 43(3): 404–413.
- Hughes, Everett C. 1945. Dilemmas and Contradictions of Status. *American Journal of Sociology*, 50(5): 353–359.

- Hughes, Everett C. 1984 [1956]. Social Role and the Division of Labor. In: *The Sociological Eye. Selected Papers* (S. 304–310). New Brunswick: Transaction Publishers.
- Hughes, Everett C. 1984 [1959]. The Study of Occupations. In: *The Sociological Eye. Selected Papers* (S. 283–297). New Brunswick: Transaction Publishers.
- Hümbelin, Oliver. 2019. Non-Take-Up of Social Assistance: Regional Differences and the Role of Social Norms. *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, 45(1): 7–33.
- Ingold, Niklaus und Flurin Condrau. 2015. Gesundheit am Arbeitsplatz. Betriebliche Fitness in den 1960er- und 1970er Jahren. In Brigitta Bernet und Jakob Tanner (Hrsg.), *Ausser Betrieb. Metamorphosen der Arbeit in der Schweiz* (S. 276–292). Zürich: Limmat Verlag.
- IV-Stelle Obwalden. o. J. Beratung zur Früherkennung von IV-Risiken, <https://www.akow.ch/produkte/iv/fuer-arbeitgebende/frueherkennung/> (29.03.2021).
- Jahoda, Marie. 1981. Work, Employment, and Unemployment. Values, Theories, and Approaches in Social Research. *American Psychologist*, 36(2): 184–191.
- Jakobsen, Klara und Monica Lillefjell. 2014. Factors promoting a successful return to work: from an employer and employee perspective. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(1): 48–57.
- Jauch, Melanie. 2017. Arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeit. *Swissmechanic Journal*, 88(8): 24–25.
- Jeger, Jörg. 2019. «Der Mensch ist gesund». Gedanken eines Mediziners zu einer richterlichen Vermutung in BGE 144 V 50, https://www.unispital-basel.ch/fileadmin/unispitalbaselch/Bereiche/Medizin/Asim/Fortbildungen/Archiv_Fortbildungen/2019/Der_Mensch_ist_gesund_23_01_2019.pdf (30.01.2020).
- Joachim, Gloria und Sonia Acorn. 2000. Stigma of visible and invisible chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1): 243–248.
- Jones, Kristen P. und Eden B. King. 2014. Managing Concealable Stigmas at Work: A Review and Multilevel Model. *Journal of Management*, 40(5): 1466–1494.
- Jürgens, Kerstin. 2010. Deutschland in der Reproduktionskrise. *Leviathan*, 38(4): 559–587.
- Kälin, Kari. 13.11.2018. «Ohne Überwachungsvideos sind die IV-Stellen auf einem Auge blind», *Luzerner-Zeitung*, <https://www.luzernerzeitung.ch/schweiz/sozialversicherungen-detektiv-gegner-aergern-sich-ueber-ueberwachungsvideos-ld.1069605> (24.03.2021).
- Kalleberg, Arne L. 2000. Nonstandard Employment Relations: Part-time, Temporary and Contract Work. *Annual Review of Sociology*, 26: 341–365.
- Karuza, Jurgis, Michael A. Zevon, Timothy A. Gleason, Colleen M. Karuza und Linda Nash. 1990. Models of Helping and Coping, Responsibility Attributions, and Well-Being in Community Elderly and Their Helpers. *Psychology and Aging*, 5(2): 194–208.
- Kelle, Udo und Susann Kluge. 2010. *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung* (2., überarbeitete Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Keupp, Heiner und Helga Dill (Hrsg.). 2010. *Erschöpfende Arbeit. Gesundheit und Prävention in der flexiblen Arbeitswelt*. Bielefeld: transcript Verlag.

- Kirsh, Bonnie, Tesha Slack und Carole Anne King. 2012. The Nature and Impact of Stigma Towards Injured Workers. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(2): 143–154.
- Koch, Martina. 2010. «Pioniere einer neuen Zeit»? Identitätskonstruktion in einem Integrationsprojekt der Sozialhilfe. *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, 36(3): 431–449.
- Koch, Martina. 2016. *Arbeits(un)fähigkeit herstellen. Arbeitsintegration von gesundheitlich eingeschränkten Erwerbslosen aus ethnografischer Perspektive*. Zürich: Seismo Verlag.
- Kocher, Ralf und Ralph Leuenberger. 2009. Betrugsbekämpfung in der Invalidenversicherung – eine Standortbestimmung. *Soziale Sicherheit CHSS*(3): 168–171.
- Kocyba, Hermann. 2014. Aktivierung. In Ulrich Bröckling, Susanne Krasmann und Thomas Lemke (Hrsg.), *Glossar der Gegenwart* (S. 17–22). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Köhler, Christoph, Kai Loudovici und Olaf Struck. 2007. Generalisierung von Beschäftigungsrisiken oder anhaltende Arbeitsmarktsegmentation? *Berliner Journal für Soziologie*, 17(3): 387–406.
- Köhler, Christoph und Simon Weingärtner. 2013. Arbeitsmarktsegmentation. In Hartmut Hirsch-Kreinsen und Heiner Minssen (Hrsg.), *Lexikon der Arbeits- und Industriesoziologie* (S. 71–78). Berlin: edition sigma.
- Kowal, Sabine und Daniel C. O’Connell. 2015. Zur Transkription von Gesprächen. In Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (11. Aufl., S. 437–447). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Krajic, Karl, Christina Dietscher und Jürgen Pelikan. 2017. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention – soziologisch beobachtet. In Monika Jungbauer-Gans und Peter Kriwy (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssoziologie* (S. 1–31). Wiesbaden: Springer VS.
- Kratzer, Nick, Wolfgang Dunkel, Karina Becker und Stephan Hinrichs (Hrsg.). 2011. *Arbeit und Gesundheit im Konflikt. Analysen und Ansätze für ein partizipatives Gesundheitsmanagement*. Berlin: edition sigma.
- Krieger, Ralph, Ulrich Pekruhl, Mara Lehmann und Maggie Graf. 2012. *Fünfte Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen 2010. Ausgewählte Ergebnisse aus Schweizer Perspektive*. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft.
- Kronauer, Martin. 2013. Atypische Beschäftigung. In Hartmut Hirsch-Kreinsen und Heiner Minssen (Hrsg.), *Lexikon der Arbeits- und Industriesoziologie* (S. 100–106). Berlin: edition sigma.
- Kruse, Jan. 2014. *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Kruse, Jan. 2015. *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz* (2. überarbeitete und ergänzte Aufl.). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Küstners, Ivonne. 2014. Narratives Interview. In Nina Baur und Jörg Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 575–580). Wiesbaden: Springer VS.
- Lengwiler, Martin. 2006. *Risikopolitik im Sozialstaat. Die schweizerische Unfallversicherung 1870–1970*. Köln: Böhlau Verlag.

- Lengwiler, Martin. 2007. Im Schatten der Arbeitslosen- und Altersversicherung: Systeme der staatlichen Invaliditätsversicherung nach 1945 im europäischen Vergleich. *Archiv für Sozialgeschichte*, 47: 325–348.
- Lengwiler, Martin. 2010. Fürsorge, Selbsthilfe oder Sozialversicherungen? Die Entwicklung des Sozialstaats aus Sicht der organisierten Gemeinnützigkeit, 1800–1950. In Beatrice Schumacher (Hrsg.), *Freiwillig verpflichtet. Gemeinnütziges Denken und Handeln in der Schweiz seit 1800* (S. 255–276). Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.
- Lessenich, Stephan. 2008. *Die Neuerfindung des Sozialen. Der Sozialstaat im flexiblen Kapitalismus*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Lessenich, Stephan. 2012. *Theorien des Sozialstaats. Zur Einführung*. Hamburg: Junius Verlag.
- Leuenberger, Ralph. 2013. Missbrauchsbekämpfung als Aufgabe der IV. *Soziale Sicherheit CHSS*(2): 65–67.
- Lewis, Ruth, Lynn Dobbs und Paul Biddle. 2013. 'If this wasn't here I probably wouldn't be': disabled workers' views of employment support. *Disability & Society*, 28(8): 1089–1103.
- Lottenbach, Adrian und Elmar Perroulaz. 2013. SBB anyway-solutions (Bern) – Gelungene berufliche Reintegration bei den Schweizerischen Bundesbahnen. In Stephan A. Boehm, Miriam K. Baumgärtner und David J. G. Dwertmann (Hrsg.), *Berufliche Inklusion von Menschen mit Behinderung. Best Practices aus dem ersten Arbeitsmarkt* (S. 183–193). Berlin/Heidelberg: Springer Gabler.
- Ludwig, Monika. 1996. *Armutskarrieren. Zwischen Abstieg und Aufstieg im Sozialstaat*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- MacEachen, Ellen, Judy Clarke, Renée-Louise Franche, Emma Irvin und Workplace-based Return to Work Literature Review Group. 2006. Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(4): 257–269.
- MacEachen, Ellen, Agnieszka Kosny, Sue Ferrier und Lori Chambers. 2010. The «Toxic Dose» of System Problems: Why Some Injured Workers Don't Return to Work as Expected. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(3): 349–366.
- Maeder, Christoph und Eva Nadai. 2004. *Organisierte Armut. Sozialhilfe aus wissenssoziologischer Sicht*. Konstanz: UVK.
- Magnin, Chantal. 2004. Beratung und Kontrolle. Ein für den aktivierenden Staat typisches Handlungsdilemma. *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, 30(3): 339–361.
- Magnin, Chantal. 2005. *Beratung und Kontrolle. Widersprüche in der staatlichen Bearbeitung von Arbeitslosigkeit*. Zürich: Seismo.
- Mannheim, Karl. 2009 [1930]. Über das Wesen und die Bedeutung des wirtschaftlichen Erfolgstrebens. Ein Beitrag zur Wirtschaftssoziologie. In Amalia Barboza und Klaus Lichtblau (Hrsg.), *Schriften zur Wirtschafts- und Kulturosoziologie* (S. 167–220). Wiesbaden: VS Verlag.
- Marquardsen, Kai. 2007. Was ist «Aktivierung» in der Arbeitsmarktpolitik? *WSI Mitteilungen*(5): 259–265.

- Marquardsen, Kai. 2012. *Aktivierung und soziale Netzwerke. Die Dynamik sozialer Beziehungen unter dem Druck der Erwerbslosigkeit*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Marschall, Jörg, Susanne Hildebrandt, Karsten Zich, Thorsten Tisch, Jelena Sörensen und Hans-Dieter Nolting. 2018. *Gesundheitsreport 2018. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten*. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Maschke, Michael. 2004. Behinderung als Feld wohlfahrtsstaatlicher Politik – eine Systematisierung der Behindertenpolitik. *Berliner Journal für Soziologie*, 14(3): 399–420.
- Matuschek, Ingo und G. Günter Voß. 2008. Multiple Entgrenzung der Arbeit des Flugpersonals im kommerziellen Luftverkehr. In Karl-Siegbert Rehberg (Hrsg.), *Die Natur der Gesellschaft. Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006. Teilbd. 1 u. 2* (S. 4664–4670). Frankfurt am Main: Campus Verlag. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-154682>.
- Mau, Steffen. 2018. *Das metrische Wir. Über die Quantifizierung des Sozialen*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Mead, George Herbert. 1973. *Geist, Identität und Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Merkens, Hans. 2015. Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (11. Aufl., S. 286–299). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Merten, Thomas und Peter Giger. 2018. Wie häufig treten Simulation und Aggravation in der Begutachtung auf? Schätzungen von Laien. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 12(2): 164–171.
- Meschnig, Alexander, Ernst von Kardorff und Sebastian Klaus. 2019. Von der beruflichen Vollqualifizierungsmaßnahme zurück in Arbeit. Eine Langzeitanalyse individueller Verlaufskarrieren und ihrer biografischen und strukturellen Bedingungen. *Rehabilitation*, 58(03): 153–162.
- Mey, Günter und Katja Mruck. 2011. Grounded-Theory-Methodologie: Entwicklung, Stand, Perspektiven. In Günter Mey und Katja Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (S. 11–48). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Meyer, Christian und Christian Meier zu Verl. 2014. Ergebnispräsentation in der qualitativen Forschung. In Nina Baur und Jörg Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 245–257). Wiesbaden: Springer VS.
- Mills, C. Wright. 1959. *The Sociological Imagination*. New York: Oxford University Press.
- Munir, Fehmidah, Stavroula Leka und Amanda Griffiths. 2005. Dealing with self-management of chronic illness at work: predictors for self-disclosure. *Social Science & Medicine*, 60(6): 1397–1407.
- Nadai, Eva. 2005. Der kategorische Imperativ der Arbeit. Vom Armenhaus zur aktivierenden Sozialpolitik. *Widerspruch*, 49(5): 19–27.
- Nadai, Eva. 2006. Auf Bewährung. Arbeit und Aktivierung in Sozialhilfe und Arbeitslosenversicherung. *sozialer sinn*, 7(1): 61–77.
- Nadai, Eva. 2009. Aktiv ins Abseits. Aktivierende Sozialhilfe und die Produktion von Unsicherheit. *SozialAktuell*(6): 12–15.

- Nadai, Eva. 2017. Asymmetrische Responsibilisierung oder wie man Arbeitgeber vom Wert von «Behinderten» überzeugt. In Oktay Bilgi, Marie Frühauf und Kathrin Schulze (Hrsg.), *Widersprüche gesellschaftlicher Integration: Zur Transformation Sozialer Arbeit* (S. 111–128). Wiesbaden: Springer VS.
- Nadai, Eva, Alan Canonica, Anna Gonon, Fabienne Rotzetter und Martin Lengwiler. 2019. *Werten und Verwerten. Konventionen der Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen in Wirtschaft und Wohlfahrtsstaat*. Wiesbaden: Springer VS.
- Nadai, Eva, Alan Canonica und Martina Koch. 2015. *... und baute draus ein großes Haus. Interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ) zur Aktivierung von Erwerbslosen*. Konstanz/München: UVK.
- Nadai, Eva, Anna Gonon und Fabienne Rotzetter. 2017. *Soziale Verantwortung in ökonomischen Grenzen. Berufliche Eingliederung von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen zwischen Unternehmen und Invalidenversicherung*. Olten: Hochschule für Soziale Arbeit FHNW.
- Neuffer, Manfred. 2013. *Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien* (5. überarbeitete Aufl.). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Niehaus, Mathilde, Johannes Magin, Britta Marfels, Grudun E. Vater und Eveline Werktetter. 2008. *Betriebliches Eingliederungsmanagement. Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX*. Köln: Universität zu Köln.
- OECD. 2003. *Transforming Disability into Ability. Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People*. Paris: OECD.
- OECD. 2006. *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. Norway, Poland and Switzerland*. Paris: OECD.
- OECD. 2010. *Sickness, Disability and Work. Breaking the Barriers. A Synthesis of Findings across OECD Countries*. Paris: OECD.
- OECD. 2014. *Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Oldfield, Margaret, Ellen MacEachen, Bonnie Kirsh und Margaret MacNeill. 2017. Helping employees with fibromyalgia manage their reputations through disclosure dances. *Ontario Occupational Health Nurses Association Journal*, 36(1): 28–33.
- Oldfield, Margaret, Ellen MacEachen, Margaret MacNeill und Bonnie Kirsh. 2018. «You want to show you're a valuable employee»: A critical discourse analysis of multi-perspective portrayals of employed women with fibromyalgia. *Chronic Illness*, 14(2): 135–153.
- Oliver, Michael. 1990. *The Politics of Disablement*. Hampshire/London: MacMillan.
- Oostrom, Sandra H. und Cécile R. L. Boot. 2013. Workplace Interventions. In Patrick Loisel und J. R. Anema (Hrsg.), *Handbook of Work Disability* (S. 335–355). New York: Springer.
- Ott, Walter, Stephanie Bade und Bettina Wapf. 2008. *Nicht zielkonforme Leistungen in der Invalidenversicherung: Bedeutung und Grössenordnung*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Pärli, Kurt, Julia Hug und Andreas Petrik. 2015. *Arbeit, Krankheit, Invalidität. Arbeits- und sozialversicherungsrechtliche Aspekte*. Bern: Stämpfli Verlag.

- Parsons, Talcott. 1975. The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 53(3): 257–278.
- Patton, M. Q. 1990. *Qualitative evaluation and research methods*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Paugam, Serge. 2013. *La disqualification sociale: Essai sur la nouvelle pauvreté* (5. Aufl.). Paris: Presses Universitaires de France.
- Paul, Karsten I. und Klaus Moser. 2009. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3): 264–282.
- Piecek, Monika, Céline Perrin, Jean-Pierre Tabin und Isabelle Probst. 2019. The «compliant», the «pacified» and the «rebel»: experiences with Swiss disability insurance. *Disability & Society*: 1–24.
- Probst, Isabelle, Jean-Pierre Tabin und Nelly Courvoisier. 2015. De la réparation à la réversibilité. Un nouveau paradigme dans l'assurance invalidité? *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, 41(1): 101–117.
- Probst, Isabelle, Jean-Pierre Tabin, Monika Piecek-Riondel und Céline Perrin. 2016. L'invalidité : une position dominée. *Revue française des affaires sociales*(4): 89–105.
- Przyborski, Aglaja und Monika Wohlrab-Sahar. 2014. *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch* (4., erweiterte Aufl.). München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Raab, Jürgen. 2014. *Erving Goffman* (2., überarbeitete Aufl.). Konstanz/München: UVK.
- Raithel, Jürgen und Bernd Dollinger. 2006. Case Management. Koordinierte Hilfe oder konzentrierte Kontrolle? In Bernd Dollinger und Jürgen Raithel (Hrsg.), *Aktivierende Sozialpädagogik: Ein kritisches Glossar* (S. 79–89). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Reichertz, Jo. 2016. *Qualitative und interpretative Sozialforschung. Eine Einladung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Ritter, Wolfgang. 2017. Gesundheitsförderung, Gesundheitsmanagement und Eingliederungsmanagement. In Thomas Geisen und Peter Mösch (Hrsg.), *Praxishandbuch Eingliederungsmanagement* (S. 1–21). Wiesbaden: Springer VS.
- Rosenthal, Gabriele. 2014. Biographieforschung. In Nina Baur und Jörg Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 509–520). Wiesbaden: Springer VS.
- Rotzetter, Fabienne, Anna Gonon und Eva Nadai. 2017. Missionieren oder moralisieren lohnt sich nicht. Wie die Invalidenversicherung versucht, Arbeitgeber von der beruflichen Eingliederung zu überzeugen. *Sozial Aktuell*(9): 36–37.
- Röwer, Anne. 2020. *Das entwertete Selbst. Über Arbeit und Anerkennung*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Sage, Daniel. 2018. Unemployment, wellbeing and the power of the work ethic: Implications for social policy. *Critical Social Policy*, 39(2): 205–228.
- Santuzzi, Alecia M., Pamela R. Waltz, Lisa M. Finkelstein und Deborah E. Rupp. 2014. Invisible Disabilities: Unique Challenges for Employees and Organizations. *Industrial and Organizational Psychology*, 7(2): 204–219.
- Saunders, S. L. und B. Nedelec. 2014. What Work Means to People with Work Disability: A Scoping Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(1): 100–110.
- Schallberger, Peter und Bettina Wyer. 2010. *Praxis der Aktivierung. Eine Untersuchung von Programmen zur vorübergehenden Beschäftigung*. Konstanz: UVK.

- Schaltegger, Christoph A., Lukas A. Schmid und Patrick Leisibach. 2018. Sozialwerke behindern Arbeitsanreize. *Die Volkswirtschaft*(4): 33–35.
- Scherschel, Karin und Melanie Booth. 2012. Aktivierung in die Prekarität: Folgen der Arbeitsmarktpolitik in Deutschland. In Karin Scherschel, Peter Streckeisen und Manfred Krenn (Hrsg.), *Neue Prekarität. Die Folgen aktivierender Arbeitsmarktpolitik – europäische Länder im Vergleich* (S. 17–46). Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Schmidbauer, Wolfgang. 2018. *Hilflose Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe* (21. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Schmidt-Semisch, Henning. 2000. Selber schuld. Skizzen versicherungsmathematischer Gerechtigkeit. In Ulrich Bröckling, Susanne Krasmann und Thomas Lemke (Hrsg.), *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen* (S. 168–193). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Schmidt, Jana und Helmut Schröder. 2010. Präsentismus – Krank zur Arbeit aus Angst vor Arbeitsplatzverlust. In Bernhard Badura, Helmut Schröder, Jochim Klose und Katrin Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009* (S. 93–100). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Schmitz, Edgar, Bärbel Gayler und Peter Jehle. 2002. Gütekriterien und Strukturanalyse zur Inneren Kündigung. *Zeitschrift für Personalforschung*, 16(1): 39–61.
- Schmitz, Hendrik. 2011. Why are the unemployed in worse health? The causal effect of unemployment on health. *Labour Economics*, 18(1): 71–78.
- Scholz, Stefan M., Peter Andermatt, Benno L. Tobler und Dieter Spinnler. 2016. Work Incapacity and Treatment Costs After Severe Accidents: Standard Versus Intensive Case Management in a 6-Year Randomized Controlled Trial. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26(3): 319–331.
- Schoppig, Lucien. 2015. Psychisch erkrankt am Arbeitsplatz – was hilft? *Soziale Sicherheit CHSS*(1): 32–37.
- Schütze, Fritz. 1992. Sozialarbeit als «bescheidene» Profession. In Bernd Dewe, Wilfried Ferchhoff und Frank-Olaf Radtke (Hrsg.), *Erziehen als Profession: zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern*. Opladen: Leske u. Budrich.
- Schuwey, Claudia und Carlo Knöpfel. 2014. *Neues Handbuch Armut in der Schweiz*. Luzern: Caritas-Verlag.
- Schwank, Alex. 2009. Invalidenversicherung und Behinderte unter Druck. *Widerspruch*, 29(56): 29–38.
- Schweizerischer Arbeitgeberverband. 2015. Integration – Eine-Win-Win-Win-Situation für alle, <https://www.arbeitgeber.ch/sozialpolitik/integration-eine-win-win-win-situation-fuer-alle/> (29.03.2021).
- SECO. 2018. Bericht Ältere Arbeitslose (50+), https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Arbeit/Arbeitslosenversicherung/arbeitslosigkeit/aeltere_arbeitnehmende.html (29.03.2021).
- Seing, Ida, Ellen MacEachen, Kerstin Ekberg und Christian Ståhl. 2014. Return to work or job transition? Employer dilemmas in taking social responsibility for return to work in local workplace practice. *Disability and Rehabilitation*, 37(19): 1760–1769.

- Seing, Ida, Ellen MacEachen, Christian Ståhl und Kerstin Ekberg. 2015. Early-Return-to-Work in the Context of an Intensification of Working Life and Changing Employment Relationships. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(1): 74–85.
- Shaw, William S., Candace C. Nelson, Mary Jane Woiszwillo, Brittany Gaines und Susan E. Peters. 2018. Early Return to Work Has Benefits for Relief of Back Pain and Functional Recovery After Controlling for Multiple Confounds. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60(10): 901–910.
- Simmel, Georg. 1992. *Soziologie. Untersuchung über die Formen der Vergesellschaftung. Gesamtausgabe Band 11*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Sonnentag, Sabine und Undine Krueel. 2006. Psychological detachment from work during off-job time: The role of job stressors, job involvement, and recovery-related self-efficacy. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15(2): 197–217.
- Spring, Nina. 2016. Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit eines Arbeitnehmers – was ist zu tun? *Swissmechanic*(3): 30–31.
- Staub, Brigitte. 2011. *Absenz- und Case Management. Erfolgsfaktoren und Umsetzung im betrieblichen Gesundheitsmanagement*. Zürich: WEKA Business Media AG.
- Steck, Albert. 11.01.2020. Burnout: Arbeitsausfälle steigen auf Rekordhoch, *NZZ am Sonntag*, <https://nzzas.nzz.ch/wirtschaft/burnout-arbeitsausfaelle-steigen-auf-rekordhoch-ld.1533349> (24.03.2021).
- Steiger-Sackmann, Sabine. 21.5.2019. Burnout als Berufskrankheit, *NZZ Online*, <https://www.nzz.ch/meinung/burnout-als-berufskrankheit-ld.1476934>.
- Strauss, Anselm und Juliet Corbin. 1996. *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Strauss, Anselm L. 1998. *Grundlagen qualitativer Sozialforschung* (2. Aufl.). München: Wilhelm Fink Verlag.
- Strauß, Jürgen. 2005. Generationengerechtigkeit im Betrieb – Erweiterte Forschungsperspektiven und Betriebsratspolitik. *ARBEIT*, 14(4): 232–334.
- Streckeisen, Peter. 2012a. Steigende Erwerbslosigkeit und Prekarität in der Schweiz: Das Ende eines »Sonderfalls«. In Karin Scherschel, Peter Streckeisen und Manfred Krenn (Hrsg.), *Neue Prekarität. Die Folgen aktivierender Arbeitsmarktpolitik – europäische Länder im Vergleich* (S. 47–73). Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Streckeisen, Peter. 2012b. Wege zur neuen Prekarität: Die aktivierungspolitische Wende zwischen internationalem Trend und länderspezifischer Geschichte. In Karin Scherschel, Peter Streckeisen und Manfred Krenn (Hrsg.), *Neue Prekarität. Die Folgen aktivierender Arbeitsmarktpolitik – europäische Länder im Vergleich* (S. 177–196). Frankfurt am Main: Campus.
- Strong, Susan. 1998. Meaningful Work in Supportive Environments: Experiences With the Recovery Process. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(1): 31–38.
- Strübing, Jörg. 2014. *Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatistischen Forschungsstils* (3., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Studer, Brigitte. 1998. Soziale Sicherheit für alle? Das Projekt Sozialstaat. In Brigitte Studer (Hrsg.), *Etappen des Bundesstaates. Staats- und Nationsbildung der Schweiz, 1948–1998* (S. 159–186). Zürich: Chronos Verlag.

- Swiss Insurance Medicine. 2013. Arbeitsunfähigkeit. Leitlinie zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit nach Unfall und bei Krankheit, <https://www.swiss-insurance-medicine.ch/storage/app/media/Downloads/Dokumente/Fachwissen/Arbeitsunfaehigkeit/leitlinien/sim20auf20broschuere2013d1.pdf> (29.03.2021).
- Tabin, Jean-Pierre, Isabelle Probst, George Waardenburg, Dolores Angela, Castelli Dransart, Geneviève Pasche et al. 2013. Decommodification and Welfare State: the Case of Workplace Accident Victims. *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, 39(1): 129–146.
- Tanner, Jakob. 2015. *Geschichte der Schweiz im 20. Jahrhundert*. München: Beck.
- Thiersch, Hans. 1989. Homo consultabilis: Zur Moral institutionalisierter Beratung. In Karin Böllert und Hans-Uwe Otto (Hrsg.), *Soziale Arbeit auf der Suche nach Zukunft* (S. 175–193). Bielefeld: Böllert KT-Verlag.
- Tjulin, Åsa, Ellen MacEachen und Kerstin Ekberg. 2010. Exploring Workplace Actors Experiences of the Social Organization of Return-to-Work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(3): 311–321.
- Tschanz, Christoph. 2017. Zwischen Barrierefreiheit, Aktivierung und Marktradikalismus. Der Zugang zum Arbeitsmarkt durch die Invalidenversicherung. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 23(3): 27–35.
- Ulich, Eberhard und Marc Wülser. 2015. Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven (6., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Uske, Hans. 2000. «Sozialschmarotzer» und «Versager». Missachtung und Anerkennung in Diskursen über Massenarbeitslosigkeit. In Ursula Holtgrewe, Stephan Voswinkel und Gabriele Wagner (Hrsg.), *Anerkennung und Arbeit* (S. 169–192). Konstanz: UVK.
- van Hal, Lineke, Agnes Meershoek, Angelique de Rijk und Frans Nijhuis. 2012. Going beyond vocational rehabilitation as a training of skills: Return-to-work as an identity issue. 27(1): 81–93.
- von Kardorff, Ernst. 2009. Goffmans Stigma-Identitätskonzept – neu gelesen. In Herbert Willems (Hrsg.), *Theatralisierung der Gesellschaft: Band 1: Soziologische Theorie und Zeitdiagnose* (S. 137–161). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- von Kardorff, Ernst. 2016. Stigma/Stigmatisierung. In Ingeborg Hedderich, Gottfried Biewer, Judith Hollenweger und Reinhard Markowetz (Hrsg.), *Handbuch Inklusion und Sonderpädagogik* (S. 407–412). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Vornholt, Katharina, Sjur Uitdewilligen und Frans J. N. Nijhuis. 2013. Factors Affecting the Acceptance of People with Disabilities at Work: A Literature Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(4): 463–475.
- Voß, G. Günter und Cornelia Weiss. 2013. Burnout und Depression – Leiterkrankungen des subjektivierten Kapitalismus oder: Woran leidet der Arbeitskraftunternehmer? In Sighard Neckel und Greta Wagner (Hrsg.), *Leistung und Erschöpfung. Burnout in der Wettbewerbsgesellschaft* (S. 29–57). Berlin: Suhrkamp.

- Voswinkel, Stephan. 2017a. Betriebliches Eingliederungsmanagement. Verfahren und Problemsichten. In Nora Alsdorf, Ute Engelbach, Sabine Flick, Rolf Haubl und Stephan Voswinkel (Hrsg.), *Psychische Erkrankung in der Arbeitswelt. Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung* (S. 257–293). Bielefeld: transcript Verlag.
- Voswinkel, Stephan. 2017b. Psychisch belastende Arbeitssituationen und die Frage der «Normalität». In Nora Alsdorf, Ute Engelbach, Sabine Flick, Rolf Haubl und Stephan Voswinkel (Hrsg.), *Psychische Erkrankung in der Arbeitswelt. Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung* (S. 59–93). Bielefeld: transcript Verlag.
- Wacquant, Loïc. 2011. Die neoliberale Staatskunst: Workfare, Prisonfare und soziale Unsicherheit. In Bernd Dollinger und Henning Schmidt-Semisch (Hrsg.), *Gerechte Ausgrenzung?* (S. 77–109). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wagner, Shannon, Nicholas Buys, Ignatius Yu, Thomas Geisen, Henry Harder, Christine Randall et al. 2017. International employee perspectives on disability management. *Disability and Rehabilitation*: 1–10.
- Wagner, Shannon L., Julie M. Wessel und Henry G. Harder. 2011. Workers' Perspectives on Vocational Rehabilitation Services. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 55(1): 46–61.
- Waldschmidt, Anne. 2005. Disability Studies: Individuelles, soziales und/oder kulturelles Modell von Behinderung? *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 29(1): 9–31.
- Waldschmidt, Anne. 2006. Soziales Problem oder kulturelle Differenz? Zur Geschichte von «Behinderung» aus der Sicht der «Disability Studies». *Traverse: Zeitschrift für Geschichte*(3): 31–46.
- WBF. 2020. KMU in Zahlen: Firmen und Beschäftigte, <https://www.kmu.admin.ch/kmu/de/home/fakten-trends/zahlen-und-fakten%20/kmu-in-zahlen/firmen-und-beschaeftigte.html> (29.03.2021).
- Weinstein, Raymond M. 1982. Goffman's Asylums and the Social Situation of Mental Patients. *Journal of Orthomolecular Psychiatry*, 11(4): 267–274.
- Weishaupt, J. Timo. 2010. A silent revolution? New management ideas and the reinvention of European public employment services. *Socio-Economic Review*, 8(3): 461–486.
- Weisser, Jan. 2005a. *Behinderung, Ungleichheit und Bildung. Eine Theorie der Behinderung*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Weisser, Jan. 2005b. «Scheininvalidität» oder Immanuel Kant als Sittenwächter. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 11(5): 25–32.
- Weisser, Jan. 2008. Wo liegt der Balkan? Missachtung im Sozialstaat. Der Abstimmungskampf um die 5. IV-Revision vom 17. Juni 2007. In Erich Otto Graf und Franziska Grob (Hrsg.), *Arbeit und Behinderung. Schwierigkeiten in und an der Arbeitsgesellschaft* (S. 99–145). Bern: Edition Soziothek.
- Weißmann, Marliese. 2017. *Dazugehören. Handlungsstrategien von Arbeitslosen*. Köln: Herbert von Halem Verlag.
- Wendt, Wolf Rainer. 2015a. Case Management. In Christian Thielscher (Hrsg.), *Medizinökonomie I: Das System der medizinischen Versorgung* (2., aktualisierte und erweiterte Aufl., S. 685–704). Wiesbaden: Springer Gabler.

- Wendt, Wolf Rainer. 2015b. *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung* (6. überarbeitete und erweiterte Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Widmer, Dieter. 2017. *Die Sozialversicherung in der Schweiz* (11., ergänzte und überarbeitete Aufl.). Zürich/Basel/Genf: Schulthess.
- Witzel, Andreas. 1985. Das problemzentrierte Interview. In Gerd Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 227–255). Weinheim/Basel: Beltz.
- Witzel, Andreas. 2000. Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1(1).
- Witzel, Andreas, Irena Medjedovic und Susanne Kretzer. 2008. Sekundäranalyse qualitativer Daten: zum gegenwärtigen Stand einer neuen Forschungsstrategie. *Historical Social Research*, 33(3): 10–32.
- Wyer, Bettina. 2011. Die normative Kraft der Aktivierungspolitik: Zur Situation von Klienten in Beschäftigungsprogrammen. In Denknetz (Hrsg.), *Gesellschaftliche Produktivität jenseits der Warenform. Analysen und Impulse zur Politik* (S. 149–156). Zürich: edition 8.
- Wyer, Bettina. 2014. *Der standardisierte Arbeitslose. Langzeitarbeitslose Klienten in der aktivierenden Sozialpolitik*. Konstanz: UVK.
- Wyss, Kurt. 2005. Workfare in der Sozialhilfereform. Die Revision der SKOS-Richtlinien in der Schweiz. *Widerspruch*, 49(5): 73–84.
- Wyss, Kurt. 2007a. Einstellung der Sozialhilfe infolge verweigerter «Arbeit»: Ein kritischer Kommentar. *Rote Revue. Zeitschrift für Politik, Wirtschaft und Kultur* (1): 38–42.
- Wyss, Kurt. 2007b. *Workfare. Sozialstaatliche Repression im Dienst des globalisierten Kapitalismus*. Zürich: edition 8.

➤ *In den letzten Jahrzehnten ist die Zahl der Personen, die aus gesundheitlichen Gründen als nicht erwerbsfähig klassifiziert werden, angewachsen. Vor diesem Hintergrund entstanden neue betriebliche und sozialstaatliche Eingliederungsmassnahmen. So werden Personen in Grossunternehmen nach Krankheit oder Unfall derzeit oftmals von Case-Manager*innen bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz begleitet. Ergänzend dazu leisten Eingliederungsberater*innen der Invalidenversicherung (IV) beim Arbeitsplatzerhalt Unterstützung. Gegenüber beiden Institutionen besteht anfänglich ein Misstrauen auf Seiten der Betroffenen. Während sich dieses Misstrauen gegenüber dem betrieblichen Case-Management in der Regel rasch auflöst, ist die IV in den Augen der einzugliedernden Menschen eine Rentenversicherung, was Angst auslöst. Auch bei erfolgreichem Arbeitsplatzerhalt hinterlassen die Eingliederungsmassnahmen Spuren im Selbst der betroffenen Personen. Die qualitative Interview-*

studie zeigt auf, inwiefern betriebliche und sozialstaatliche Massnahmen Anpassungen bei den einzugliedernden Personen erzwingen und welche Handlungsstrategien die Betroffenen entwickeln, um diese Anpassungsleistungen zu verkraften.

Benedikt Hassler, Dr. des., studierte Soziologie an den Universitäten Bern und Mannheim und promovierte 2020 am Seminar für Soziologie der Universität Basel. Er arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Hochschule für Soziale Arbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz. In dieser Funktion beschäftigt er sich in Forschung und Lehre mit Fragen in den Themenfeldern Arbeitsintegration, Sozialpolitik und soziale Ungleichheit.

ISBN: 978-3-03777-249-2



9 783037 772492