

Zbl Arbeitsmed 2026 · 76:155–168
<https://doi.org/10.1007/s40664-025-00594-z>
Eingegangen: 11. April 2025
Angenommen: 27. August 2025
Online publiziert: 18. September 2025
© The Author(s) 2025



Merle Riechmann-Wolf¹ · Sylvia Jankowiak² · Janice Hegewald² ·
Michaela Prigge² · Matthias Nübling³ · Karla Romero Starke⁴ · Alice Freiberg⁴ ·
Andreas Seidler⁴ · Daniela Zahn^{5,6} · Rieke Baumkötter^{5,7} · Thomas Münzel^{7,8,9} ·
Norbert Pfeiffer¹⁰ · Philipp S. Wild^{5,7,11} · Manfred E. Beutel¹² · Emilio Gianicolo¹³ ·
Karl J. Lackner¹⁴ · Pavel Dietz¹ · GHS Forschungskonsortium · Stephan Letzel¹⁵

¹ Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universitätsmedizin Mainz, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland; ² Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Berlin, Deutschland; ³ FFAW: Freiburger Forschungsstelle für Arbeitswissenschaften, Freiburg, Deutschland; ⁴ Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, Medizinische Fakultät, TU Dresden, Dresden, Deutschland; ⁵ Präventive Kardiologie und Medizinische Prävention der Universitätsmedizin Mainz, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland; ⁶ Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Angewandte Gesundheits- und Sozialpsychologie, Hochschule Fulda, Fulda, Deutschland; ⁷ Deutsches Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung e. V., Mainz, Deutschland; ⁸ Kardiologie 1, Zentrum für Kardiologie der Universitätsmedizin Mainz, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland; ⁹ Centrum für Thrombose und Hämostase der Universitätsmedizin Mainz, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland; ¹⁰ Augenklinik und Poliklinik der Universitätsmedizin Mainz, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland; ¹¹ Institut für Molekulare Biologie, Mainz, Deutschland; ¹² Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland; ¹³ Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik der Universitätsmedizin Mainz, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland; ¹⁴ Institut für klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin der Universitätsmedizin Mainz, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland; ¹⁵ Institut für Lehrergesundheit der Universitätsmedizin Mainz, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland

Nutzung und Nutzen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements und der Stufenweisen Wiedereingliederung aus der Sicht von Beschäftigten

Ergebnisse aus der Gutenberg-Gesundheitsstudie

In 2023 kam es in Deutschland durch Arbeitsunfähigkeit (AU) zu einem Ausfall an Bruttowertschöpfung in Höhe von ca. 221 Mrd. Euro [8]. Zum Vergleich: Die öffentlichen Bildungsausgaben betrugen in diesem Zeitraum 185 Mrd. Euro [42]. Um langandauernder oder wiederholter AU entgegenzuwirken, wurden vor mehr als 20 Jahren das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) und die Stufenweise Wiedereingliederung (StW) gesetzlich festgeschrieben. Die Verfahren fallen in die Handlungsbereiche von

Arbeitgebenden (AG) und Ärztinnen/Ärzten. In dem Beitrag stellen wir die beiden Return-to-Work(RTW)-Interventionen vor, betrachten ihre alltagspraktische Umsetzung und gehen möglichen Hinweisen auf ihren Nutzen nach.

Erwerbsarbeit ist ein bedeutsames individuelles und gesellschaftliches Anliegen [45]. Um krankheitsbedingte Arbeitslosigkeit und den Verlust beruflicher Fertigkeiten zu vermeiden, sollen mithilfe des BEM und der StW von längerer AU Betroffene bei der Wiedererlangung der

Arbeitsfähigkeit und beim beruflichen Wiedereinstieg unterstützt werden [10]. Seit 2004 besteht für AG das Gebot, Beschäftigten, die innerhalb von 12 Monaten länger als 6 Wochen erkrankt bzw. arbeitsunfähig sind, ein Angebot zum BEM zu machen (§ 167, Neuntes Sozialgesetzbuch). Die AU kann zu diesem Zeitpunkt andauern [11]. Den Beschäftigten ist die Teilnahme freigestellt. Im Rahmen des BEM sollten AG und Beschäftigte gemeinsam nach Möglichkeiten zur Reduzierung arbeitsassoziierter Beanspruchung suchen (vgl. [25]). Bei Bedarf und auf Wunsch des/der Beschäftigten kann

eine Vertrauensperson und auch der Betriebsarzt/die -ärztin hinzugezogen werden. BEM-Verfahren sind maßnahmenoffen. So können arbeitszeit-, aufgaben- und arbeitsplatzbezogene Anpassungen, bis hin zum Arbeitsplatzwechsel, ressourcenfördernde beratende oder auch qualifizierende Maßnahmen veranlasst werden [12, 30, 40]. Als die am häufigsten genutzte Maßnahme im Rahmen des BEM gilt die StW [19, 25, 33].

Die StW ist seit 1989 in Deutschland gesetzlich geregelt (§ 74, Fünftes Sozialgesetzbuch) und seit 2001 Leistung der medizinischen Rehabilitation (§ 44, alt: § 28, Neuntes Sozialgesetzbuch). Seit 2019 sind Vertragsärzte/-ärztinnen bei der Verlängerung einer AU-Bescheinigung ab 6 Wochen explizit aufgefordert, zu prüfen, ob aus therapeutischer Sicht dem Patienten/der Patientin die „schoonende, aber kontinuierliche“ Heranführung an die Belastungen des Arbeitsplatzes zu empfehlen ist [14]. Die Pflicht des/der AG zum BEM-Angebot und die ärztliche Pflicht zur Prüfung der Empfehlung einer StW basieren damit auf nicht deckungsgleichen, jedoch ähnlichen Bedingungen. Die StW bedarf der ärztlichen Verordnung, sie kann jedoch von verschiedenen Stakeholdern (bspw. auch von AG oder Krankenversicherungsträgern) angeregt werden [38]. Die Beschäftigten entscheiden frei über ihre Teilnahme am StW-Verfahren. Anders als beim BEM können AG der Durchführung einer StW widersprechen [14]. Während der gesamten StW gilt der/die Beschäftigte als arbeitsunfähig, jedoch teilweise belastbar – mit Aussicht auf Besserung [9]. Die Umsetzung der StW erfolgt in der Praxis vorrangig in Form einer schrittweisen Erhöhung der Arbeitszeit [39].

Bisherige bevölkerungsbasierte Studien zum BEM fokussieren auf die Nutzung des Verfahrens und auf Faktoren, die die BEM-Nutzung beeinflussen [19, 22, 26, 48]. Aus diesen Studien abgeleitete Nutzungsquoten (Anteil der Beschäftigten mit BEM-Verfahren an allen aufgrund ihrer AU-Zeiten *BEM-berechtigten* Beschäftigten) von 25–28 % weisen auf Umsetzungslücken hin. Höhere Chancen auf ein BEM-Angebot zeichnen sich ab mit längeren AU-Zeiten, höherer Qualifikation, höherem Alter sowie bei

Krebs- oder psychischer Erkrankung [19, 22, 26]. Zudem ist die Chance, ein BEM-Angebot zu erhalten, in größeren Betrieben und in Betrieben, die der Mitarbeitendengesundheit einen höheren Stellenwert beimessen, höher [19, 22, 26, 48]. Die Bereitschaft der Beschäftigten, ein BEM-Angebot anzunehmen, fällt höher aus bei psychischer Erkrankung, längerer AU-Dauer und bei Beschäftigung in kleinen Unternehmen [22, 26, 48]. Studien zur StW weisen darauf hin, dass Jüngere (z. B. ≤ 50 Jahre [36]), höher Qualifizierte (vs. Personen ohne Schul- bzw. Berufsausbildung), jene mit längeren Fehlzeiten und mit besserer Erwerbsprognose eher eine Empfehlung zur StW erhalten bzw. dieser nachkommen [6, 36]. Obwohl sich seit ihrer Einführung eine zunehmende Nutzung der StW abzeichnet (vgl. [34]), weisen Nutzungsquoten von bis zu 25 % auf eine ebenfalls geringe Verbreitung in potenziellen Zielgruppen hin [6, 36, 37]. Gründe hierfür werden u. a. im Empfehlungs- und Informationsverhalten von Ärztinnen/Ärzten, in der Haltung von AG oder in als hinderlich wahrgenommenen Arbeitsplatzmerkmalen, z. B. Montagetarbeit oder Arbeitsprozesse, die nur eine ganztägige Arbeit zulassen, gesehen [4, 6].

Interventionen zur Unterstützung des RTW erfolgen unter gegebenen rechtlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen. Trotz anzunehmender Systemunterschiede gelten in der internationalen RTW-Forschung insbesondere Ansätze, die sowohl Maßnahmen aus dem klinisch-therapeutischen als auch arbeitsbezogenen Interventionsbereich umfassen, als die berufliche Rückkehr begünstigend [3, 20, 31, 46]. Basierend auf 14 randomisiert-kontrollierten Studien überwiegend aus den Niederlanden und Nordeuropa untersuchten van Vilsteren et al. [44] die Effektivität arbeitsplatzbezogener Interventionen zur Förderung der beruflichen Rückkehr arbeitsunfähiger Beschäftigter, die teilweise von weiteren (klinischen) Interventionen begleitet waren. Sie schlussfolgerten, dass RTW-Interventionen am Arbeitsplatz die Zeit bis zur ersten Rückkehr zur Arbeit im Vergleich zur üblichen Versorgung verkürzten und die kumulative Dauer krankheitsbedingter Fehlzeiten

reduzierten, jedoch häufiger mit erneuten krankheitsbedingten Fehlzeiten einhergingen [44]. Bei nur sehr geringer Evidenz ließ sich für Arbeitsplatzmaßnahmen kein Effekt auf die Zeit bis zur (≥ 4 Wochen) andauernden beruflichen Rückkehr nachweisen [44]. Abhängig von der Art der Erkrankung zeigen sich Unterschiede im Erfolg der Arbeitsplatzmaßnahmen: Während sich für Beschäftigte mit Muskel-Skelett-Erkrankungen deutlichere positive Effekte arbeitsplatzbezogener RTW-Interventionen feststellen ließen, gelang dies für psychisch oder an Krebs erkrankte Beschäftigte in keinem relevanten Umfang [44].

Auch explizit für die StW ließen sich günstige Effekte auf die Erwerbstätigkeit, Frühberentungsquoten oder den Gesundheitszustand nachweisen, wobei ein besonderer Nutzen der StW für Personengruppen mit erhöhtem Frühberentungsrisiko beschrieben wird [7]. In einer Studie von Bethge [1] wurden 1875 Personen, die 2007 eine medizinische Rehabilitation beendet sowie anschließend eine StW begonnen hatten, mit gematchten Kontrollen ohne StW verglichen. Die StW-Teilnahme ging mit einer um 40 % reduzierten Wahrscheinlichkeit einher, nachfolgend eine Erwerbsminderungsrente zu beziehen, bei geringer absoluter Risikoreduktion (3,2 %-Punkte). Gegenüber den Vergleichspersonen bezogen die StW-Teilnehmenden weniger lang Sozialleistungen und erreichten höhere reguläre Einkommen. Von der StW profitierten insbesondere Patienten mit chronischen Beeinträchtigungen [1]. Diagnoseabhängige Unterschiede zeigen sich auch mit Blick auf die StW. So erwies sich bei Schneider et al. die StW-Teilnahme bei psychischen Diagnosen bereits ab einer AU-Dauer von 90 Tagen als effektiv, bei unfallbezogenen Diagnosen erst ab einer AU-Dauer von 240 Tagen [37].

Obgleich die in vorliegenden (internationalen) Studien betrachteten Interventionen Merkmale des BEM aufweisen können, mangelt es an Untersuchungen zur explizit BEM-bezogenen Nutzenbewertung. Zudem ist über die BEM-Erfahrungen aus dem Erwerbsleben unterschiedlicher Personen wenig bekannt.

Zbl Arbeitsmed 2026 · 76:155–168 <https://doi.org/10.1007/s40664-025-00594-z>
© The Author(s) 2025

M. Riechmann-Wolf · S. Jankowiak · J. Hegewald · M. Prigge · M. Nübling · K. Romero Starke · A. Freiberg · A. Seidler · D. Zahn · R. Baumkötter · T. Münzel · N. Pfeiffer · P. S. Wild · M. E. Beutel · E. Gianicolo · K. J. Lackner · P. Dietz · GHS Forschungskonsortium · S. Letzel

Nutzung und Nutzen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements und der Stufenweisen Wiedereingliederung aus der Sicht von Beschäftigten. Ergebnisse aus der Gutenberg-Gesundheitsstudie

Zusammenfassung

Hintergrund. Mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) und der Stufenweisen Wiedereingliederung (StW) sollen Beschäftigte nach längerer Arbeitsunfähigkeit (AU) unterstützt werden, zur Arbeit zurückzukehren. Untersuchungsziel war, den Forschungsstand zur Inanspruchnahme der Verfahren zu aktualisieren und mögliche Hinweise auf ihren Nutzen zu ergänzen. **Methodik.** Zwischen 10/2019 und 05/2022 in der Gutenberg-Gesundheitsstudie erhobene Angaben 187 BEM-Berechtigter wurden querschnittlich ausgewertet. Anhand logistischer Regressionsmodelle wurde untersucht, ob die (Möglichkeit zur) Teilnahme an einem BEM-/StW-Verfahren mit der Chance assoziiert ist, (1) zum Messzeitpunkt (MZP) mindestens moderat arbeitsfähig erwerbstätig zu sein bzw. (2) sich retrospektiv bezüglich der beruflichen Rückkehr von dem/der Arbeitgebenden (AG) unterstützt

zu fühlen. Mögliche konfundierende Effekte einer unmittelbar aus der AU folgenden Beendigung des Arbeitsverhältnisses wurden in Sensitivitätsanalysen untersucht. **Ergebnisse.** Von den Befragten erhielten 45 % ($n = 85$) von dem/der AG ein BEM-Angebot, das 58 % ($n = 49$) annahmen. Zum MZP waren 68 % ($n = 128$) der Befragten mindestens moderat arbeitsfähig erwerbstätig. Bezüglich der beruflichen Rückkehr fühlten sich 61 % ($n = 115$) der Befragten (eher) ausreichend von dem/der AG unterstützt. Gegenüber jenen mit BEM-/StW-Verfahren haben (ehemals) Beschäftigte ohne BEM-/StW-Option eine geringere Chance, zum MZP mindestens moderat arbeitsfähig erwerbstätig zu sein ($OR = 0,35$; 95 % KI 0,13–0,91) oder sich bezüglich der beruflichen Rückkehr von dem/der AG unterstützt zu fühlen (Odds Ratio, $OR = 0,30$; 95 % Konfidenzintervall, KI 0,12–0,74). Unter Berücksichtigung, ob

es unmittelbar aus der AU heraus zum Beschäftigungsende kam, verfehlen die abgeschwächten Zusammenhänge das 5 %-Signifikanzniveau. Jene, die ein BEM-/StW-Verfahren ablehnten, unterscheiden sich in beiden Outcomes nicht von BEM-/StW-Teilnehmenden. **Diskussion.** Die Untersuchung weist erneut darauf hin, dass AG BEM-Verfahren nach längerer AU nicht konsequent anbieten. Dabei sollte die Möglichkeit ihrer Inanspruchnahme gerade dann gegeben sein, wenn die Beendigung des Arbeitsverhältnisses konkret erwogen wird.

Schlüsselwörter

Return-to-Work · Arbeitgeberunterstützung · Langzeitarbeitsunfähigkeit · Prävention · Evaluation

Use and benefit of operational integration management and gradual reintegration from the employee's perspective. Results from the Gutenberg Health Study

Abstract

Background. In Germany operational integration management (OIM) and gradual reintegration (GR) are intended to help employees return to work after a long period of incapacity to work. The aim of this study was to update the state of research on the utilization of these procedures and to supplement possible indications of their benefit. **Method.** Information collected between October 2019 and May 2022 from 187 OIM-eligible participants of the Gutenberg Health Study was cross-sectionally analyzed. Logistic regression models were used to examine whether (the possibility of) OIM/GR participation is associated with the chance of (1) being employed at the time of measurement (ToM) with at least moderate ability to work or (2) feeling retrospectively supported by the employer regarding return

to work (RTW). Possible confounding effects of termination of employment immediately following sick leave were investigated in sensitivity analyses. **Results.** Of the respondents 45% ($n = 85$) received an OIM offer from the employer, which 58% ($n = 49$) accepted. At the ToM 68% ($n = 128$) of the participants were employed with at least a moderate ability to work. Regarding the RTW, 61% ($n = 115$) of the participants felt (somewhat) adequately supported by the employer. In contrast to the participants who accepted the OIM/GR option, (former) employees without an OIM/GR option have a lower chance of being employed at the ToM with at least moderate ability to work (odds ratio, $OR = 0.35$; 95% confidence interval, CI: 0.13–0.91) or of feeling supported by the employer regarding RTW ($OR = 0.30$; 95% CI: 0.12–0.74). Taking into account

whether the employment relationship was terminated immediately after sick leave, the weakened associations did not reach the 5% significance level. There are no corresponding differences between those who rejected the OIM/GR and the OIM/GR participants. **Discussion.** The study points out again that employers do not consistently offer OIM after long periods of inability to work; however, the possibility of utilizing the OIM after a longer period of incapacity to work should be given, particularly if the termination of the employment relationship is specifically being considered.

Keywords

Return to work · Employer support · Long-term inability to work · Prevention · Evaluation

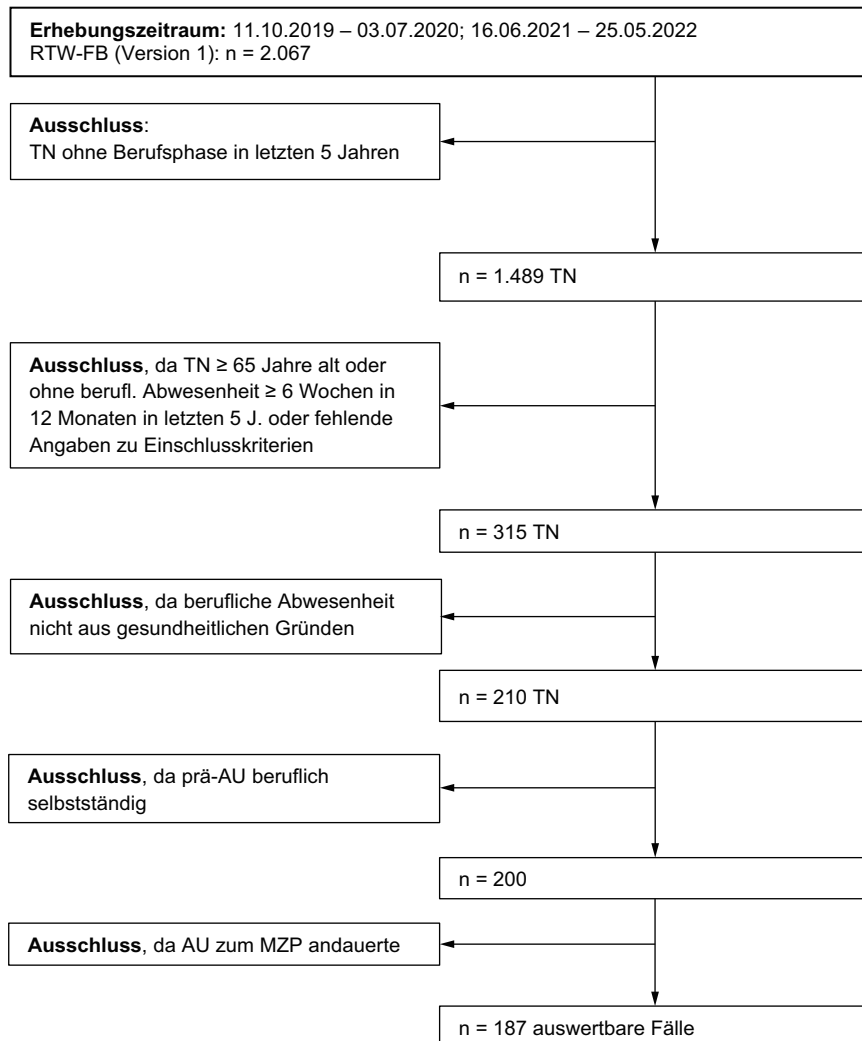


Abb. 1 ▲ Flowchart zur Stichprobe. AU Arbeitsunfähigkeit, FB Fragebogen, RTW Return-to-Work, TN Teilnehmende, MZP Messzeitpunkt

Das Ziel unserer Untersuchung ist daher, den Kenntnisstand zur BEM-/StW-Nutzung sowie bisher mangelnde Nutzenbewertungen aus der Beschäftigtenperspektive zu ergänzen. Hierfür wurden auch die Erfahrungen von Beschäftigten berücksichtigt, die zum Messzeitpunkt (MZP) zwar noch im Erwerbsalter, aber nicht mehr erwerbstätig waren. Für diese Gruppe wird angenommen, dass sie den Nutzen von BEM-/StW-Verfahren möglicherweise kritischer bewertet.

Unsere Forschungsfragen lauten:

1. Wie (häufig) werden BEM- und StW-Verfahren im Falle langer oder wiederholter AU genutzt bzw. umgesetzt?
2. Trägt die Möglichkeit zur Teilnahme bzw. die Teilnahme an einem BEM-/StW-Verfahren dazu bei, zum

MZP bei mindestens moderater Arbeitsfähigkeit erwerbstätig zu sein?

3. Ist die Möglichkeit zur Teilnahme bzw. die Teilnahme an einem BEM-/StW-Verfahren mit der retrospektiven Wahrnehmung, bei der beruflichen Rückkehr von dem/der AG unterstützt worden zu sein, assoziiert?

Methodik

Studiendesign

Es wurden im Rahmen der Gutenberg-Gesundheitsstudie (GHS; [47]) erhobene BEM-/StW-Erfahrungen von (ehemals) abhängig Beschäftigten querschnittlich ausgewertet. In den Zeiträumen 10/2019

bis 07/2020 bzw. 06/2021 bis 05/2022 wurde die Pilotversion des RTW-Moduls mitgeführt, die die Datengrundlage der vorliegenden Untersuchung bildet [34]. Die GHS ist eine monozentrische, seit 2007 von der Universitätsmedizin Mainz durchgeführte bevölkerungs-basierte Kohortenstudie zur Aufklärung von Ursachen, Zusammenhängen und Verläufen von Erkrankungen, deren Teilnehmenden im Raum Mainz/Mainz-Bingen wohnen [47]. Alle Befragten gaben ihr schriftliches Einverständnis zur Studienteilnahme. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig und ein Austritt jederzeit möglich. Die Studie wurde von der Ethikkommission der staatlichen Ärztekammer Rheinland-Pfalz genehmigt (837.020.07(5555)).

Studienpopulation

Es waren alle im Erhebungszeitraum untersuchten Studienteilnehmenden eingeschlossen, die mit der ersten Version des RTW-Fragebogens befragt wurden, zum MZP im Erwerbsalter (<65 Jahre) waren und in den vorausgegangenen 5 Jahren eine Phase der Berufstätigkeit sowie kumulierte AU-Zeiten innerhalb eines 12-Monats-Zeitraums von mindestens 6 Wochen Dauer hatten. Zu Beginn der AU beruflich Selbstständige und Teilnehmende, deren AU zum MZP andauerte, wurden ausgeschlossen (Abb. 1).

Variablen

Die Auswertungen basieren auf selbstberichteten Angaben. Zur BEM-/StW-Nutzung werden Angebots- und Annahmquoten, Gründe der Nichtinanspruchnahme eines BEM-Angebots, Angaben zu im BEM veranlassten Maßnahmen sowie zur Beendigung des BEM-/StW-Verfahrens deskriptiv berichtet.

Da BEM- und StW-Verfahren mit ihrer ähnlichen Zielsetzung häufig gemeinsam umgesetzt zu werden scheinen, wird erwartet, dass Bewertungen ihres Nutzens nicht losgelöst voneinander erfolgen. Analysen zum Nutzen des BEM bzw. der StW wurden daher, wenn nicht explizit getrennt ausgewiesen, zusammengefasst durchgeführt. Der Interventionsgruppe BEM-/StW-Option angenommen,

die alle Befragten umfasst, welche die Option, an einem BEM- und/oder StW-Verfahren teilzunehmen, annahmen, wurden gegenübergestellt:

- die Gruppe derer *ohne BEM-/StW-Option*: Weder ein BEM-Angebot – auch nicht auf Nachfrage – noch eine ärztliche StW-Empfehlung bzw. die Zustimmung des/der AG zur Durchführung der StW waren gegeben.
- die Gruppe derer, die eine *BEM-/StW-Option ablehnten*: Angabe, dass das BEM-Angebot abgelehnt wurde oder kein Interesse an einer StW bestand und dass keine StW-/BEM-Teilnahme erfolgte.

Als *nutzenbezogene Zielgrößen* wurden untersucht:

1. die *Erwerbstätigkeit/Arbeitsfähigkeit zum MZP*. Es wurde differenziert zwischen jenen, die zum MZP bei mindestens moderater Arbeitsfähigkeit erwerbstätig waren und allen anderen, die bei geringer Arbeitsfähigkeit oder arbeitsunfähig erwerbstätig oder nicht erwerbstätig waren. Als erwerbstätig gilt, wer berichtete, zum MZP mindestens einer geringfügigen oder unregelmäßigen Beschäftigung nachzugehen. Die Arbeitsfähigkeit zum MZP wurde mit dem Einzelitem des Work-Ability-Index „Wie viele Punkte würden Sie für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben?“ (Work Ability Score [WAS]) erfasst. Die Skala reicht von 0 (völlig arbeitsunfähig) bis 10 (derzeit beste Arbeitsfähigkeit). Als mindestens moderat arbeitsfähig gelten hier Angaben ab 6 Punkten [2, 18, 23, 28].
2. die *bzgl. der beruflichen Rückkehr retrospektiv wahrgenommene AG-Unterstützung*: „Haben Sie sich durch Ihren Arbeitgeber bezüglich Ihrer beruflichen Rückkehr ausreichend unterstützt gefühlt?“. Es wurde unterschieden zwischen Befragten, die mit „Ja“ und „Eher ja“ antworteten und jenen, die „Teils-teils“, „Eher nicht“ und „Nein“ angaben.

Deskriptiv werden auch direkte Nutzenbewertungen der Befragten berichtet: „Wie positiv/negativ haben sich das BEM

bzw. die StW auf Ihre Arbeitsfähigkeit ausgewirkt?“ („Deutlich positiv“, „Eher positiv“ vs. „Teils-teils“, „Eher negativ“, „Deutlich negativ“, „Ohne Auswirkung“, „Noch nicht beurteilbar“).

Folgende Merkmale, für die in der Literatur sowohl Assoziationen mit der RTW-Intervention (BEM-/StW-Teilnahme) als auch mit dem RTW-Erfolg (insbesondere: Erwerbstätigkeit/Arbeitsfähigkeit) beschrieben sind, wurden zusätzlich als unabhängige Variablen berücksichtigt:

- *Soziodemografische Merkmale*: Geschlecht, Alter (metrisch in Jahren bzw. kategorisiert verwendet: > 25 bis 54 Jahre vs. 55 Jahre und älter), Schulbildung ([Fach-]Abitur vs. Realschulabschluss bzw. Hauptschulabschluss; es gab keine Fälle ohne oder mit anderem Schulabschluss)
- *Retrospektiv berichtete AU-bezogene Merkmale*: AU-Dauer (in Wochen), Zeitspanne AU-Ende bis MZP (in Wochen) und AU-Grund. Fallzahlbedingt konnten in den Regressionsmodellen (s. unten) nicht sämtliche Kategorien der AU-Gründe separat berücksichtigt werden. Neben psychischen Erkrankungen, die als mit der BEM-/StW-Nutzung (z. B. [26]) und der beruflichen Rückkehr assoziiert (z. B. [16]) gelten, wurde die unfallbedingte AU aufgenommen. Für die unfallbedingte AU wird angenommen, dass möglicherweise weniger Vorbehalte in der Kommunikation zwischen Beschäftigten und AG bestehen und die beruflichen bzw. gesundheitlichen Folgen eher überwunden werden könnten (vgl. [15]). Handelt es sich um einen Arbeitsunfall, könnte dies zudem das Unterstützungsverhalten des/der AG beeinflussen.
- *Retrospektiv für den Zeitraum vor der AU (prä-AU) berichtete arbeitsbezogene Merkmale*: Unternehmensgröße (Tab. 1) und berufliche Gesamtbelastung (als Indikator der Rückkehrmotivation [5, 27]). Entsprechend [5] wurde unterschieden zwischen jenen, die ihre berufliche Situation prä-AU als „sehr belastend“, und jenen, die ihre berufliche Situation prä-AU als „etwas belastend“,

„teils (belastend)/teils (erfüllend“, „erfüllend“, oder „sehr erfüllend“ beschrieben.

- Die Beendigung des Arbeitsverhältnisses unmittelbar aus der AU heraus. Dieser Aspekt wird als *alternative Intervention* bzw. Handlungsoption verstanden, die eine RTW-Intervention wie das BEM oder die StW unwahrscheinlich(er) macht und möglicherweise mit dem späteren Erwerbsverlauf assoziiert ist. Erfolgte keine unmittelbare Rückkehr zum/zur AG, konnte angegeben werden, ob sie aufgrund von Altersrente, Erwerbsminderungsrente, Kündigung durch den/die AG oder eigene Kündigung ausblieb.

Statistische Analysen

Deskriptive Statistiken zu den in den analytischen Modellen verwendeten Variablen sind für die Stichprobe insgesamt und separat für die RTW-Interventionsgruppe sowie die Vergleichsgruppen ausgewiesen. Zur Beantwortung der nutzenbezogenen Forschungsfragen (2,3) wurden multiple binomial-logistische Regressionsmodelle mit der *Erwerbstätigkeit/Arbeitsfähigkeit zum MZP* bzw. der *bzgl. der beruflichen Rückkehr wahrgenommenen AG-Unterstützung* als jeweils abhängiger Variable geschätzt. Die unabhängigen Variablen wurden per Einschluss in die Modelle aufgenommen.

Von den analysierten Fällen weisen 57 % (107/187) keine fehlenden Werte auf. Alle Befragten beantworteten mindestens 69 % der Fragen. Auf Variablenebene variieren die Anteile fehlender Werte zwischen 0 und 24 % (Tab. 1). Da der kumulierte Anteil fehlender Werte bei 43 % liegt, wurden in den Regressionsmodellen imputierte Daten verwendet. Hierzu wurden fehlende Werte per vollständig konditionaler Spezifikation multipel imputiert (Fully Conditional Specification; Anzahl der Iterationen = 10; Anzahl wiederholter Imputationen = 40) [17, 43]. Der Anteil fehlender Information erreicht bei keiner der in den Regressionsmodellen berücksichtigten unabhängigen Variablen die als kritisch definierte Marke von 0,25. Es werden die auf der Ba-

Tab. 1 Charakteristika der Studienteilnehmenden

	Gesamtstichprobe (n = 187) ¹	Keine BEM-/StW-Option (n = 36)	BEM-/StW-Option abgelehnt (n = 45)	BEM-/StW-Option angenommen (n = 90)
Wenn nicht anders angegeben: Anteil in Spalten-% (n)				
Geschlecht				
Mann	50,3 (94)	61,1 (22)	57,8 (26)	43,3 (39)
Frau	49,7 (93)	38,9 (14)	42,2 (19)	56,7 (51)
Alter (Jahre): MW (SD)				
> 25 bis 54 Jahre	51,9 (9,3)	53,4 (9,4)	49,3 (10,0)	52,5 (8,9)
55 Jahre und älter	51,9 (97)	41,7 (15)	66,7 (30)	47,8 (43)
55 Jahre und älter	48,1 (90)	58,3 (21)	33,3 (15)	52,2 (47)
Schulabschluss				
Kein Abschluss	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
Hauptschulabschluss	19,8 (37)	30,6 (11)	20,0 (9)	14,4 (13)
Realschulabschluss	28,3 (53)	25,0 (9)	31,1 (14)	28,9 (26)
(Fach-)Abitur	50,3 (94)	41,7 (15)	48,9 (22)	56,7 (51)
Keine Angabe	1,6 (3)	2,8 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)
AU-Grund (Mehrfachnennung möglich)				
Unfall (Ja)	21,4 (40)	25,0 (9)	22,2 (10)	21,1 (19)
Psychische Erkrankung (Ja)	19,3 (36)	22,2 (8)	8,9 (4)	20,0 (18)
Muskuloskeletale Erkrankung (Ja)	27,3 (51)	22,2 (8)	35,6 (16)	25,6 (23)
Herz-Kreislauf-Erkrankung (Ja)	5,3 (10)	5,6 (2)	2,2 (1)	5,6 (5)
Krebserkrankung (Ja)	7,0 (13)	0,0 (0)	4,4 (2)	12,2 (11)
Andere Erkrankungen (Ja)	26,7 (50)	33,3 (12)	31,1 (14)	21,1 (19)
Keine Angabe	5,3 (10)	8,3 (3)	2,2 (1)	5,6 (5)
AU-Dauer (in Wochen): MW (SD); n_{gültigGesStichpr} = 143; Anteil fehlender Werte: 23,5 %				
28,2 (28,7)	30,0 (34,4)	17,7 (26,7)	30,0 (21,4)	
Zeitlicher Abstand AU-Ende bis MZP [in Wochen]: MW (SD); n_{gültigGesStichpr} = 165; Anteil fehlender Werte: 11,8 %				
89,9 (73,4)	109,9 (78,8)	81,7 (69,1)	90,3 (75,4)	
Unternehmensgröße prä-AU				
0–49 MA	23,0 (43)	25,0 (9)	24,4 (11)	22,2 (20)
50–249 MA	20,3 (38)	25,0 (9)	20,0 (9)	18,9 (17)
250 und mehr MA	53,5 (100)	47,2 (17)	55,6 (25)	55,6 (50)
Keine Angabe	3,2 (6)	2,8 (1)	0,0 (0)	3,3 (3)
(Retrospectiv.) Wahrnehmung der Arbeitssituation prä-AU als ...				
Stark belastend	38,5 (72)	41,7 (15)	20,0 (9)	41,1 (37)
Etwas belastend ... Sehr erfüllend	60,4 (113)	58,3 (21)	80,0 (36)	56,7 (51)
Keine Angabe	1,1 (2)	0,0 (0)	0,0 (0)	2,2 (2)
Rückkehr zum/zur bisherigen AG unmittelbar nach der AU				
Ja, zurückgekehrt	84,0 (157)	63,9 (23)	86,7 (39)	96,7 (87)
Nein: Alters-/Erwerbsminderungsrente	4,3 (8)	2,8 (1)	6,6 (3)	1,1 (1)
Nein: Mir wurde gekündigt [#]	5,9 (11)	22,2 (8)	2,2 (1)	0,0 (0)
Nein: Ich habe gekündigt [#]	3,2 (6)	8,5 (3)	2,2 (1)	0,0 (0)
Noch offen/keine Angabe	2,7 (5)	2,8 (1)	2,2 (1)	2,2 (2)

AG Arbeitgebende(r), AU Arbeitsunfähigkeit, BEM Betriebliches Eingliederungsmanagement, MA Mitarbeitende, MZP Messzeitpunkt, StW Stufenweise Wiedereingliederung

¹Darunter n = 16 Fälle ohne Angabe zur BEM-/StW-Option bzw. -Inanspruchnahme

[#]Im Anschluss an eine Kündigung folgte mehrheitlich Arbeitslosigkeit (n = 12), teilweise ein AG-Wechsel (n = 4), selten die Aufnahme einer Fortbildung/Weiterbildung (n = 1)

sis der multiplen Imputation kalkulierten Odds-Ratios (OR) mit 95 % Konfidenzintervall (95 % KI) berichtet [21]. Zur Beurteilung der Modell- bzw. Anpassungsgüte wurden Likelihood-Quotienten-Tests durchgeführt und gepoolte Nagelkerkes Pseudo-R-Quadrate bestimmt.

Alternative Handlungsoption zum BEM/zur StW: Um einen Eindruck davon zu gewinnen, welche Bedeutung der unmittelbar aus der AU heraus erfolgenden Beendigung des Arbeitsverhältnisses im Zusammenhang von BEM-/StW-Teilnahme und späterer Erwerbstätigkeit/Arbeitsfähigkeit oder wahrgenommener AG-Unterstützung zukommt, wurden zusätzlich Sensitivitätsanalysen durchgeführt. Dabei sind die replizierten regressionsanalytischen Schätzungen aufgrund des Stichprobenumfangs nur für die Gruppe derer, die unmittelbar im Anschluss an die AU im Arbeitsverhältnis blieben, darstellbar. Die Datenanalyse erfolgte mit SPSS Version 23.0 (IBM, Armonk, NY, USA) und R Version 4.2.1 (The R Foundation, Wien, Österreich).

Ergebnisse

Die Analysen basieren auf den Angaben von 187 GHS-Teilnehmenden zu ihren BEM-/StW-Erfahrungen. Von den Studienteilnehmenden (Alter 52 ± 9 Jahre) waren 50 % (94/187) Männer. Der Anteil der Befragten mit (Fach-)Abitur liegt ebenso bei 50 % (94/187). Vor der AU waren 53 % (100/187) der Befragten in einem großen Unternehmen beschäftigt. Die durchschnittliche AU-Dauer betrug 28 Wochen. Bei 21 % der Befragten (40/187) war die AU unfallbedingt, bei 19 % (36/187) Folge einer psychischen Erkrankung. Es gaben 84 % (157/187) der Befragten an, unmittelbar aus der AU heraus zum/zur AG zurückgekehrt zu sein. In der Gruppe ohne BEM-/StW-Option waren dies 64 % (23/36), während 22 % (8/36) gekündigt worden war bzw. 8 % (3/36) selbst gekündigt hatten (Tab. 1).

Nutzung

Ein BEM-Angebot erhielten 45 % (85/187) der Befragten unaufgefordert vom/von der AG, das 58 % (49/85) annahmen

Tab. 2 RTW-Interventionen: Nutzungsoption und Inanspruchnahme

Gesamtstichprobe (n = 187)	Wenn nicht anders angegeben: Anteil in Spalten-% (n)
BEM-Angebot erhalten?	
Ja, AG-initiiert	45,5 (85)
Ja, auf Nachfrage	12,8 (24)
Nein	32,6 (61)
Weiß nicht	1,6 (3)
Keine Angabe	7,5 (14)
BEM-Angebot: angenommen?	
Ja (ohne eigeninitiierte BEM-Angebote; alle Angebote)	57,6 (49/85); 66,1 (72/109)
Nein (ohne eigeninitiierte BEM-Angebote; alle Angebote)	42,4 (36/85); 33,9 (37/109)
StW Teilnahme?	
Ja	41,2 (77)
Nein, wollte nicht	18,7 (35)
Nein, AG hat abgelehnt	2,1 (4)
Nein, keine ärztl. Empfehlung	21,9 (41)
Weiß nicht	2,1 (4)
Keine Angabe	13,9 (26)
Ablehnungsgründe BEM (Mehrfachnennung möglich)	
Kein Bedarf aufgrund der Art der Erkrankung bzw. Unfallfolge	67,6 (25/37)
Kein Nutzen in BEM gesehen	8,1 (3)
Kein Vertrauen in Vorgesetzte	8,1 (3)
Befürchtung negativer Reaktionen der Kollegen/Kolleginnen	2,7 (1)
Möchte nicht wieder zurück zu AG	2,7 (1)
Andere	16,2 (6)
Kein Grund angegeben	5,4 (2)

AG Arbeitgebende(r), BEM Betriebliches Eingliederungsmanagement, StW Stufenweise Wiedereingliederung

(■ Tab. 2). Weitere 13 % (24/187) erhielten ein Angebot auf Nachfrage. Wurde ein BEM-Angebot abgelehnt, geschah dies in gut zwei Dritteln der Fälle (25/37) mangels Bedarfs aufgrund der Art der Erkrankung oder Unfallfolge (■ Tab. 2).

Die überwiegende Mehrheit der BEM-Teilnehmenden (82 %; 59/72) durchlief zeitgleich (n = 48) oder -versetzt (n = 11) zum BEM-Verfahren eine StW (ohne

Tab. 3 Maßnahmen in BEM-Verfahren und Abschluss von BEM- bzw. StW-Verfahren

Maßnahmen im BEM (Mehrfachnennungen möglich) % (n/72)			
Befristete Reduktion der Arbeitszeit	69,4 % (50)	Antrag auf Schwerbehinderung	5,6 % (4)
Arbeitszeit: Dauerhafte Reduktion	15,3 % (11)	Rentenantrag	2,8 % (2)
Arbeitsinhalt: Befristete Änderung	11,1 % (8)	Teamgespräche, Supervision	1,4 % (1)
Arbeitsmedizinische Beratung	11,1 % (8)	Andere	8,3 % (6)
Arbeitsinhalt: Dauerhafte Änderung	6,9 % (5)	Keine	9,7 % (7)
Technisch-bauliche Maßnahmen	5,6 % (4)	Noch unklar/offen	2,8 % (2)
Arbeitsplatzwechsel/Versetzung	5,6 % (4)	Keine Angabe	1,4 % (1)
Abschluss des Verfahrens		BEM (n = 72)	StW (n = 77)
Keine Angabe		52,8 % (38)	23,4 % (18)
Verfahren läuft noch		4,2 % (3)	0,0 % (0)
Aktueller Status unklar		4,2 % (3)	1,3 % (1)
Planmäßig ohne Verlängerung		82,1 % (23/28)	74,1 % (43/58)
Planmäßig mit Verlängerung		14,3 % (4/28)	19,0 % (11/58)
Vorzeitiger Abbruch auf eigenen Wunsch		3,6 % (1/28)	6,9 % (4/58)
Vorzeitiger Abbruch auf AG-Wunsch hin		0,0 % (0/28)	0,0 % (0/58)

AG Arbeitgebende(r), BEM Betriebliches Eingliederungsmanagement, StW Stufenweise Wiedereingliederung

Abb.). Die mit Abstand am häufigsten umgesetzte Maßnahme im BEM war die befristete Reduktion der Arbeitszeit (69 %; 50/72; ■ Tab. 3). Deutlich seltener wurden von den BEM-Teilnehmenden andere Maßnahmen, z. B. arbeitsmedizinische Beratung (11 %; 8/72) oder technisch-bauliche Veränderungen (6 %; 4/72), berichtet. In knapp 10 % der Fälle (7/72) wurden keine Maßnahmen im Rahmen des BEM ergriffen. Auf Wunsch der Beschäftigten wurden 7 % der StW-Verfahren (4/58) und ein BEM-Verfahren abgebrochen (4 %).

Nutzen

Zum MZP, d. h. durchschnittlich 90 Wochen nach AU-Ende, waren 85 % (159/187) der Befragten erwerbstätig bzw. 68 % (128/187) bei mindestens moderater Arbeitsfähigkeit erwerbstätig (■ Tab. 4). In der Gruppe ohne BEM-/StW-Option liegen die entsprechenden Anteile bei 61 % (22/36) bzw. 50 % (18/36). Retrospektiv fühlten sich jeweils 69 % der BEM-/StW-Teilnehmenden (62/90) bzw. derjenigen, die die BEM-/StW-Option ablehnten (31/45), bzgl. des beruflichen Wiedereinstiegs von dem/der AG (eher) aus-

reichend unterstützt. In der Gruppe ohne BEM-/StW-Option trifft dies auf 42 % (15/36) zu.

Direkt danach gefragt, machten 79 % (61/77) der Befragten mit StW-Verfahren und 50 % (36/72) der Befragten mit BEM-Verfahren eine Angabe zu den Auswirkungen des Verfahrens auf die eigene Arbeitsfähigkeit: Mehrheitlich, d. h. 77 % bzw. 75 % von ihnen, beschrieben einen entsprechenden eher positiven oder deutlich positiven Effekt (■ Tab. 4). Keinen Effekt des BEM- bzw. StW-Verfahrens auf die eigene Arbeitsfähigkeit nahmen 8 % (3/36) der BEM- bzw. 5 % (3/61) der StW-Teilnehmenden wahr.

Regressionsmodell 1 zufolge haben Beschäftigte ohne BEM-/StW-Option, aber nicht jene, die die Option ablehnten, eine deutlich geringere Chance, zum MZP mindestens moderat arbeitsfähig erwerbstätig zu sein, als Befragte mit BEM-/StW-Verfahren (OR = 0,35; 95 % KI 0,13–0,91; ■ Tab. 5). Personen mit Hauptschulabschluss weisen gegenüber denjenigen mit (Fach-)Abitur eine ebenfalls deutlich geringere Chance auf, zum MZP bei mindestens moderater Arbeitsfähigkeit erwerbstätig zu sein. Diejenigen mit unfallbedingter AU haben gegen-

Tab. 4 Nutzenbezogene Parameter

	Gesamt (n = 187) ¹	Keine BEM- /StW-Option (n = 36)	BEM-/StW- Option abge- lehnt (n = 45)	BEM-/StW-Option angenommen (n = 90)	
Erwerbstätig zum MZP					
Ja	85,0 (159)	61,1 (22)	86,7 (39)	95,6 (86)	
Nein	13,9 (26)	38,9 (14)	13,3 (6)	2,2 (2)	
Keine Angabe	1,1 (2)	0,0 (0)	0,0 (0)	2,2 (2)	
Arbeitsfähigkeit zum MZP („WAS“)					
0–5 (schlecht)	20,9 (39)	27,8 (10)	11,1 (5)	17,8 (16)	
6–7 (moderat)	29,4 (55)	22,2 (8)	31,1 (14)	35,6 (32)	
8–10 (mindestens gut)	43,3 (81)	41,7 (15)	48,9 (22)	43,3 (39)	
Keine Angabe	6,4 (12)	8,3 (3)	8,9 (4)	3,3 (3)	
Erwerbstätigkeit/Arbeitsfähigkeit zum MZP					
Nicht erwerbstätig, arbeitsunfähig oder bei geringer Arbeitsfähigkeit erwerbstätig	28,3 (53)	50,0 (18)	17,8 (8)	21,1 (19)	
Erwerbstätig bei mindestens moderater Arbeitsfähigkeit	68,4 (128)	50,0 (18)	75,6 (34)	77,8 (70)	
Keine Angabe	3,2 (6)	0,0 (0)	6,7 (3)	1,1 (1)	
Bezüglich der beruflichen Rückkehr AG-Unterstützung wahrgenommen					
Ja/Eher ja	61,5 (115)	41,7 (15)	68,9 (31)	68,9 (62)	
Teils-teils + Eher nicht + Nein	34,2 (64)	58,3 (21)	24,4 (11)	31,1 (28)	
Keine Angabe	4,3 (8)	0,0 (0)	6,7 (3)	0,0 (0)	
Auswirkung auf Arbeitsfähigkeit				BEM (n = 72)	StW (n = 77)
Deutlich positiv/Eher positiv	–	–	–	75,0 % (27/36)	77,0 % (47/61)
Teils-teils + Eher negativ + Deut- lich negativ	–	–	–	16,7 % (6/36)	18,0 % (11/61)
Ohne Auswirkung	–	–	–	8,3 % (3/36)	4,9 % (3/61)

AG Arbeitgebende(r), BEM Betriebliches Eingliederungsmanagement, MA Mitarbeitende, MZP Messzeitpunkt, RTW Return-to-Work, StW Stufenweise Wiedereingliederung, WAS Work Ability Score

¹Darunter n = 16 Fälle ohne Angabe zur BEM-/StW-Option bzw. -Inanspruchnahme

über jenen mit andersbedingter AU eine höhere Chance auf Erwerbstätigkeit zum MZP bei mindestens moderater Arbeitsfähigkeit (■ Tab. 5).

Mit Blick auf die wahrgenommene AG-Unterstützung weisen im Regressionsmodell (2) Beschäftigte ohne BEM-/StW-Option eine geringere Chance auf, sich bzgl. der beruflichen Rückkehr von der/dem AG unterstützt zu fühlen, als Befragte mit BEM-/StW-Verfahren (OR = 0,30; 95 % KI 0,12–0,74) (■ Tab. 6). Eine geringere Chance, sich bzgl. der beruflichen Rückkehr von der/dem AG unterstützt zu fühlen, haben auch Beschäftigte, die retrospektiv ihre berufliche Situation

vor der AU als stark belastend beschrieben (OR = 0,31; 95 % KI 0,13–0,73).

Sensitivitätsanalysen

Unter Ausschluss derjenigen, deren Arbeitsverhältnis unmittelbar aus der AU heraus endete, deuten die Ergebnisse der Sensitivitätsanalysen nur noch tendenziell an, dass die nicht gegebene BEM-/StW-Option mit einer geringeren Chance einhergeht, zum MZP bei mindestens moderater Arbeitsfähigkeit erwerbstätig zu sein, als die BEM-/StW-Teilnahme (OR = 0,80; 95 % KI 0,24–2,66). Der schwächere Zusammenhang verfehlt das 5 %-Signifikanzniveau. Zu-

gleich zeigt sich für diejenigen, die eine BEM-/StW-Option ablehnten, gegenüber denjenigen mit BEM-/StW-Verfahren eine tendenzielle Verschiebung im Chancenverhältnis zugunsten einer höheren Chance auf Erwerbstätigkeit/Arbeitsfähigkeit zum MZP (OR = 1,92; 95 % KI 0,52–7,03). In der Sensitivitätsanalyse wurden die Assoziationen von schulischer Bildung (OR = 0,26; 95 % KI 0,08–0,84) bzw. unfallbedingter AU (OR = 6,77; 95 % KI 1,33–34,41) und der Erwerbstätigkeit/Arbeitsfähigkeit zum MZP nur geringfügig abgeschwächt bzw. verstärkt (■ Tab. 7).

Die Ergebnisse der Sensitivitätsanalysen weisen ebenfalls nur noch tendenziell darauf hin, dass jene ohne BEM-/StW-Option eine geringere Chance haben, sich bzgl. der beruflichen Rückkehr (eher) ausreichend von dem/der AG unterstützt zu fühlen, als jene mit BEM-/StW-Verfahren. Die abgeschwächte Assoziation verfehlt das 5 %-Signifikanzniveau (OR = 0,49; 95 % KI 0,17–1,42). Entsprechendes ist für die als stark belastend wahrgenommene berufliche Situation prä-AU festzustellen (OR = 0,41; 95 % KI 0,16–1,04; ■ Tab. 7). Erneut deutet sich im Vergleich zum Ausgangsmodell für jene, die eine BEM-/StW-Option ablehnten, gegenüber jenen mit BEM-/StW-Verfahren eine begünstigende Verschiebung im Chancenverhältnis an, hier: sich (eher) ausreichend von dem/der AG unterstützt zu fühlen (OR = 1,37; 95 % KI 0,47–3,96).

Diskussion

Die BEM-/StW-Erfahrungen der befragten GHS-Teilnehmenden geben am rheinland-pfälzischen Beispiel Einblick in die aktuelle RTW-Praxis in Deutschland.

Nutzung

Die erhobene BEM-Angebotsquote fällt mit 45 % (85/187) höher aus als in anderen bevölkerungsbasierten Studien berichtete Quoten (34–40 % [19, 22, 26, 48]). Die Annahmequote liegt mit 58 % (49/85) bzw. 66 % (72/109, einschließlich selbstinitiiertem BEM-Angebote) im (unteren) Bereich der bei [19, 22, 26,

Tab. 5 Regressionsmodell 1: Einflussfaktoren auf die Erwerbstätigkeit/Arbeitsfähigkeit zum MZP

Einflussfaktor		n ¹	OR	[95 % KI]
BEM/StW-Option	Nicht gegeben vs. angenommen (Ref.; n = 97)	41	0,35	[0,13–0,91]
	Abgelehnt vs. angenommen (Ref.; n = 97)	49	0,98	[0,33–2,91]
Geschlecht	Männer vs. Frauen ² (Ref.; n = 93)	94	0,76	[0,33–1,73]
Alter	55 Jahre und älter vs. > 25 bis 54 Jahre (Ref.; n = 97)	90	0,46	[0,20–1,03]
Schulabschluss	Hauptschulabschluss vs. (Fach-)Abitur (Ref.; n = 95)	38	0,19	[0,07–0,53]
	Realschulabschluss vs. (Fach-)Abitur (Ref.; n = 95)	54	0,53	[0,21–1,32]
AU-Grund: psychische Erkrankung	Ja vs. nein (Ref.; n = 147)	40	0,86	[0,27–2,75]
AU-Grund: Unfall	Ja vs. nein (Ref.; n = 147)	40	3,49	[1,10–11,10]
Berufliche Situation vor AU	Stark belastend vs. etwas belastend, teils-teils, eher/sehr erfüllend (Ref.; n = 114)	73	0,63	[0,24–1,67]
Zeitraum AU-Ende bis MZP	(in Wochen)	187	1,00	[0,995–1,01]
Unternehmensgröße	0–49 MA vs. ≥ 250 MA (Ref.; n = 103)	44	0,47	[0,18–1,27]
	50–249 MA vs. ≥ 250 MA (Ref.; n = 103)	40	0,62	[0,22–1,77]
AU-Dauer	(in Wochen)	187	0,98	[0,96–1,00]

Abhängige Variable: Erwerbstätigkeit/Arbeitsfähigkeit zum MZP – (1) erwerbstätig bei mind. moderater Arbeitsfähigkeit vs. (0) nicht erwerbstätig, arbeitsunfähig oder bei geringer Arbeitsfähigkeit erwerbstätig (Referenzgruppe); Modellparameter: $F(13, 6109) = 3,69$; $p < 0,01$; Nagelkerkes Pseudo- $R^2 = 0,35$

AU Arbeitsunfähigkeit, BEM Betriebliches Eingliederungsmanagement, MA Mitarbeitende, MZP Messzeitpunkt, Ref. Referenzgruppe, StW Stufenweise Wiedereingliederung

¹n = Mittelwert der Fallzahl über die 40 imputierten Datensets

²Darunter n = 1 mit Angabe neutral zum MZP und weiblich zu früherem MZP

Tab. 6 Regressionsmodell 2: Einflussfaktoren auf die bzgl. der beruflichen Rückkehr wahrgenommene AG-Unterstützung

Einflussfaktor		n ¹	OR	[95 %-KI]
BEM/StW-Option	Nicht gegeben vs. angenommen (Ref.; n = 97)	41	0,30	[0,12–0,74]
	Abgelehnt vs. angenommen (Ref.; n = 97)	49	0,77	[0,30–1,97]
Geschlecht	Männer vs. Frauen ² (Ref.; n = 93)	94	1,34	[0,64–2,80]
Alter	(in Jahren)	187	1,02	[0,98–1,06]
Schulabschluss	Hauptschulabschluss vs. (Fach-)Abitur (Ref.; n = 95)	38	0,54	[0,20–1,50]
	Realschulabschluss vs. (Fach-)Abitur (Ref.; n = 95)	54	0,70	[0,30–1,63]
AU-Grund: psychische Erkrankung	Ja vs. nein (Ref.; n = 147)	40	0,45	[0,17–1,23]
AU-Grund: Unfall	Ja vs. nein (Ref.; n = 147)	40	0,73	[0,31–1,75]
Berufliche Situation vor AU	Stark belastend vs. etwas belastend, teils-teils, eher/sehr erfüllend (Ref.; n = 114)	73	0,31	[0,13–0,73]
Zeitraum AU-Ende bis MZP	(in Wochen)	187	0,99	[0,99–1,00]
Unternehmensgröße	0–49 MA vs. ≥ 250 MA (Ref.; n = 103)	44	1,08	[0,43–2,70]
	50–249 MA vs. ≥ 250 MA (Ref.; n = 103)	40	0,57	[0,23–1,41]
AU-Dauer	(in Wochen)	187	0,99	[0,98–1,01]

Abhängige Variable: bzgl. der beruflichen Rückkehr wahrgenommene AG-Unterstützung – (1) ja und eher ja vs. (0) teils-teils, eher nicht, nein (Ref.); Modellparameter: $F(13, 10.077) = 3,32$; $p < 0,01$; Nagelkerkes Pseudo- $R^2 = 0,30$

AG Arbeitgebende(r), AU Arbeitsunfähigkeit, BEM Betriebliches Eingliederungsmanagement, MA Mitarbeitende, MZP Messzeitpunkt, Ref. Referenzgruppe, StW Stufenweise Wiedereingliederung

¹n = Mittelwert der Fallzahl über die 40 imputierten Datensets

²Darunter n = 1 mit Angabe neutral zum MZP und weiblich zu früherem MZP

48] genannten Quoten, die zwischen 61 und 77 % variieren. Die studienübergreifende Vergleichbarkeit der Quoten ist methodisch bedingt (bspw. die Stichproben- und Itemdefinition oder den Bezugszeitraum betreffend) begrenzt. Belastbare Aussagen zur zeitlichen Ent-

wicklung von Nutzungsquoten bedürfen Messwiederholungen bei möglichst gleichen Bedingungen. In ihrer Gesamtheit betrachtet, weisen die Studienergebnisse jedoch auf fortbestehende Umsetzungslücken hin.

Etwas mehr als jedes fünfte BEM-Verfahren (24/109) basiert den vorliegenden Ergebnissen zufolge auf Eigeninitiative der Beschäftigten. Der entsprechende Anteil beträgt bei [19] 16 %. Dies zeigt einerseits, dass informierte Beschäftigte in der Lage sind, ihre Ansprüche ein-

Tab. 7 Sensitivitätsanalysen: Regressionsmodelle 1 und 2 differenziert für die Subgruppe derer mit unmittelbar nach der Arbeitsunfähigkeit (AU) fortgesetztem Arbeitsverhältnis

Unmittelbar aus der AU heraus ...		n ¹ (% von 160 bzw. 27)	Modell 1 sens.: Erwerbstätigkeit/Arbeitsfähigkeit zum MZP		Modell 2 sens.: wahrg. AG-Unterstützung	
			OR [95 % KI]	OR [95 % KI]	OR [95 % KI]	OR [95 % KI]
Arbeitsverhältnis fortgesetzt (n = 160)	BEM/StW-Option nicht gegeben vs. angenommen (Ref.; n = 94)	25 (15,6 %)	0,80 [0,24–2,66]	0,80 [0,17–1,42]	0,49 [0,17–1,42]	
Arbeitsverhältnis beendet (n = 27)	BEM/StW-Option abgelehnt vs. angenommen (Ref.; n = 94)	41 (25,6 %)	1,92 [0,52–7,03]	1,37 [0,47–3,96]	1,37 [0,47–3,96]	
Arbeitsverhältnis beendet (n = 27)	BEM/StW-Option nicht gegeben vs. angenommen (Ref.; n = 3)	16 (59,3 %)	–	–	–	
Arbeitsverhältnis beendet (n = 27)	BEM/StW-Option abgelehnt vs. angenommen (Ref.; n = 3)	8 (29,6 %)	–	–	–	
Arbeitsverhältnis fortgesetzt (n = 160)	Männer vs. Frauen ² (Ref.; n = 80)	80 (50,0 %)	0,80 [0,31–2,02]	1,48 [0,67–3,27]	1,48 [0,67–3,27]	
Arbeitsverhältnis beendet (n = 27)	Männer vs. Frauen ² (Ref.; n = 13)	14 (51,9 %)	–	–	–	
Arbeitsverhältnis fortgesetzt (n = 160)	55 Jahre und älter vs. > 25 bis 54 Jahre (Ref.; n = 85) // Alter (Jahre)*	75 (46,9 %) // 160	0,59 [0,24–1,44]	1,03 [0,98–1,07]	1,03 [0,98–1,07]	
Arbeitsverhältnis beendet (n = 27)	55 Jahre und älter vs. > 25 bis 54 Jahre (Ref.; n = 12) // Alter (Jahre)*	15 (55,6 %) // 27	–	–	–	
Arbeitsverhältnis fortgesetzt (n = 160)	Hauptschulabschluss vs. (Fach-)Abitur (Ref.; n = 88)	28 (17,5 %)	0,26 [0,08–0,84]	0,55 [0,18–1,73]	0,55 [0,18–1,73]	
Arbeitsverhältnis beendet (n = 27)	Hauptschulabschluss vs. (Fach-)Abitur (Ref.; n = 88)	44 (27,5 %)	0,67 [0,23–1,97]	0,77 [0,30–2,00]	0,77 [0,30–2,00]	
Arbeitsverhältnis beendet (n = 27)	Hauptschulabschluss vs. (Fach-)Abitur (Ref.; n = 7)	10 (37,0 %)	–	–	–	
Arbeitsverhältnis fortgesetzt (n = 160)	Realschulabschluss vs. (Fach-)Abitur (Ref.; n = 7)	10 (37,0 %)	–	–	–	
Arbeitsverhältnis beendet (n = 27)	AU-Grund: psychische Erkrankung ja vs. nein (Ref.; n = 134)	26 (16,3 %)	1,21 [0,31–4,79]	0,62 [0,21–1,85]	0,62 [0,21–1,85]	
Arbeitsverhältnis fortgesetzt (n = 160)	AU-Grund: psychische Erkrankung ja vs. nein (Ref.; n = 13)	14 (51,9 %)	–	–	–	
Arbeitsverhältnis beendet (n = 27)	AU-Grund: Unfall ja vs. nein (Ref.; n = 125)	35 (21,9 %)	6,77 [1,33–34,41]	0,83 [0,32–2,13]	0,83 [0,32–2,13]	
Arbeitsverhältnis fortgesetzt (n = 160)	AU-Grund: Unfall ja vs. nein (Ref.; n = 22)	5 (18,5 %)	–	–	–	
Arbeitsverhältnis beendet (n = 27)	Berufliche Situation vor AU stark belastend vs. etwas belastend, teils-teils, eher/sehr erfüllend (Ref.; n = 109)	51 (31,9 %)	1,01 [0,34–3,00]	0,41 [0,16–1,04]	0,41 [0,16–1,04]	
Arbeitsverhältnis beendet (n = 27)	Berufliche Situation vor AU stark belastend vs. etwas belastend, teils-teils, eher/sehr erfüllend (Ref.; n = 5)	22 (81,5 %)	–	–	–	
Arbeitsverhältnis fortgesetzt (n = 160)	Zeitraum AU-Ende bis MZP (in Wochen)	160	1,00 [0,99–1,01]	0,99 [0,988–0,999]	0,99 [0,988–0,999]	
Arbeitsverhältnis beendet (n = 27)	Zeitraum AU-Ende bis MZP (in Wochen)	27	–	–	–	
Arbeitsverhältnis fortgesetzt (n = 160)	U-Größe 0–49 MA vs. ≥ 250 MA (Ref.; n = 89)	37 (23,1 %)	0,55 [0,18–1,67]	1,17 [0,42–3,26]	1,17 [0,42–3,26]	
Arbeitsverhältnis beendet (n = 27)	U-Größe 50–249 MA vs. ≥ 250 MA (Ref.; n = 89)	34 (21,3 %)	0,62 [0,19–1,97]	0,53 [0,20–1,37]	0,53 [0,20–1,37]	
Arbeitsverhältnis beendet (n = 27)	U-Größe 0–49 MA vs. ≥ 250 MA (Ref.; n = 14)	8 (29,6 %)	–	–	–	
Arbeitsverhältnis fortgesetzt (n = 160)	U-Größe 50–249 MA vs. ≥ 250 MA (Ref.; n = 14)	5 (18,5 %)	–	–	–	
Arbeitsverhältnis beendet (n = 27)	AU-Dauer (in Wochen)	160	0,99 [0,97–1,01]	1,00 [0,98–1,01]	1,00 [0,98–1,01]	
Arbeitsverhältnis beendet (n = 27)	AU-Dauer (in Wochen)	27	–	–	–	

Modell 1 sens.: abhängige Variable: Erwerbstätigkeit/Arbeitsfähigkeit zum MZP – (1) erwerbstätig bei mind. moderater Arbeitsfähigkeit vs. (0) nicht erwerbstätig, arbeitsunfähig oder bei geringer Arbeitsfähigkeit erwerbstätig (Referenzgruppe); F (13, 2915) = 1,53; p = 0,0996; Nagelkerkes Pseudo-R² = 0,22; **Modell 2 sens.: abhängige Variable:** bzgl. der beruflichen Rückkehr wahrgenommene AG-Unterstützung – (1) ja und eher ja vs. (0) teils-teils, eher nicht, nein (Ref.); F (13, 19,643) = 1,72; p = 0,0509; Nagelkerkes Pseudo-R² = 0,20

AG Arbeitgebende(n), AU Arbeitsunfähigkeit, BEM Betriebliches Eingliederungsmanagement, MA Mitarbeitende, MZP Messzeitpunkt, Ref. Referenzgruppe, StW Stufenweise Wiedereingliederung

*Im Modell zur wahrg. AG-Unterstützung metrische Altersvariable verwendet [in Jahren]

¹n = Mittelwert der Fallzahl über die 40 imputierten Datensets

²Darunter n = 1 mit Angabe neutral zum MZP und weiblich zu früherem MZP

zufordern, obgleich kein individueller Rechtsanspruch besteht [29]. Andererseits wird deutlich, dass AG ihrer Pflicht zum BEM-Angebot unzureichend nachkommen. Während die unterlassene Empfehlung der StW medizinisch begründet sein kann, sind AG bei ausreichend langer AU-Dauer zum BEM-Angebot verpflichtet. Obgleich dies nicht zur Umsetzung spezifischer Maßnahmen verpflichtet, berichteten zwei von drei der hier Befragten, an einer StW im Rahmen des BEM teilgenommen zu haben. Andere als arbeitszeitbezogene Maßnahmen spielen nur eine untergeordnete Rolle, wie auch die arbeitsmedizinische Beratung. Unsere Ergebnisse stützen damit Studien, nach denen die StW die häufigste Maßnahme im BEM bzw. im Rahmen der betrieblichen Eingliederung darstellt [19, 25, 30, 33] und oftmals (eindimensional) gleichgesetzt wird mit der befristeten Reduktion und schrittweisen Anhebung der Arbeitszeit [39].

Früheren Studien zufolge werden StW-Verfahren seitens der Beschäftigten aus befürchteter gesundheitlicher Überforderung abgelehnt [37]. Auch das ärztliche Empfehlungs- und Informationsverhalten sowie das (Veto-)Verhalten von AG können der Durchführung einer StW entgegenstehen [4, 6]. Bei der Entscheidung der hier befragten GHS-Teilnehmenden, ein BEM-Angebot abzulehnen, stand dagegen im Vordergrund, aufgrund der Art der Erkrankung bzw. Unfallfolge *keinen Bedarf* gehabt zu haben. Bei [19] zeigt sich eine vergleichbare Verteilung. Die Beschäftigten könnten sich als ausreichend selbstwirksam bzw. handlungsfähig erleben oder die Erkrankung auf außerbetriebliche Ursachen zurückführen. Möglicherweise liegen dem mangelnden Bedarf doch auch Kosten-Nutzen-Abwägungen oder mangelndes Wissen über BEM zugrunde [6, 32, 37]. AG und Ärztinnen/Ärzte sollten hier in der Lage sein, die Entscheidungsfindung kompetent zu unterstützen.

Nutzen

Die direkten subjektiven Nutzenbewertungen zeichnen ein durchaus vielversprechendes Bild: Insgesamt 75 % bzw. 77 % der sich hierzu äussernden

BEM-/StW-Teilnehmenden berichteten deutlich positive oder eher positive Auswirkung des BEM- bzw. StW-Verfahrens auf die eigene Arbeitsfähigkeit. In den wenigen Studien aus der StW- bzw. BEM-Forschung, die hierzu Angaben berichten, fallen die von den Befragten abgegebenen direkten Verfahrens-/Nutzenbewertungen ähnlich positiv aus [4, 6, 19]. Dabei wurden teilweise ausschließlich Personen mit explizit *umgesetzten Maßnahmen* im BEM-Verfahren um eine Einschätzung gebeten [19]. Dies ist in der alltäglichen BEM-Praxis nicht immer gegeben, was auch die eigenen Ergebnisse belegen (in knapp 10 % der Fälle wurden keine Maßnahmen im BEM ergriffen; auch: [19]). Bei der Deutung der in unserer Untersuchung erhobenen Daten gilt es außerdem zu berücksichtigen, dass die Hälfte der Befragten mit BEM-Verfahren bzw. ein Fünftel der Befragten mit StW-Verfahren *keine Angaben* zu den wahrgenommenen Auswirkungen des BEM/der StW auf die Arbeitsfähigkeit machten. Dies könnte darauf hindeuten, dass es den Befragten eher schwerfällt, entsprechende Bewertungen abzugeben. Dabei scheinen sie eher in Bezug auf die StW eine wirksamkeitsbezogene Aussage treffen zu können. Möglicherweise ist den Befragten nicht klar genug (geworden), was vom BEM ohne die StW als Maßnahme verbleibt, das sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken könnte, bzw. wie die Wirksamkeit anderer Aspekte (z. B. Gespräche, ■ Tab. 3) zu beurteilen ist.

Beschäftigte ohne BEM-/StW-Option scheinen eine geringere Chance zu haben, zum MZP bei mindestens moderater Arbeitsfähigkeit erwerbstätig zu sein, als BEM-/StW-Teilnehmende. Werden diejenigen außen vor gelassen, die unmittelbar aus der AU heraus nicht ins Arbeitsverhältnis zurückkehrten, verringert sich jedoch die Stärke des Zusammenhangs deutlich. Wie schwerwiegend der Verlust des Arbeitsplatzes ist, zeigt sich auch in der StW-Forschung, derzufolge ein unmittelbar im Anschluss an die Rehabilitation bzw. StW nicht geglückter beruflicher Wiedereinstieg mit einem deutlich erhöhten Risiko für Frühberentung einhergeht [6]. Umso mehr ist da-

rauf zu achten, dass Verfahren wie das BEM rechtzeitig umgesetzt werden. Um die sich in den Ausgangsmodellen andeutende Wirksamkeit der Verfahren untermauern zu können, und auszuschließen, dass sich die Inanspruchnahme eines BEM-/StW-Verfahrens nur gegenüber einer nicht gegebenen BEM-/StW-Option, die mit der unmittelbaren Beendigung des Arbeitsverhältnisses einhergeht, wirksam zeigt, bedarf es weiterer Untersuchungen mit größeren Fallzahlen. Weniger relevant dürfte sein, dass sich der Nutzen der BEM-/StW-Inanspruchnahme nicht gegenüber denjenigen, die die BEM-/StW-Option ablehnten, bestätigen ließ. Für diese, eine gegebene Option ablehnende, Gruppe kann angenommen werden, dass sie u. a. auch krankheitsbedingt über die besseren Voraussetzungen für eine erfolgreiche berufliche Rückkehr verfügt und weniger auf formelle Unterstützung angewiesen ist.

Inwieweit das Unterlassen eines BEM-Angebots tatsächlich Folge einer bewussten Abwägung ist, kann hier nur gemutmaßt werden. Es stellt sich jedoch die Frage, ob Interventionen wie BEM, selbst wenn sie qua Gesetz angeboten (und angenommen) werden, überhaupt wirksam sein können, wenn zugleich kein oder nur einseitiges Interesse an der Fortführung des Arbeitsverhältnisses besteht. An anderer Stelle wurde bereits deutlich, wie wichtig, aber auch schwierig die gemeinsame Zielfindung von AG und Beschäftigten im BEM-Prozess ist [25, 32, 35].

Die vorliegenden Studienergebnisse weisen weiterhin auf einen positiven Zusammenhang von Bildungsstand und zum MZP gegebener Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbstätigkeit hin. Sie entsprechen insofern Feststellungen aus der RTW-Forschung, nach welchen Personen mit höherer Bildung die berufliche Rückkehr eher gelingt. Dabei fassen Etuknwa et al. [13] zusammen, dass höher Gebildete über mehr berufliche Möglichkeiten, Zuversicht und gesundheitsrelevantes Wissen verfügten und dadurch eher RTW-begünstigende Entscheidungen treffen könnten. Hinweisen der StW-Forschung zufolge profitierten (daher) vor allem stark Frühberentungsgefährdete, darunter auch Personen mit geringer Bildung, von einer StW-

Teilnahme [7]. Anhand der vorliegenden Untersuchungsergebnisse ließ sich für die gemeinsam betrachteten BEM-/StW-Verfahren kein relevanter Beitrag zur Reduzierung bestehender sozialer Ungleichheiten in der Arbeitsfähigkeit/Erwerbstätigkeit nachweisen.

Mit Blick auf die Rolle des/der AG bleibt festzustellen: Im Falle eines in Anspruch genommenen BEM-/StW-Verfahrens bewerteten knapp mehr als zwei von drei Beschäftigten die bzgl. der beruflichen Rückkehr erfahrene AG-Unterstützung als (eher) ausreichend. In der Gruppe ohne BEM-/StW-Option, die (alternativ) vergleichsweise häufig von der unmittelbaren Beendigung des Arbeitsverhältnisses betroffen ist, liegt der entsprechende Anteil bei 42 %. Diese Werte können als Benchmarks für Unternehmen oder zukünftige Erhebungen dienen. Auch die sich andeutende positive Assoziation der Inanspruchnahme eines BEM-/StW-Verfahrens und der wahrgenommenen AG-Unterstützung bedarf weiterer empirischer Untermauerung mittels belastbarer Stichproben und prospektiver Studien. Diese werden auch benötigt, um der Frage nachzugehen, inwieweit BEM-/StW-Verfahren in bereits verfahrenen Situationen am Arbeitsplatz, die im Empfinden einer starken Beanspruchung Ausdruck finden, die Wirkung entfalten können, die sich Beschäftigte von ihrer Inanspruchnahme erhoffen.

Stärken und Limitationen der Studie

Die vorliegende Untersuchung schließt anders als frühere Studien zur Nutzung des BEM zum MZP Nichterwerbstätige ein, so dass auch die Erfahrungen von Personen einfließen, deren berufliche Wiedereingliederung nicht (andauernd) gelang. Diesen potenziell kritischeren, wichtigen Stimmen wurde damit Raum gegeben. Bei der Einordnung und Generalisierung der Studienergebnisse ist weiterhin zu berücksichtigen, dass es zu einer Überschätzung der tatsächlichen BEM-Angebotsquote gekommen sein könnte. So sind in der Stichprobe Personen mit geringerem sozioökonomischem Status unterrepräsentiert [24].

Zugleich sind aufgrund der Regionalität der GHS – im Vergleich zum Bundesdurchschnitt – in kleinen Unternehmen Beschäftigte (GHS: 23 %/D: 40 % [41]) unter- bzw. in großen Unternehmen Beschäftigte überdurchschnittlich häufig vertreten (GHS: 53 %/D: 40 % [41]). Aufgrund des Querschnittsdesigns der Studie sind keine kausalen Schlussfolgerungen, sondern nur Hinweise auf Assoziationen, möglich. Zudem gehen mit kleinen Fallzahlen ein höheres Risiko für Zufallsbefunde und breitere Konfidenzintervalle einher. Die Aussagen sind auch deshalb vorrangig hypothesengenerierend zu verstehen.

Ausblick

Die erfassten und diskutierten Kennzahlen sprechen dafür, dass im Arbeitsalltag in Bezug auf BEM Umsetzungsdefizite bestehen, die insbesondere angebotsseits kritisch zu betrachten sind. Knapp mehr als zwei Drittel der BEM-/StW-Teilnehmenden bewerteten die erfahrene AG-Unterstützung als (eher) ausreichend und damit deutlich mehr als Personen ohne BEM-/StW-Option. Luft nach oben besteht jedoch ebenso (deutlich). Es ist davon auszugehen, dass es nicht allein auf die Option, an einem Verfahren teilzunehmen, ankommt, sondern auch darauf, wie die Verfahren umgesetzt werden. Zukünftige Forschung sollte noch stärker auf die nutzenbringende Umsetzung der Verfahren fokussieren. Auch die (wissenschaftliche) Überprüfung, inwieweit BEM-/StW-Verfahren bei spezifischen Risiko- bzw. Beschäftigtengruppen wirksam(er) sind, steht noch aus. In der Praxis gilt es, zu erproben und umzusetzen, worauf es im Rahmen von BEM-/StW-Verfahren zur Förderung und Sicherung von Arbeitsfähigkeit und Erwerbstätigkeit ankommt. Erste und wichtigste Voraussetzung hierfür ist, dass die Verfahren überhaupt und auch bei drohender Beendigung des Arbeitsverhältnisses durchgeführt werden.

Fazit für die Praxis

- **Arbeitgebende (AG) und Ärztinnen/Ärzte sollten die Ergebnisse zum Anlass nehmen, das eigene Handeln**

zur Unterstützung von Beschäftigten bzw. Patientinnen/Patienten beim beruflichen Wiedereinstieg nach langer Arbeitsunfähigkeit zu reflektieren.

- **„Ausstiegsgefährdete“ Personen und besonders jene, die bereits selbst oder deren AG mit der Beendigung des Arbeitsverhältnisses befasst sind, gilt es zu erreichen. Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) bietet hierzu Gelegenheit.**
- **Förderlich könnte sich das zum BEM-Prozess am Arbeitsplatz zeitgleiche Thematisieren von Erwerbstätigkeit und Stufenweiser Wiedereingliederung (StW) im ambulanten (vertragsärztlichen) Arzt-Patient-Kontakt auswirken.**
- **Auf dem Weg zu abgestimmtem Handeln könnten aufgrund ihrer medizinischen und betrieblichen Sachkenntnis und in ihrer Rolle als Vertrauensperson Betriebsärztinnen/-ärzte bei der Begleitung von BEM-/StW-Prozessen eine Schlüssel-funktion einnehmen.**
- **Der Erfahrungsaustausch von Unternehmensvertretern/-vertreterinnen, Ärztinnen/Ärzten aus dem betriebs- und vertragsärztlichen sowie rehabilitationsmedizinischen Bereich sowie Renten- bzw. Krankenversicherungsträgern könnte dazu beitragen, vorhandene Kenntnisse und Kompetenzen zu bündeln und Prozessabläufe zu verbessern.**

Korrespondenzadresse

Merle Riechmann-Wolf
Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin
der Universitätsmedizin Mainz, Johannes
Gutenberg-Universität Mainz
Obere Zahlbacher Str. 67, 55131 Mainz,
Deutschland
merle.riechmann-wolf@unimedizin-mainz.de

Förderung. Der arbeitsmedizinische Teil der GHS und dieses Projekt wurden von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin gefördert [www.baua.de/EN/Research/Research-projects/f2447]. Die GHS wird finanziert und unterstützt durch die rheinland-pfälzische Landesregierung (Stiftung Rheinland-Pfalz für Innovation [Vertrag AZ 961-386261/733]), das Wissenschaftsprogramm Wissenschaft Zukunft und das Forschungszentrum Translationale Vaskuläre Biologie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz sowie Boehringer In-

gelheim und PHILIPS Medical Systems. Philipp S. Wild wird finanziert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung [BMBF 01EO1503]. Philipp S. Wild und Philipp Lurz sind die leitenden verantwortlichen Wissenschaftler des Deutschen Zentrums für Herz-Kreislauf-Forschung (DZHK).

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Datenverfügbarkeit. Die in dieser Studie erhobenen Datensätze können auf begründete Anfrage beim Korrespondenzautor angefordert werden.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. M. Riechmann-Wolf, S. Jankowiak, J. Hegewald, M. Prigge, M. Nübling, K. Romero Starke, A. Freiberg, A. Seidler, D. Zahn, R. Baumkötter, T. Münzel, N. Pfeiffer, P.S. Wild, M.E. Beutel, E. Gianicolo, K.J. Lackner, P. Dietz und S. Letzel geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die Studie wurde von der Ethikkommission der staatlichen Ärztekammer Rheinland-Pfalz genehmigt (837.020.07(5555)). Alle Befragten gaben ihr schriftliches Einverständnis zur Studienteilnahme. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig und ein Austritt jederzeit möglich.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Bethge M (2016) Effects of graded return-to-work: a propensity-score-matched analysis. *Scand J Work Environ Health* 42:273–279
- Bethge M, Spanier K, Köhn S, Schlumbohm A (2021) Self-reported work ability predicts health-related exit and absence from work, work participation, and death: longitudinal findings from a sample of German employees. *Int Arch Occup Environ Health* 94:591–599
- de Boer AG, Torp S, Popp A et al (2020) Long-term work retention after treatment for cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Cancer Surviv* 14:135–150
- Bürger W (2004) Stufenweise Wiedereingliederung nach orthopädischer Rehabilitation – Teilnehmer, Durchführung, Wirksamkeit und Optimierungsbedarf. *Rehabilitation* 43:152–161
- Bürger W, Deck R (2009) SIBAR – ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 48:211–221
- Bürger W, Glaser-Möller N, Kulick B, Pallenberg C, Stapel M (2011) Stufenweise Wiedereingliederung zulasten der gesetzlichen Rentenversicherung – Ergebnisse umfassender Routinedatenanalysen und Teilnehmerbefragungen. *Rehabilitation* 50:74–85
- Bürger W, Streibelt M (2019) Wer profitiert von Stufenweisen Wiedereingliederungen zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung? – Ergebnisse einer Kohortenstudie. *Rehabilitation* 58:163–171
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2023) Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2023. <https://www.baua.de/DE/Themen/Monitoring-Evaluation/Zahlen-Daten-Fakten/Kosten-der-Arbeitsunfaehigkeit>. Zugegriffen: 11. Apr. 2025
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2024) Hamburger Modell: Wie finde ich nach einer Krankheit zurück ins Arbeitsleben? https://www.einfach-teilhabe.de/DE/AS/Ratgeber/02_Hamburger_Modell/Hamburger_Modell_node.html. Zugegriffen: 11. Apr. 2025
- Deutscher Bundestag (2003) Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen. <https://dserver.bundestag.de/btd/15/017/1501783.pdf>. Zugegriffen: 11. Apr. 2025 (Drucksache 15/1783)
- Deutsche Rentenversicherung (2003) Leitfadens zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM). www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/Arbeitgeber-und-Steuerberater/BEM/bem_leitfaden.html. Zugegriffen: 11. Apr. 2025
- Eggerer R, Kaiser H, Jastrow B (2009) Abschlussbericht des Projekts EIBE: EIBE 2 – Entwicklung und Integration eines betrieblichen Eingliederungsmanagements. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssao-327075>. Zugegriffen: 11. Apr. 2025 (Forschungsbericht / Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bd. FB401; Nürnberg)
- Etuknwa A, Daniels K, Eib C (2019) Sustainable return to work: a systematic review focusing on personal and social factors. *J Occup Rehabil* 29:679–700
- G-BA (2023) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 SGB V. <https://www.g-ba.de/richtlinien/2/>. Zugegriffen: 11. Apr. 2025 (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie vom 07.12.2023)
- Goñon A (2023) Eingliederung als Rechtfertigungsarbeit. Konventionen betrieblicher Arbeitsintegration am Beispiel psychisch erkrankter Beschäftigter, 1. Aufl. Springer, Wiesbaden
- Gagnano A, Negrini A, Miglioretti M, Corbière M (2018) Common psychosocial factors predicting return to work after common mental disorders, cardiovascular diseases, and cancers: a review of reviews supporting a cross-disease approach. *J Occup Rehabil* 28:215–231
- Graham JW, Olchowski AE, Gilreath TD (2007) How many imputations are really needed? Some practical clarifications of multiple imputation theory. *Prev Sci* 8:206–213
- Hasselhorn HM, Freude G (2007) Der Work-Ability-Index: ein Leitfaden. Wirtschaftsverband NW, Bremerhaven
- Hasselhorn HM, Riechmann-Wolf M, Wrage W, Wegewitz U, Sikora A (2025) Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) bei älteren Beschäftigten in Deutschland – Ergebnisse der IIdA-(Kohorten-)Studie. *Rehabilitation* 64:101–110
- Hegewald J, Wegewitz UE, Euler U et al (2019) Interventions to support return to work for people with coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 3:CD10748
- Heymans M, Eekhout I (2019) Applied missing data analysis with SPSS and (R)Studio. <https://bookdown.org/mwheymans/bookmi>. Zugegriffen: 11. Apr. 2025
- Hollereder A (2021) Prevalence and utilization of company integration management in Germany: results of the 2018 BiBB/BAuA survey of employed persons. *J Occup Health* 63:e12276
- Jääskeläinen A, Kausto J, Seitsamo J et al (2016) Work ability index and perceived work ability as predictors of disability pension: a prospective study among Finnish municipal employees. *Scand J Work Environ Health* 42:490–499
- Kirschner Y (2017) Quantitative und qualitative Charakteristika des Loss to Follow-up Quantitative und qualitative Charakteristika des Loss to Follow-up nach 2,5 und 5 Jahren bei der Gutenberg-Gesundheitsstudie. IMBEI, Mainz
- Kohte W (2010) Das betriebliche Eingliederungsmanagement – Ein doppelter Suchprozess. *WSI* 7:374–377
- Loerbroks A, Scharf J, Angerer P, Spanier K, Bethge M (2021) The prevalence and determinants of being offered and accepting operational management services—a cohort study. *Int J Environ Res Public Health* 18:2158
- Mittag O, Kolenda KD, Nordmann KJ, Bernien J, Maurischat C (2001) Return to work after myocardial infarction/coronary artery bypass grafting: patients' and physicians' initial viewpoints and outcome 12 months later. *Soc Sci Med* 52:1441–1450
- Mokarami H, Cousins R, Kalteh HO (2022) Comparison of the work ability index and the work ability score for predicting health-related quality of life. *Int Arch Occup Environ Health* 95:213–221
- Nebe K (2023) Das Gesetz zur Förderung eines inklusiven Arbeitsmarktes – ohne BEM und StW? https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_D/2023/D3-2023_Gesetz_zur_F%C3%B6rderung_eines_inklusive_Arbeitsmarktes.pdf. Zugegriffen: 11. Apr. 2025
- Niehaus M, Marfels B, Vater G, Magin J, Werkstetter E (2008) Betriebliches Eingliederungsmanagement: Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssao-265779>. Zugegriffen: 11. Apr. 2025
- Nowrouzi-Kia B, Garrido P, Gohar B et al (2023) Evaluating the effectiveness of return-to-work interventions for individuals with work-related mental health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Healthcare* 11:1403
- Ohlbrecht H, Detka C, Kuczyk S, Lange B (2018) Return to Work und Stay at Work – Die Frage nach einem gelingenden betrieblichen Eingliederungsmanagement. *Rehabilitation* 57:157–164
- Opelt M, Hege M, Rester D (2020) Betriebliches Eingliederungsmanagement aus der Beschäftigtenperspektive. *ASU* 02:114–122
- Riechmann-Wolf M (2025) Nutzung und Nutzen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements und der Stufenweisen Wiedereingliederung: Er-

- fahrungen (ehemals) abhängig Beschäftigter aus Rheinland-Pfalz, Deutschland mit betrieblichen ‚Return to work‘-Interventionen nach Arbeitsunfähigkeit. Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz
35. Riechmann-Wolf M, Benkler S, Bogner K et al (2025) Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) im Setting Schule: Ziele und Erfahrungen von Schulbediensteten in Rheinland-Pfalz – Ergebnisse einer qualitativen Studie. *Rehabilitation* 64:76–84
 36. Schmid L, Jankowiak S, Kaluscha R, Krischak G (2016) Nachsorgeempfehlungen zur stufenweisen Wiedereingliederung: Inwieweit erklären Rehabilitandenmerkmale die bestehenden Unterschiede zwischen den Einrichtungen? *Rehabilitation* 55:167–174
 37. Schneider U, Linder R, Verheyen F (2016) Long-term sick leave and the impact of a graded return-to-work program: evidence from Germany. *Eur J Health Econ* 17:629–643
 38. Schulz IL, Sikora A, Schröder UB, Stegmann R (2021) Stufenweise Wiedereingliederung – Eine integrative Maßnahme der Rückkehr, 1. Aufl. <https://doi.org/10.21934/baua:fakten20210602>
 39. Schulz IL, Stegmann R, Wegewitz U, Bethge M (2022) The current practice of gradual return to work in Germany: a qualitative study protocol. *Int J Environ Res Public Health* 19:3740
 40. Sikora A, Schulz IL, Schröder UB, Stegmann R (2021) Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) – Ein individueller, systematischer und lebendiger Prozess, 1. Aufl. <https://doi.org/10.21934/baua:fakten20210601>
 41. Statistisches Bundesamt (2022) Ausgewählte Ergebnisse zu kleinen und mittleren Unternehmen in Deutschland. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Unternehmen/Kleine-Unternehmen-Mittlere-Unternehmen/>. Zugriffen: 11. Apr. 2025
 42. Statistisches Bundesamt (2025) Pressemitteilung: KORREKTUR: Öffentliche Bildungsausgaben 2023 um 4,3 % (vorher: 4,4 %) gestiegen. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/12/PD24_470_21711.html. Zugriffen: 11. Apr. 2025
 43. Urban D, Mayerl J, Wahl A (2016) Regressionsanalyse bei fehlenden Variablenwerten (missing values): Imputation oder Nicht-Imputation?: Eine Anleitung für die Regressionspraxis mit SPSS. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:93-opus-ds-91298>. Zugriffen: 11. Apr. 2025
 44. van Vilsteren M, van Oostrom SH, de Vet HCW, Franche RL, Boot CRL, Anema JR (2015) Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev* 10:CD6955
 45. Waddell B, Burton AK (2006) Is Work Good For Your Health And Well-Being? <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7cd68640f0b6629523c1de/hwwb-is-work-good-for-you-exec-summ.pdf>. Zugriffen: 11. Apr. 2025
 46. Wegrzynek PA, Wainwright E, Ravalier J (2020) Return to work interventions for chronic pain: a systematic review. *Occup Med* 70:268–277
 47. Wild PS, Zeller T, Beutel M et al (2012) Die Gutenberg Gesundheitsstudie. *Bundesgesundheitsbl* 55:824–829
 48. Wrage W, Sikora A, Wegewitz U (2023) Verbreitung des betrieblichen Eingliederungsmanagements: Sind Gesundheitsorientierung und soziale Ressourcen bedeutsamer als Betriebsgröße? Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018. *Gesundheitswesen* 85:453–460

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.