

Aus dem Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin
der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Nutzung und Nutzen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements und der Stufenweisen Wiedereingliederung: Erfahrungen (ehemals) abhängig Beschäftigter aus Rheinland-Pfalz, Deutschland mit betrieblichen ‚Return to work‘-Interventionen nach Arbeitsunfähigkeit – Ergebnisse aus der Gutenberg-Gesundheitsstudie

Use and benefit of operational integration management and stepwise occupational re-integration: The experiences of (former) employees with company-related return to work interventions after incapacity for work – Results from the Gutenberg Health Study

Dissertationsschrift
zur Erlangung des Doktorgrades der
der physiologischen Wissenschaften
der Universitätsmedizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Vorgelegt

von

Merle Riechmann-Wolf

aus Mainz

Mainz, 2024

Wissenschaftlicher Vorstand: Univ.-Prof. Dr. H. Schild

1. Gutachter: Univ.-Prof. Dr. S. Letzel

2. Gutachter: Prof. Dr. T. Schank

3. Gutachter: Univ.-Prof. Dr. M. Jansky

Tag der Promotion: 10.02.2025

Erratum:

S. 24 dass die Chance, an einer StW teilzunehmen, größer ist bei höherem sozialen Status ~~sowie bei Bezug von Krankengeld,~~

→ dass die Chance, an einer StW teilzunehmen, größer ist bei höherem sozialen Status sowie Krankengeldbezug,

S. 73 Sowohl für die Nutzung von StW-Verfahren als auch des BEM sind bereits positive Zusammenhänge zur AU-Dauer bzw. ~~zum Bezug von Krankengeld~~ beschrieben worden...

→ Sowohl für die Nutzung von StW-Verfahren als auch des BEM sind bereits positive Zusammenhänge zur AU-Dauer bzw. zur Höhe des Krankengeldbezugs beschrieben worden...

S. 31: Fußnote 18 entfällt.

S. 50: Tabelle 8

	Gesamtstichprobe (n=187)	Keine BEM-/StW-Option (n=44)	BEM-/StW-Option abgelehnt (n=44)	BEM-/StW-Option angenommen (n=90)
Etwas belastend ... Sehr erfüllend	61,5 % (115) 60,4 % (113)	50,0 % (22)	79,5 % (35)	58,9 % (53)

S. 54: Tabelle 11 – ...

Anmerkungen: Datenbasis: alle 90 anspruchsberechtigten Beschäftigten mit BEM-/StW-Option

Anmerkungen: Datenbasis: alle 90 anspruchsberechtigten Beschäftigten mit *angenommener* BEM-/StW-Option

S. 57: Den Regressionsschätzungen zufolge weisen Beschäftigte mit Hauptschulabschluss im Gegensatz zu jenen mit (Fach-)Abitur ~~eine ca. dreifach höhere~~ Chance auf, keine Option auf ein BEM-/StW-Verfahren zu erhalten als an einem solchen teilzunehmen (OR=3,20; 95 %-KI: 1,16; 8,81).

→ Den Regressionsschätzungen zufolge weisen Beschäftigte mit Hauptschulabschluss im Gegensatz zu jenen mit (Fach-)Abitur die ca. dreifache Chance auf, keine Option auf ein BEM-/StW-Verfahren zu erhalten als an einem solchen teilzunehmen (OR=3,20; 95 %-KI: 1,16; 8,81).

S. 71: Beschäftigte mit Hauptschulabschluss haben im Gegensatz zu jenen mit (Fach-)Abitur ~~eine dreifach höhere~~ Chance, nach längerer Arbeitsunfähigkeit keine Option auf ein BEM-/StW-Verfahren zu erhalten als an einem RTW-Verfahren teilzunehmen (OR=3,20; 95%-KI: 1,16; 8,81; mittlerer Effekt).

→ Beschäftigte mit Hauptschulabschluss haben im Gegensatz zu jenen mit (Fach-)Abitur die dreifache Chance, nach längerer Arbeitsunfähigkeit keine Option auf ein BEM-/StW-Verfahren zu erhalten als an einem RTW-Verfahren teilzunehmen (OR=3,20; 95 %-KI: 1,16; 8,81; mittlerer Effekt).

S. 93: Beschäftigte mit Hauptschulabschluss haben im Vergleich zu jenen mit (Fach-)Abitur ~~eine dreifach höhere~~ Chance, keine Option auf ein BEM-/StW-Verfahren zu erhalten als an einem RTW-Verfahren teilzunehmen (OR=3,20; 95 %-KI: 1,16; 8,81).

→ Beschäftigte mit Hauptschulabschluss haben im Vergleich zu jenen mit (Fach-)Abitur die dreifache Chance, keine Option auf ein BEM-/StW-Verfahren zu erhalten als an einem RTW-Verfahren teilzunehmen (OR=3,20; 95 %-KI: 1,16; 8,81).

S. 111: Abbildung 15 – Syntaxbefehl zur multiplen Imputation

→ Korrektur:

```
DATASET DECLARE IMPUTATION_RTW_FB1_test03.  
MULTIPLE IMPUTATION age_X Sex Education_X_neu3 AU_accident AU_psych  
  AU_Dauer timeGap_AUendeToMZPrtw_MRW companysize_KIMIGr JobStarkBelastend_reverse rtw_interv_tri_ohneKA_03  
  RTWSupp_frmEmplr_tri incapacityforwork_i_neu OutcomeWork_status  
/IMPUTE METHOD=FCS MAXITER= 10 NIMPUTATIONS=40 SCALEMODEL=LINEAR INTERACTIONS=NONE SINGULAR=1E-012  
  MAXPCTMISSING=NONE MAXCASEDRAWS=50 MAXPARAMDRAWS=2  
/CONSTRAINTS timeGap_AUendeToMZPrtw_MRW( MIN=1.0 MAX=274.0 RND=1.0)  
/CONSTRAINTS incapacityforwork_i_neu( MIN=0.0 MAX=10.0 RND=1.0)  
/CONSTRAINTS AU_Dauer( MIN=6.0 MAX=156.0 RND=1.0 ROLE=DEP)  
/MISSINGSUMMARIES OVERALL VARIABLES (MAXVARS=25 MINPCTMISSING=10) PATTERNS  
/IMPUTATIONSUMMARIES MODELS DESCRIPTIVES  
/OUTFILE IMPUTATIONS= IMPUTATION_RTW_FB1_test03.
```

S. 112: Abbildung 16 – ~~Muster fehlender Werte~~

→ Abbildung 16 – Muster fehlender Werte (Abb. rechts: %-Angaben beziehen sich auf Anzahl der Fälle (n=170) mit einem der am häufigsten aufgetretenen zehn Muster).

Im **Literaturverzeichnis** fehlen folgende Quellen:

Kessemeier, F.; Petermann, F.; Bassler, M.; Stöckler, C. (2017): Psychometrische Eigenschaften der Readiness for Return to Work Scale für Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation. In: Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin 27(06); S. 335-347. DOI: 10.1055/s-0043-120572

Kroll, Lars E.; Müters, Stephan; Lampert, Thomas (2016). Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. In: Bundesgesundheitsbl 59:228–237 DOI 10.1007/s00103-015-2282-7 Online publiziert: 2. Dezember 2015

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022): Rechtliche Einheiten, tätige Personen, Umsatz und weitere Kennzahlen nach Unternehmensgröße und Wirtschaftsbereichen für die Jahre 2007 bis 2020. Online verfügbar unter www.destatis.de; zuletzt geprüft am 17.03.2024

Stegmann, R., Schröder, U.B. (2018). Einleitung: Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: Von der Prävention bis zur Wiedereingliederung. In: Anders Gesund – Psychische Krisen in der Arbeitswelt. Springer, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-17882-6_1

Schneider, Holger (2009): Nachweis und Behandlung von Multikollinearität. In: Albers, Sönke; Klapper, Daniel; Konradt, Udo; Walter, Achim; Wolf, Joachim (Hsg.): Methodik der empirischen Forschung. S. 221-236. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-322-96406-9>

Folgende Ergänzungen sind vorzunehmen:

Lampert, T.; Kuntz, B.; Waldhauer, J.; Hoebel, J. (2020): 2.6.5. Soziale und gesundheitliche Ungleichheit. In: Deinzer R, von dem Knesebeck O, editors. Online Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie. Berlin: German Medical Science GMS Publishing House. DOI: 10.5680/olmps000034

Lenhard, W.; Lenhard, A. (2017): Computation of Effect Sizes. Online verfügbar unter https://www.psychometrica.de/effect_size.html. DOI: 10.13140/RG.2.2.17823.92329.

Schulz, I. L.; Sikora, A.; Schröder, U. B.; Stegmann, R. (2021a): Stufenweise Wiedereingliederung. Eine integrative Maßnahme der Rückkehr. 1. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. DOI: 10.21934/baua:fakten20210602

Schulz, I. L.; Stegmann, R.; Wegewitz, U.; Bethge, M. (2021b): Gradual Return to Work in Germany: Protocol of a Qualitative Study to Examine Current Practices. DOI:10.21203/RS.3.RS-482611/V1

Sikora, A.; Schulz, I. L.; Schröder, U.B.; Stegmann, R. (2021): Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM). Ein individueller, systematischer und lebendiger Prozess. 1. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. DOI: 10.21934/baua:fakten20210601

Wrage, W.; Sikora, A.; Wegewitz, U. (2020): Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM). BIBB/BAuA-Faktenblatt 37; 1. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. DOI: 10.21934/baua:fakten20201109

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	II
Tabellenverzeichnis	II
1 Einleitung	1
1.1 Problemstellung	1
1.2 Ziele und Aufbau der Arbeit	4
2 Return to work: Theoretischer Hintergrund und aktueller Forschungsstand	6
2.1 Im Fokus: Abhängig Beschäftigte nach langer Arbeitsunfähigkeit	6
2.2 Die berufliche Rückkehr: Prozess und Ziel gleichermaßen	9
2.3 Die berufliche Rückkehr beeinflussende Faktoren	11
2.3.1 Personenbezogene Einflussfaktoren	11
2.3.2 Arbeitsbezogene Einflussfaktoren	14
2.3.3 Beeinflussung der beruflichen Rückkehr durch Intervention	15
2.4 BEM und StW: Zwei betriebliche RTW-Interventionen in Deutschland	17
2.4.1 Definition und Ziele des BEM und der StW	17
2.4.2 Verbreitung und Nutzung des BEM und der StW	20
2.4.3 Einflussfaktoren der Verbreitung und Nutzung des BEM und der StW	22
2.4.4 Bewertung des Nutzens des BEM und der StW	25
2.4.5 StW und BEM im Kontext der allgemeinen Krankenstandentwicklung	27
2.5 Zwischenfazit	29
3 Empirischer Teil	30
3.1 Forschungsfragen und Hypothesen	30
3.2 Material und Methode	31
3.2.1 Studienpopulation	31
3.2.2 Studiendesign	31
3.2.3 Fragebogen zur Rückkehr in den Beruf	32
3.2.4 Variablen	33
3.2.4.1 Einschluss-/Ausschlussmerkmale	33
3.2.4.2 RTW-Intervention (BEM/StW)	34
3.2.4.3 Nutzenbezogene Zielgrößen/Outcomes	35
3.2.4.4 Einflussfaktoren	36
3.2.5 Statistische Analyse	39
3.2.5.1 Umgang mit fehlenden Daten	39
3.2.5.2 Analyseverfahren	41

3.3	Ergebnisse	44
3.3.1	Stichprobenbeschreibung	44
3.3.2	Fehlende Angaben	45
3.3.3	Charakteristika der Studienteilnehmer*innen	47
3.3.4	Die Nutzung betrieblicher RTW-Interventionen	52
3.3.5	Der Nutzen betrieblicher RTW-Interventionen	59
4	Diskussion.....	64
4.1	Zur Nutzung betrieblicher RTW-Interventionen	65
4.2	Zum Nutzen der betrieblichen RTW-Interventionen BEM und StW	78
4.3	Methodische Bewertung	85
4.3.1	Interne Validität.....	85
4.3.2	Externe Validität.....	89
4.4	Schlussfolgerungen: Implikationen für Forschung, Praxis und Politik	91
5	Zusammenfassung.....	93
6	Literaturverzeichnis	95
7	Anhang.....	108
7.1	Fragebogen zur Rückkehr in den Beruf (Pilotversion)	108
7.2	Ergänzende Analysen zum Umgang mit fehlenden Werten	109
7.3	Ergänzung zu Modellvoraussetzungen der Regressionsmodelle	112
8	Danksagung.....	114
9	Tabellarischer Lebenslauf	115

Abkürzungsverzeichnis

AF – Arbeitsfähigkeit	i. S. – in (diesem) Sinne
AG – Arbeitgebende*r bzw. Arbeitgebende	KI – Konfidenzintervall
AU – Arbeitsunfähigkeit	LVA – Landesversicherungsanstalt
au – arbeitsunfähig	MA – Mitarbeitende
BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin	MAR – missing at random
BEM – Betriebliches Eingliederungsma- nagement	MCAR – missing completely at random
BIBB – Bundesinstitut für Berufsbildung	MCMC-Methode – Markov Chain Monte Carlo-Methode
BL – Baseline	MI – Multiple Imputation
bspw. – beispielsweise	MZP – Messzeitpunkt
bzw. – beziehungsweise	Nr. – Nummer
CATI – computer assisted telephone inter- view	o. J. – ohne Jahr
C-Kohorte – Core-Kohorte	OR – Odds Ratio
DF – Freiheitsgrad(e)	prä-AU – vor der Arbeitsunfähigkeit
d. h. – das heißt	post-AU – nach der Arbeitsunfähigkeit
ebd. – eben da	RS – Realschulabschluss
EntgFG – Entgeltfortzahlungsgesetz	RTW – Return to Work
fehl. – fehlende	RTW-FB – Fragebogen zur Rückkehr in den Beruf
FU – Follow-up Untersuchung im GHS- Studienzentrum	SGB – Sozialgesetzbuch
G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss	StW – Stufenweise Wiedereingliederung
ggf. – gegebenenfalls	u. a. – unter anderem
GHS – Gutenberg-Gesundheitsstudie	u. a. m. – und anderes mehr
GAP – Fragemodul: Gesunde Arbeit in Pi- onierbranchen	U-Größe – Unternehmensgröße
HKE – Herz-Kreislaufkrankungen	v. a. – vor allem
HS – Hauptschulabschluss	VIF – Varianzinflationsfaktor
i. d. R. – in der Regel	WAI – Work ability Index
	Y-Kohorte – Young-Kohorte
	z. B. – zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 – Geltungsbereich des BEM und der StW in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus.	6
Abbildung 2 – Anteile von Arbeitsunfähigkeiten nach Dauer an Fällen und Krankenstand....	8
Abbildung 3 – Einflussfaktoren der beruflichen Rückkehr	12
Abbildung 4 – Entwicklung des Krankenstandes 1975 bis 2019	28
Abbildung 5 – Befragungsablauf, Messzeitpunkte und Bezugszeiträume.....	32
Abbildung 6 – Nutzung einer RTW-Intervention: Zuordnungsmerkmale	34
Abbildung 7 – DAGitty-Modell	36
Abbildung 8 – Beschäftigtenangaben zur Nutzung der StW	66
Abbildung 9 – Einflussfaktoren der Nutzung einer BEM-/StW-Option (Keine BEM-/StW-Option vs. TN an BEM-/StW-Verfahren)	72
Abbildung 10 – Einflussfaktoren der Nutzung einer BEM-/StW-Option (abgelehnte BEM-/StW-Option vs. TN an BEM-/StW-Verfahren)	73
Abbildung 11 – Nutzung von StW-Verfahren im Kontext von BEM	76
Abbildung 12 – Einfluss der BEM-/StW-Nutzung darauf, bei mind. moderater Arbeitsfähigkeit erwerbstätig zu sein	79
Abbildung 14 – Einfluss der BEM-/StW-Nutzung darauf, sich durch den*die AG beim RTW unterstützt zu fühlen	84
Abbildung 14 – Q-Q Diagramme für die (quasi)-metrischen Variablen ‚Alter‘, ‚AU-Dauer‘, ‚zeitl. Abstand AU bis MZP aktuell‘ und ‚WAS‘	109
Abbildung 15 – Syntaxbefehl zur multiplen Imputation.....	111
Abbildung 16 – Muster fehlender Werte	112

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 – Übersicht über die Forschungsfragen und regressionsanalytischen Modelle.....	42
Tabelle 2 – Pseudo-R ² Richtwerte für binär-logistische Regressionsmodelle	44
Tabelle 3 – Flowchart zur Stichprobe	45
Tabelle 4 – Fallbezogene Missinghäufigkeiten und -anteile	46
Tabelle 5 – Variablenbezogene Informationen zu fehlenden Werten	46
Tabelle 6 – Soziodemografische Charakteristika der Stichprobe	48
Tabelle 7 – AU-bezogene Charakteristika der Stichprobe.....	49
Tabelle 8 – Arbeitsbezogene Charakteristika der Stichprobe.....	50
Tabelle 9 – Core-Kohorte: Angaben zur beruflichen Tätigkeit prä-AU	51
Tabelle 10 – Angaben zur Nutzung des BEM bzw. der StW	53
Tabelle 11 – Angaben zur (gemeinsamen) Inanspruchnahme einer BEM-/StW-Option	54
Tabelle 12 – Übersicht über die Gründe, ein BEM-Angebot abzulehnen	54
Tabelle 13 – Angaben zur Rückkehr zum bisherigem AG unmittelbar nach der AU	55
Tabelle 14 – Ergebnisse der multinomialen logistischen Regression zu Einflussfaktoren der Nutzung einer betrieblichen RTW-Intervention (BEM/StW)	56
Tabelle 15 – Übersicht über die in BEM-Verfahren ergriffenen Maßnahmen	58
Tabelle 16 – Angaben zum Abschluss eines BEM- bzw. StW-Verfahrens	59
Tabelle 17 – Angaben zur Erwerbstätigkeit und Arbeitsfähigkeit im aktuellen MZP.....	59
Tabelle 18 – Ergebnisse der binomial-logistischen Regressionsanalyse: Einfluss der Option auf eine RTW-Intervention auf die ErwerbstätigkeitArbeitsfähigkeit im aktuellen MZP.....	61
Tabelle 19 – Wahrgenommene Auswirkung des BEM/der StW auf die Arbeitsfähigkeit.....	62

Tabelle 20 – Retrospektiv wahrgenommene AG-Unterstützung beim RTW.....	63
Tabelle 21 – Ergebnisse der binomial-logistischen Regression: Einfluss der Option auf eine RTW-Intervention auf die wahrgenommene AG-Unterstützung beim RTW.....	64
Tabelle 22 – Soziodemografische, au-, tätigkeits-/arbeits- und RTW-bezogene Merkmale Beschäftigter mit und ohne fehlende(n) Angaben.....	110
Tabelle 23 – p-Werte der Regressionskoeffizienten B aus den multivariablen Regressionsmodellen zum Missingmechanismus.....	111
Tabelle 24 – Varianzinflationsfaktoren (VIF) der Regressionsmodelle.....	112
Tabelle 25 – Bivariate Zusammenhangsmaße der Modellvariablen (Prädiktoren).....	113

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

„Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung sind fest in der Audi-Unternehmensstrategie verankert. Das Unternehmen geht dabei deutlich über gesetzliche Mindestanforderungen wie die arbeitsmedizinische Vorsorge, das betriebliche Eingliederungsmanagement oder die akutmedizinische Versorgung hinaus“ (Herr 2018). Was – im wörtlichen Sinne – vielversprechend klingt, wirft auch Fragen auf: Steht diese Äußerung für die allgemeine Arbeitswirklichkeit (in Deutschland), oder für wenige große – möglicherweise – „Leuchtturm-“Unternehmen? Inwieweit spiegelt diese Aussage tatsächliches Handeln wider und entspricht sie der Wahrnehmung der Beschäftigten? Wie wird der Nutzen dementsprechend ausgerichteten betrieblichen Handelns bewertet? Von Gewerkschaftsseite her ist bereits festgestellt worden: „Das Thema Gesundheit am Arbeitsplatz hat Konjunktur. Einige Arbeitgeber überschlagen sich regelrecht mit Angeboten an ihre Beschäftigten“ (IG Metall 2015). Jedoch, geben die Gewerkschafter*innen zu bedenken, verändere sich an den eigentlichen bzw. relevanten Bedingungen am Arbeitsplatz oft kaum etwas (ebd.). Auch aus Kreisen der Wissenschaft wird darauf hingewiesen, dass in der Unternehmenspraxis durch das Betriebliche Gesundheitsmanagement, das auch Arbeits- und Gesundheitsschutz, betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliches Eingliederungsmanagement umfasst, „nur eine schwache Interpretation betrieblicher sozialer Verantwortung verankert“ ist (Gonon 2023, S. 252). Ihrer sozialen Verantwortung würden Arbeitgebende (AG) nur zeitlich begrenzt, abhängig vom kooperativen Verhalten der Betroffenen und bisweilen reduziert auf das Einhalten äußerlicher Form nachgehen. Entsprechende Maßnahmen bzw. Verfahren dienen primär dazu, sich rechtlich bzw. das eigene Verhalten gegenüber Kritik abzusichern (ebd.). Dabei birgt die Übernahme sozialer Verantwortung durch Unternehmen sehr wohl auch ein unternehmenseigenes wirtschaftliches Nutzenpotenzial (Gonon 2023; Lück et al. 2009).

Dass Unternehmen dies unzureichend wahrnehmen, zeigt sich auch daran, dass sich die Gesetzgebung immer wieder veranlasst sieht, Unternehmen mehr zur Übernahme sozialer Verantwortung anzuhalten. Die gesetzliche Verankerung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) im Jahr 2004 in § 84 (heute: § 167) Abs. 2 SGB IX ist ein jüngeres Beispiel hierfür. BEM als gesundheitspräventive betriebliche Intervention sollte primär der Beschäftigungssicherung und dem Erhalt der Arbeitsfähigkeit dienen (Deutscher Bundestag 05.05.2021, 21.10.2003). Eine in mehrfacher Hinsicht vulnerable Beschäftigtengruppe wird dabei in den Fokus gerückt: Beschäftigte mit langen oder wiederholt aufgetretenen gesundheitlich bedingten Fehlzeiten. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, des andauernden medizinischen Fortschritts und Anhebungen des Renteneintrittsalters ist davon auszugehen, dass diese Gruppe auch zukünftig weiterwächst. So wird erwartet, dass der Anteil älterer Erwerbstätiger mit gesundheitlichen Einschränkungen und allgemein der Anteil jener, die auch nach schwerwiegenden Erkrankungen erwerbstätig bleiben, weiter steigen (Wegewitz und Backé 2017). Die Förderung der Erwerbstätigkeit gesundheitlich eingeschränkter Personen ist dabei erklärtes politisches Ziel (*hier*: der OECD; vgl. Schandelmaier et al. 2012). Per se bedeutet länger anhaltende Krankheit ein erhöhtes Risiko arbeitslos zu werden bzw. zu bleiben (Grobe und Schwartz 2003; Weber et al. 2007). Hier wirkende Selektionsef-

1.1 Problemstellung

fekte dürften in der Annahme einer geringeren Wettbewerbsfähigkeit gesundheitlich eingeschränkter Erwerbspersonen umso mehr zum Tragen kommen, je gesättigter der Arbeitsmarkt ist, bzw. je größer das Angebot an Arbeitskräften ausfällt (Bauer et al. 2012).

In Gesellschaften wie der deutschen wird der Möglichkeit einer Erwerbsarbeit nachzugehen ein hoher Stellenwert eingeräumt, um die Finanzierung des eigenen Lebensunterhalts sicherzustellen. Alternative Einkommensformen wie Krankengeld, Übergangsgelder, Arbeitslosengeld, Erwerbsminderungsrenten, sind i. d. R. mit finanziellen Abschlägen verbunden. Darüber hinaus stellt Erwerbsarbeit einen wichtigen Aspekt gesellschaftlicher Teilhabe und eine grundlegende Basis der Selbstidentität dar (Wells et al. 2013; Waddell und Burton 2006). Zudem gilt Arbeit (idealerweise) als die psychische Gesundheit und das gesundheitliche Wohlbefinden stabilisierender Faktor (Etuknwa et al. 2019; Brucks et al. 2021; Figueredo 2020; Stegmann und Schröder 2018; Kroll et al. 2016). In diesem Sinne wird die Rückkehr zur Arbeit (hier und im Weiteren: ‚Return to work‘ (RTW)) als „Rückkehr zur Normalität“ bzw. als Ausdruck erreichter Genesung begriffen (Gagnano et al. 2018). Dabei wird ihr selbst auch ein therapeutischer Nutzen zugeschrieben, insofern sie zur Stärkung des Selbstwertgefühls und (damit) zu verbesserten Gesundheitsoutcomes wie einer gesteigerten Lebensqualität beitragen kann (Moore et al. 2023: „I’ve still got a job to go back to“; Brucks et al. 2021; Cocchiara et al. 2018; Gagnano et al. 2018; Wells et al. 2013).

Die Gruppe der Erwerbstätigen ist sowohl aus (arbeits-)medizinischer und gesundheitswissenschaftlicher Sicht als auch unter ökonomischen Gesichtspunkten bedeutsam. In 2019 waren in Deutschland 73 % der Frauen und 81 % der Männer im Alter von 15 bis 64 Jahren erwerbstätig (bpb 2020). Abhängig beschäftigte Erwerbstätige haben neben den allgemeinen Ansprüchen der in Deutschland Krankenversicherten auf medizinische Leistungen und weitere Leistungen, die insbesondere der Gesunderhaltung, Genesung und der Wiederherstellung der individuellen Leistungsfähigkeit dienen, auch Anspruch auf arbeitsmedizinische Vorsorge und Betreuung sowie auf finanzielle Absicherung im Krankheitsfall. Im Jahr 2019 entfielen in Deutschland ca. 17 % aller Versichertenrentenzugänge auf Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (Deutsche Rentenversicherung Bund 2020). Nach Berechnungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) kam es in 2019 aufgrund von Arbeitsunfähigkeit (AU) zu einem Ausfall an Bruttowertschöpfung (=Verlust an Arbeitsproduktivität) in Höhe von schätzungsweise 149 Milliarden Euro (BAuA 2021b). Das entspricht ca. 4,2 % des Bruttonationaleinkommens und in etwa den Bildungsausgaben von Bund, Ländern und Gemeinden im Jahr 2019, die bei 150 Milliarden Euro lagen (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020).

Arbeitsunfähigkeit trifft somit nicht nur das Individuum in seinen verschiedenen Lebensdimensionen, sondern die mit ihr verbundenen Kosten und Produktionsausfälle (be)treffen u. a. auch Sozialversicherungsträger*innen und Arbeitgebende. Hierin zeigt sich das grundsätzliche Nutzenpotenzial gesundheitspräventiven bzw. -fördernden gesellschaftlichen und unternehmerischen Engagements (Gonon 2023). Ein dabei gemeinsam verfolgtes tertiärpräventives Ziel sollte daher die angemessene, zeitige, sichere und nachhaltige Rückkehr in die Erwerbstätigkeit, bestenfalls in das der AU vorausgegangene Arbeitsverhältnis, sein (Young et al. 2005). Ob, wann und zu welchen Bedingungen jemand wieder zur Arbeit zurückkehrt bzw. berufstätig wird, hängt von vielen Faktoren und ihrem Zusammenwirken ab. Das ist bereits umfassend in der RTW-bezogenen Forschung beleuchtet worden (Gagnano et al. 2021; Hegewald et al. 2019). In der Auseinandersetzung mit der RTW-Thematik haben insbesondere auch Interven-

1.1 Problemstellung

tionen Beachtung gefunden, die den beruflichen Wiedereinstieg unterstützen und fördern sollen. Die Studienlage dünnt jedoch aus, je mehr auf explizit betriebliche RTW-Interventionen fokussiert wird (vgl. Cullen et al. 2018). Wie (sehr) oder gar ob arbeitsplatzbezogene bzw. betriebliche RTW-Interventionen den beruflichen Wiedereinstieg begünstigen, ist noch nicht abschließend beantwortet. Bisher liegen nur mehr oder weniger starke, bisweilen auch inkonsistente Hinweise darauf vor. So lässt sich zwar seitens der gesetzlichen Krankenversicherung vernehmen, dass ein Rückgang von Langzeitarbeitsunfähigkeit zu erreichen sei mit Mitteln der „betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung, [mit] Rehabilitationsmaßnahmen sowie ein[em] Wiedereingliederungsmanagement in Betrieben (BEM)“ (Marschall et al. 2020). Belastbare empirische Belege hierfür sind jedoch ausdrücklich mit Blick auf das BEM rar. Ein Grund hierfür dürfte die limitierte Datenverfügbarkeit sein, insofern BEM in die Sphäre der Unternehmen fällt und entsprechende Daten nicht institutionalisiert erhoben oder zusammengeführt werden (vgl. Niehaus et al. 2008). Aber auch international betrachtet steht der angenommene Nutzen arbeitsplatzbezogener RTW-Interventionen in Widerspruch zu weitestgehend unveränderten Fehltagestatistiken oder berichteten RTW-Raten, d. h. Anteilen von AU betroffener Beschäftigter, die innerhalb bestimmter Zeitfenster wieder an den Arbeitsplatz zurückkehren (Cullen et al. 2018; Pransky et al. 2005). Wenn dies nicht allein in der diagnosegruppenspezifischen Wirksamkeit oder in insgesamt geringen Effektstärken begründet liegt, die auf Basis (randomisierter) kontrollierter Interventionsstudien ermittelt wurden, könnte eine weitere Ursache die (zu) geringe Verbreitung bzw. Nutzung der Verfahren sein. Aktuelle, die Thematik eingehender aufgreifende epidemiologische, d. h. bevölkerungsbasierte Untersuchungen könnten helfen, die bisher wenigen zur Verbreitung des BEM vorliegenden Forschungsergebnisse abzusichern und zu untermauern.

Grundsätzlich können BEM-Angebots- und -Inanspruchnahme-, bzw. -Nutzungsquoten Ausdruck vorausgegangener Kosten-Nutzen-Abwägungen sein, wobei sich der Nutzen in Anspruch genomener Interventionen in gesteigerten Rückkehrquoten oder einer günstigen Entwicklung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens zeigen sollte. Im Rahmen einer umfassenden Evaluation der betrachteten Interventionen sollten aber auch direkte Nutzenbewertungen und die expliziten Beweggründe der Beschäftigten für ihre RTW-spezifischen Entscheidungen, bspw. ein BEM-Angebot abzulehnen, Beachtung finden (Hollederer 2021; Babac et al. 2019; Nübling et al. 2015). Bisher wurde über die Verbreitung bzw. Nutzung des BEM hinausgehenden Nutzenbewertungen wenig Aufmerksamkeit geschenkt — oder der Zugang wurde über qualitative Forschungsansätze gesucht. Qualitative Studien bieten detaillierte Einblicke in sonst wenig zugängliche oder bekannte Bereiche (z. B. Chakraverty et al. 2023; Ohlbrecht et al. 2018; Bauer et al. 2017). Aufgrund der i. d. R. kleinen Fallzahlen der Studienpopulationen ist die Generalisierbarkeit ihrer Ergebnisse jedoch begrenzt. Mit Blick auf BEM fehlt es insbesondere an bevölkerungsbasierten, quantitativ ausgerichteten Studien zur Nutzenevaluation — und dies sowohl aus der Beschäftigtenperspektive als auch unter Nachhaltigkeitsaspekten.

In diesem Sinne weiter vorangeschritten ist die Forschung im Bereich der Stufenweisen Wiedereingliederung (StW), die seit den 1980er Jahren als Maßnahme zur Unterstützung der beruflichen Rückkehr in Deutschland gesetzlich verankert ist. So konnten für die Teilnahme an einer StW bereits positive Zusammenhänge zum RTW im Sinne der zeitigen Rückkehr an den Arbeitsplatz, von Fehlzeitenreduktionen oder späterer Erwerbstätigkeit festgestellt werden. Aber auch hier besteht Bedarf an insbesondere aktuellen Studien, die die Betroffenenperspektive in den Blick nehmen und auf möglichst allgemeinen, bevölkerungsbasierten Stichproben

basieren (Seing et al. 2015). Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass in der alltäglichen betrieblichen Praxis die beiden Verfahren BEM und StW oftmals eng miteinander verbunden sind (z. B. Niehaus et al. 2008). Dies erhöht u. a. die Schwierigkeit verfahrensspezifischer Nutzenbewertungen. Im Bewusstsein einer gewissen Unschärfe, könnte ihr im Rahmen verfahrensübergreifender Studiendesigns begegnet werden.

1.2 Ziele und Aufbau der Arbeit

Vor dem Hintergrund des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens in Deutschland und Bezug nehmend auf den aktuellen Stand der RTW-Forschung ist es das Ziel der vorliegenden Untersuchung, unter Berücksichtigung der Erfahrungen von Beschäftigten mit langen AU-Zeiten

... einen aktuellen Überblick über die Verbreitung und Nutzung der betrieblichen RTW-Interventionen BEM und StW in Deutschland am Beispiel der Region Mainz-Bingen zu geben und

... den Nutzen dieser Interventionen abzubilden.

Dies soll ohne Begrenzung auf spezifische Diagnose- bzw. Patientengruppen oder einzelne Unternehmen/Branchen erfolgen.

Kenntnisse zum allgemeinen Arbeitsunfähigkeitsgeschehen in Deutschland helfen dabei, den Kreis der BEM- und StW-Anspruchsberechtigten abzustecken und damit die gesamtgesellschaftliche Relevanz der beiden RTW-Interventionen einzuschätzen. Offizielle Angaben über krankheitsbedingte Fehlzeiten bzw. Krankentagestatistiken beruhen in Deutschland i. d. R. auf Angaben zur ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit. Mangels einer zentralen amtlichen Statistik basieren die in Abschnitt 2.1 berichteten Kennzahlen auf Statistiken großer gesetzlicher Krankenkassen (*hier*: AOKen, Barmer, DAK, TK). Die berichteten Kennzahlen sind somit nicht repräsentativ für die gesamte Erwerbsbevölkerung. Sie werden jedoch genutzt, um das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen in der Gruppe der abhängig Beschäftigten, der primären Zielgruppe des BEM bzw. der StW, zu umreißen.

Erwerbspersonen unterliegen dem Risiko arbeitsunfähig zu werden. Während die Mehrheit der von Arbeitsunfähigkeit Betroffenen diesen Zustand in der Regel nach kurzer Dauer überwindet, trifft dies nicht auf alle zu. In der Annahme möglicher individueller und gesellschaftlicher negativer Konsequenzen anhaltender oder wiederholter Arbeitsunfähigkeit ist in den vergangenen Jahrzehnten das Interesse an der RTW-Thematik deutlich gestiegen (Etuknwa et al. 2019; van Vilsteren et al. 2015). Krankheits- und Erwerbsverläufe sind grundsätzlich individuell und variabel. Dennoch haben sich Konzeptionalisierungen zum ‚Return to work‘ etabliert. Der Ansatz nach Young et al. (2005) wird in Abschnitt 2.2 zur Verortung dieser Arbeit überblicksartig dargestellt. Da der Fokus dieser Arbeit auf der Evaluation der Nutzung und des Nutzens betrieblicher RTW-Interventionen zur Unterstützung der beruflichen Rückkehr liegt, gilt es, geeignete Outcomes bzw. Zielgrößen zu definieren. Hierzu werden in Abschnitt 2.2 in der RTW-Forschung häufig und auch seltener verwendete Zielgrößen aufgeführt.

Die Untersuchung der Verbreitung bzw. Nutzung und des Nutzens der hier betrachteten RTW-Interventionen BEM bzw. StW soll, sofern möglich, unter Berücksichtigung für die berufliche Rückkehr relevanter Kontextfaktoren erfolgen. In der RTW-Forschung identifizierte RTW-hemmende und -förderliche kontextuale Faktoren, die sich insbesondere in der Person, ihrer gesundheitlichen Situation und in der Arbeit verorten lassen, sind in Abschnitt 2.3 dargestellt.

Hier wird auch die Beeinflussung bzw. Beeinflussbarkeit der beruflichen Rückkehr durch mehr oder weniger gezielte Intervention skizziert. Dies kann helfen, eine realistische Erwartungshaltung für die Wirksamkeit von BEM- bzw. StW-Verfahren zu entwickeln. Ausgehend vom Entstehungshintergrund der beiden Verfahren wird in Abschnitt 2.4 auf den aktuellen spezifisch BEM-/StW-bezogenen Forschungsstand eingegangen. Dabei wird deutlich, dass insbesondere im Bereich der Nutzenbewertung des BEM Forschungslücken bestehen. Die vorliegende Untersuchung soll dazu beitragen, diese zu reduzieren sowie den StW- und nutzungsbezogenen Kenntnisstand und Diskurs zu ergänzen. Kapitel zwei wird mit einem kurzen Zwischenfazit abgeschlossen.

Die Durchführung der empirischen Untersuchung, die ihr zugrundeliegenden Forschungsfragen und Hypothesen sowie ihre Ergebnisse sind in Kapitel drei dargestellt. Die Erhebung der RTW-Erfahrungen (ehemals) abhängig Beschäftigter mit langen AU-Zeiten erfolgte im Zeitraum Oktober 2019 bis Juli 2020 im Rahmen der Gutenberg-Gesundheitsstudie (GHS), einer bevölkerungsbasierten lokalen Kohortenstudie. Sowohl auf die GHS als auch auf die Entwicklung des zusätzlich implementierten RTW-Moduls ‚Fragebogen zur Rückkehr in den Beruf‘ wird im Methodenteil in Abschnitt 3.2 eingegangen. Die in den eigenen Auswertungen berücksichtigten Variablen werden in Abschnitt 3.2.4 beschrieben. Im Abschnitt „Statistische Analyse (3.2.5) wird eingangs der Umgang mit fehlenden Werten erläutert. Die weiteren Auswertungen umfassen sowohl deskriptive Statistiken als auch konfirmatorisch oder explorativ ausgerichtete regressionsbasierte Analysen. Hier werden einerseits objektiv nachvollziehbare Angaben (reportings) zur *Nutzung* des BEM bzw. der StW und ihre Zusammenhänge zu möglichen Einflussfaktoren untersucht. Andererseits gilt das Forschungsinteresse der Erfassung *nutzenbezogener* Indikatoren. Hier wird betrachtet, inwieweit sich Zusammenhänge *zwischen* der nicht gegebenen, der abgelehnten oder angenommenen Option auf ein BEM- bzw. StW-Verfahren *und* der späteren Erwerbstätigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit der Betroffenen sowie der subjektiv wahrgenommenen AG-Unterstützung bei der beruflichen Rückkehr zeigen. Die möglichen Einflüsse personen- und arbeitsbezogener Aspekte finden auch hier Berücksichtigung.

In Kapitel vier folgt die Diskussion der Ergebnisse der empirischen Untersuchung vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes zum BEM bzw. der StW in Deutschland. Hier werden auch die Limitationen und Stärken der Arbeit beleuchtet und die Ergebnisse hinsichtlich ihrer methodischen Güte und Generalisierbarkeit beurteilt. Zur Zielgruppe der vorliegenden Arbeit gehören Arbeitgebende, Mitarbeiter*innenvertretungen, an der Gesetzgebung beteiligte Akteure*Akteurinnen, die kostentragenden Institutionen, *hier*: die gesetzliche Rentenversicherung und Krankenversicherung, Ärztinnen*Ärzte und andere Leistungserbringende. Die Untersuchungsergebnisse sollen ihnen Hinweise auf mögliche Handlungs- oder Anpassungsbedarfe bei der Umsetzung des BEM und der StW im betrieblichen Alltag und bei der Gestaltung der (rechtlichen) Rahmenbedingungen geben. Dementsprechend abgeleitete praktische Implikationen bzw. Schlussfolgerungen für Forschung, Praxis und Politik werden in (4.4) dargelegt. Die Arbeit schließt mit ihrer Zusammenfassung (Kapitel 5) ab.

2 Return to work: Theoretischer Hintergrund und aktueller Forschungsstand

2.1 Im Fokus: Abhängig Beschäftigte nach langer Arbeitsunfähigkeit

„Return to work“ wird regelmäßig verstanden als die Rückkehr an den bisherigen oder einen anderen Arbeitsplatz bzw. an den (ersten) Arbeitsmarkt. Der beruflichen Rückkehr ist eine Phase vorausgegangen, in der der beruflichen Tätigkeit unfall- oder krankheitsbedingt bzw. aufgrund von Arbeitsunfähigkeit nicht nachgegangen werden konnte (Young et al. 2005; Kindel 2017). Sobald eine Arbeitsunfähigkeit länger als sechs Wochen andauert oder innerhalb von zwölf Monaten in Summe mehr als sechs Wochen Arbeitsunfähigkeit zusammenkommen, sind seit 2004 private und öffentliche Arbeitgebende in Deutschland per Gesetz veranlasst, betroffenen Beschäftigten ein Angebot zum BEM zu machen. Spätestens ab einer Dauer der Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen sind seit Mai 2019 außerdem Vertragsärzte*Vertragsärztinnen aufgefordert, bei Verlängerung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, die Empfehlung zur Durchführung einer StW zu prüfen (§ 74 SGB V).

Demnach ist das BEM-Angebot eine Pflicht der Arbeitgebenden, sodass ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis vorauszusetzen ist. Dagegen ist die StW als Leistung der medizinischen Rehabilitation (§ 44 SGB IX) grundsätzlich allen Erwerbstätigen und auch Erwerbslosen zugänglich. Erwerbstätige und Erwerbslose bilden zusammen die Gruppe der Erwerbspersonen (Abbildung 1).

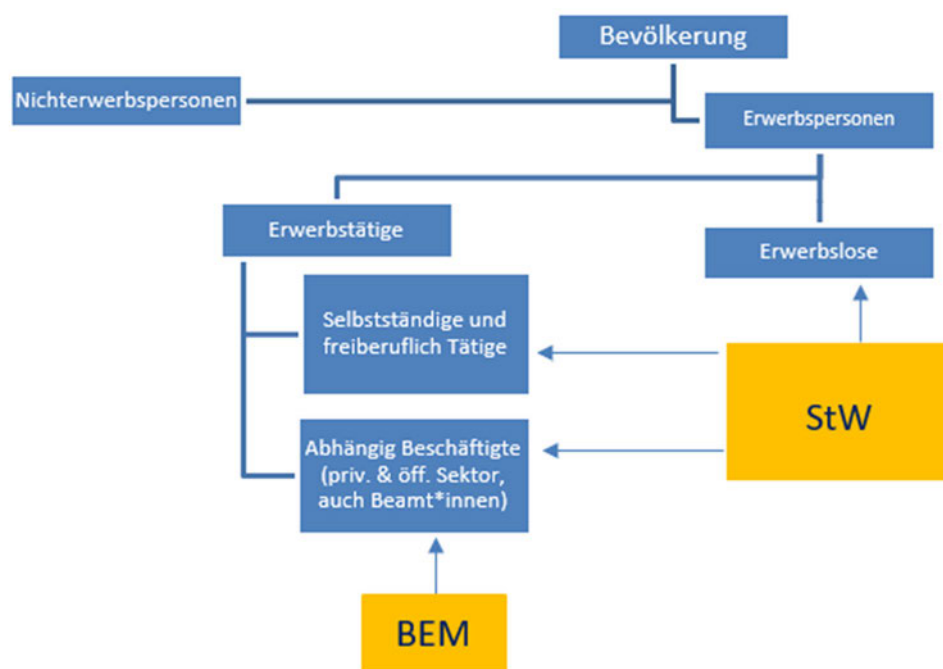


Abbildung 1 – Geltungsbereich des BEM und der StW in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus

2.1 Im Fokus: Abhängig Beschäftigte nach langer Arbeitsunfähigkeit

Zu den Erwerbstätigen gehören alle abhängig Beschäftigten, Selbstständigen und Angehörigen der freien Berufe, auch wenn sie ihrer Erwerbstätigkeit aufgrund von Krankheit, Mutterschutz, i. d. R. auch Elternzeit, Altersteilzeit, Urlaub, beruflicher Aus- oder Weiterbildung und je nach Dauer zum Teil auch aus anderen Gründen vorübergehend nicht nachgehen (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2024b; Forster und Gumprecht 2022). Erwerbslose sind Arbeitslose, die arbeitssuchend sind, unabhängig davon, ob sie als solche offiziell „gemeldet“ sind oder nicht. Weder die Höhe des Verdienstes oder seine Bedeutung für den Lebensunterhalt noch der Umfang der Arbeitszeit sind hier relevant (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2024a). Zu der Gruppe der Nichterwerbspersonen zählen alle, die keiner Erwerbstätigkeit nachgehen, sondern ausschließlich im eigenen Haushalt tätig sind (bpb 2024).

Arbeitsunfähigkeit ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, der per Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) definiert ist und durch Rechtsprechung ausgelegt wird (Huep und Finkenbusch 2024). Arbeitsunfähigkeit löst ggf. sozialversicherungsrechtliche Ansprüche aus wie den Anspruch auf Entgeltfortzahlung und Krankengeld¹ und ist durch eine (Vertrags)ärztin* einen (Vertrags)arzt festzustellen. Dabei gilt es zu prüfen, ob der*die Versicherte auf Grund von Krankheit die zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen kann (G-BA 2023). Die Arbeitsunfähigkeit ist auch dann festzustellen, wenn der Krankheitszustand als solcher zwar noch keine Arbeitsunfähigkeit bedingt, es aber „absehbar ist, dass aus der Ausübung der Tätigkeit für die Gesundheit oder die Gesundung abträgliche Folgen erwachsen, die Arbeitsunfähigkeit unmittelbar hervorrufen“ (ebd., S. 3). Zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit ist durch den Arzt*die Ärztin bei berufstätigen Versicherten das „individuelle Leistungsvermögen“ in den Blick zu nehmen. Dabei sind die konkreten Anforderungen am Arbeitsplatz, einschließlich der bei gegebener gesundheitlicher Verfassung aus der Tätigkeitsausübung zu erwartenden Gefährdungen und Belastungen zu berücksichtigen (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) 2021).

Zu Studienbeginn im Jahr 2019 lag der Krankenstand der Versicherten² der großen gesetzlichen Krankenkassen (AOKen, Barmer, TK, DAK) zwischen 4 % und 5 % (Badura et al. 2020; Grobe und Frerk 2020; Grobe und Bessel 2020; Marschall et al. 2020). Der Krankenstand beziffert den Anteil aller Arbeitsunfähigkeitstage am Kalenderjahr (Meyer et al. 2020). Insofern die Bescheinigung einer ärztlichen Krankschreibung oftmals erst ab dem 4. Krankheitstag seitens der Arbeitgebenden verlangt wird, ist davon auszugehen, dass die berichteten Zahlen das tatsächliche Arbeitsunfähigkeitsgeschehen systematisch, wenn auch nicht wesentlich, unterschreiten (Marschall et al. 2020). Die Betroffenen- bzw. Arbeitsunfähigkeitsquote, d. h. der Anteil der Versicherten mit mindestens einer Arbeitsunfähigkeit im Jahr an allen Versicherten (Meyer et al. 2020), betrug in 2019 48 % (DAK) bis 54 % (Barmer). Die Zahl der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitsfälle je versicherter Person lag zwischen 1,2 (DAK) und 1,6 (AOKen). Krankenkassenübergreifend entfielen ca. zwei Drittel aller Arbeitsunfähigkeitsfälle auf solche

¹ Gilt für Selbstständige nur bei entsprechendem Versicherungsabschluss. Für Beamte*Beamtinnen gilt, dass Bezüge auch im Falle krankheitsbedingter Fehltag ausgezahlt werden. Ein „AU-Nachweis“ ist vorzulegen.

² Die von den Krankenkassen definierten Basiskollektive unterscheiden sich teilweise hinsichtlich der Einbeziehung bzw. des Ausschlusses von freiwillig Versicherten oder Arbeitslosen. Zudem sind historisch bedingte Unterschiede in den Versichertenkollektiven zu erwarten, die sich bspw. mit Blick auf kassenspezifische Männer-/Frauenanteile oder Berufsgruppenverteilungen zeigen. *Zur Definition der Basiskollektive* – Barmer: Erwerbspersonen mit Krankengeldanspruch, also nicht: ALG II-Empfänger oder arbeitende Personen in Altersrente; DAK: aktiv erwerbstätige Mitglieder mit Krankengeldanspruch; AOKen: erwerbstätige Mitglieder (Pflichtmitglieder und freiwillig Versicherte, nicht Arbeitslosengeld-I-Empfänger*innen); TK: Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft, d.h. auch: arbeitslose Mitglieder (Marschall et al. 2020; Badura et al. 2020; Grobe und Frerk 2020; Grobe und Bessel 2020)

2.1 Im Fokus: Abhängig Beschäftigte nach langer Arbeitsunfähigkeit

von kurzer Dauer (bis zu einer Woche). Sie waren jedoch für nur ca. 16 % (Barmer) bis 19 % (AOKen) der Arbeitsunfähigkeitstage verantwortlich. Demgegenüber standen 4 % bis 5 % der AU-Fälle, nämlich jene mit einer Dauer von mehr als sechs Wochen (hier: > 42 Tage), die 44 % (AOKen) bis 51 % (Barmer) des Krankenstands ausmachten (Abbildung 2).

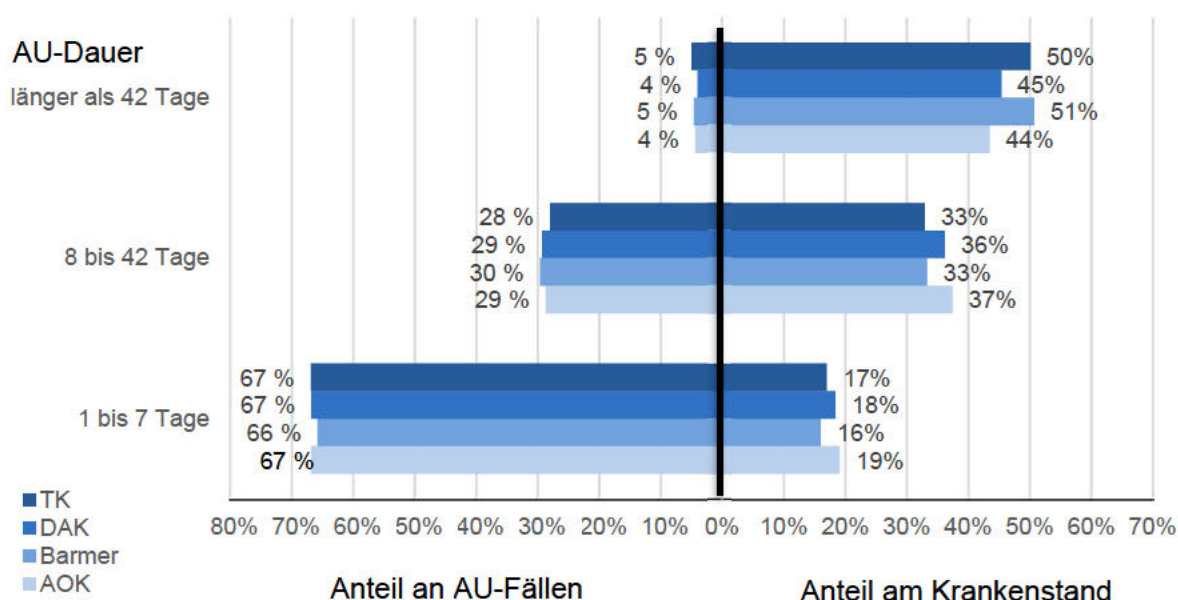


Abbildung 2 – Anteile von Arbeitsunfähigkeiten nach Dauer an Fällen und Krankenstand

Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen variiert in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und dem Grund der Arbeitsunfähigkeit. Frauen wiesen in 2019 über alle Altersgruppen hinweg einen geringfügig höheren Krankenstand auf als Männer (DAK, TK: 5 % vs. 4 %, Barmer: 5,3 % vs. 4,7 %; AOKen: 6 % vs. 5 %). Dies wird primär auf die höhere Fallhäufigkeit bei Frauen zurückgeführt (z. B. Marschall et al. 2020). Für beide Geschlechter gilt: Während sich die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle ab ca. 40 Jahren mit zunehmendem Alter nur leicht erhöht, steigt die Falldauer umso deutlicher an. So waren in 2019 in der Gruppe der über 60-jährigen (erwerbstätigen) DAK-Versicherten 62 % des Krankenstandes auf Arbeitsunfähigkeiten mit Langzeitdauer zurückzuführen (Marschall et al. 2020). Wird das AU-Geschehen vor dem Hintergrund der zugrundeliegenden Erkrankungsarten³ betrachtet, ist festzustellen, dass in 2019 Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit 21 % (DAK; AOKen: 22 %) den größten Anteil am Krankenstand ausmachten⁴. Es folgten psychische Erkrankungen, die zwar nur einen Anteil von 6 % (DAK; AOKen: 5 %) an allen Arbeitsunfähigkeitsfällen, aufgrund der mit Abstand längsten durchschnittlichen Falldauer jedoch einen Anteil am Krankenstand von 17 % (DAK; AOKen:

³ Es stehen hierfür nur Daten von DAK und AOKen zur Verfügung.

⁴ Bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen betrug die durchschnittliche Falldauer in 2019 18 Tage (DAK; AOKen: 17 Tage) mit 18 Erkrankungsfällen je 100 Versicherte (DAK; AOKen: 34).

12 %) hatten⁵. Erkrankungen des Atmungssystems gehen mit Abstand mit den höchsten Fallzahlen einher bei eher kurzer Falldauer⁶. Ihr Anteil am Krankenstand lag in 2019 bei 15 % (DAK; AOKen: 12 %). In der Gruppe der Erwerbstätigen spielen Herz-Kreislaufkrankungen (HKE) und Neubildungen eine eher untergeordnete und generell bei den unter 35-Jährigen eine „sehr untergeordnete“ Rolle (Grobe und Braun 2022). Im Jahr 2019 machten Neubildungen bzw. HKE 1 % bzw. 2 % aller Arbeitsunfähigkeitsfälle in der Gruppe der erwerbstätigen DAK-Versicherten aus⁷. Zugleich entfielen auf Neubildungen 5 % und auf HKE 4 % aller AU-Tage⁸. Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und Neubildungen sind daher vor allem mit Blick auf das Langzeitarbeitsunfähigkeitsgeschehen in den Blick zu nehmen. Krankheitsgruppenbezogene geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich insofern, als dass in 2019 in der Gruppe der Frauen, mit Ausnahme der AOK-Versicherten, psychische Erkrankungen den höchsten Anteil am Krankenstand hatten, gefolgt von Muskel-Skelett-Erkrankungen. Bei Männern rangierten Muskel-Skelett-Erkrankungen an erster Stelle vor psychischen Erkrankungen (DAK) bzw. Verletzungen (AOKen).

Das BEM-Angebot ist eine Pflicht der Arbeitgebenden. BEM setzt damit ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis voraus, anders als die StW, die sich unter bestimmten versicherungstechnischen Voraussetzungen grundsätzlich an Erwerbspersonen richtet. Die Verpflichtung von Arbeitgebenden zum Angebot eines BEM-Verfahrens und der Vertragsärztinnen*Vertragsärzte zur Abwägung der Empfehlung einer StW setzt bei (Überschreitung) einer Arbeitsunfähigkeit von 6 Wochen (innerhalb von 12 Monaten) ein.

Der Zustand der Arbeitsunfähigkeit ist durch einen Vertragsarzt*eine Vertragsärztin festzustellen und löst zunächst sozialversicherungsrechtliche Ansprüche aus wie den Anspruch auf Entgeltfortzahlung und Krankengeld. Daten der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Jahr 2019 zufolge weisen ca. 5 % aller AU-Fälle eine lange Dauer von mehr als sechs Wochen auf. Sie machen knapp 50 % des gesamten Krankenstands aus. Bei den über 60-jährigen Beschäftigten liegt der entsprechende Anteil noch höher (62 %).

2.2 Die berufliche Rückkehr: Prozess und Ziel gleichermaßen

RTW lässt sich als „dynamischer und interaktiver“ Entwicklungsprozess begreifen (Brucks et al. 2021), der sich Wasiak et al. (2007) und Young et al. (2005) zufolge in die vier „Schlüsselphasen“: „Off Work“, „Work Re-Entry“ (Wiedereintrittsphase), „Retention“ (Erhaltungsphase) und „Maintenance“ (Entwicklungsphase) gliedern lässt. In der „Off work“-Phase liegt der Autorengruppe zufolge der Fokus auf der Planung und Vorbereitung der Rückkehr in die aktive Berufstätigkeit. Hier werden sowohl die aktuelle und erwartete künftige Funktionsfähigkeit als auch die zu erwartenden Arbeitsbedingungen und -anforderungen in den Blick genommen. Die Motivation zur Rückkehr wird in dieser Phase als besonders relevant beschrieben (Young et al. 2005). Während der „Work Re-Entry“-Phase (Wiedereintrittsphase) wird der eigentliche

⁵ Die Falldauer bei psychischen Erkrankungen betrug in 2019 durchschnittlich 35 Tage (DAK; AOKen: 27 Tage).

⁶ Erkrankungen des Atmungssystems (2019): DAK: 34 bzw. AOKen: 49 Fälle je 100 Versicherte; Falldauer: DAK und AOKen: 6 Tage.

⁷ AOKen: Es liegen nur Angaben zu HKE vor, der Anteil der HKE-bezogenen AU-Fälle lag in 2019 bei 4 %.

⁸ AOKen: Es liegen nur Angaben zu HKE vor, auf diese entfielen in 2019 5 % aller AU-Tage.

Prozess der Re-Integration stärker in den Fokus gerückt. Hier liegt das Hauptaugenmerk darauf, inwieweit die wiedererlangte Arbeitsfähigkeit durch die wieder aufgenommene Tätigkeit beeinträchtigt wird, ob Arbeitgebende Arbeitsplatzanpassungen vornehmen (können) oder wie die berufliche Rückkehr das soziale Klima im Unternehmen beeinflusst. Young et al. (2005) sehen die Passung von Fähigkeiten und Anforderungen als zentrale Voraussetzung einer erfolgreich abgeschlossenen Wiedereintrittsphase an. Während der „Erhaltungs- bzw. Retentionsphase“ richten Young et al. (2005) den Fokus darauf, inwieweit der*die Beschäftigte in der Lage ist, über einen längeren Zeitraum die eigene Tätigkeit produktiv und zufriedenstellend auszuüben und mit den Kolleg*innen effektiv zusammenzuarbeiten. Um die berufliche Weiterentwicklung bzw. das Erreichen von kurz- bis langfristigen Karrierezielen geht es in der darauffolgenden „Maintenance- bzw. Entwicklungsphase“ (ebd.).

Wird RTW als Prozess verstanden, rückt dies ins Bewusstsein, dass es nicht *die* eine RTW-Zielgröße geben kann, die es zu erreichen gilt (Young et al. 2005). Nichtsdestotrotz ist in der prognostischen und interventionsbezogenen medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Forschung der ‚RTW-Status‘ — nach einem die Arbeitsunfähigkeit auslösenden Ereignis, nach stationärer Behandlung oder nach Rehabilitation — die überwiegend genutzte Zielgröße. In den Blick genommen wird dabei in der Regel, ob innerhalb eines definierten Zeitraums oder zu einem definierten Zeitpunkt die (erstmalige, vollständige oder teilweise) Rückkehr an den Arbeitsplatz oder Arbeitsmarkt erfolgt bzw. ob die formale Arbeitsunfähigkeit weggefallen ist (Nübling et al. 2016; Steenstra et al. 2012). ‚Time-to-event‘-Messungen, aber auch querschnittliche Betrachtungen von Anteilsquoten kommen dabei zum Einsatz (Biering et al. 2013). Verbreitet genutzte Outcome-Parameter sind bei Bezugnahme auf einen definierten *Zeitraum*: die Dauer bis zum RTW, die Anzahl der AU-Tage, der Anteil der Studienteilnehmer*innen mit mindestens einem (ersten) RTW oder bei Bezugnahme auf einen definierten (Follow-up-)Zeitpunkt: der Anteil der (arbeitsfähigen) Erwerbstätigen bzw. Erwerbspersonen (RTW-Quote) (Gagnano et al. 2021; Nübling et al. 2016; Vargas-Prada et al. 2016). Teilweise werden, beispielsweise um den Nutzen von RTW-Interventionen zu bewerten, durch die Arbeitsunfähigkeit bedingte Kosten als Zielgröße betrachtet (z. B. Cullen et al. 2018). Die Nachhaltigkeit des beruflichen Wiedereinstiegs und damit bspw. auch von RTW-Interventionen findet teilweise Berücksichtigung durch Betrachtung längerer Follow-up Zeiträume, mehrerer Follow-up Zeitpunkte, kumulativer Zeitverlaufsquoten sowie durch die Erhebung etwaiger Rückfälle bzw. erneuter Arbeitsunfähigkeit (de Boer et al. 2020; Smith et al. 2020; Etuknwa et al. 2019; Nübling et al. 2016).

Neben dem RTW-Status finden in der RTW-Forschung Aspekte wie die subjektive Arbeitsfähigkeit, das subjektive Wohlbefinden bzw. die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität als sekundäre Outcomes zunehmend häufiger Beachtung (z. B. Figueredo et al. 2020; Mikkelsen und Rosholm 2018; van Vilsteren et al. 2015). Operationalisiert werden diese teilweise auch über die Arbeitszufriedenheit oder die subjektive Gesundheit. Dies entspricht der Entwicklung im Bereich der Nutzenbewertung medizinischer Interventionen, wo sich ebenfalls ein zunehmendes Bewusstsein für die Bedeutung der Patientenperspektive bzw. patientenberichteter Outcomes wie gesundheitsbezogene Lebensqualität und Patientenzufriedenheit entwickelt (vgl. Babac et al. 2019; Nübling et al. 2015).

Festzuhalten bleibt, dass die (erste) Wiederaufnahme der Berufstätigkeit einen, wenn nicht: *den* zentralen Aspekt des Genesungsprozesses darstellt, ohne sein Ende markieren zu müssen (Young et al. 2005). So setzt die wieder aufgenommene oder aufzunehmende Berufstätigkeit zwar ein Mindestmaß an Arbeitsfähigkeit voraus. Trotzdem lassen sich die beiden RTW-

2.3 Die berufliche Rückkehr beeinflussende Faktoren

Outcomes ‚Berufs- bzw. Erwerbstätigkeit‘ und ‚Arbeitsfähigkeit‘ nicht gleichsetzen. Schließlich erfolgt die Rückkehr zur Arbeit auch aus anderen als gesundheitlichen Gründen. Zudem ist davon auszugehen, dass das Ausmaß der Arbeitsfähigkeit auch bei gegebener Erwerbs- bzw. Berufstätigkeit abhängig vom betrachteten Zeitpunkt im RTW-Prozess variieren kann (Gagnano et al. 2021; van Schaaijk et al. 2019; Chow et al. 2014; Steenstra et al. 2012). Das Konzept der (subjektiven) Arbeitsfähigkeit geht, wie es häufig verwendet wird, u. a. auf den finnischen Wissenschaftler Juhani Ilmarinen zurück. Demnach wird Arbeitsfähigkeit als die Fähigkeit eines Menschen verstanden – und dies explizit auch unter Berücksichtigung seines Gesundheitszustands – eine gegebene Arbeit erfolgreich bewältigen zu können (Ilmarinen 2019). Ähnlich der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit basiert die Einschätzung der subjektiven Arbeitsfähigkeit damit auf einer Abwägung der Anforderungen des Arbeitsplatzes und der ggf. aufgrund von Krankheit bzw. beeinträchtigter Gesundheit geminderten Leistungsfähigkeit.

‚RTW‘ wird als Entwicklungsprozess verstanden. Damit wäre eine Vielzahl an möglichen (phasenspezifischen) Outcome- bzw. Zieldefinitionen zu erwarten. Tatsächlich (aber) fokussiert die RTW-Forschung, bspw. um die Wirksamkeit von RTW-Interventionen zu bewerten, häufig auf ‚den‘ RTW-Status, d. h. auf die Erfassung von Rückkehr-/Erwerbstätigenquoten oder der AU-Tage bis zum beruflichen Wiedereinstieg. Seltener werden darüberhinausgehende Aspekte wie die subjektive Arbeitsfähigkeit berücksichtigt.

2.3 Die berufliche Rückkehr beeinflussende Faktoren

Die Beantwortung der Frage, ob, wann und zu welchen Bedingungen jemand nach langer oder wiederholter Arbeitsunfähigkeit zur Arbeit zurückkehrt, hängt i. d. R. von vielen Faktoren ab (z. B. Gagnano et al. 2021; Hegewald et al. 2019). Dabei lassen sich Einflüsse (kontextueller) personen- oder arbeitsbezogener Merkmale und die Einflüsse von Interventionen, die mit einer RTW-bezogenen Wirkungsabsicht durchgeführt werden, unterscheiden (Abbildung 3, S. 12).

2.3.1 Personenbezogene Einflussfaktoren

Unter den RTW-relevanten personenbezogenen Einflussfaktoren werden soziodemografische, gesundheitsbezogene und persönlichkeitsbezogene Merkmale zusammengefasst (z. B. Gagnano et al. 2018). Ein kritischer soziodemografischer Einflussfaktor ist das Alter. Es gilt als mit dem beruflichen Wiedereinstieg i. S. v. wiederaufgenommener Berufstätigkeit bzw. wiedererlangter Arbeitsfähigkeit negativ assoziiert (de Boer et al. 2020; Etuknwa et al. 2019; Gagnano et al. 2018; Darter et al. 2018; Cocchiara et al. 2018; Catalina-Romero et al. 2015; Chow et al. 2014; Fiabane et al. 2014; Cornelius et al. 2011). Dabei steigt mit zunehmenden Alter die Wahrscheinlichkeit für eine länger andauernde Genesungsphase (Darter et al. 2018). Mit zunehmenden Alter kann es schwerer fallen, mit oder nach Krankheit die wiederaufgenommene Arbeit zu bewältigen, mit emotionalem Stress umzugehen oder berufliche und krankheitsbedingte Termine zu organisieren (Chow et al. 2014).

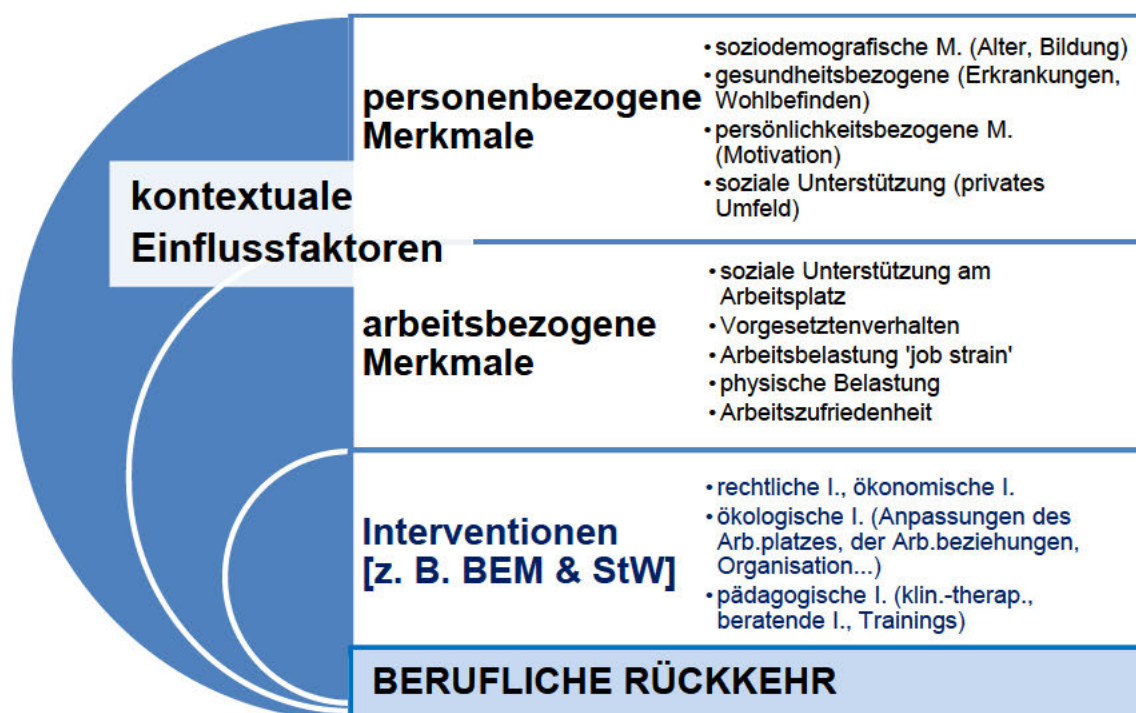


Abbildung 3 – Einflussfaktoren der beruflichen Rückkehr (eigene Darstellung)

Inkonsistent zeigen sich bisherige Studienergebnisse bzgl. eines möglichen Zusammenhangs von Geschlecht und RTW-Status bzw. Arbeitsfähigkeit. Zwar wurde wiederholt berichtet, dass Männer eher in die Berufstätigkeit zurückkehren und länger darin verbleiben als Frauen, es liegen aber teilweise widersprüchliche Studienergebnisse vor (z. B. Etuknwa et al. 2019; Gragnano et al. 2018; de Amorim et al. 2014; Rimser 2014). Verheiratete Frauen kehren häufiger nicht wieder in die Berufstätigkeit zurück als nicht (mehr) verheiratete Frauen (Chow et al. 2014; Fiabane et al. 2014).

Weiterhin gilt eine höhere Schulbildung als die berufliche Rückkehr begünstigend. So wird davon ausgegangen, dass betroffene Beschäftigte mit höherem Bildungsstand über mehr berufliche Möglichkeiten, Zuversicht, Flexibilität und auch gesundheitsrelevantes Wissen bzw. Verständnis verfügen und dadurch eher „gesunde“ und RTW-begünstigende Entscheidungen treffen (Etuknwa et al. 2019; Cocchiara et al. 2018; Darter et al. 2018; Gragnano et al. 2018; Dreyer et al. 2016; Fiabane et al. 2014; Chow et al. 2014). Verschiedene Studien deuten auf dementsprechende Zusammenhänge von Einkommen und beruflichem Wiedereinstieg hin (Sun et al. 2021; de Boer et al. 2020; Cocchiara et al. 2018; Gragnano et al. 2018; Catalina-Romero et al. 2015; Cornelius et al. 2011; Chow et al. 2014). Aber auch hier ist die Studienlage nicht widerspruchsfrei (Etuknwa et al. 2019; Cornelius et al. 2011). Die höhere Chance Beschäftigter mit *geringem* Einkommen oder *mit befristetem* Arbeitsvertrag auf eine frühzeitig und andauernd wiederaufgenommene Berufstätigkeit erklärten Etuknwa et al. (2019) damit, dass es für diese Beschäftigten besonders wichtig sei, die Quelle ihres Einkommens zu sichern, und sie daher auch eher bereit sein könnten, mögliche gesundheitliche Risiken einer zu frühen Rückkehr in Kauf zu nehmen. Einer ähnlichen Argumentation könnte gefolgt werden zur Erklärung des sich andeutenden Zusammenhangs zwischen einem vor der AU bestehenden höheren Beschäftigungsumfang und dem gelungenen beruflichen Wiedereinstieg (Dreyer

2.3 Die berufliche Rückkehr beeinflussende Faktoren

et al. 2016). So gibt es Hinweise darauf, dass vor der krebsbedingten Arbeitsunfähigkeit Vollzeitbeschäftigte ein geringeres Risiko haben, nach der AU nicht mehr berufstätig zu sein als Teilzeitbeschäftigte (Gragnano et al. 2018). Als weiterer die berufliche Rückkehr potenziell fördernder ‚personenbezogener‘ Einflussfaktor ist die soziale Unterstützung, die Betroffene aus dem privaten Umfeld erfahren, wenn auch bei teilweise geringer Evidenz, identifiziert worden (Gragnano et al. 2018; Cocchiara et al. 2018; Chow et al. 2014).

RTW wird heutzutage weniger als vorrangig medizinisches Thema verstanden (vgl. Gragnano et al. 2018). Nichtsdestotrotz fokussieren Studien, die zur Bestimmung RTW-relevanter Einflussfaktoren durchgeführt wurden, i. d. R. auf ausgewählte Diagnosen oder Diagnosegruppen. Zugleich erfordert die Unterstützung und Begleitung von RTW-Prozessen mehr als die Kenntnis der Diagnose, deren Offenlegung zudem nicht verpflichtend ist und durchaus auch kontrovers betrachtet wird (Bauer et al. 2017; Chakraverty et al. 2023). Gonon (2023) führte diesbezüglich aus, dass sich Beschäftigte trotz ihres Anspruchs auf ‚Informationskontrolle‘ durchaus unter Druck gesetzt fühlten, dem*der Arbeitgebenden gegenüber die Diagnose mitzuteilen, bzw. den Ausfall zu erklären. Dabei würde über Routineeingriffe oder einen Unfall eher ohne Vorbehalt informiert (Gonon 2023). Insbesondere bei psychischen, aber auch bei chronischen Diagnosen scheint sich für die Betroffenen die Situation dagegen schwieriger und eher mit Dilemmata⁹ behaftet darzustellen (ebd.).

Diagnosegruppenübergreifend gelten schließlich Komorbiditäten, insbesondere psychische Begleiterkrankungen wie Depression und teilweise Ängste oder Schmerzen sowie ein schlechter subjektiver Gesundheitszustand als die berufliche Rückkehr gefährdende bzw. hemmende Prädiktoren (de Boer et al. 2020; Darter et al. 2018; Gragnano et al. 2018; Cocchiara et al. 2018; Dreyer et al. 2016; Catalina-Romero et al. 2015; Fiabane et al. 2014; Siegrist und Siegrist 2010; Anema et al. 2009; Cancelliere et al. 2016).

In wenigen Studien wurden gesundheitsverhaltensbezogene Aspekte (Rauchen, Alkoholkonsum, Adipositas) oder fehlende (sportliche) Bewegung als potenzielle Hemmnisse des beruflichen Wiedereinstiegs in Betracht gezogen. Teilweise wurden negative Zusammenhänge beschrieben (Gragnano et al. 2018; Cancelliere et al. 2016; Blank et al. 2008). Teilweise konnten keine Zusammenhänge nachgewiesen werden (Lynch et al. 2016; Cancelliere et al. 2016). Dabei werden gesundheitsverhaltensbezogene Risikofaktoren als den Zusammenhang von SES/Bildung und beruflicher Rückkehr medierende Faktoren vermutet oder auch in Zusammenhang mit einem geringeren Selbstwertgefühl und beeinträchtigter mentaler Gesundheit gestellt (Etuknwa et al. 2019; Blank et al. 2008).

Tisch (2015) zufolge lässt sich der Zusammenhang zwischen beeinträchtigtem Gesundheitszustand und dem vorzeitigen Ausscheiden aus der Erwerbstätigkeit teilweise mit einer mangelhaften subjektiven Arbeitsfähigkeit erklären (auch: Peter und Hasselhorn 2013). Doch nicht nur die subjektive Arbeitsfähigkeit, sondern auch die wiederaufgenommene berufliche Tätigkeit kann abhängig von der zeitlichen Ausdehnung der Betrachtung selbst ein Prädiktor des nachfolgenden RTW-Status⁹ sein (Gragnano et al. 2021; van Schaaijk et al. 2019; Chow et al. 2014). So sind auch für kürzere Arbeitsunfähigkeitszeiten bzw. eine frühe (erste) Rückkehr

⁹ Beispielsweise das „Ressourcen-Etikettierungs-Dilemma“ (Bauer et al. 2017): Hierunter sind Konfliktsituationen zu verstehen, in denen langzeiterkrankte Beschäftigte abwägen müssen, inwieweit sie gesundheitliche Beeinträchtigungen im Betrieb offenlegen sollten und sich damit einem Stigmatisierungsrisiko aussetzen, um betriebliche Hilfe und Unterstützung in Anspruch nehmen zu können (Bauer et al. 2017; Ohlbrecht et al. 2018).

positive Zusammenhänge zum späteren Erwerbsstatus festgestellt worden (Wegrzynek et al. 2020).

Auch mit der Persönlichkeit assoziierte Aspekte wie Lebenszufriedenheit, Selbstwirksamkeitserwartung, Motivation zur Rückkehr, eine positive Einstellung gegenüber der Arbeit und dem RTW-Prozess gelten als RTW begünstigende Faktoren (Etuknwa et al. 2019; Cocchiara et al. 2018; Gragnano et al. 2018; Fiabane et al. 2014). Zumindest in Teilen ist davon auszugehen, dass diese Merkmale mit organisatorischen/betrieblichen Aspekten (s. u.) in Zusammenhang stehen und über betriebliches Handeln beeinflussbar sind.

2.3.2 Arbeitsbezogene Einflussfaktoren

Etuknwa et al. (2019) gehen davon aus, dass sich im Arbeitsumfeld erfahrene soziale Unterstützung positiv auf die Selbstwirksamkeitserwartungen oder Rückkehrmotivation der Beschäftigten auswirken kann. Die am Arbeitsplatz erfahrene soziale Unterstützung wurde in verschiedenen Untersuchungen differenziert betrachtet. Während (Fiabane et al. 2014) die Bedeutung der Unterstützung durch den*die Arbeitgebenden im Sinne der Gewährleistung eines unterstützenden Arbeitsumfelds hervorhoben, stellten Villotti et al. (2021) fest, dass aufgrund unzureichender Evidenz die separate Bewertung des Nutzens sozialer Unterstützung durch Kolleg*innen respektive durch Vorgesetzte nicht möglich sei. Sikora et al. (2022) konnten dementsprechende Zusammenhänge zwischen der beruflichen Rückkehr von Beschäftigten und der durch Kolleg*innen bzw. Vorgesetzte erfahrenen sozialen Unterstützung anhand qualitativer, nicht aber quantitativer Studiendaten bestätigen. Ihren quantitativen Studienergebnissen zufolge stellt sich jedoch eine grundsätzlich mangelhaft wahrgenommene Führungsqualität als Hemmnis für die berufliche Rückkehr dar (Sikora et al. 2022). Smith et al. (2020) wiesen darauf hin, dass das Verhalten von Vorgesetzten gegenüber (psychisch) beeinträchtigten Mitarbeiter*innen relevant ist für deren erfolgreichen beruflichen Wiedereinstieg. Zugleich sei jedoch das Vorgesetztenverhalten selbst beeinflusst von der Organisationskultur, die unter Umständen die beeinträchtigte psychische Gesundheit der Mitarbeiter*innen mit verursacht hat. Demnach könnten gerade die Arbeitsplätze bzw. Organisationen im Umgang mit arbeitsbedingten psychischen Beschwerden schlecht aufgestellt sein, in denen Mitarbeiter*innen auch ein höheres Risiko haben, entsprechende gesundheitliche Problemlagen zu entwickeln (Smith et al. 2020). Ohlbrecht et al. (2018) führten außerdem aus, dass die Unterstützung erkrankter Mitarbeiter*innen durch Arbeitgebende bzw. Vorgesetzte auch von deren persönlichen Krankheitserfahrungen und Wertevorstellungen abhängt. Weiterhin kann vermutet werden, dass das Verhalten von Arbeitgebenden und Vorgesetzten auch davon beeinflusst ist, wie sie das Zugehörigkeitsgefühl der*des Beschäftigten wahrnehmen und davon welchen „Wert“, sie dem*der Beschäftigten beimessen (Gonon 2023; Ohlbrecht et al. 2018).

Unter den arbeitsbezogenen Faktoren gelten zudem jene organisationalen Faktoren als die berufliche Rückkehr hemmend, die allgemein Stress auslösend wirken können (Gragnano et al. 2021). Dies sind bspw. enge Entscheidungsspielräume, mangelnde arbeitsbezogene Kontrollfähigkeit, unzureichende Gratifikation, eine hohe Arbeitsbelastung aufgrund zeitlicher oder mengenmäßiger Anforderungen oder unflexible Zeit-/Arbeitspläne (Villotti et al. 2021; Fiabane et al. 2014). Studien deuten außerdem darauf hin, dass physisch belastende Tätigkeiten sowie manuelle und angelernte Tätigkeiten mit geringeren Rückkehrchancen assoziiert sind (Gragnano et al. 2018; Dreyer et al. 2016; Chow et al. 2014; Fiabane et al. 2014). Nicht zuletzt wird auch die Arbeitszufriedenheit als die berufliche Rückkehr potenziell beeinflussender Faktor betrachtet. In dem Konstrukt Arbeitszufriedenheit findet die mehr oder weniger umfassende

subjektive Bewertung arbeitsbezogener Aspekte Ausdruck (Lincke et al. 2021). Nach Kauffeld und Schermuly (2011) wird mit Arbeitszufriedenheit das erfasst bzw. abgebildet, „was Menschen in Bezug auf ihre Arbeit und deren Facetten denken und fühlen“ (ebd., S. 180). So wird teilweise angenommen, dass Personen, die vor der Arbeitsunfähigkeit eine hohe Arbeitszufriedenheit hatten, eher motiviert sind an die Arbeit zurückzukehren, als Personen, die an ihrer Arbeitsstelle bereits vor der Arbeitsunfähigkeit unzufrieden waren (vgl. Ohlbrecht et al. 2018; Fiabane et al. 2014). Andere konnten keine entsprechenden Zusammenhänge feststellen (Cancelliere et al. 2016).

2.3.3 Beeinflussung der beruflichen Rückkehr durch Intervention

Im Wissen um diese Zusammenhänge wird versucht, die berufliche Rückkehr durch mehr oder weniger spezifische Interventionen zu fördern. Insofern in Deutschland der Umgang mit arbeitsunfähigen Erwerbstätigen auch durch die Gesetzgebung geregelt ist, bspw. den Kündigungsschutz, den Anspruch auf Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und Krankengeld oder das BEM bzw. die StW betreffend, wirken hier Formen rechtlicher und ökonomischer Interventionen¹⁰. Auch sie beeinflussen das RTW-relevante Verhalten der beteiligten Stakeholder und damit für den Verlauf von RTW-Prozessen (Abbildung 3, S. 12). Anders als in Deutschland besteht beispielsweise in den Niederlanden bei unbefristeten Arbeitsverhältnissen eine Verpflichtung der*des Arbeitgebenden zur (anteiligen) Lohnfortzahlung für zwei Jahre (Europäische Kommission 2024). In Deutschland geht diese Verpflichtung nach sechs Wochen ggf. auf die (gesetzliche) Krankenversicherung über. Es ist davon auszugehen, dass solche finanziellen Anreize die Bereitschaft des*der Arbeitgebenden, Beschäftigte bei der beruflichen Rückkehr zu unterstützen, beeinflussen (vgl. Brucks et al. 2021). Länderspezifische Kompensationsgrundsätze wie Regelungen zu Lohnfortzahlungen bzw. ‚alternativen Einkommen‘ können sich aber auch auf die Rückkehrbemühungen der betroffenen Beschäftigten auswirken (Anema et al. 2009).

Unter den personenbezogenen, i. d. R. klinisch-therapeutischen Interventionen werden primär pädagogische Interventionen verstanden. Pädagogische Interventionen sind explizit auf die Verbesserung der Handlungskompetenzen der Betroffenen ausgerichtet und erfolgen i. d. R. als personenbezogene Dienstleistungen (Reis 2021; Hurrelmann und Holler 1988). Auch (psycho-)therapeutische und medizinische Interventionen lassen sich als pädagogische Intervention verstehen, insofern durch ärztliche bzw. therapeutische Beratung und Patientenschulung therapiezieladhärentes Patientenverhalten gefördert und das Krankheitsgeschehen beeinflusst werden sollen, so dass Handlungskompetenzen wiedererlangt werden (Faller und Lang 2010; Ewert et al. 2002). RTW-Interventionen in diesem Sinne umfassen Formen der Beratung oder Therapie sowie Trainings und Übungen, die primär auf die Verbesserung der körperlichen Kondition und Verfassung oder auf die Stärkung der mentalen Gesundheit der Betroffenen ausgerichtet sind (Nowrouzi-Kia et al. 2023; Hegewald et al. 2019; Cullen et al. 2018; de Boer et al. 2015). So sollen die Funktionsfähigkeit wiederhergestellt und der berufliche Wiedereinstieg begünstigt werden.

Arbeitsbezogene Interventionen zur Erleichterung des beruflichen Wiedereinstiegs sind überwiegend ökologische Interventionen. Nach Kaufmann (1980; zit. nach Hurrelmann und Holler

¹⁰ Allgemein sind rechtliche Interventionen Maßnahmen, die Rechtsansprüche sichern. Ökonomische Interventionen dienen der Einkommenssicherung oder -verbesserung (Kaufmann 1980 und Hurrelmann/Kaufmann/Lösel 1987 zitiert nach: Hurrelmann und Holler 1988).

2.3 Die berufliche Rückkehr beeinflussende Faktoren

1988) zählen zu den ökologischen Interventionen solche, die der Verbesserung der materiellen und sozialen Umweltbedingungen dienen. Im hiesigen Kontext sind damit gemeint: Anpassungen des räumlich-physikalischen Arbeitsplatzes, der Arbeitsumgebung, der Arbeitsausstattung, aber auch Anpassungen der Arbeitsaufgaben/-inhalte sowie der organisatorischen Arbeitsbedingungen, z. B. der Arbeits- und Pausenzeiten. Ökologische arbeitsbezogene Interventionen können auch ausgerichtet sein auf die Verbesserung von Abläufen oder der Beziehung bzw. Kommunikation zwischen Beschäftigten, Arbeitgebenden, Vorgesetzten, Kolleg*innen und anderen am RTW-Prozess Beteiligten wie den Angehörigen der Gesundheitsberufe (Nowrouzi-Kia et al. 2023; Cullen et al. 2018; Mikkelsen und Rosholm 2018; Vogel et al. 2017). Eher vereinzelt werden zu den arbeitsbezogenen Interventionen auch pädagogische Interventionen gezählt (s.o.), wenn diese bspw. einen (besonderen) Arbeitsbezug aufweisen wie berufsbezogene Beratung und Therapien, oder auch arbeitsbezogene Interventionen, die nicht seitens Arbeitgebender initiiert wurden (vgl. Vogel et al. 2017; Joyce et al. 2016). In der Regel wird die aktive Beteiligung der Arbeitgebenden jedoch vorausgesetzt.

Für singular durchgeführte Interventionen – seien es primär klinische/personenbezogene Ansätze oder auch arbeitsbezogene – liegt eine inkonsistente Evidenzlage in Bezug auf ihre die berufliche Rückkehr begünstigende Wirkung vor. Wiederholt ist es nicht gelungen, Wirksamkeit nachzuweisen; Unterschiede in der Wirksamkeit zeigen sich u. a. in Abhängigkeit von Diagnosegruppen (Cullen et al. 2018). Wirksamkeitsunterschiede können sich auch aus der Art und dem Ausmaß der Arbeitsplatzbezogenheit der Interventionen ergeben (Wegrzynek et al. 2020). Deutliche Hinweise liegen jedoch dafür vor, dass Mehrkomponentenansätze, also Ansätze, die mehrere – und dabei insbesondere auch arbeitsbezogene – Interventionen umfassen, AU-Zeiten reduzierend wirken bzw. zu einer verbesserten Funktionsfähigkeit beitragen (Nowrouzi-Kia et al. 2023; Nieuwenhuijsen et al. 2020; Boer et al. 2020; Wegrzynek et al. 2020; Hegewald et al. 2019; Mikkelsen und Rosholm 2018; Cullen et al. 2018).

RTW-Zustände wie die wiederaufgenommene berufliche Tätigkeit oder wiedererlangte Arbeitsfähigkeit sind multifaktoriell beeinflusst. Als die berufliche Rückkehr hemmende Einflussfaktoren gelten die personenbezogenen Merkmale höheres Alter und geringe Schulbildung. Auch psychische Erkrankungen, Schmerzen und lange AU-Zeiten gehen mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit (andauernder) zukünftiger Erwerbstätigkeit einher.

Die berufliche Rückkehr ist zudem bedingt durch die subjektive Arbeitsfähigkeit, die Selbstwirksamkeitserwartungen und die Rückkehrmotivation der von AU betroffenen Beschäftigten. Diese Aspekte werden nicht allein als Persönlichkeitsmerkmale, sondern auch als mit dem betrieblichen Einflussbereich bzw. der Arbeitszufriedenheit assoziiert begriffen.

Weitere RTW-relevante arbeitsbezogene Einflussfaktoren sind das als unterstützend wahrgenommene Verhalten der Arbeitgebenden bzw. Vorgesetzten, Stress auslösende Arbeitsbedingungen sowie körperlich fordernde Tätigkeiten.

Moderate bis starke Evidenz liegt dafür vor, dass sich RTW-Interventionen, die verschiedene Maßnahmenbereiche abdecken und insbesondere auch arbeitsbezogene Maßnahmen umfassen, AU-Zeiten reduzierend bzw. positiv auf die spätere Funktionsfähigkeit auswirken.

2.4 BEM und StW: Zwei betriebliche RTW-Interventionen in Deutschland

2.4.1 Definition und Ziele des BEM und der StW

Seit 2004 sind Arbeitgebende gesetzlich verpflichtet, langzeiterkrankten bzw. -arbeitsunfähigen Arbeitnehmer*innen ein Angebot zur Teilnahme am BEM zu machen (§ 167 SGB IX, ehemals § 84 Abs. 2 SGB IX). Dies gilt bei ununterbrochenen und unterbrochenen Arbeitsunfähigkeitsperioden von insgesamt mehr als sechs Wochen Dauer innerhalb von zwölf Monaten. Der Gesetzgeber bzw. das Bundesarbeitsgericht begreifen BEM als einen „verlaufs- und ergebnisoffenen“, bzw. „organisierten und kooperativen Suchprozess“ (Deutscher Bundestag 05.05.2021, 30.11.2016; Kohte 2010), der zum Ziel hat, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person zu klären, mit welchen geeigneten (präventiven) Maßnahmen die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden, einer erneuten Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (ebd. und Deutscher Bundestag 21.10.2003). Geeignet erscheinende Mittel bzw. Maßnahmen sollen gemeinsam „ausgelotet“ und ergriffen werden (Detka et al. 2019). Gesetzlich festgeschrieben sind die Freiwilligkeit der Annahme des BEM-Angebots sowie die Möglichkeit der betroffenen Beschäftigten eine Vertrauensperson eigener Wahl hinzuziehen (§ 167 SGB IX). Zudem besteht für die*den Beschäftigte*n keine Pflicht, den Grund der Arbeitsunfähigkeit offenzulegen (§ 5 Abs. 1 EntgFG). Der Gesetzgeber begründete seinen Gesetzesentwurf zum BEM u. a. damit, dass der frühzeitige Ausstieg aus der Erwerbstätigkeit bzw. der „Abgang in die Arbeitslosigkeit“, den es sowohl aufgrund seiner gesellschaftlichen Folgen als auch aufgrund der Folgen für das Individuum zu vermeiden gilt, noch immer häufig aus Krankheitsgründen geschehe. Sein Anliegen war es außerdem, den Stellenwert der Prävention zu stärken (Deutscher Bundestag 21.10.2003).

Der konkrete Ablauf des BEM ist nicht festgeschrieben bzw. gesetzlich geregelt. Dennoch sind inzwischen Verfahrensstandards zugänglich (Sikora et al. 2021; Knoche und Sochert 2014), auf die in der Unternehmenspraxis Bezug genommen werden kann. Diesen zufolge (ebd.) beginnt der „ideale“ BEM-Prozess nach Feststellung einer in Summe länger als sechs Wochen dauernden Arbeitsunfähigkeit innerhalb der vorausgegangenen zwölf Monate mit der Unterrichtung des*der Beschäftigten über das BEM-Angebot durch den*die Arbeitgebenden. Insofern Interesse an der Annahme des Angebots signalisiert wird, wird ein Informations- bzw. Erstgespräch verabredet, an dem auf Wunsch des*der Beschäftigten auch weitere Personen teilnehmen können. Im Rahmen des Informations- bzw. Erstgesprächs sollten das Verfahren als solches, datenschutzrechtliche Aspekte, sein Sinn und Zweck erläutert und ggf. der Durchführungswunsch verschriftlicht werden. Auch in den sich möglicherweise anschließenden Gesprächen und Fallbesprechungen können weitere Beteiligte hinzukommen. Dabei geht es darum, die Situation des*der Beschäftigten zu erfassen und gemeinsam bedarfsgerechte Maßnahmen zu finden, um die vereinbarten Ziele wie die berufliche Rückkehr an den alten Arbeitsplatz zu erreichen (Knoche und Sochert 2014; Eggerer et al. 2009). Eggerer et al. (2009), die die Einführung und Umsetzung des BEM in Betrieben der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke wissenschaftlich begleiteten, hoben hervor, dass den direkten Vorgesetzten bei der Maßnahmenumsetzung eine besondere Rolle zukommt. Nach erfolgter Maßnahmenumsetzung wird empfohlen, ein Abschlussgespräch u. a. zum Erfahrungsaustausch und zur Erfolgsbewertung zu führen (Sikora et al. 2021).

Im Verlauf von BEM-Verfahren können verschiedenartig ausgerichtete und unterschiedlich stark standardisierte Maßnahmen ergriffen werden, um den beruflichen Wiedereinstieg zu unterstützen und die Wiederherstellung oder Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit zu erreichen (Detka et al. 2019). In der Regel sind die ergriffenen Maßnahmen auf die Arbeitsbedingungen bzw. das soziale betriebliche Umfeld gerichtet und fallen damit in den Bereich der ökologischen Interventionen. So werden älteren Untersuchungen zufolge im Rahmen des BEM bzw. des allgemeinen betrieblichen Integrationshandelns Maßnahmen ergriffen wie die Reduzierung der Arbeitsbelastung oder der Arbeitszeit, Anpassungen der Arbeitsaufgaben, Verbesserungen der technischen Ausstattung des Arbeitsplatzes oder auch ein Arbeitsplatzwechsel (Sikora et al. 2021; Niehaus et al. 2008). Auch auf die Person gerichtete pädagogische Maßnahmen aus dem Bereich Beratung und Konfliktmanagement und Qualifizierungsmaßnahmen werden umgesetzt (Eggerer et al. 2009; Niehaus et al. 2008).

Grundsätzlich können zudem außerbetriebliche Maßnahmen veranlasst werden, bspw. im Bereich der medizinischen Rehabilitation (Knoche und Sochert 2014; Eggerer et al. 2009). Ein besonderer Stellenwert wird schließlich der StW nach § 74 SGB V bzw. § 44 SGB IX (s. u.) sowohl im Rahmen allgemeinen betrieblichen Integrationshandelns als auch explizit im Rahmen von BEM-Verfahren eingeräumt. Sie gilt als eine der am häufigsten angebotenen und auch akzeptierten Maßnahmen in diesem Zusammenhang (Opelt et al. 2020; Kohte 2010; Niehaus et al. 2008). Dabei wird die vorrangige Fokussierung auf die Maßnahme der StW bzw. ihre „starre“ Umsetzung z. B. von Ohlbrecht et al. (2018) auch kritisch bewertet, insofern alternative Strategien unbeachtet bleiben und Beschäftigte das BEM-Angebot als solches bspw. aufgrund befürchteter finanzieller Einbußen ablehnen könnten.

Die StW ist selbst ein unabhängig vom BEM gesetzlich geregeltes Verfahren. Sie hat sich aus dem sogenannten Hamburger Modell in den 1980er Jahren entwickelt und ist bereits seit 1989 in § 74 SGB V gesetzlich verankert. Seit 2001 ist sie auch über § 28 SGB IX (seit 2018: § 44 SGB IX) anerkannt als „spezifische Maßnahme der medizinischen Rehabilitation“ (Kohte 2022). Die StW setzt die „formale Arbeitsunfähigkeit“ der Betroffenen, also eine ärztlich bescheinigte AU, voraus (Feldes und Kohte 2018). Vertragsärzte*Vertragsärztinnen sind dazu angehalten, (spätestens) ab einer Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen zu prüfen, ob aus therapeutischer Sicht die „schonende, aber kontinuierliche“ Heranführung des*der Betroffenen an die Belastungen des Arbeitsplatzes angezeigt ist (G-BA 2023). Hierzu müssen dem Arzt*der Ärztin ausreichende Informationen über die Tätigkeit und den Arbeitsplatz des Betroffenen (Gefährdungen, Arbeitsplatzgestaltung) vorliegen (Feldes und Kohte 2018). Grundsätzlich kann eine StW von allen beteiligten betrieblichen oder überbetrieblichen Akteur*innen angeregt werden (Schulz et al. 2021a). Dem G-BA zufolge erfordert sie eine vertrauensvolle Zusammenarbeit des Arztes*der Ärztin, des*der Betroffenen, des*der Arbeitgebenden und aller weiteren beteiligten Akteure*Akteurinnen. Die konkrete Ausgestaltung sollte einzelfallspezifisch erfolgen bei einer empfohlenen maximalen Wiedereingliederungsdauer von sechs Monaten (G-BA 2023).

Das Instrument der StW ist wie hier beschrieben bei gesetzlich krankenversicherten Personen anwendbar. Unter bestimmten Voraussetzungen sind auch andere Sozialversicherungsträger wie z. B. die Gesetzliche Rentenversicherung zuständige Kostenträger (Deutsche Rentenversicherung 2022). Neben abhängig Beschäftigten sind auch gesetzlich versicherte Selbstständige inanspruchnahmeberechtigt. Auch für Beamte*Beamtinnen gelten vergleichbare Regelungen (Bundesministerium des Innern und für Heimat 2014). Wie beim BEM ist die Annahme der Option zur StW für die von Arbeitsunfähigkeit Betroffenen freiwillig. Allerdings kann anders

als beim BEM der*die Arbeitgebende ihrer Durchführung widersprechen (G-BA 2023). Dieses Vetorecht des*der Arbeitgebenden ist bei Beschäftigten mit Schwerbehinderung eingeschränkt (Kohte 2022).

Ziel der StW ist die Wiedereingliederung der von langer Arbeitsunfähigkeit betroffenen Person in das Erwerbsleben entsprechend ihrer vertraglichen Regelungen zum bisherigen Beschäftigungsumfang bzw. zur bisherigen Arbeitsbelastung (G-BA 2023). Nebenziele sind weiterhin eine möglichst kurze Dauer der Arbeitsunfähigkeit, die Vermeidung nicht gelungener Arbeitsversuche sowie des Verlustes beruflicher Fähigkeiten (Feldes und Kohte 2018). Die StW sollte ferner helfen, Ängste vor Überforderung und vor einem Krankheitsrückfall zu reduzieren; medizinische, therapeutische, arbeitsbezogene und personenbezogene Faktoren sollten bei der Maßnahmenformulierung Beachtung finden (Schulz et al. 2021b). Grundlage der StW bildet ein gemeinsam aufzustellender Stufenplan, in dem die schrittweise Steigerung der Arbeitsbelastung flexibel geregelt wird (Schulz et al. 2021a). Dabei kann nicht nur die Arbeitszeit (schrittweise), sondern ebenso können Arbeitsinhalt, -rhythmus, -pensum und -intensität angepasst werden (Kohte 2022). Von diesen vielfältigen Möglichkeiten wird Schulz et al. (2021b) zufolge jedoch kaum Gebrauch gemacht. So berichteten Bürger und Streibelt (2011) beispielsweise, dass die meisten Beschäftigten während ihrer StW ihren gewohnten Arbeitstätigkeiten nachgingen und (nur) ein Viertel „eher leichtere Tätigkeiten“ verrichtet.

Weder Inhalt noch Ablauf des BEM sind konkret festgeschrieben. Dennoch lässt sich BEM als betriebliche Intervention der Kategorie der arbeitsbezogenen RTW-Interventionen zuordnen. Dabei überwiegt die Umsetzung ökologischer vor pädagogischen Maßnahmen.

Eine der im BEM am häufigsten ergriffenen Maßnahmen ist die StW, die selbst als eigenständige arbeitsbezogene RTW-Intervention auch losgelöst von einem (offiziellen) BEM-Verfahren durchgeführt werden kann. Sie erfolgt vorrangig in Form einer stufenweisen Steigerung der Arbeitszeit.

Übergeordnet sind sowohl BEM als auch die StW als rechtliche Interventionen zu verstehen. Die Voraussetzungen für ihre Nutzung sind festgeschrieben und damit Rechtsansprüche definiert. Während unter bestimmten Bedingungen für AG eine Pflicht zum BEM-Angebot besteht, ist die Angebotsannahme dem*der Beschäftigten freigestellt. Die Durchführung einer StW, die der ärztlichen Empfehlung bedarf, dürfen sowohl die erkrankten Beschäftigten als auch Arbeitgebende ablehnen.

Im Sinne ökonomischer Interventionen werden mit dem BEM bzw. der StW zudem Regelungen zur Entlohnung bzw. zu Lohnersatzleistungen getroffen. Ihre Zielsetzung ist außerdem auf die zukünftige Einkommenssicherung ausgerichtet, insofern beide Verfahren die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und den Arbeitsplatzverlust zum Ziel haben.

2.4.2 Verbreitung und Nutzung des BEM und der StW

Die bisherige Forschung zum BEM in Deutschland gibt auf Basis methodisch unterschiedlich angelegter Studien einen ersten Überblick über seine Verbreitung bzw. Nutzung und Umsetzung in der betrieblichen Praxis (vgl. Zumbeck 2018). Dabei gründen nur wenige Studien auf bevölkerungsbasierten oder repräsentativen Stichproben. Das im Sozialgesetzbuch verankerte Instrument der StW wurde bereits umfassender wissenschaftlich evaluiert, insbesondere seit der teilweisen Übertragung der StW in den Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherung im Jahr 2004. In StW-bezogenen Studien wurde auf Routinedaten der Rentenversicherung, seltener der Krankenversicherung (z. B. Schneider et al. 2016) und teilweise auf auch Befragungen von Rehabilitand*innen (Bürger und Streibelt 2018; Bürger 2004) Bezug genommen. Insofern die Studien im Wesentlichen als ‚Begleitforschung‘ zur gesetzlichen Einführung des BEM oder zur Neuregelung der StW durchgeführt wurden, sind sie überwiegend älteren Datums. Angaben zur Nutzung von BEM- bzw. StW-Verfahren geben wichtige Hinweise, um den potenziellen Erfolg und Nutzen der Verfahren zu bewerten. Dass wie hier vom Gesetzgeber veranlasste Interventionen überhaupt Wirkung entfalten können, setzt schließlich ihre Umsetzung und Anwendung im jeweiligen Praxisfeld voraus.

Jüngere bevölkerungsbasierte Daten zur Verbreitung bzw. Nutzung des BEM liegen aus der BIBB¹¹/BAuA-Erwerbstätigenbefragung vor (Wrage et al. 2023; Holleder 2021). Es handelt sich dabei um eine repräsentative Stichprobe aus der deutschen Erwerbsbevölkerung ab 15 Jahren (BIBB 2018). Basierend auf den dort in 2017/2018 retrospektiv erhobenen Selbstauskünften wurden 8 % der 17.323 befragten abhängig Beschäftigten als BEM-anspruchsberechtigt klassifiziert. 40 % derjenigen mit BEM-Anspruch gaben an, ein BEM-Angebot erhalten zu haben. 68 % der Befragten mit BEM-Angebot berichteten, das Angebot auch angenommen zu haben (Wrage et al. 2023; Holleder 2021). Zudem befassten sich Loerbroks et al. (2021) mit der Verbreitung des BEM in Deutschland auf Basis von Selbstauskünften Beschäftigter. Ihrer Untersuchung zufolge erhielten 36 % der Studienteilnehmer*innen, die alle angebotsberechtigt waren, ein BEM-Angebot. In 77 % der Fälle mit BEM-Angebot wurde dies auch angenommen. Die Autor*innen nutzten für ihre Analysen Daten des Dritten Sozialmedizinischen Panels für Erwerbspersonen (SPE III)¹². Dabei waren in die Auswertung ausschließlich 40- bis 54-jährige Personen mit aktuellem Wohnsitz in Deutschland eingeschlossen (Loerbroks et al. 2021). Die Erhebung der Angaben zum BEM erfolgte bereits im Jahr 2015.

Überwiegend aus der Perspektive von Unternehmens- und Mitarbeiter*innenvertretungen heraus stellten Niehaus et al. (2008) fest, dass 48 % der sich an der Umfrage beteiligenden 630 Betriebe BEM durchführten. Die Umsetzungsquoten variierten dabei in Abhängigkeit von der Unternehmensgröße und lagen bei 23 % in kleinen Unternehmen, bei 38 % in mittleren und bei 55 % in großen Unternehmen. Auf Basis einer für Betriebe mit Betriebsratsvertretung repräsentativen Erhebung aus dem Jahr 2015 berichtete Ahlers (2016), dass 73 % der Unter-

¹¹ BIBB – Bundesinstitut für Berufsbildung

¹² Dabei handelt es sich um eine Kohorte aus der Versichertengruppe der Deutschen Rentenversicherung Bund, die in 2012 Krankengeld bezog und im vorausgegangenen 4-Jahres-Zeitraum keine medizinischen und beruflichen Rehabilitationsleistungen beantragt oder erhalten hatte (Brzoska et al. 2019). Ein Anspruch auf Krankengeld besteht in Deutschland bei entsprechendem Versicherungsschutz ab einer mindestens sechswöchigen Arbeitsunfähigkeit aufgrund derselben Diagnose für bis zu maximal 72 Wochen (BMG 2024).

nehmen mit 20-49 Mitarbeiter*innen und 91 % der Unternehmen mit 500 und mehr Mitarbeiter*innen BEM-Strukturen etabliert hätten („Ja, es gibt im Betrieb ein betriebliches Eingliederungsmanagement“).

Ein Aspekt, der sowohl für die Durchführung von Studien zum BEM als auch für die Umsetzung des BEM in der betrieblichen Praxis kritisch ist, ist die Identifikation des Kreises der Anspruchsberechtigten. Dies kann für Unternehmen bzw. Organisationen eine Herausforderung sein (Niehaus et al. 2008). Niehaus et al. (2008) stellten in den späten 00er-Jahren diesbezüglich fest, dass nur ca. zwei Drittel der befragten Unternehmen Fehlzeiten systematisch erfassten, so dass Arbeitnehmer*innen mit Anspruch auf ein BEM-Verfahren gezielt und zuverlässig identifiziert werden können. Grundsätzlich haben Beschäftigte auch die Möglichkeit ihre*n Arbeitgebende*n auf ein BEM-Angebot anzusprechen. In den bisher zum BEM durchgeführten Studien wurde diese Möglichkeit bisher kaum thematisiert bzw. abgebildet. Eggerer et al. (2009) berichteten dazu, dass im Rahmen der Einführung des BEM in Betrieben der Berufsförderungswerke hiervon nur vereinzelt Gebrauch gemacht wurde.

Im Jahr 2014 wurden 55.536 Verfahren der StW zulasten der Gesetzlichen Rentenversicherung durchgeführt, was nach Bürger und Streibelt (2018) einer Zunahme um 49 % seit 2010 entspricht. Anhand der Routinedaten einer Stichprobe aus der Grundgesamtheit der StW-berechtigten Rentenversicherten, die in 2005 eine Rehabilitation beendet hatten, stellten Bürger et al. (2011) fest, dass 15 % der arbeitsunfähig, aber vollschichtig belastbar aus der Rehabilitation Entlassenen klinikseits eine StW empfohlen wurde, allerdings bei starker Variabilität der rehaklinikspezifischen Quoten (0 % - 70 %). Knapp die Hälfte (49 %) nahm das Angebot an. Aus einer Untersuchung von Bürger aus dem Jahr 2004 geht hervor, dass in den Jahrgängen 1999 bis 2001 bei 4,5 % der (LVA¹³-)Versicherten mit orthopädischer Rehabilitation im Entlassbericht eine StW-Empfehlung vermerkt war (Bürger 2004). Die Inanspruchnahmequote betrug 57 % (Bürger 2004). Mit Blick auf die in ihrer Untersuchung aus 2011 ermittelte Nutzungsquote von 8 % stellten Bürger et al. (2011) fest, dass diese deutlich höher [beinahe doppelt so hoch] ausfällt, wenn auch zeitlich verzögerte und damit im Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen liegende StW-Verfahren berücksichtigt werden. Den von Schneider et al. (2016) analysierten Krankenversicherungsdaten aus dem Jahr 2010 zufolge nahm ein Viertel der in der Stichprobe untersuchten nicht selbständig berufstätigen Krankenversicherten mit Langzeit-AU (> 42 Tage) an einem Verfahren zur StW teil.

¹³ LVA: Landesversicherungsanstalt, Träger bzw. Teil der gesetzlichen Rentenversicherung (Badekow et al. 2019)

Wissen um die Nutzung bzw. Verbreitung des BEM ist relevant für seine Nutzevaluation, da eine Intervention erst Wirkung entfalten kann, wenn sie im jeweiligen Praxisfeld Umsetzung findet. Der aufgrund der geringen Anzahl an aktuellen und bevölkerungsbasierten Studien begrenzte Erkenntnisstand weist darauf hin, dass Arbeitgebende ihrer unter bestimmten Voraussetzungen bestehenden Verpflichtung zum BEM-Angebot unzureichend nachkommen. Etwas höher fällt die Bereitschaft der Beschäftigten aus, ein Angebot anzunehmen.

Studien zur StW, die sich auf die späten 1990er Jahre bis 2014 beziehen, deuten eine Zunahme der StW-Nutzung an. Nutzungsquoten in Höhe von bis zu 25 % weisen allerdings auf eine insgesamt geringe Verbreitung in potenziellen Zielgruppen hin.

2.4.3 Einflussfaktoren der Verbreitung und Nutzung des BEM und der StW

BEM-Angebot

In verschiedenen Untersuchungen wurde die Unternehmensgröße als relevanter Prädiktor für das Angebot von BEM-Verfahren diskutiert (Wrage et al. 2023; Holleder 2021; Loerbroks et al. 2021; Niehaus et al. 2008). Während bei Loerbroks et al. (2021) und Niehaus et al. (2008) die Studienergebnisse auf einen „linearen“ positiven Zusammenhang von Unternehmensgröße und BEM-Angebotsquote hinweisen, lässt sich nach Wrage et al. (2023) die Unternehmensgröße nicht als signifikanter Einflussfaktor identifizieren. Möglicherweise ist dies eine Folge des sich in den BIBB-/BAuA-Daten andeutenden nicht-linearen bzw. U-förmigen Zusammenhangs zwischen der Unternehmensgröße und der Chance auf ein BEM-Angebot. So haben Holleder (2021) zufolge in mittleren Unternehmen Beschäftigte eine nur halb so hohe Chance auf ein BEM-Angebot wie in kleinen Unternehmen Beschäftigte.

Anhand der BIBB-/BAuA-Daten zeigt sich weiterhin höheres Alter mit einer höheren Chance auf ein BEM-Angebot assoziiert (Holleder 2021). Zwischen den Geschlechtern wurden keine Unterschiede nachgewiesen. Holleder (2021) stellte zudem fest, dass hoch qualifizierte Beschäftigte gegenüber Beschäftigten ohne berufliche Qualifikation eine deutlich höhere Chance auf ein BEM-Angebot haben. Die Wahrscheinlichkeit ein BEM-Angebot zu erhalten, ist nach den geschlechts- und altersadjustierten Analysen von Loerbroks et al. (2021) außerdem für psychisch Erkrankte oder an Krebs Erkrankte höher als für dementsprechend Nicht-Erkrankte, für jene mit Hauterkrankungen jedoch geringer als für dementsprechend Nicht-Erkrankte. Den eingangs dargelegten AU-Daten der Krankenkassen zufolge (Abschnitt 2.1) verursachen sowohl psychische Erkrankungen als auch Krebserkrankungen vergleichsweise lange AU-Zeiten. Auch unabhängig von der Art der Erkrankung gehen längere Arbeitsunfähigkeitszeiten mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für bzw. Chance auf ein BEM-Angebot einher (Loerbroks et al. 2021; Holleder 2021). Holleder (2021) stellte hierzu fest, dass das BEM-Angebot in der Praxis oftmals zeitverzögert erfolgt.

Auf einen möglichen Zusammenhang zwischen subjektiv wahrgenommener organisationaler Gerechtigkeit und einer höheren Wahrscheinlichkeit für ein nachfolgendes BEM-Angebot wie-

sen Loerbroks et al. (2021) hin. Die Autor*innen betrachteten dabei organisationale Gerechtigkeit als Indikator für einen arbeitnehmer*innenorientierten Arbeitsplatz (ebd.). Aus den BIBB-/BAuA-Daten geht Dementsprechendes hervor – allerdings aufgrund querschnittlicher Analysen. Danach sind das (aktuelle) Gefühl der Beschäftigten ‚am Arbeitsplatz Teil einer Gemeinschaft zu sein‘ und ein den Mitarbeiter*innen zugewandtes Vorgesetztenverhalten (Wrage et al. 2023) oder die (aktuelle) Arbeitszufriedenheit (Hollederer 2021) positiv mit dem retrospektiv erinnerten Angebot eines BEM-Verfahrens assoziiert. Ein deutlicher positiver Zusammenhang wurde zudem beschrieben für ein existierendes betriebliches Gesundheitsmanagement bzw. für Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung und die Chance auf bzw. Wahrscheinlichkeit für ein BEM-Angebot (Hollederer 2021; Loerbroks et al. 2021; Wrage et al. 2020).

Annahme eines BEM-Angebots

Die Annahme eines BEM-Angebots ist Beschäftigten per Gesetz freigestellt. Daher ist die explizite Betrachtung der Höhe der Inanspruchnahme und ihrer Einflussfaktoren sowie von Ablehnungsgründen relevant, um den faktischen „Wirkungskreis“ der gesetzlichen Regelungen zum BEM beurteilen und ggf. auf Hemmnisse reagieren zu können. Bisherigen Untersuchungen zufolge werden bei psychischen Erkrankungen BEM-Angebote mit höherer Wahrscheinlichkeit angenommen (Loerbroks et al. 2021). Zudem gibt es Hinweise darauf, dass mit längerer AU die Chance steigt, ein BEM-Angebot zu akzeptieren (Wrage et al. 2023). Weder Alter und Geschlecht noch berufliche soziale Ressourcen, Aspekte der Führung oder des Betriebsklimas ließen sich dagegen als relevante Einflussfaktoren der Inanspruchnahme eines BEM-Angebots identifizieren (Wrage et al. 2023). Dabei könnte sich Ohlbrecht et al. (2018) zufolge, eine ablehnende Haltung Beschäftigter gegenüber dem BEM aus einer geringen Arbeitszufriedenheit heraus entwickeln – mit der Folge fehlender Motivation, die Rückkehr begünstigende Maßnahmen zu ergreifen. Empirische (quantitative) Belege hierzu fehlen jedoch.

Von Zumbeck (2018) untersuchte Daten weisen ferner darauf hin, dass Vertrauen eine entscheidende Größe im BEM-Prozess und insbesondere auch im Rahmen seiner Anbahnung darstellt. Die Autor*innen evaluierten anhand einer Stichprobe von zehn Betrieben mit bis zu 100 Mitarbeiter*innen den Aufbau oder die Neuausrichtung von BEM-Strukturen. Vertrauen dürfte insbesondere auch ein wirksames Mittel im Umgang mit Offenbarungskonflikten und befürchteter Stigmatisierung sein (s. o.: Ressourcen-Etikettierungs-Dilemma (Bauer et al. 2017)). Zumbeck (2018) empfahl schließlich als die Inanspruchnahme fördernde Maßnahmen u. a. eine verstärkte innerbetriebliche Kommunikation über BEM und über erfolgreiche BEM-Verläufe, die angemessene Berücksichtigung der Interessen der Betroffenen und eine Stärkung der Evaluation – ausnahmslos Prozesse und Maßnahmen, die im Handlungsbereich von Führungskräften liegen.

Für die Inanspruchnahme eines BEM-Angebots und die Unternehmensgröße wurde ein negativer Zusammenhang beschrieben (Wrage et al. 2023; Loerbroks et al. 2021; Holleder 2021). Loerbroks et al. (2021) vermuteten als mögliche Ursache, dass Beschäftigte in ihrer individuellen Situation standardisierte BEM-Prozesse, die häufiger in größeren bzw. großen Unternehmen zu erwarten sind, als weniger passend bzw. hilfreich wahrnehmen und daher ein entsprechendes Angebot eher ablehnen. Zudem könnte das Vertrauen gegenüber der Unternehmensleitung in kleinen Unternehmen vergleichsweise stärker sein. Weiterhin wiesen Ohlbrecht et al. (2018) darauf hin, dass es in kleinen und mittleren Unternehmen öfter die Mitarbeiter*innen

selbst sind, die ein BEM initiieren. Sie dürften stärker motiviert sein, ein entsprechendes Verfahren anzunehmen. Vermutlich auch mit der Unternehmensgröße einhergehend, zeigen sich außerdem zwischen beruflichen Sektoren Unterschiede in der Inanspruchnahme von BEM-Verfahren (Wrage et al. 2023). Das Handwerk weist hier die höchste Akzeptanzquote auf, der öffentliche Dienst die geringste (ebd.). Allerdings könnte hier auch der Aspekt der Verbeamtung eine beeinflussende Rolle spielen (Hollederer 2021).

Nutzung der StW

Wesentliche Gründe der geringen Nutzung der StW sahen Bürger et al. (2011) im Informations- und Empfehlungsverhalten der Rehabilitationskliniken oder Ärzte*Ärztinnen und in der Haltung von Arbeitgebenden gegenüber der beruflichen Rückkehr der Beschäftigten (Schneider et al. 2016; Bürger et al. 2011). Dabei stellten die Auto*innen fest, dass mit den Empfehlungen der Rehabilitationsärzte*Rehabilitationsärztinnen zur StW vor allem jene Rehabilitand*innen erreicht werden, die selbst auch den Wunsch nach dem Verfahren äußerten (Bürger et al. 2011). Zugleich erhielt ein Drittel der befragten Rehabilitand*innen nach eigenen Angaben keine Empfehlung zur StW, obwohl aus der Retrospektive heraus Interesse daran bestand. In der in 2003 durchgeführten Befragung der LVA-Versicherten gaben 57 % der Befragten ohne StW-Teilnahme an, dass der*die Arbeitgebende der Durchführung einer StW widersprochen habe, bzw. 67 %, dass die StW aufgrund von Arbeitsplatzmerkmalen nicht durchführbar bzw. umsetzbar gewesen sei. 18 % berichteten, dass die Unterstützung des*der niedergelassenen Arztes*Ärztin gefehlt, 13 %, dass die Krankenkasse einer Durchführung widersprochen habe. 17 % der Versicherten entschieden sich aus finanziellen, 10 % aus familiären Gründen gegen eine StW (Bürger 2004).

Auch StW-bezogene Nutzungsquoten zeigen sich mit der Unternehmensgröße assoziiert. So werden Schneider et al. (2016) zufolge StW-Verfahren bei in kleinen Unternehmen Beschäftigten am seltensten durchgeführt. Mit Blick auf soziodemografische und gesundheitliche Aspekte hielten Bürger et al. (2011) fest, dass Jüngere (unter 55-Jährige), höher Qualifizierte, jene ohne Arbeitslosigkeit vor der Rehabilitation, jene mit längeren Fehlzeiten und jene, die ihre Erwerbsprognose bzw. berufliche Leistungsfähigkeit positiver einschätzen, eher eine Empfehlung zur StW erhalten bzw. dieser eher nachkommen (Schulz et al. 2021b). Auch Schneider et al. (2016) stellten anhand der analysierten Krankenversichertendaten fest, dass die Chance, an einer StW teilzunehmen, größer ist bei höherem sozialen Status sowie bei Bezug von Krankengeld, im Falle eines Krankenhausaufenthalts während der ersten 42 Tage der AU, dann, wenn bereits Kontakt zur Krankenversicherung im Vorfeld einer möglichen StW bestand, und bei Personen ohne Langzeit-AU im vorausgegangenen Jahr.

Als Einflussfaktoren des *BEM*-Angebots gelten das Alter und der Bildungsstand des*r Beschäftigten, eine AU aufgrund psychischer Erkrankung, die AU-Dauer, Aspekte der Unternehmenskultur und die Unternehmensgröße. Die Bereitschaft der Beschäftigten, ein Angebot zum BEM anzunehmen, nimmt mit zunehmender AU-Dauer zu und fällt höher aus bei AU aufgrund psychischer Erkrankung sowie bei Beschäftigung in kleine(re)n Unternehmen.

Gründe der geringen Nutzung der *StW* werden sowohl im Empfehlungs- und Informationsverhalten von Ärzt*innen als auch in der Haltung der Arbeitgebenden gesehen. *StW*-Verfahren werden in kleinen Unternehmen seltener durchgeführt. Jüngere und sozial besser gestellte Beschäftigte, Beschäftigte ohne Arbeitslosigkeit vor der Rehabilitation, bzw. ohne wiederholte Langzeit-AU, Beschäftigte, die ihre Erwerbsprognose positiver einschätzten und Beschäftigte mit ‚akut‘ längeren Fehlzeiten erhalten eher eine Empfehlung zur *StW* bzw. kommen dieser eher nach.

2.4.4 Bewertung des Nutzens des BEM und der StW

Die Auseinandersetzung mit der *Nutzung* des BEM im Sinne von Angebot und Inanspruchnahme ist kein Ersatz für seine explizite Nutzenbewertung. Bis heute mangelt es an belastbaren empirischen Belege dafür, dass und wie die Nutzung des BEM Beschäftigte nach langer AU unterstützt, ihre Arbeitsfähigkeit wiederzuerlangen, wieder ihrer Berufstätigkeit nachzugehen oder auch eine Stärkung des Selbstwertgefühls bzw. Verbesserung der Lebensqualität zu erfahren (vgl. Knoche und Sochert 2014). Dabei sollte ein Interesse an Wirksamkeitsnachweisen schon aufgrund knapper personeller und monetärer Ressourcen bestehen. Wirksamkeitsnachweise können aber auch relevant sein, um die Durchführung oder das Unterlassen von Wiedereingliederungsmaßnahmen im Sinne einer fairen Behandlung gegenüber den Betroffenen selbst und anderen Beschäftigten zu rechtfertigen (Gonon 2023).

Während in der allgemeinen RTW-Forschung und auch in der Begleitforschung zur *StW* die Dauer bis zur beruflichen Rückkehr oder der Erwerbsstatus regelmäßig als Zielgrößen Verwendung finden, steht ihre Berücksichtigung in BEM-bezogenen Studien aus. Dabei müsste sich Niehaus et al. (2008, S. 88) zufolge „erfolgreiches BEM [...] qua definitionem in einer Reduzierung der Arbeitsunfähigkeitszeiten niederschlagen“. Die Zielerreichung könnte schließlich daran festgemacht werden, dass es in einem nachfolgenden 12-Monatszeitraum nicht erneut zu einer längeren Arbeitsunfähigkeit kommt (ebd.). Als weitere potenzielle Evaluations- bzw. Erfolgskriterien führten Niehaus et al. (2008) die Leistungsfähigkeit sowie die Erwerbsbeteiligung bzw. das Ausbleiben krankheitsbedingter Kündigung an. 36 % der Teilnehmer*innen einer Online-Befragung – das waren insbesondere Unternehmens- und Mitarbeiter*innenvertretungen – gingen davon aus, dass BEM-Verfahren das Potenzial hätten, krankheitsbedingte Fehlzeiten zu reduzieren (ebd.). Diese Annahme gilt es zu belegen. Entsprechendes gilt für die angenommenen positiven Effekte des BEM auf die Leistungsfähigkeit und Erwerbsbeteiligung der am Verfahren teilnehmenden Beschäftigten. Darüber hinaus mangelt es an Studien bzw. Daten, die Auskunft darüber geben, wie hilfreich die an BEM-Verfahren Beteiligten und hier insbesondere die von langer AU betroffenen Beschäftigten das Verfahren bewerten. Beide Aspekte sollten in einer nutzerorientierten Evaluation nicht fehlen.

Für die im Anschluss an die medizinische Rehabilitation durchgeführte StW wurden bereits klare Hinweise auf ihre Wirksamkeit festgestellt (Bürger und Streibelt 2018). Bürger und Streibelt (2018) verwiesen auf günstige Effekte des Verfahrens auf den RTW-Status, den körperlichen bzw. psychischen Gesundheitszustand, die Fehlzeiten und die Frühberentungsquoten. So erreichen StW-Teilnehmer*innen höhere RTW-Quoten i. S. v. Erwerbsquoten als Nicht-Teilnehmer*innen (Bürger und Streibelt 2018: 87 % vs. 61 %; Bürger et al. 2011: 91 % vs. 78 %; Bürger und Streibelt 2011: 65 % vs. 51 %; Bürger 2004: 84,0 % vs. 62,5 %). Als sekundären Outcome betrachteten Bürger und Streibelt (2018) zudem die positive Veränderung des körperlichen und psychischen Gesundheitszustands im Jahr nach der Rehabilitation im Vergleich zum Jahr vor der Rehabilitation. Auch diesbezüglich weisen die Teilnehmer*innen an einem StW-Verfahren im Vergleich zur Gruppe ohne StW eine günstigere Entwicklung auf. Deutliche Unterschiede in der Effektivität der StW zeigen sich in Abhängigkeit vom Risikoprofil¹⁴ des Versichertenkollektivs (Bürger und Streibelt 2018).

Die betrachteten Untersuchungen geben auch Hinweise auf die Zufriedenheit der Teilnehmer*innen mit dem StW-Verfahren und auf ihre entsprechenden Nutzenbewertungen. Der Befragung von Bürger et al. (2011) zufolge empfand ein knappes Drittel der Befragten die Dauer der StW als zu kurz bzw. die Belastungssteigerung als zu stark. Ähnliche Anteile stellte Bürger (2004) bereits bei den LVA-versicherten StW-Teilnehmer*innen fest. Die durchschnittliche Dauer der zulasten der Rentenversicherung bzw. LVA Holstein durchgeführten StW gaben Bürger et al. (2011) bzw. Bürger (2004) mit 6 bzw. 5 Wochen an. Weiterhin zeigen sich Defizite bei der Umsetzung der StW, insofern mehr als 50 % der Rückkehrer*innen angaben, während der StW-Maßnahme nicht ausreichend unterstützt worden zu sein (Bürger et al. 2011). Dabei wurde insbesondere der Wunsch nach mehr Unterstützung oder Hilfestellung bei organisatorischen Fragestellungen oder Problemen am Arbeitsplatz geäußert. Etwas weniger Rückkehrer*innen wünschten sich mehr (ärztliche) Betreuung bei gesundheitlichen Problemen (Bürger et al. 2011; Bürger 2004).

Ein Teil der StW-Teilnehmer*innen bricht das Verfahren vorzeitig ab. Hierzu wurden Quoten in Höhe von 9 % bzw. 16 % berichtet (Bürger et al. 2011; Bürger 2004). Personen, die ein StW-Verfahren abbrechen, haben ein erhöhtes Risiko, nicht wieder berufstätig zu werden (ebd.). Kommt es zum Abbruch eines StW-Verfahrens, geschieht dies mehrheitlich aus gesundheitlichen Gründen. Bürger et al. (2011) zufolge brachen drei von vier StW-Teilnehmer*innen das Verfahren aufgrund eines Krankheitsrückfalls ab. Ein Drittel der Abbrecher*innen gab als Grund Probleme am Arbeitsplatz an und ebenfalls ein Drittel, dass das Verfahren nicht das richtige gewesen sei. Unabhängig davon, ob das Verfahren regulär beendet wurde, hätte sich die überwiegende Mehrheit der StW-Teilnehmer*innen nicht zugetraut, ohne das Verfahren wieder arbeiten zu gehen (Bürger et al. 2011: 70 %; Bürger 2004: 67 %). Nur wenige bzw. deutlich weniger bewerteten die StW rückblickend als (doch) nicht erforderlich (Bürger et al. 2011: 5 %; Bürger 2004: 19 %). Die Gesamtbewertung durch die StW-Teilnehmer*innen fiel in beiden Untersuchungen dementsprechend günstig aus. Ca. zwei Drittel der Befragten bewerteten die StW positiv und weniger als 10 % als (eher) schlecht (Bürger et al. 2011; Bürger 2004). Auch im internationalen Kontext wurde bereits bei geringer bis moderater Evidenz auf eine die berufliche Rückkehr begünstigende Wirkung von Interventionen, die Maßnahmen der

¹⁴ bezieht sich auf: Fehlzeiten, Frühberentungsrisiko

StW umfassen, hingewiesen (Jansen et al. 2021; Mikkelsen und Rosholm 2018). Die ermittelten Effektstärken wurden jedoch als gering eingestuft (Venning et al. 2021; Mikkelsen und Rosholm 2018).

Bevölkerungsbasierte Studien zur expliziten *Nutzenevaluation* von BEM-Verfahren fehlen bisher. Die seit den 1980er Jahren praktizierte StW wurde bereits umfassender, primär anhand von Daten der Rentenversicherungsträger evaluiert. Dabei fanden neben ihrer Nutzung auch ihre Wirksamkeit und Bewertung aus Sicht der Nutzer*innen Berücksichtigung. Aktuellere und ggf. auch auf weiter gefassten Stichproben basierende Daten fehlen jedoch.

Der StW konnte Wirksamkeit nachgewiesen werden, insofern sie sich insbesondere günstig auf Fehlzeiten bzw. den Erwerbsstatus, auf den Gesundheitszustand und Frühberentungsquoten auswirkt. Ein besonders starker Effekt wird für Personengruppen mit einem erhöhten Frühberentungsrisiko angenommen. Obgleich Belastungssteigerungen teilweise als zu stark und der Wunsch nach mehr Unterstützung im Verfahren berichtet wurden, fällt die Gesamtbewertung überwiegend positiv aus.

2.4.5 StW und BEM im Kontext der allgemeinen Krankenstandentwicklung

Durch den Gesetzgeber wurden in Deutschland im Jahr 1989 die StW und in 2004 das BEM als Verfahren zur Förderung und Unterstützung der beruflichen Rückkehr von langer oder wiederholter Arbeitsunfähigkeit Betroffener etabliert. Die gesamtwirtschaftlich relevanten Folgen bleiben anhand der Entwicklung des allgemeinen Krankenstands jedoch schwer nachvollziehbar: Ausgehend von einem relativ hohen Krankenstandniveau in den 1970er und 1980er Jahren ist der jährliche Krankenstand bis Mitte der 2000er-Jahre weitestgehend kontinuierlich abgefallen (Abbildung 4, S. 28). Nach dem in 2007 mit 3,2 % erreichten Tiefstand hat der Krankenstand in 2021 beinahe wieder das Niveau aus den mittleren 1990er Jahren erreicht.

2.4 BEM und StW: Zwei betriebliche RTW-Interventionen in Deutschland

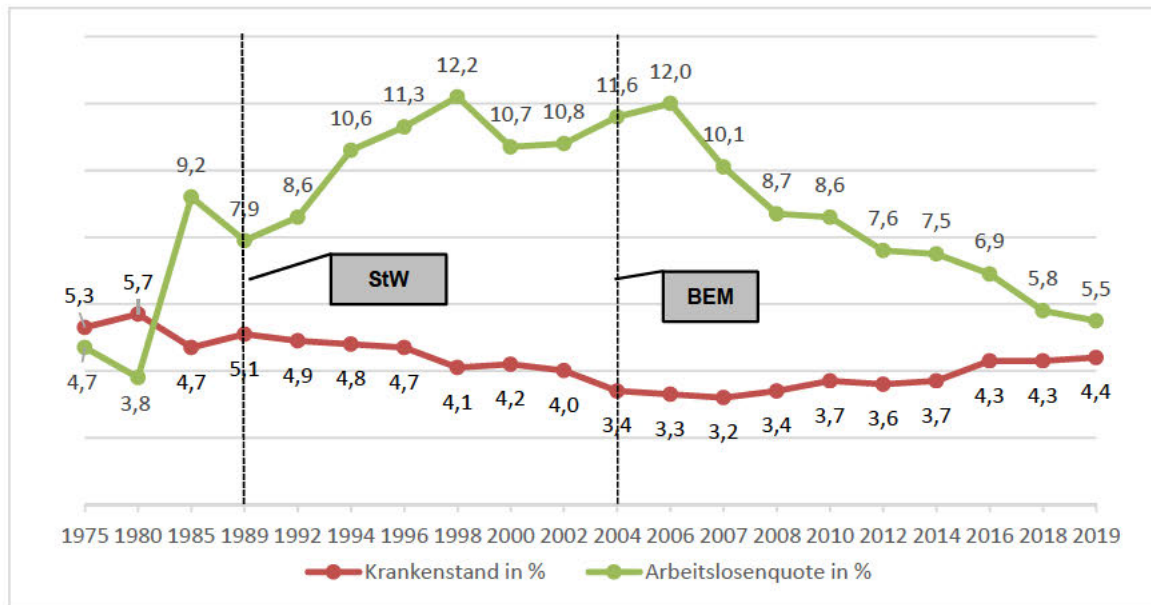


Abbildung 4 – Entwicklung des Krankenstandes 1975 bis 2019
(adaptiert: Bäcker 2021)

Die bis 2007 rückläufige Krankenstandentwicklung führte Bäcker (2021) insbesondere auf die Verbesserung der allgemeinen gesundheitlichen Lage, auf positive Veränderungen in der Arbeitswelt wie den Rückgang der Schwerindustrie, die Verkürzung von Arbeitszeiten und einen verbesserten Arbeits- und Gesundheitsschutz zurück. Darüber hinaus wurde der Situation am Arbeitsmarkt eine entscheidende Rolle zugesprochen: In Zeiten gesamtwirtschaftlicher Instabilität und hoher Arbeitslosigkeit, verzichteten Beschäftigte aus Sorge um den Verlust des Arbeitsplatzes nicht nur auf „missbräuchliche“ sondern auch auf „notwendige Krankmeldungen“ (Bäcker 2021). Gleichzeitig sei davon auszugehen, dass bei instabiler Wirtschaftslage häufiger von betrieblichen Selektionsprozessen Gebrauch gemacht wird, um sich im Rahmen von Personalabbaumaßnahmen insbesondere von weniger leistungsfähigen oder häufiger kranken Mitarbeiter*innen zu trennen (ebd.).

Der gesetzlichen Implementierung der StW bzw. des BEM wurde keine explizite Bedeutung beigemessen. Möglicherweise erfolgte ihre implizite Berücksichtigung unter dem Aspekt Arbeits- und Gesundheitsschutz (vgl. Bäcker 2021). Aus einem Ländervergleich¹⁵ geht hervor, dass Deutschland bei aufgrund von Rückenschmerzen langzeitarbeitsunfähigen Beschäftigten in den späteren 1990er-Jahren die geringste Nutzung arbeitsplatzbezogener (RTW-)Interventionen aufwies (Anema et al. 2009). Demnach wurden bei nur 3 % der deutschen Studienteilnehmer*innen Anpassungen des Arbeitsplatzes und bei 7 % arbeitszeitliche Anpassungen vorgenommen. In der Gruppe der Studienteilnehmer*innen aus den Niederlanden lagen die entsprechenden Anteile bei 24 % und 49 %. Diese Zahlen könnten ein Hinweis darauf sein, dass auch das Verfahren der StW bis dahin keine verbreitete Umsetzung in Betrieben in Deutschland gefunden hat (siehe auch oben: Abschnitt 2.4.2).

Letztlich erschweren es die komplexen Wirkungsbeziehungen, Entwicklungen im nationalen Krankenstand auf einzelne Faktoren oder rechtliche Interventionen zurückzuführen. So wiesen Niehaus et al. (2008, S. 88) allein auf die Unternehmensebene bezugnehmend hin, dass „nicht

¹⁵ mit Dänemark, Schweden, den Niederlanden, den USA und Israel

2.5 Zwischenfazit

eine allgemeine Entwicklung von Fehlzeitenquoten im Betrieb“, sondern der einzelne Fall betroffener Mitarbeiter*innen im BEM die eigentliche Bezugsgröße einer Nutzen- bzw. Erfolgsbewertung sein müsse. Aggregierte Quoten unterlägen auch anderen Einflussgrößen, sodass Effekte des BEM überdeckt würden.

Komplexe Wirkungsbeziehungen erschweren es, zeitliche Entwicklungen im nationalen Krankenstand auf einzelne Faktoren oder gesetzlich etablierte Interventionen wie das BEM oder die StW zurückzuführen. Die allgemeine gesundheitliche Lage, Veränderungen in der Arbeitswelt und insbesondere auch die Situation am Arbeitsmarkt sind wesentliche Treiber des allgemeinen Krankenstands. Arbeits- und Gesundheitsschutz und darunter subsummiertes spezifisches institutionalisiertes RTW-Handeln sind hier einzuordnen.

2.5 Zwischenfazit

Erwerbsarbeit ist aus einer Vielzahl von Gründen ein für das Individuum und die Gesellschaft zentrales Anliegen. Mithilfe der gesetzlich etablierten Verfahren BEM und StW sollen von langer bzw. wiederholter Arbeitsunfähigkeit betroffene Beschäftigte unterstützt werden, ihre Arbeitsfähigkeit wiederzuerlangen und möglichst dauerhaft in die aktive Erwerbstätigkeit zurückzukehren. Der medizinisch-technische Fortschritt und veränderte Krankheitsverläufe bieten zunehmend bessere Voraussetzungen hierfür. Nicht nur aufgrund des unmittelbaren Nutzenpotenzials gelungener RTW-Verläufe (weniger Produktivitätsausfälle und AU-bedingte Kosten), sondern auch mit Blick auf den allgemein erwarteten Fachkräfte- und Personalmangel sollten Arbeitgebende veranlasst sein, den beruflichen Wiedereinstieg erkrankter Beschäftigter engagiert zu unterstützen.

Die Tatsache, dass die betrieblichen RTW-Interventionen BEM und StW seit 20 bzw. 35 Jahren gesetzlich etabliert sind und Darstellungen von Unternehmen, die den Eindruck vermitteln, BEM sei im betrieblichen Handeln gelebter Standard, stehen in deutlichem Widerspruch zu Feststellungen aus der Forschung, nach denen weder das BEM noch die StW „regelmäßig umgesetzt werden“ (Mernyi et al. 2018, S. 204). So stellt sich (weiterhin) die Frage, welche, bzw. wieviel Unterstützung bei Beschäftigten mit langen oder wiederholten Arbeitsunfähigkeitsphasen tatsächlich ankommt, um die berufliche Wiedereingliederung zu erleichtern und die Erwerbstätigkeit sicherzustellen.

Vermutlich auch aufgrund der Komplexität von RTW-Prozessen, ihrer Abhängigkeit von arbeitsmarktlichen und sozialrechtlichen Gegebenheiten und der begrenzten Verfügbarkeit relevanter Informationen aus der allgemeinen Erwerbsbevölkerung bestehen trotz eines umfassenden internationalen wissenschaftlichen Diskurses zur RTW-Thematik Erkenntnislücken. Diese fallen insbesondere dort ins Auge, wo nach dem Nutzen des BEM und der Perspektive der Betroffenen bzw. ihrer Nutzenbewertung gefragt wird. So wie bspw. die aktive Beteiligung von Patient*innen als wichtig für patientenorientierte Prozessveränderungen in der Gesundheitsversorgung angesehen wird (Nübling et al. 2015), sollte die stärkere Berücksichtigung der Beschäftigtenperspektive auch im Rahmen der Evaluation betrieblicher RTW-Interventionen erfolgen. Es bedarf u. a. Antworten darauf, inwieweit hierzulande Erwerbstätige nach langer oder wiederholter Arbeitsunfähigkeit betriebliche RTW-Interventionen nutzen (können) und wie sie ihren Nutzen bewerten.

3 Empirischer Teil

3.1 Forschungsfragen und Hypothesen

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit soll bezugnehmend auf die Situation und das Erfahrungswissen (ehemals) abhängig Beschäftigter, die zum aktuellen Messzeitpunkt (MZP) noch im Erwerbsalter sind und in den vorausgegangenen 5 Jahren lange Arbeitsunfähigkeitszeiten hatten, folgenden Forschungsfragen nachgegangen werden:

A. Die Nutzung betrieblicher RTW-Interventionen betreffend:

A-I-1 Wie viele von langer oder wiederholter Arbeitsunfähigkeit betroffene Beschäftigte erhalten (k)ein betriebliches RTW-Interventionsangebot (BEM/StW) und nehmen dies (nicht) an? (*deskriptiv*)

A-I-2 Aus welchen Gründen wird ein BEM-Angebot abgelehnt? (*deskriptiv*)

A-I-3 Wie viele von langer oder wiederholter Arbeitsunfähigkeit betroffene Beschäftigte sind von einem unmittelbaren „Exit“ (Ausstieg aus dem bisherigen Arbeitsverhältnis) betroffen, bzw. haben die Exit-Option eigenständig gewählt? (*deskriptiv*)

A-II Inwieweit stehen aus der Literatur bekannte soziodemografische, au-bezogene oder tätigkeitsbezogene Merkmale in Zusammenhang mit der *Nutzung* der RTW-Interventionen BEM bzw. StW? (*Aufgrund der verfahrensübergreifenden sowie Angebot und Inanspruchnahme kombinierenden Outcome-Definition: induktiv-explorativ*)

A-III Welche Maßnahmen werden im Rahmen von BEM-Verfahren ergriffen? (*deskriptiv*)

A-IV Wie werden BEM- und StW-Verfahren beendet? (*deskriptiv*)

B. Den Nutzen betrieblicher RTW-Interventionen betreffend wird gefragt:

B-I Trägt unter Berücksichtigung potenzieller Einflussfaktoren die Nutzung der RTW-Interventionen BEM bzw. StW dazu bei, dass von langer Arbeitsunfähigkeit betroffene Beschäftigte zum aktuellen MZP bei mindestens moderater Arbeitsfähigkeit erwerbstätig sind? (*induktiv-konfirmatorisch*)

H1: Von langer Arbeitsunfähigkeit betroffene Beschäftigte, die eine betriebliche RTW-Intervention (BEM oder StW) in Anspruch nahmen, haben eine höhere Chance im aktuellen MZP bei mindestens moderater Arbeitsfähigkeit erwerbstätig zu sein als jene ohne Option auf eine RTW-Intervention oder jene, die ein Angebot ablehnten.

H0: Von langer Arbeitsunfähigkeit betroffene Beschäftigte, die eine betriebliche RTW-Intervention (BEM oder StW) in Anspruch nahmen, haben *keine* höhere Chance im aktuellen MZP bei mindestens moderater Arbeitsfähigkeit erwerbstätig zu sein als jene ohne Option auf eine RTW-Intervention oder jene, die ein Angebot ablehnten.

B-II Wie bewerten Beschäftigte mit BEM- oder StW-Erfahrung die Auswirkungen der in Anspruch genommenen RTW-Intervention auf die eigene Arbeitsfähigkeit? (*deskriptiv*)

B-III Ist die Nutzung einer betrieblichen RTW-Intervention unter Berücksichtigung potenzieller Einflussfaktoren positiv mit der subjektiv wahrgenommenen Unterstützung durch die*den Arbeitgebende*n bei der beruflichen Rückkehr assoziiert? (*induktiv-explorativ*)

3.2 Material und Methode

3.2.1 Studienpopulation

Eingeschlossen wurden alle Teilnehmer*innen der Gutenberg-Gesundheitsstudie (GHS),

- die zwischen dem 11.10.2019 und dem 03.07.2020¹⁶ zum Studieninterview eingeladen waren,
- die im MZP noch im Erwerbsalter (*hier*: jünger als 65 Jahre) waren [da Effekte auf die aktuelle Berufstätigkeit untersucht werden sollten],
- die in den der Befragung vorausgegangenen 5 Jahren eine Phase der Berufstätigkeit mit (ggf. auch kumulierten) AU-Zeiten innerhalb von 12 Monaten von mindestens 6 Wochen hatten.

Die Studienpopulation umfasst weiterhin nur diejenigen, die zu Beginn der Arbeitsunfähigkeit beruflich nicht selbstständig tätig waren und deren AU zum MZP nicht mehr andauerte.

3.2.2 Studiendesign

Die GHS wird von der Universitätsmedizin Mainz durchgeführt. Sie ist eine monozentrisch organisierte bevölkerungsbasierte prospektive Kohortenstudie, deren Teilnehmer*innen im Raum Mainz/Mainz-Bingen wohnen (Wild et al. 2012). Die Eingangsuntersuchung der ‚Core-Kohorte‘ fand im Zeitraum 2007 bis 2012 statt. Weitere Folgeuntersuchungen im Studienzentrum (FU-) schließen jeweils im Hauptintervall von 5 Jahren, bzw. in Form telefonischer Zwischenbefragungen (CATI-) im zeitlichen Abstand von 2,5 Jahren an. 25- bis 44-jährige Studienteilnehmer*innen sind seit Dezember 2018 als ‚Young-Kohorte‘ in der GHS beteiligt (Abbildung 5, S. 32). Von allen Teilnehmer*innen wurde eine schriftliche Einverständniserklärung eingeholt. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig, und die Teilnehmer*innen können jederzeit aus der Studie austreten. Die Studie wurde von der lokalen Ethikkommission genehmigt¹⁷ und in Übereinstimmung mit den ethischen Standards durchgeführt, wie sie in der Deklaration von Helsinki von 1964 und ihren späteren Änderungen festgelegt wurden.

Im Zeitraum Oktober 2019 bis Mai 2022¹⁸ wurde ein Studienmodul zur Erfassung der Return-to-work Erfahrungen (ehemals) berufstätiger Studienteilnehmer*innen durchgeführt. Die Erfassung etwaiger RTW-Erfahrungen erfolgte somit nicht unmittelbar mit Beginn der Eingangsuntersuchung der Y-Kohorte bzw. mit Beginn der 10-Jahres-Verlaufsuntersuchung der C-Kohorte. Daher erhielten die Studienteilnehmer*innen, die ihre 10-Jahres-Verlaufsuntersuchung (C-Kohorte) bzw. Eingangsuntersuchung (Y-Kohorte) bereits zwischen Dezember 2017 und Oktober 2019 durchlaufen hatten, das RTW-Modul im Rahmen ihrer 12,5- bzw. 2,5-Jahres-

¹⁶ Bei der Datenauswertung wurden auch Fälle berücksichtigt, die im Zeitraum Juni 2021 bis Mai 2022 mit der hier ausgewerteten ersten Version des RTW-FB erhoben worden waren s. Abschnitt 3.3.1; Tabelle 3

¹⁷ Ethikkommission der staatlichen Ärztekammer RLP; Abstimmung der Ethikkommission: 837.020.07(5555)

¹⁸ vereinzelt auch darüber hinaus

Verlaufsuntersuchung zur Beantwortung (Abbildung 5). GHS-Teilnehmer*innen der Core-Kohorte (Alter: 45 bis 74 Jahre) befanden sich in dem hier betrachteten Untersuchungszeitraum demnach in der 10- bzw. 12,5-Jahres-Verlaufsuntersuchung. Die Teilnehmer*innen der Y-Kohorte befanden sich mehrheitlich in der Baseline-Phase ihrer Studienteilnahme, so dass hier i. d. R. keine Informationen aus der Zeit vor der Arbeitsunfähigkeit vorliegen.

Das RTW-Modul wurde als paper-pencil-Fragebogen den Studienteilnehmer*innen zur Beantwortung vorgelegt, sofern nicht bereits bekannt war, dass die Person in den vorausgegangenen 5 Jahren nicht berufstätig war. Im Zeitraum Oktober 2019 bis Juni 2020 und vereinzelt im Zeitraum Juni 2021 bis Mai 2022 kam das Befragungsmodul in seiner ersten Fassung (Pilotversion: ‚Fragebogen zur Rückkehr in den Beruf‘) zum Einsatz, anschließend in einer adaptierten Version. Nur die mittels der Pilotversion gewonnenen Daten sind Gegenstand der vorliegenden Untersuchung.

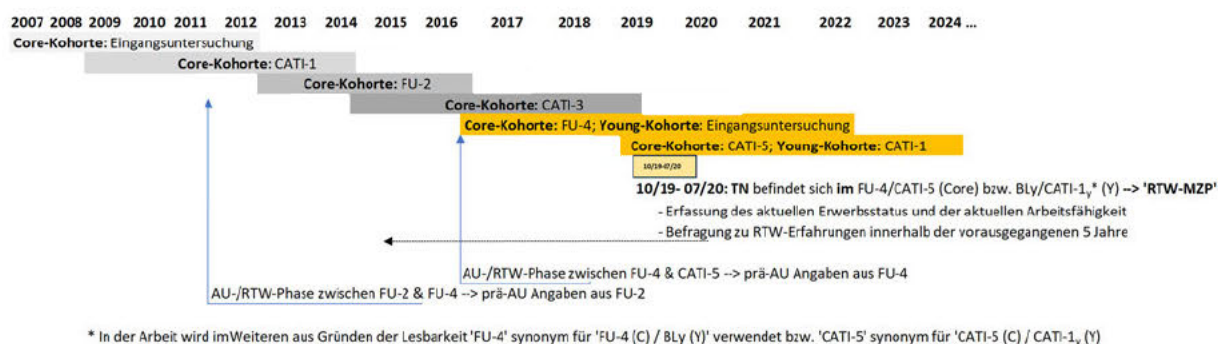


Abbildung 5 – Befragungsablauf, Messzeitpunkte und Bezugszeiträume

3.2.3 Fragebogen zur Rückkehr in den Beruf

Die Entwicklung des ‚Fragebogen zur Rückkehr in den Beruf‘ erfolgt innerhalb des von der BAuA geförderten Projekts F2447 durch die Autorin in Abstimmung mit der Projektgruppe (<https://www.baua.de/DE/Aufgaben/Forschung/Forschungsprojekte/f2447.html>).

Der Fragebogen wurde im Zeitraum März bis Oktober 2019 am Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universitätsmedizin Mainz entwickelt. Hierzu wurden bereits bestehende Instrumente, die die Thematik insgesamt oder auch nur Einzelaspekte abbilden, gesichtet und der aktuelle Stand der RTW-Forschung berücksichtigt. Der Entwicklungsprozess umfasste einen Pretest mit 12 erwerbstätigen Männern und Frauen zwischen 29 und 63 Jahren. Sie waren im privatwirtschaftlichen oder öffentlichen Dienst in Unternehmen unterschiedlicher Größe (klein bis groß) tätig. Die Pretest-Teilnehmer*innen hatten teilweise bereits selbst als Betroffene BEM-Erfahrung gesammelt oder waren im betrieblichen Personalmanagement oder betriebs- bzw. hausärztlich tätig. Mehrheitlich füllten sie den Fragebogen eigenständig schriftlich aus und/oder notierten ihre Anmerkungen, Gedanken und ggf. Schwierigkeiten bei der Beantwortung der Fragen direkt im Fragebogen. Mit zwei Teilnehmenden wurden zusätzlich persönliche Interviews geführt. Zudem wurden Feedbackschleifen durchgeführt, an denen Expert*innen aus dem Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universitätsmedizin

Mainz (*), aus der GHS (#) und aus der arbeitsmedizinischen Projektgruppe (,a') beteiligt waren (

). Nach Projektstart erfolgte im Dezember 2019 eine Bewertung des Fragebogens durch die BAuA-Fachgruppe 3.3 „Evidenzbasierte Arbeitsmedizin, Betriebliches Gesundheitsmanagement“. Die der Autorin zugegangenen Verbesserungsvorschläge der Fachgruppe wurden beim Auftakttreffen am 17. Januar 2020 in Mainz vorgestellt. Aufgrund dieser Rückmeldungen, der bis zum 28.02.2020 erhobenen Daten, zusätzlicher Experteninterviews (n=2) und Feedbackschleifen erfolgte eine systematische Überarbeitung des Fragebogens. Die revidierte Fassung wurde von Juli 2020 bis zum Ende des 10-Jahres Follow-up-Zeitraums (Mai 2022) eingesetzt. Mit ihr erhobene Daten sind nicht Bestandteil der vorliegenden Arbeit.

Der ‚Fragebogen zur Rückkehr in den Beruf‘ (Anhang: Abschnitt 7.1), auf den in dieser Arbeit Bezug genommen wird, umfasst 15 Items zu den Return-to-work Erfahrungen der Befragten sowie zum zeitlichen Rahmen und zum Grund ihrer Arbeitsunfähigkeit, zur wahrgenommenen Arbeitssituation vor der Arbeitsunfähigkeit und zur aktuellen Arbeitsfähigkeit. Der Fragebogen sollte ermöglichen, aufgrund der Selbstauskünfte der Befragten aus einer allgemeinen Bevölkerungsstichprobe potenziell und tatsächlich vom BEM oder von der StW betroffene abhängig Beschäftigte zu identifizieren (=Studienpopulation). Neben dem RTW-Modul wird im Rahmen der GHS eine Vielzahl an Erhebungsinstrumenten eingesetzt, sodass die Möglichkeit bestand, auch auf teilweise zu vorausgegangenen Messzeitpunkten erhobene nicht im RTW-Fragemodul enthaltene Variablen zurückzugreifen.

3.2.4 Variablen

3.2.4.1 Einschluss-/Ausschlussmerkmale

Zur Stichprobenbildung wurden die Ein- und Ausschlüsse entsprechend der in Abschnitt 3.2.1 definierten Kriterien vorgenommen. Die benötigten Informationen liegen als Selbstauskünfte zu den Fragen eins bis vier des RTW-Moduls vor:

1. ‚Waren Sie in den letzten fünf Jahren — für die gesamte Dauer oder eine begrenzte Zeit — berufstätig (z. B. angestellt, selbstständig oder freiberuflich)?‘ → Einschluss nur, wenn ‚Ja‘
2. ‚Sind Sie in den letzten fünf Jahren Ihrer beruflichen Tätigkeit mindestens sechs Wochen am Stück oder innerhalb von zwölf Monaten aufsummiert aus Einzelfehlzeiten nicht nachgegangen? [hiervon ausgenommen: regulärer Urlaub]‘ → Einschluss nur, wenn ‚Ja‘
3. ‚Aus welchen Gründen sind Sie Ihrer beruflichen Tätigkeit nicht nachgegangen?‘ → Einschluss nur, wenn ‚Wegen der gesundheitlichen Folgen eines Unfalls‘ oder: ‚Aus anderen gesundheitlichen Gründen: (ggf. Freitext)‘
4. ‚Wie viele MitarbeiterInnen hat das Unternehmen, in dem Sie während Ihrer beruflichen Abwesenheit beschäftigt waren bzw. sind?‘ oder ‚Hat Ihnen Ihr Arbeitgeber/Ihre Arbeitgeberin ein Angebot zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) gemacht?‘ → Ausschluss, wenn Angabe: ‚Selbstständig/freiberuflich tätig‘

3.2.4.2 RTW-Intervention (BEM/StW)

Die Variable ‚Nutzung einer RTW-Intervention‘ bildet sowohl das seitens des*der Arbeitgebenden bestehende Angebot zum BEM- oder StW-Verfahren sowie seine Inanspruchnahme durch die*den Beschäftigte*n ab. Beschäftigte, die hierzu keine Angaben machten, jedoch angaben, unmittelbar im Anschluss an die Arbeitsunfähigkeit aus dem Arbeitsverhältnis ausgeschieden zu sein (z. B. wegen Kündigung: RTW-FB 6), wurden der Gruppe ‚Keine BEM- bzw. StW-Option‘ zugeordnet (Abbildung 6). Die Beendigung des bisherigen Arbeitsverhältnisses wird als alternative Intervention bzw. als mögliche Reaktion auf lange oder wiederholte Fehlzeiten verstanden, die eine RTW-Intervention i. S. eines BEM oder einer StW ausschließt oder zumindest unwahrscheinlich macht. In den Fällen, in denen keine Angabe zur RTW-Intervention gemacht und nicht über die Beendigung des Arbeitsverhältnisses berichtet wurde, wurden die fehlenden Angaben für die inferenzstatistischen Analysen mit Hilfe von Verfahren zur multiplen Datenimputation ersetzt (Abschnitt 3.2.5.1).

Keine BEM-/StW-Option	BEM-/StW-Option abgelehnt	In Anspruch genommene BEM-/StW-Option
<p>Beschäftigte ohne Option auf ein BEM- oder StW-Verfahren, d.h. alle, die explizit <i>kein</i> BEM-Angebot — auch nicht auf Nachfrage — erhielten und denen ärztlicherseits <i>keine</i> StW empfohlen wurde oder die nicht die Zustimmung des*der AG zur Durchführung der StW hatten (RTW-FB Nr. 6,8,12)</p> <p>Beschäftigte, die unmittelbar aus der Arbeitsunfähigkeit heraus aus dem bisherigen Arbeitsverhältnis ausgeschieden waren, sofern sie nicht angaben, eine Option gehabt zu haben an einem BEM- oder StW-Verfahren teilzunehmen.</p>	<p>Befragte, die ein BEM-Angebot ablehnten oder nicht an einer StW teilnehmen wollten (RTW-FB Nr. 6,8,9,12) – unabhängig davon, ob sie unmittelbar im Anschluss an die AU aus dem bisherigen Arbeitsverhältnis ausgeschieden waren oder nicht.</p>	<p>Unabhängig davon, ob der*die Befragte im Anschluss an die AU aus dem bisherigen Arbeitsverhältnis ausgeschieden war oder nicht:</p> <p>Befragte, die an einem BEM- und/oder StW-Verfahren teilnahmen. Ob der*die Arbeitgebende das (BEM-)Angebot eigeninitiativ oder auf Nachfrage des*der Beschäftigten machte, blieb hier unberücksichtigt (RTW-FB Nr. 6,8,9,12).</p>

Abbildung 6 – Nutzung einer RTW-Intervention: Zuordnungsmerkmale

Im Falle der Teilnahme an einem BEM-Verfahren wurde nach den ergriffenen Maßnahmen gefragt (Anhang: 7.1; RTW-FB Nr. 10). Die Auswahl mehrerer Maßnahmenvorschläge war hier möglich. Im Falle der Ablehnung eines BEM-Angebots wurden die Gründe der Ablehnung erfasst (Anhang: 7.1; RTW-FB Nr. 11). Mögliche Antwortoptionen waren: „Kein Bedarf aufgrund der Art der Erkrankung/Unfallfolge“, „Ich sehe keinen Nutzen darin“, „Fehlendes Vertrauensverhältnis zu Vorgesetzten“, „(Habe) negative Reaktionen von Kolleg*innen befürchtet“,

„Möchte nicht wieder an Arbeitsplatz zurückkehren“, „Andere Gründe“. Auch hier bestand die Möglichkeit der Mehrfachantwort. Sowohl in Bezug auf BEM als auch auf die StW wurde erfasst, ob das Verfahren – ggf. nach Verlängerung – planmäßig beendet oder vorzeitig auf Wunsch des*der Beschäftigten oder des*der Arbeitgebenden abgebrochen wurde (Anhang: 7.1; RTW-FB Nr. 13).

3.2.4.3 Nutzenbezogene Zielgrößen/Outcomes

Der primäre nutzenbezogene Outcome ‚Erwerbsstatus/Arbeitsfähigkeit MZP aktuell‘ umfasst zum Einen den zum aktuellen (post-AU) Messzeitpunkt berichteten Erwerbsstatus der Befragten (aus: GHS-Hauptbefragung oder GAP-Modul¹⁹). Die Studienteilnehmer*innen wurden gebeten, anzugeben, ob sie aktuell erwerbstätig sind. So kann zwischen zum aktuellen Messzeitpunkt Erwerbstätigen und Nicht-Erwerbstätigen (Erwerbslose und Nicht-Erwerbspersonen) unterschieden werden. Sonstige Veränderungen in der Berufstätigkeit, die sich zwischen den Messzeitpunkten vor bzw. nach der Arbeitsunfähigkeit ergeben haben könnten, beispielsweise den Beschäftigungsumfang betreffend, konnten hier nicht berücksichtigt werden (Ende Abschnitt: 3.2.4.4).

Zum Anderen umfasst der Outcome ‚Erwerbsstatus/Arbeitsfähigkeit MZP aktuell‘ die subjektiv eingeschätzte aktuelle Arbeitsfähigkeit. Diese wurde mittels des Work Ability Index-Items (‚WAS‘, bzw. ‚WAI1‘) ‚Wie viele Punkte würden Sie für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben?‘ erhoben (Abschnitt 7.1; RTW-FB Nr. 15). Die verwendete Ein-Item-Fassung gilt als mit der längeren Original-WAI-Skala vergleichbar gutes Verfahren, um subjektive Arbeitsfähigkeit (AF) zu erfassen (Ebener und Hasselhorn 2019; Mokarami et al. 2022; Jääskeläinen et al. 2016). Die Dichotomisierung der Antwortkategorien, die von 0: ‚völlig arbeitsunfähig‘ bis 10: ‚beste jemals erreichte Arbeitsfähigkeit‘ reichen, erfolgte in Anlehnung an (Jääskeläinen et al. 2016; Bethge et al. 2021). Der Outcome ‚Erwerbsstatus/Arbeitsfähigkeit MZP aktuell‘ ermöglicht es damit, zwischen ‚Nicht Erwerbstätigen bzw. Erwerbstätigen mit geringer Arbeitsfähigkeit (0 bis 5 WAS-Punkte)‘ und ‚Erwerbstätigen mit mindestens moderater Arbeitsfähigkeit (moderat: 6 bis 7 Punkte; gute bis exzellente AF: 8 bis 10 Punkte)‘ zu differenzieren.

Mittels deskriptiver Analysen wird die subjektive Einschätzung der Wirkung eines in Anspruch genommenen BEM- bzw. StW-Verfahrens auf die eigene Arbeitsfähigkeit untersucht (Anhang: 7.1; RTW-FB Nr. 14). Aufgrund des hohen bis sehr hohen Anteils fehlender Werte (Tabelle 19, S. 62) wird auf die Verwendung dieser Variablen in den inferenzstatistischen explorativen bzw. konfirmatorischen Analysen verzichtet.

Der Nutzen von RTW-Interventionen wird im Rahmen dieser Arbeit außerdem daran bemessen, inwieweit sich ein positiver Zusammenhang zeigt zwischen der Nutzung einer RTW-Intervention und der subjektiven Wahrnehmung der Beschäftigten, bei der beruflichen Rückkehr von dem*der Arbeitgebenden eher ausreichend bzw. ausreichend unterstützt worden zu sein. Dazu wurden die Studienteilnehmer*innen gebeten, retrospektiv zu beurteilen, ob sie sich durch ihre*n Arbeitgebende*n bei der beruflichen Rückkehr ausreichend unterstützt gefühlt haben (Abschnitt 7.1; RTW-FB Nr. 7). Die Antworten wurden für das regressionsanalytische Modell dichotomisiert: ‚Ja‘ und ‚Eher ja‘ vs. ‚Teils-teils‘, ‚Eher nein‘ und ‚Nein‘.

¹⁹ Im Rahmen der FU-4 bzw. CATI-5 Untersuchung wurde u. a. neben dem ‚Fragebogen zur Rückkehr in den Beruf‘ auch das GAP-Modul ‚Gesunde Arbeit in Pionierbranchen‘ (Drössler et al. 2021) eingesetzt, dem die Frage nach der aktuellen Erwerbstätigkeit vorangestellt ist.

3.2.4.4 Einflussfaktoren

In den zur Beantwortung der Forschungsfragen durchgeführten konfirmatorischen und explorativen regressionsanalytischen Modellen fanden personenbezogene Merkmale (hier: soziodemografische, gesundheits- bzw. AU-bezogene Merkmale) sowie arbeits-/tätigkeitsbezogene Merkmale als potenzielle Confounder bzw. Einflussfaktoren Beachtung. Merkmale sollten dann als Confounder in multivariable, *hier*: regressionsanalytische Analysemodelle aufgenommen werden, wenn anzunehmen ist, dass sie sowohl die betrachtete Interventionsgröße, *hier*: Nutzung eines BEM- bzw. StW-Verfahrens) als auch das Zielkriterium beeinflussen, *hier*: ‚Erwerbsstatus/Arbeitsfähigkeit MZP aktuell‘ (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) a, o. J.; Abbildung 7).

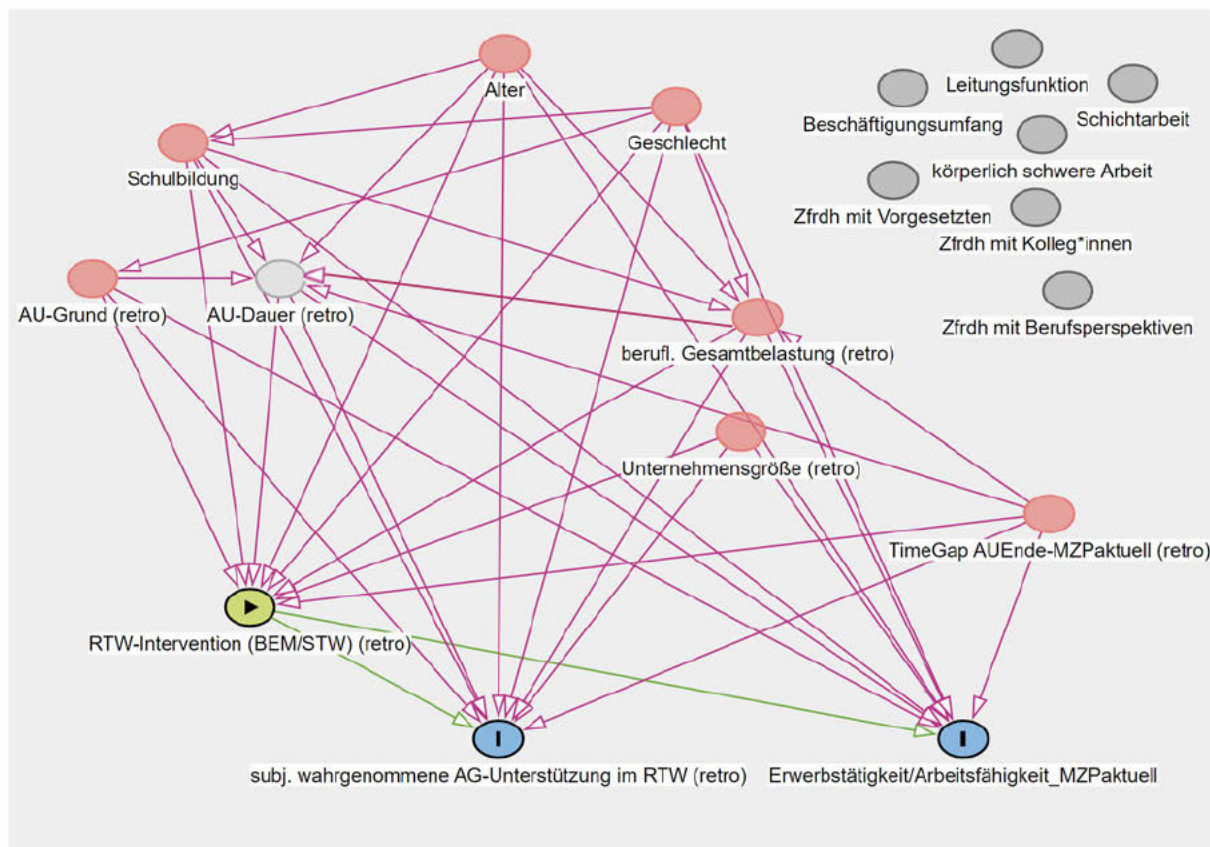


Abbildung 7 – DAGitty²⁰-Modell

... zum Einfluss des BEM/der StW (grün) auf die subjektiv wahrgenommene AG-Unterstützung im RTW (blau) bzw. auf die aktuelle Erwerbstätigkeit/Arbeitsfähigkeit (blau) unter Berücksichtigung mögl. Confounder (rot, bzw. grau, wenn nicht in allen Modellen berücksichtigt)

Die hier getroffene Confounderauswahl wurde – soweit es die Modellvoraussetzungen zuließen – für das explorative Modell zur Erklärung des Zusammenhangs der Nutzung eines BEM- bzw. StW-Verfahrens und der wahrgenommenen AG-Unterstützung bei der beruflichen Rückkehr übernommen. Diesem Ansatz liegt der Gedanke zugrunde, dass die wahrgenommene AG-Unterstützung den Einfluss einer BEM-/StW-Intervention auf die spätere Erwerbstätig-

²⁰ Textor et al. 2016

keit/Arbeitsfähigkeit im Sinne einer Mediatorvariable beeinflussen könnte. Da die wahrgenommene AG-Unterstützung in der vorliegenden Untersuchung jedoch retrospektiv erhoben wurde (ihre Beeinflussung aufgrund der aktuellen Erwerbssituation bzw. Arbeitsfähigkeit demnach nicht ausgeschlossen werden kann), wird hier allein untersucht, inwieweit sie unter Berücksichtigung der als Confounder definierten Merkmale von der Nutzung eines BEM-/StW-Verfahrens beeinflusst ist. Eingangs wird außerdem überprüft, inwieweit sich die in den nutzenbezogenen Modellen als Confounder berücksichtigten Merkmale anhand der hier untersuchten Daten als relevante Einflussfaktoren der Nutzung eines BEM-bzw. StW-Verfahrens erweisen.

Soziodemografische Variablen: Geschlecht, Alter, Schulbildung

Die Angaben zu Geschlecht, Alter und Schulbildung stammen aus der GHS-Hauptbefragung. Geschlecht und Alter wurden verwendet wie sie zum aktuellen Messzeitpunkt (post-AU) vorlagen. Es wird zwischen Männern und Frauen sowie zwischen den Altersgruppen ‚25 bis 54 Jahre‘ und ‚55 Jahre und älter‘ unterschieden, sofern eine Berücksichtigung des Alters als metrische Variable zu Verletzungen der Modellvoraussetzungen führte. Die Angaben zur Schulbildung stammen i. d. R. aus dem letzten Messzeitpunkt vor der den BEM-Anspruch auslösenden Arbeitsunfähigkeit. Falls diese Angabe für die Teilnehmer*innen (hiervon betroffen sind insbesondere Angehörige der Y-Kohorte) nicht vorlagen, wurde auf die Angabe aus dem aktuellen MZP Bezug genommen. Der Bildungsstand wurde anhand der Frage nach dem höchsten erreichten allgemeinbildenden Schulabschluss erfasst. In den Analysen wird zwischen einer ‚geringen‘ Schulbildung (*hier*: Hauptschulabschluss), ‚mittleren Schulbildung‘ (Realschulabschluss) und ‚höheren und hohen Schulbildung‘ ((Fach-)Abitur) unterschieden.

AU-bezogene Variablen: Grund und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sowie Zeitspanne zwischen dem Ende der AU und dem aktuellen Messzeitpunkt (post-AU)

Als weitere potenzielle Einflussfaktoren bzw. Störgrößen (Confounder) wurden der ‚AU-Grund psychische Erkrankung‘ sowie ‚unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit‘ in die Schätzmodelle aufgenommen. So wurden in der Literatur für psychische Erkrankungen sowohl zur Nutzung von RTW-Interventionen, als auch zur beruflichen Rückkehr (RTW als Outcome) Zusammenhänge beschrieben. Der Aspekt der ‚unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit‘ wurde in der Annahme berücksichtigt, dass hier möglicherweise weniger Vorbehalte in der Kommunikation zwischen der*dem betroffenen Beschäftigten und dem*der Arbeitgebenden bestehen und die beruflichen bzw. gesundheitlichen Folgen i. d. R. absehbar überwunden werden dürften. Zudem ist bei einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit nicht auszuschließen, dass diese im Falle eines Arbeits-/Wegeunfalls einen direkten Arbeitsbezug aufweist, woraus sich eine explizite Betroffenheit (und Unterstützungsbereitschaft) des*der Arbeitgebenden ergeben könnte. Ob es sich um einen Arbeits- oder Wegeunfall gehandelt hat, wurde hier jedoch nicht explizit erfasst.

Die Gründe der Arbeitsunfähigkeit wurden im RTW-Modul retrospektiv erhoben (Abschnitt 7.1; RTW-FB Nr. 3). Es handelt sich um von den Betroffenen im aktuellen Messzeitpunkt (post-AU) selbstberichtete freitextliche Angaben, die zu Krankheitsgruppen zusammengefasst wurden. Aufgrund dieser Angaben kann differenziert werden zwischen Beschäftigten, die „unfallbedingt“ und/oder aufgrund von „muskuloskelettalen Erkrankungen/Beschwerden“, „psychischen Erkrankungen“, „Krebserkrankungen“, „Herz-Kreislaufkrankungen“ oder „anderen Erkrankungen“ arbeitsunfähig waren. In den regressionsanalytischen Modellen wurden neben der

unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit und dem AU-Grund „psychische Erkrankung“ aufgrund zu geringer Gruppengrößen keine weiteren AU-Gründe berücksichtigt.

Darüber hinaus sollte im Rahmen der inferenzstatistischen Analysen für eine etwaige Beeinflussung der Nutzung von RTW-Interventionen und der beruflichen Rückkehr durch zeitliche Aspekte der Arbeitsunfähigkeit (Dauer und zeitliche Lage) kontrolliert werden. Die befragten GHS-Teilnehmer*innen wurden gebeten, Angaben zum Zeitraum und Jahr der Arbeitsunfähigkeitsperiode(n) zu machen (Anhang: 7.1; RTW-FB Nr. 2). Hieraus wurden die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (in Wochen) und die Zeitspanne (in Wochen) zwischen dem Ende der Arbeitsunfähigkeit (Enddatum des Zeitraums der letzten AU, die den Anspruch auf eine RTW-Intervention ausgelöst hat) und dem Datum des aktuellen Messzeitpunkts (post-AU) abgeleitet.

Ceteris paribus wird angenommen, dass mit zunehmender Zeitspanne, die zwischen dem Ende der Arbeitsunfähigkeit und dem aktuellen Messzeitpunkt liegt, die Chance steigt, zum aktuellen Zeitpunkt bei höherer Arbeitsfähigkeit wieder berufstätig zu sein. Zudem kann zumindest für kurze Zeitspannen zwischen dem AU-Ende und dem aktuellen MZP eine reduzierte Chance auf eine RTW-Intervention angenommen werden. Die Zeitspanne, die zwischen dem Ende der Arbeitsunfähigkeit und dem aktuellen Messzeitpunkt liegt, sollte außerdem in den Modellen berücksichtigt werden, da sie die Erinnerung beeinflussen kann. Für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit wurden in der einschlägigen Literatur positive Zusammenhänge zum Angebot und zur Inanspruchnahme von RTW-Interventionen sowie negative Zusammenhänge zum RTW-Erfolg beschrieben. Nach Überprüfung der Modellvoraussetzungen konnte die Variable ‚AU-Dauer‘ aufgrund des hohen Anteils fehlender Werte bzw. des hohen ‚Anteils fehlender Information‘ jedoch nur im Regressionsmodell zur Erklärung der aktuellen Erwerbstätigkeit/Arbeitsfähigkeit (Modell II) berücksichtigt werden.

Tätigkeits- bzw. arbeitsbezogene Merkmale

Als tätigkeitsbezogene Variablen fanden in den regressionsanalytischen Schätzmodellen die Unternehmensgröße und die (retrospektiv erfasste) berufliche Gesamtbelastung als potenzielle Störgrößen bzw. Einflussfaktoren Beachtung. In Anlehnung an den SIBAR-Fragebogen (Bürger und Deck 2009) waren die Studienteilnehmer*innen aufgefordert, aus der Retrospektive heraus ihre berufliche Gesamtbelastung unmittelbar vor der AU zu bewerten, bzw. mitzuteilen, ob sie ihre berufliche Situation unmittelbar vor der AU als (eher) belastend oder erfüllend empfunden haben. Im Falle einer als ‚sehr hoch‘ empfundenen Belastung wird eine geringe(re) Rückkehrmotivation erwartet (Mittag et al. 2001). Verglichen werden dementsprechend die Gruppe derer, die angaben, ihre berufliche Situation unmittelbar vor der Arbeitsunfähigkeit als ‚sehr erfüllend, erfüllend, teils (erfüllend)/teils (belastend) oder auch etwas belastend‘ erlebt zu haben und die Gruppe derer, die ihre berufliche Situation prä-AU als ‚sehr belastend‘ einstufen. Es wird vermutet, dass sich die so erfasste Rückkehrmotivation sowohl auf die RTW-Nutzung (Angebot und Inanspruchnahme) als auch den RTW-Erfolg auswirken kann.

Darüber hinaus wurde die Unternehmensgröße als potenzieller Einflussfaktor bzw. Confounder in die Analysemodelle aufgenommen. Die Unternehmensgröße wurde in der Literatur bereits als das Angebot und die Inanspruchnahme von RTW-Interventionen beeinflussender Faktor diskutiert. Möglicherweise ist auch die spätere Erwerbstätigkeit von ihr beeinflusst, insofern größere Unternehmen über mehr Kapazitäten und bei wirtschaftlicher schwieriger Lage auch mehr politische Unterstützung verfügen als dies für kleinere Unternehmen anzunehmen ist (Bünning et al. 2020). Im Rahmen dieser Arbeit wird zwischen der Zugehörigkeit zu Kleinst-

und Kleinunternehmen (≤ 9 bzw. 10 bis 49 Mitarbeiter*innen (MA)), mittleren Unternehmen (50-249 MA) oder großen Unternehmen (≥ 250 MA) unterschieden. Die Zuordnung erfolgte anhand der von dem*der Befragten im RTW-Modul retrospektiv berichteten Mitarbeiter*innenzahl des Unternehmens, in dem er*sie vor der AU beschäftigt war.

Von der im Proposal zu dieser Arbeit angedachten Einbeziehung weiterer arbeits- bzw. tätigkeitsbezogener Merkmalen aus dem MZP prä-AU in die regressionsanalytischen Modelle (s. Abbildung 7, S. 36: grau vermerkte Items oben rechts) musste abgesehen werden. Einerseits fehlen die entsprechenden Angaben systematisch für die Y-Kohorte, die sich zum aktuellen MZP mehrheitlich in der Eingangsuntersuchung befand. Andererseits hätte die Aufnahme weiterer Einflussfaktoren in die multivariablen Schätzmodelle noch geringer besetzte Kategorienkombinationen zur Folge gehabt, was zuverlässige Schätzungen zusätzlich erschwert hätte. Angaben zur beruflichen Tätigkeit prä-AU werden jedoch deskriptiv als Hintergrund- bzw. Zusatzinformation berichtet für die befragten Studienteilnehmer*innen der Core-Kohorte insgesamt sowie extra ausgewiesen für Männer und differenziert nach dem höchsten erreichten Schulabschluss. Damit liegen deskriptiv nutzbare Angaben vor zum Umfang der Erwerbstätigkeit zum MZP prä-AU, zu einer etwaigen Leitungsfunktion, zu Schichtarbeit und körperlich schwerer Tätigkeit sowie Angaben zur Zufriedenheit mit den Berufsperspektiven, mit dem*der Vorgesetzten und mit den Kolleg*innen. Die Angaben hierzu basieren auf den Selbstausskünften der Befragten aus dem letzten MZP prä-AU: FU-2 oder FU-4.

3.2.5 Statistische Analyse

3.2.5.1 Umgang mit fehlenden Daten

In der empirischen Forschung lassen sich Datenlücken oft nicht vermeiden. Zugleich ist davon auszugehen, dass eine höhere Ergebnisqualität der durchgeführten Analyseverfahren erreicht wird, je mehr vollständige oder plausibel vervollständigte Datensätze verfügbar sind (Urban und Mayerl 2018; Baltés-Götz 2013). Fehlende Angaben sind in den deskriptiven Statistiken (Häufigkeitstabellen) als eigenständige Kategorie („keine Angabe“) ausgewiesen dargestellt. Für alle Variablen, die in mindestens einem der zur Beantwortung der Forschungsfragen betrachteten multivariablen regressionsanalytischen Schätzmodell integriert sind, wurde überprüft, inwieweit die Notwendigkeit besteht und die Voraussetzungen erfüllt sind, eine (multiple) Imputation der fehlenden Werte durchzuführen. Alternativen zur multiplen Imputation fehlender Werte sind bspw. ein listenweiser oder paarweiser Fallausschluss oder andere Formen der Datenimputation (bspw. Mittelwertausrückung). Insbesondere die beiden letztgenannten Verfahren gehen jedoch mit einem höheren Risiko für Präzisionsverlust der Analysen, für Verzerrungen und systematische Fehler einher (Urban et al. 2016). Bei kleineren Datensätzen ($n < 200$) können hohe Missingquoten aber auch beim listenweisen Fallausschluss, selbst wenn keine Verzerrungen aufgrund der Verteilung der fehlenden Werte zu erwarten sind, problematisch sein, da weniger „empirische Information“ für die Regressionsschätzungen vorliegt und die Teststärke reduziert ist (Urban und Mayerl 2018).

Ziel der multiplen Imputation ist es, fehlende Werte durch plausible Werte zu ersetzen und dabei Zufallsfehler zu berücksichtigen. Grundsätzlich bedarf es eines „aktiven Umgangs“ mit den fehlenden Werten einer Variablen nur dann, wenn die Variable auch Teil des jeweils betrachteten Analysemodells ist und anstelle eines fehlenden Werts ein tatsächlich wahrer Wert

stehen könnte – also der fehlende Wert bspw. nicht aufgrund von Filterführung zustande gekommen ist (Urban und Mayerl 2018). Es wird empfohlen, in das multiple Imputationsmodell mindestens sämtliche in den (nachfolgenden) Analysen berücksichtigte Variablen, d.h. auch Outcome-Variablen und ggf. weitere Variablen, die helfen können, fehlende Werte zu erklären, aufzunehmen (Marshall et al. 2009; Austin et al. 2021). Zugleich sollte im Sinne der Gewährleistung ausreichender Datenqualität eine (multiple) Imputation aber auch nur dann erfolgen, wenn der Anteil fehlender Werte im einzelnen Fall, in den einzelnen Modellvariablen sowie auch kumuliert nicht zu hoch liegt; Werte unter 50 % gelten i. d. R. als unbedenklich und imputierbar (Baltès-Götz 2013). Eine weitere Voraussetzung für die Durchführung der multiplen Imputation ist, dass die fehlenden Werte mindestens zufällig fehlen (MAR: „Missing at random“) (Austin et al. 2021). Während ein völlig zufällig auftretendes Fehlen („Missing Completely At Random“: MCAR) die Unabhängigkeit der fehlenden Werte einer Variablen von den (unbekannten) Werten dieser Variablen und von allen anderen Variablen voraussetzt, bedarf MAR der Unabhängigkeit der fehlenden Werte in einer Variablen von den (unbekannten) Werten derselben Variablen, nicht aber von den Werten aller anderen Variablen. D. h. andere (erhobene) Variablen können einen direkten Zusammenhang zu den fehlenden Werten der betrachteten Variablen aufweisen (ebd.). Von „Missing Not At Random“ wird gesprochen, wenn (auch) unter Berücksichtigung aller anderen Variablen die Wahrscheinlichkeit für fehlende Angaben in einer Variablen von den (nicht bekannten) Werten der Variable selbst abhängt (Urban und Mayerl 2018; Donders et al. 2006).

Mit Hilfe des MCAR-Tests nach Little wurde die MCAR-Annahme für die (quasi)-metrischen Variablen, die in den Analysemodellen verwendet werden sollten, überprüft. Dies trifft auf die Variablen ‚Alter‘, ‚zeitlicher Abstand AU-Ende bis MZP‘, ‚AU-Dauer‘ und ‚Arbeitsfähigkeit (WAS) post-AU‘ zu. Der Little Test ist Urban und Mayerl (2018) zufolge zwar robust gegenüber von der Normalverteilung abweichenden Verteilungen (die hier nicht gänzlich ausgeschlossen werden können; siehe Anhang: Abbildung 14) und kann auch mit kleineren Stichproben sowie bei hohen kumulierten Missingquoten durchgeführt werden. Die Zusammenhänge kategorialer Modellvariablen und fehlender Werte lassen sich mit Hilfe des Tests jedoch nicht überprüfen. Daher wurden zusätzliche Analysen durchgeführt, um die im Little-Test ermittelten Ergebnisse abzusichern und auch entsprechende Aussagen für die kategorialen Modellvariablen treffen zu können. Hierzu wurde die MCAR-Annahme für jede Modellvariable mittels eines logistischen Regressionsmodells überprüft, indem der Einfluss aller anderen Modellvariablen auf die binär kodierte Missingvariable der jeweils betrachteten Modellvariable geschätzt wurde. Zeigten sich keine statistisch signifikanten Effekte, wurde an der MCAR-Annahme festgehalten. Im Falle signifikanter Effekte ist die MCAR-Annahme, wenn auch nicht die MAR-Annahme, widerlegt (Urban und Mayerl 2018). Ist mindestens die MAR-Annahme (ggf. sachlogisch) haltbar, wurde die Variable in das Imputationsmodell aufgenommen. Für Variablen mit einem erhöhten Missinganteil (~ 25 %) oder auffälligen Verteilungen ihrer gültigen und fehlenden Werte (Normalverteilungsannahme, MCAR-/MAR-Annahme) wurde abgewogen, ob sie imputiert und ob sie auch als Prädiktor im Imputationsmodell berücksichtigt werden sollten.

Die Imputation fehlender Werte erfolgte in SPSS mittels der Methode vollständig konditionaler Spezifikation (FCS). Es handelt sich dabei um eine iterative MCMC-Methode (Markov Chain Monte Carlo-Methode), die i. d. R. verwendet wird, wenn kein monotones Missingmuster vorliegt (Urban et al. 2016; IBM 2014). Bei der FCS-Methode wird für jede Variable und abhängig von ihrem Skalenniveau ein spezifisches Imputationsmodell erzeugt (ebd.). Für die metrischen

Variablen mit fehlenden Werten wurden lineare²¹, für die kategorialen Variablen logistische Regressionsmodelle verwendet. Die Anzahl der wiederholten Imputationen (=imputierte Datensätze) wurde auf $m=40$, die Anzahl der Iterationen auf 10 festgesetzt. Empfohlen wird, dass die Zahl der imputierten Datensätze ungefähr dem kumulierten Anteil fehlender Werte entspricht (Graham et al. 2007; Wahl 2020). Der Syntaxbefehl kann im Anhang eingesehen werden (Anhang: Abbildung 15).

Mit Blick auf die in den Schätzmodellen berücksichtigten soziodemografischen, au-, arbeits-/tätigkeits- und RTW-bezogenen Merkmale wurde ermittelt, ob sich Fälle, die keine fehlenden Werte in den Modellvariablen aufweisen, systematisch unterscheiden von Fällen mit fehlenden Werten. Letztgenannte würden im Falle eines listenweisen Fallausschlusses von den Analysen ausgeschlossen werden. Im Rahmen dieser Arbeit stellen sie die Fälle mit imputierten Werten. Für binär-nominale Variablen wurde Phi als Zusammenhangsmaß ermittelt, für mehrkategoriale nominale Variablen Cramer's V (CV) und für metrische Variablen Eta (η). Während Phi (ϕ) auch die Richtung des Zusammenhangs anzeigt, gilt dies nicht für Cramer's V und Eta. Die Angaben können Tabelle 22 im Anhang entnommen werden.

3.2.5.2 Analyseverfahren

Deskriptive Statistiken

In Abhängigkeit vom Skalenniveau bzw. von der Verteilung der jeweils betrachteten Variablen werden absolute und relative Häufigkeiten, bzw. das arithmetische Mittel (MW) mit Standardabweichung (SD) und/oder der Median mit Quartilen (Q1/Q3) sowie Minimum (Min) und Maximum (Max) berichtet. Die deskriptiven Angaben werden für alle Fälle und separat nach Interventionsgruppenzugehörigkeit ausgewiesen²².

Inferenzstatistische Verfahren

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden u. a. logistische Regressionsmodelle geschätzt (Tabelle 1, S. 42). Logistische Regressionsmodelle bilden die (lineare) Beziehung zwischen der mit Hilfe von Logits ($\ln(\text{Odds})$) transformierten Erfolgs- bzw. Eintrittswahrscheinlichkeit einer binär oder mehrstufig nominalskalierten abhängigen Variable und mindestens einer, i. d. R. jedoch mehrerer, beliebig skalierten unabhängiger Variablen ab (Kalisch und Meier 2021). Während im binomialen Modell die Logits ($\ln(\text{Odds})$) für das Eintreten oder Nicht-Eintreten der binären abhängigen Variable modelliert werden, geschieht dies im multinomialen Modell für das Eintreten einer Kategorie der Zielgröße im Verhältnis zur definierten Referenzkategorie. Die jeweiligen Referenzkategorien sind in den Ergebnistabellen zu den geschätzten Regressionsmodellen vermerkt („Ref.“). Den Ergebnistabellen sind auch die entsprechend der Rubin Regeln gepoolten Regressionskoeffizienten (B), p-Werte, Odds Ratios (OR) und 95 %-Konfidenzintervalle (95 %-KI) zu entnehmen (Heymans und Eekhout 2019). Das Odds Ratio gibt das Verhältnis der Chance (=Odds), dass das betrachtete Ereignis (Outcome) in der

²¹ Von der Verwendung des Modelltyps „pmm“ (predictive mean matching) für die Imputation der metrischen Variablen wurde abgesehen, da in der genutzten SPSS-Version (23.0) eine Voreinstellung besteht, von der abgeraten wird (Urban et al. 2016; Allison 2015). Für die metrischen Variablen wurden in den linearen Modellen entsprechend der Variablen- oder Stichprobendefinition bzw. anhand der vorliegenden Daten Min- und Max-Werte festgelegt: ‚Zeitlicher Abstand zwischen AU-Ende bis zum aktuellen MZP‘ [in Wochen]: Min=1, Max=274; ‚AU-Dauer‘ [in Wochen]: Min=6, Max=156; ‚Arbeitsfähigkeit (WAS) post-AU‘: Min=0, Max=10.

²² Angaben zur RTW-Intervention werden separat für die drei U-Größen dargestellt

Gruppe der Exponierten eintritt und der Chance, dass das betrachtete Ereignis in der Gruppe der Nicht-Exponierten eintritt, an (Kalisch und Meier 2021; Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) b, o. J.). Ein Odds Ratio (OR) von 1 besagt, dass die Gruppen der Exponierten und Nicht-Exponierten (Referenzgruppe) bzw. der Personen mit und ohne Intervention (Referenzgruppe) die gleiche Chance aufweisen, dass die betrachtete Zielgröße eintritt. Ein OR größer 1 weist darauf hin, dass die Chance, dass die Zielgröße eintritt, in der Gruppe der Exponierten bzw. Personen mit Intervention höher ist als in der Gruppe der Nicht-Exponierten bzw. Personen ohne Intervention (Referenzgruppe). Ein OR kleiner 1 besagt umgekehrt, dass die Chance, dass die Zielgröße eintritt, in der Gruppe der Exponierten bzw. Personen mit Intervention niedriger ist als in der Gruppe der Nicht-Exponierten bzw. Personen ohne Intervention (Referenzgruppe). Im Falle eines multivariablen Regressionsmodells gilt dies jeweils unter Konstanzhaltung aller anderen berücksichtigten Einflussfaktoren (Kalisch und Meier 2021). Die berichteten 95 %-Konfidenzintervalle beschreiben den ‚Vertrauens-‘Bereich, in dem das wahre OR mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % liegt. Um Aussagen zur Effektstärke leichter treffen zu können, wurden ergänzend OR in Cohen’s d umgerechnet (Lenhard und Lenhard 2017). Kleine Effekte liegen hier zwischen $d=0,2$ und $0,4$, mittlere Effekte zwischen $d=0,5$ und $d=0,7$, große Effekte bei $d=0,8$ und höher²³.

Tabelle 1 – Übersicht über die Forschungsfragen und regressionsanalytischen Modelle

Modell/Forschungsfrage	Regressionsmodell
Modell I: Abhängigkeit der Eintrittswahrscheinlichkeit der Nutzung einer RTW-Intervention von soziodemografischen, au- oder arbeitsbezogenen Merkmalen → Forschungsfrage A-II	multinomial-logistisch, Einschluss
Modell II: Abhängigkeit der Eintrittswahrscheinlichkeit aktueller Berufstätigkeit bei mind. moderater Arbeitsfähigkeit von der Nutzung einer RTW-Intervention unter Berücksichtigung potenzieller Confounder → Forschungsfrage B-I	binär-logistisch, Einschluss
Modell III: Abhängigkeit der Eintrittswahrscheinlichkeit als (eher) ausreichende wahrgenommener AG-Unterstützung beim RTW von der Nutzung einer RTW-Intervention unter Berücksichtigung potenzieller Confounder → Forschungsfrage B-III	binär-logistisch, Einschluss

Vor Durchführung und Interpretation der logistischen Regressionsschätzungen wurde überprüft, inwieweit die Prädiktoren (ausreichend) unabhängig voneinander sind, um (hohe) Multikollinearität ausschließen zu können (Wentura und Pospeschill 2015). Hohe Multikollinearität erschwert es, die Bedeutung einzelner Variablen im Gesamtmodell zu ermitteln und kann zu instabilen Parameterschätzungen führen (ebd.). Es wurden der Varianzinflationsfaktor (VIF) und paarweise Zusammenhangsmaße ermittelt (siehe Anhang: Tabelle 25): in Abhängigkeit vom Skalenniveau der jeweils betrachteten Variablen sind dies Cramer’s V (kategorial-nomi-

²³ Cohen’s d kann auch negative Werte annehmen und ist dem Betrag entsprechend zu interpretieren

nal/kategorial-nominal: $> 2 \times 2$), Phi (kategorial-dichotom*kategorial-dichotom: 2×2), Eta (metrisch*kategorial-dichotom), Kendall-Tau b (metrisch*kategorial-ordinal) oder der Korrelationskoeffizient r nach Pearson (metrisch*metrisch). Sofern SPSS hierzu keine kombinierten Teststatistiken ausgibt, wurde zur Bildung gepoolter Chi²- bzw. F-Werte und der dazugehörigen p-Werte der R-Befehl: D2- Methode „library(miceadds) micombine.chisquare bzw. F(c(...), df, display = TRUE, version=1)“ verwendet (Heymans und Eekhout 2019). VIF-Werte sollten nicht größer als 2, die bivariaten Zusammenhänge nicht stark ($< 0,5$) sein (Schneider 2009). Paarweise Zusammenhänge sind zwar nicht ausreichend zur Beurteilung von Multikollinearität, Korrelationskoeffizienten von 0,3 und größer können jedoch auf bestehende Multikollinearität hinweisen, wobei die Signifikanz keine Rolle spielt (ebd.). Variablen, die diese Werte überschreiten, sollte daher kritisch beachtet werden.

Die (binären) Regressionsmodelle wurden auf Basis der nicht gepoolten Datensets auf mögliche Ausreißer überprüft. Die (z-)standardisierten Residuen sollten keine Werte $> |3|$ aufweisen und nur in bis zu 5 % der Fälle Werte $> |2|$ annehmen (Stoetzer 2020). Die metrischen Prädiktoren wurden auf Linearität der Logits getestet (Box-Tidwell-Test; vgl. ebd.). Dabei spricht ein signifikanter Interaktionsterm (betrachtete Variable * $\ln(\text{betrachtete Variable})$) im Modell gegen die Annahme der gewünschten Linearität der Logits. Die modellspezifische Auswahl der Prädiktoren erfolgte zudem unter Berücksichtigung des ‚Anteils fehlender Information‘, der den Anteil erklärter „Varianz“ angibt, der auf imputierte Daten zurückgeht. Ein Anteil fehlender Information $\geq 0,25$ gilt als kritisch. Die relative Effizienz, die mit der Anzahl der Imputationen zunimmt und mit steigendem Anteil fehlender Informationen sinkt, sollte zudem möglichst nahe 1 ($> 0,9$) liegen (Urban et al. 2016).

Zur Beurteilung der Modell- bzw. Anpassungsgüte wurde mittels des Likelihood-Quotienten-Tests untersucht, ob sich das jeweils betrachtete ‚volle‘ Modell in seinem Erklärungsbeitrag von dem Nullmodell unterscheidet. Ein signifikanter Unterschied weist darauf hin, dass das betrachtete Modell einen über das Nullmodell hinausgehenden Beitrag zur Erklärung der Eintrittswahrscheinlichkeit des jeweils betrachteten Outcomes leistet. Ergänzend werden als alternative Gütemaße bzw. „Model-Fits“ Mc Faddens (Pseudo-)R² für die multinomiale logistische Regression bzw. Nagelkerkes (Cragg-Uhler) (Pseudo-)R² für die binäre logistische Regression berichtet. Zur Berechnung des modellspezifischen gepoolten Pseudo-R²-Werts wurde nach Fisher's Z-Transformation der Mittelwert über die Pseudo-R²-Werte der 40 Datensets gebildet und dieser anschließend re-transformiert (Heymans und Eekhout 2019). Die Einordnung der Effektstärke bzw. des Pseudo-R² erfolgte entsprechend der Benchmarks nach Hemmert et al. (2018) (Tabelle 2, S. 44). Für die multinomiale Regression gelten diese Angaben jedoch nur unter Vorbehalt (Hemmert et al. 2018). Werte in den angegebenen Bereichen weisen auf eine gute, darüber hinaus gehende Werte auf eine „exzellente“ bzw. sehr gute Anpassungsgüte/Modellgüte hin (ebd.).

Tabelle 2 – Pseudo-R² Richtwerte für binär-logistische Regressionsmodelle

n	Erfolgswahrscheinlichkeit	R²_{CU*}	R²_{MF~}
≤ 200	38-62 %	0,32-0,58	0,20-0,40
> 200	38-62 %	0,25-0,48	0,15-0,32
≤ 200	0-38 % oder 62-100 %	0,31-0,39	0,19-0,26
> 200	0-38 % oder 62-100 %	0,15-0,28	0,11-0,20

Anmerkungen: nach Hemmert et al. (2018); *CU: Cragg, Uhler and Nagelkerke; ~MF: MacFadden

Da die Zahl der durchgeführten Tests (3 Modelle) als ausreichend gering erachtet wird, ist auf Korrekturverfahren infolge multiplen Testens (Alphafehlerkumulierung) verzichtet worden. Das Signifikanzniveau wurde auf $p < 0,05$ festgelegt. Die Analysen wurden mit SPSS, Version 23.0 bzw. R, Version 4.2.1 durchgeführt.

3.3 Ergebnisse

3.3.1 Stichprobenbeschreibung

Vom 11. Oktober 2019 bis zum 03. Juli 2020 nahmen insgesamt 2.676 Personen aus der Core- und Young-Kohorte an der FU-4 (BL_Y) bzw. CATI-5 (CATI-1_Y) Untersuchung der GHS teil (Tabelle 3). Sie waren zum MZP im Durchschnitt 58 Jahre alt; der Anteil der Männer beträgt 50 %. Angaben zur Response liegen für die hier betrachteten Zeiträume nicht vor. Der ‚Fragebogen zur Rückkehr in den Beruf‘ wurde nur an Personen ausgeteilt, von denen nicht bereits bekannt war, dass sie aufgrund von Altersrente oder aus anderen Gründen in den vorausgegangenen 5 Jahren nicht berufstätig waren. Von 1.586 Studienteilnehmer*innen (59,3 %) liegt der Fragebogen vor. In 1.254 der Fälle wurde angegeben, eine Phase der Berufstätigkeit in den der Befragung vorausgegangenen 5 Jahren gehabt zu haben (Tabelle 3, S.45). 273 dieser Studienteilnehmer*innen waren zum Messzeitpunkt jünger als 65 Jahre alt, also noch im Erwerbsalter, und hatten innerhalb der dem MZP vorausgegangenen 5 Jahre in einem 12-Monatszeitraum berufliche Abwesenheiten von insgesamt mindestens 6 Wochen Dauer.

Ca. ein Drittel der von langer oder wiederholter beruflicher Abwesenheit Betroffenen – nämlich jene 92, die hierfür keine gesundheitlichen Gründe angegeben, und weitere zehn Personen, die berichtet hatten, zum Zeitpunkt der AU selbstständig gewesen zu sein, wurden von den weiteren Analysen ausgeschlossen (Tabelle 3, S.45). Sie gehören nicht zu den (primären) Zielgruppen des BEM oder der StW. Außerdem wurden von den Analysen acht Personen ausgeschlossen, die noch zum aktuellen MZP arbeitsunfähig waren und deshalb keine (abschließenden) RTW-Erfahrungen berichten konnten.

Tabelle 3 – Flowchart zur Stichprobe

Erhebungszeitraum	11.10.2019 – 03.07.2020	16.06.2021 – 25.05.2022
„Bruttostichprobe“: GHS-Studienpopulation (C- & Y-Kohorte)	2.676	n. n.
Alter: MW (SD)	57,8 (12,3)	n. n.
Geschlecht: Anteil der Männer	49,8 %	n. n.
TN mit Berufsphase in dem aktuellen MZP vorausgegangenen 5 J.	1.254	n. n.
TN < 65 Jahre im aktuellen MZP mit Phase der Berufstätigkeit in den vorausgegangenen 5 Jahren & beruflicher Abwesenheit ≥ 6 Wochen innerhalb von 12 Monaten	273	42 ²⁴
Ausschluss, da ... Abwesenheit nicht gesundheitlich bedingt	92	13
... TN beruflich selbstständig (prä-AU)	10	0
... AU im MZP andauerte	8	5
Analysierte „Nettostichprobe“	163	24
Alter: MW (SD)	51,8 (8,9)	52,5 (12,0)
Geschlecht: Anteil Männer	52,8 %	33,3 %

Zusätzlich berücksichtigt wurden in den Analysen die Angaben von Studienteilnehmer*innen, die auch im nachfolgenden Zeitraum (16.06.2021 - 25.05.2022) mit der Pilotversion des RTW-Moduls befragt wurden²⁵ (n=69). Die für diese Gruppe vorliegenden Angaben zu eventuellen Ausschlüssen können ebenfalls Tabelle 3 entnommen werden. Für die Analysen standen schließlich die Angaben von insgesamt 187 (163 + 24) GHS-Teilnehmer*innen zur Verfügung. 150 der 187 befragten Studienteilnehmer*innen gehören der Core-Kohorte, 37 der Young-Kohorte an.

3.3.2 Fehlende Angaben

Erwartungsgemäß kam es im Rahmen der Datenerhebung zu Datenlücken bzw. fehlenden Werten (Missings). Tabelle 4, S. 46 gibt für die untersuchte Stichprobe einen Überblick über die fallbezogene Anzahl fehlender Werte. Es wurden hier alle in den zur Beantwortung der Forschungsfragen geschätzten Regressionsmodellen verwendeten Variablen berücksichtigt.

²⁴ Von insgesamt 69 aus diesem Zeitraum vorliegenden RTW-FB (Pilotversion)

²⁵ Planmäßig vorgesehen war ihre Befragung mit der überarbeiteten RTW-FB Version.

Tabelle 4 – Fallbezogene Missinghäufigkeiten und -anteile

A: Missings je Fall	%-Anteil der Missings (A) an allen Modellvariablen	Anzahl der Fälle mit n Missings (A)	%-Anteil der Fälle mit n Missings an allen Fällen (n=187)
0	0 %	107	57,2 %
1	8 %	49	26,2 %
2	15 %	24	12,8 %
3	23 %	6	3,2 %
4	31 %	1	0,5 %
5-13	38-100 %	0	0,0 %

57 % (107/187) der Fälle weisen keine fehlenden Werte auf. Alle Befragten beantworteten mindestens die Hälfte und nur eine Person weniger als drei Viertel der in den Modellen berücksichtigten Fragen (Tabelle 4). Insofern der kumulierte Anteil fehlender Werte mit 43 % deutlich über 5 % liegt, ist eine explizite Handhabung der fehlenden Werte angezeigt (siehe Abschnitt 3.2.5.1). Die in zwei Fällen fehlenden Angaben zur Berufstätigkeit im aktuellen MZP (post-AU) konnten aufgrund an anderer Stelle vorliegender Informationen ersetzt werden: Die beiden Fälle wurden der Gruppe der beruflich Inaktiven zugeordnet, da Angaben über eine erfolgte Berentung vorliegen und keine Angaben zu Aspekten der Arbeitszufriedenheit (post-AU) gemacht wurden. Angaben zu den variablen-spezifischen fehlenden Angaben können Tabelle 5 entnommen werden. Die Variablen Alter, Geschlecht und ‚unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit‘ weisen keine fehlenden Werte auf (Tabelle 5).

Tabelle 5 – Variablenbezogene Informationen zu fehlenden Werten

Variable*	Fälle mit Missings		imputiert	Prädiktor bei Imputation
	n	%		
Geschlecht	0	0,0 %	-	ja
Alter	0	0,0 %	-	ja
Bildungsstand	3	1,6 %	ja	ja
AU: unfallbedingt (retrospektiv)	0	0,0 %	-	ja
AU-Grund: psychische Erkrankung (retr.)	11	5,9 %	ja	ja
AU-Dauer (retr.)	44	23,5 %	ja	nein
zeitlicher Abstand AU-Ende bis MZP (retr.)	22	11,8 %	ja	ja
Unternehmensgröße (prä-AU, retr.)	6	3,2 %	ja	ja
Arbeit: Belastung/Erfüllung (prä-AU, retr.)	2	1,1 %	ja	ja
RTW-Intervention (kombiniert) (retr.)	9	4,8 %	ja	ja
wahrgenommene AG-Unterstütz. bei RTW (retr.)	8	4,3 %	ja	ja
Berufstätigkeit post-AU (MZP aktuell)	2	1,1 %	nein	ja
Arbeitsfähigkeit (‚WAS‘) post-AU (MZP aktuell)	12	6,4 %	ja	ja

Anmerkungen: *: nur in inferenzstatistischen Modellen verwendete Variablen

3.3 Ergebnisse

Aus den Regressionsanalysen zum Missingmechanismus²⁶ geht hervor, dass die Chance auf fehlende Angaben zur AU-Dauer höher ist bei höherem Schulabschluss, bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen, bei länger zurückliegender AU-Periode und nicht in Anspruch genommener Option auf eine betriebliche RTW-Intervention (siehe Anhang: Tabelle 23). Diese Zusammenhänge könnten auf einen MAR-Mechanismus hinweisen. Der MCAR-Test nach Little, bei dem die (quasi-)metrischen Variablen ‚Alter‘, ‚zeitlicher Abstand vom AU-Ende bis zum aktuellen MZP‘, ‚AU-Dauer‘ und ‚Arbeitsfähigkeit post-AU‘ berücksichtigt wurden, zeigt ein nicht signifikantes Ergebnis ($\text{Chi}^2=18,36$; $\text{DF}=14$; $p=0,19$), was die Annahme eines vollständig zufälligen Vorliegens fehlender Werte zulässt; allerdings fällt das Ergebnis deutlicher aus, wenn die Variable AU-Dauer unberücksichtigt bleibt ($\text{Chi}^2=1,85$; $\text{DF}=5$; $p=0,87$). Die Variable AU-Dauer, die mit 24 % den höchsten Anteil fehlender Werte aufweist, wurde vor diesem Hintergrund zwar zur Imputation, aber nicht als Prädiktor in das Imputationsmodell aufgenommen. Mit Blick auf Befragte mit fehlenden Werten und Befragte ohne fehlende Werte zeigt sich für den zeitlichen Abstand zwischen dem AU-Ende und dem aktuellen MZP ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen (s. Anhang Tabelle 22). Dabei liegt die AU-Periode bei Befragten ohne fehlende Angaben durchschnittlich 80 Wochen zurück, bei Befragten mit fehlenden Angaben 107 Wochen (ebd.). Bei einem listenweisen Fallausschluss würden Befragte, deren Arbeitsunfähigkeit länger zurückliegt, eher ausgeschlossen. Im Falle der hier angewendeten multiplen Datenimputation gilt, dass die Fälle mit länger zurückliegender Arbeitsunfähigkeit eher imputierte Werte aufweisen.

3.3.3 Charakteristika der Studienteilnehmer*innen

Die Studienteilnehmer*innen waren zum aktuellen MZP (post-AU) durchschnittlich 52 Jahre alt (Tabelle 6, S. 48). Der Altersdurchschnitt der Ablehner*innen liegt bei 49 Jahren. Der Anteil der Männer an allen Studienteilnehmer*innen beträgt 50 % (94/187), ihr Anteil liegt in der Gruppe mit BEM-bzw. StW-Verfahren bei 43 %. 20 % (37/187) der Befragten gaben an, über einen Hauptschulabschluss, 28 % (53/187) über einen Realschulabschluss und 50 % (94/187) über (Fach-)Abitur zu verfügen. In der Gruppe derer ohne BEM-/StW-Option liegt der Anteil der Befragten mit Hauptschulabschluss bei 32 %, der Anteil der Befragten mit (Fach-)Abitur bei 41 % (Tabelle 6, S. 48).

²⁶ abhängige Variable: Sysmis-Variable, unabhängige Variablen: alle anderen in den zur Beantwortung der Forschungsfragen geschätzten Regressionsschätzungen verwendeten Modellvariablen

Tabelle 6 – Soziodemografische Charakteristika der Stichprobe

Merkmal	Gesamtstich- probe (n=187)	Keine BEM- /StW-Option (n=44)	BEM-/StW-Op- tion abgelehnt (n=44)	BEM-/StW-Op- tion angenom- men (n=90)
<i>Wenn nicht anders angegeben: Anteil in Spalten-% (n)</i>				
Geschlecht:				
Mann	50,3 % (94)	56,8 % (25)	56,8 % (25)	43,3 % (39)
Frau	49,7 % (93)	43,2 % (19)	43,2 % (19)	56,7 % (51)
Keine Angabe	0,0 % (0)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	0,0 % (0)
<i>Alter (Jahre); MW (SD); Min/Max</i>	51,9 (9,3); 26/64	53,0 (9,6); 29/64	49,2 (10,1); 26/64	52,5 (8,9); 28/64
25 bis 54 Jahre	51,9 % (97)	47,7 % (21)	65,9 % (29)	47,8 % (43)
55 Jahre und älter	48,1 % (90)	52,3 % (23)	34,1 % (15)	52,2 % (47)
Keine Angabe	0,0 % (0)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	0,0 % (0)
Schulabschluss:				
Kein Abschluss	0,0 % (0)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	0,0 % (0)
Hauptschulabschluss	19,8 % (37)	31,8 % (14)	18,2 % (8)	14,4 % (13)
Realschulabschluss	28,3 % (53)	22,7 % (10)	31,8 % (14)	28,9 % (26)
(Fach-)Abitur	50,3 % (94)	40,9 % (18)	50,0 % (22)	56,7 % (51)
Anderer Schulabschluss	0,0 % (0)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	0,0 % (0)
Keine Angabe	1,6 % (3)	4,5 % (2)	0,0 % (0)	0,0 % (0)

Angaben zu Dauer, zeitlicher Lage und Gründen der Arbeitsunfähigkeit

Die Stichprobe umfasst per Definition (s. Abschnitt 3.2.1) ausschließlich GHS-Teilnehmer*innen, die angaben, in den letzten fünf Jahren ihrer beruflichen Tätigkeit mindestens sechs Wochen am Stück oder innerhalb von zwölf Monaten aufsummiert aus Einzelfehlzeiten aufgrund von AU nicht nachgegangen zu sein. Sie waren den eigenen Angaben zufolge durchschnittlich 28 Wochen (MW) bzw. 17 Wochen (Median) arbeitsunfähig (Tabelle 7, S. 49). Den Angaben der Befragten zufolge liegt die AU-Phase im Mittel 1,7 Jahre zurück. 21 % (40/187) der Befragten berichteten unfallbedingt, 19 % (36/187) aufgrund einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig gewesen zu sein. In der Gruppe der Ablehner*innen liegt der Anteil der Beschäftigten mit psychischer Erkrankung als AU-Grund bei 9 % (4/44). 27 % (51/187) der Befragten führten als AU-Grund muskuloskelettale Erkrankungen bzw. Beschwerden an. Herz-Kreislauf-Erkrankungen gaben insgesamt zehn Personen (5 %) und Krebserkrankungen 13 Personen (7 %) als Grund der Arbeitsunfähigkeit an.

3.3 Ergebnisse

Tabelle 7 – AU-bezogene Charakteristika der Stichprobe

	Gesamtstich- probe (n=187)	Keine BEM-/StW- Option (n=44)	BEM-/StW-Op- tion abgelehnt (n=44)	BEM-/StW- Option ange- nommen (n=90)
Merkmal	<i>Wenn nicht anders angegeben: Anteil in Spalten-% (n)</i>			
<i>AU-Grund:</i>				
Unfall	21,4 % (40)	22,7 % (10)	22,7 % (10)	21,1 % (19)
Psychische Er- krankungen	19,3 % (36)	27,3 % (12)	9,1 % (4)	20,0 % (18)
Muskuloskelettale Erkrankungen	27,3 % (51)	22,7 % (10)	34,1 % (15)	25,6 % (23)
Herz-Kreislauf- Erkrankungen	5,3 % (10)	4,5 % (2)	2,3 % (1)	5,6 % (5)
Kreb- serkrankungen	7,0 % (13)	0,0 % (0)	4,5 % (2)	12,2 % (11)
Andere Erkan- kungen	26,7 % (50)	31,8 % (14)	31,8 % (14)	21,1 % (19)
Keine Angabe	5,9 % (11)	6,8 % (3)	2,3 % (1)	6,7 % (6)
<i>AU-Dauer</i> [ret- rosp., in Wochen]: MW (SD); Median (Q1/Q3); Min/Max	28,2 (28,7); 17,0 (9,0/39,0); 6/156	34,7 (35,7); 17,0 (9,0/52,0); 6/156	17,8 (27,2); 9,5 (8,3/17,0); 6/156	30,0 (21,4); 22,0 (13,0/39,0); 6/104
<i>zeitlicher Abstand AU-Ende bis MZP aktuell [retrosp., in Wochen]; MW (SD); Median (Q1/Q3); Min/Max</i>	89,9 (73,4); 69 (29/134); 1/274	100,6 (74,1); 86,0 (32,0/162,0); 9/264	81,1 (69,8); 58,0 (27,8/126,5); 3/256	90,3 (75,4); 60,0 (29,0/131,0); 1/274

Angaben zur beruflichen Tätigkeit vor der Arbeitsunfähigkeit

23 % (43/187) der Befragten waren zum Zeitpunkt der Arbeitsunfähigkeit in einem kleinen, 20 % (38/187) in einem mittleren, 53 % (100/187) in einem großen Unternehmen beschäftigt (Tabelle 8, S. 50). In der Gruppe der anspruchsberechtigten Beschäftigten ohne BEM-/StW-Option lag der Anteil der in großen Unternehmen Beschäftigten bei 41 % (18/44). Rückblickend stufen 39 % (72/187) der Befragten ihre berufliche Situation unmittelbar vor der Arbeitsunfähigkeit als stark belastend ein (Tabelle 8). In der Gruppe derjenigen, die eine BEM-/StW-Option abgelehnt hatten, waren dies 20 % (9/44). Diese Angabe wurde ebenso wie die Angabe zur Unternehmensgröße retrospektiv zum aktuellen MZP erhoben, so dass die entsprechenden Informationen unabhängig von der individuellen Studienphase für alle hier Befragten vorliegen.

Tabelle 8 – Arbeitsbezogene Charakteristika der Stichprobe

Merkmal	Gesamtstichprobe (n=187)	Keine BEM-/StW-Option (n=44)	BEM-/StW-Option abgelehnt (n=44)	BEM-/StW-Option angenommen (n=90)
<i>Wenn nicht anders angegeben: Anteil in Spalten-% (n)</i>				
<i>Unternehmensgröße:</i>				
0-49 MA	23,0 % (43)	29,5 % (13)	22,7 % (10)	22,2 % (20)
50-249 MA	20,3 % (38)	25,0 % (11)	20,5 % (9)	18,9 % (17)
250 und mehr MA	53,5 % (100)	40,9 % (18)	56,8 % (25)	55,6 % (50)
Keine Angabe	3,2 % (6)	4,5 % (2)	0,0 % (0)	3,3 % (3)
<i>Wahrgenommene Arbeitssituation prä- AU (retrospektiv):</i>				
Stark belastend	38,5 % (72)	50,0 % (22)	20,5 % (9)	41,1 % (37)
Etwas belastend ... Sehr erfüllend	61,5 % (115)	50,0 % (22)	79,5 % (35)	58,9 % (53)
Keine Angabe	1,1 % (2)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	2,2 % (2)

Weitere Angaben zur beruflichen Tätigkeit vor der Arbeitsunfähigkeit liegen für die Teilnehmer*innen aus der C-Kohorte mehrheitlich vor, allerdings für nur eine*n Teilnehmer*in aus der Y-Kohorte. Teilnehmer*innen der Y-Kohorte befanden sich zum aktuellen MZP überwiegend in der Eingangsphase der Studie. Daher werden im Folgenden als Hintergrundinformation Angaben zur beruflichen Situation vor der Arbeitsunfähigkeit ausschließlich für die Core-Kohorte berichtet. Die Angaben werden für die Gruppe insgesamt und separat für Männer bzw. differenziert nach Schulabschluss ausgewiesen (Tabelle 9, S. 51). 74 % (111/150) der Teilnehmer*innen aus der C-Kohorte gaben zum MZP prä-AU an, in Vollzeit beschäftigt zu sein, bei den Männern liegt der Anteil bei 93 % (68/73). 3 % (n=5) der Teilnehmer*innen waren nicht erwerbstätig. 16 % (22/141) der zum MZP prä-AU Erwerbstätigen berichteten, eine Leitungsfunktion innezuhaben. 13 % (19/141) arbeiteten im Schichtdienst, aber nur 7 % (4/67) der Core-Teilnehmer*innen mit (Fach-)Abitur. Von den Core-Teilnehmer*innen insgesamt gaben prä-AU 25 % (35/141) und von den Core-Teilnehmer*innen mit Hauptschulabschluss 56 % (19/34) an, körperlich schwer zu arbeiten. Weiterhin waren zum MZP prä-AU 63 % (89/141) der beruflich aktiven Teilnehmer*innen sehr zufrieden oder zufrieden mit ihren Berufsperspektiven, 87 % (122/141) mit der Zusammenarbeit mit den Kolleg*innen und 61 % (86/141) mit ihren Vorgesetzten (Tabelle 9).

3.3 Ergebnisse

Tabelle 9 – Core-Kohorte: Angaben zur beruflichen Tätigkeit prä-AU

nur Core-Kohorte	Gesamt (n=150)	Männer (n=73)	HS (n=36)	RS (n=44)	(Fach-)Abitur (n=67)
Merkmal	<i>Wenn nicht anders angegeben: Anteil in Spalten-% (n)</i>				
<i>Erwerbstätigkeit zum Messzeitpunkt prä-AU/Beschäftigungsumfang</i>					
Teilzeitbeschäftigt	20,0 % (30)	2,7 % (2)	19,4 % (7)	25,0 % (11)	16,4 % (11)
Vollzeit	74,0 % (111)	93,2 % (68)	75,0 % (27)	72,7 % (32)	74,6 % (50)
Nicht erwerbstätig	3,3 % (5)	2,7 % (2)	2,8 % (1)	0,0 % (0)	6,0 % (4)
Keine Angabe	2,7 % (4)	1,4 % (1)	2,8 % (1)	2,3 % (1)	3,0 % (2)
<i>Leitungsfunktion prä-AU*</i>					
Ja	15,6 % (22/141)	21,4 % (15/70)	5,9 % (2)	14,0 % (6)	21,3 % (13)
Nein	83,7 % (118)	78,6 % (55)	94,1 % (32)	86,0 % (37)	78,7 % (48)
Keine Angabe	0,7 % (1)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	0,0 % (0)
<i>Schichtarbeit*</i>					
Ja	13,5 % (19/141)	17,1 % (12)	20,6 % (7)	16,3 % (7)	6,6 % (4)
Nein	82,3 % (116)	77,1 % (54)	76,5 % (26)	76,7 % (33)	90,2 % (55)
Keine Angabe	4,3 % (6)	5,7 % (4)	2,9 % (1)	7,0 % (3)	3,3 % (2)
<i>Körperlich schwere Tätigkeit prä-AU*</i>					
Ja	24,8 % (35/141)	31,4 % (22)	55,9 % (19)	23,3 % (10)	8,2 % (5)
Nein	70,9 % (100)	61,4 % (43)	38,2 % (13)	72,1 % (31)	88,5 % (54)
Keine Angabe	4,3 % (6)	7,1 % (5)	5,9 % (2)	4,7 % (2)	3,3 % (2)
<i>Zufriedenheit mit Berufsperspektiven prä-AU*</i>					
(Sehr) zufrieden	63,1 % (89/141)	65,7 % (46)	61,8 % (21)	65,1 % (28)	63,9 % (39)
(Sehr) unzufrieden und ggf. (teils/teils)	33,3 % (47)	32,9 % (23)	35,3 % (12)	27,9 % (12)	34,4 % (21)
Keine Angabe	3,5 % (5)	1,4 % (1)	2,9 % (1)	7,0 % (3)	1,6 % (1)
<i>Zufriedenheit mit Kolleg*innen prä-AU*</i>					
(Sehr) zufrieden	86,5 % (122/141)	88,6 % (62)	79,4 % (27)	86,0 % (37)	91,8 % (56)
(Sehr) unzufrieden und ggf. (teils/teils)	10,6 % (15)	10,0 % (7)	17,6 % (6)	9,3 % (4)	6,6 % (4)
Keine Angabe	2,8 % (4)	1,4 % (1)	2,9 % (1)	4,7 % (2)	1,6 % (1)
<i>Zufriedenheit mit Vorgesetzten prä-AU*</i>					
(Sehr) zufrieden	61,0 % (86/141)	60,0 % (42)	47,1 % (16)	65,1 % (28)	65,6 % (40)
(Sehr) unzufrieden und ggf. (teils/teils)	35,5 % (50)	37,1 % (26)	47,1 % (16)	30,2 % (13)	32,8 % (20)
Keine Angabe	3,5 % (5)	2,99 % (2)	5,9 % (2)	4,7 % (2)	1,6 % (1)

Anmerkungen: *: nur Erwerbstätige (prä-AU)

3.3.4 Die Nutzung betrieblicher RTW-Interventionen

A-I-1 Wie viele von langer oder wiederholter Arbeitsunfähigkeit betroffene Beschäftigte erhalten (k)ein betriebliches RTW-Interventionsangebot (BEM/StW) und nehmen dies (nicht) an?

Beschäftigten, die innerhalb von 12 Monaten mehr als 6 Wochen arbeitsunfähig sind, soll der*die Arbeitgebende ein BEM-Angebot machen, bzw. die betreuenden (Vertrags-)Ärzte* (Vertrags-)Ärztinnen sollen prüfen, ob eine StW aus therapeutischer Sicht zu empfehlen ist. 45 % (85/187) der aufgrund ihrer selbstberichteten AU-Zeiten BEM-anspruchsberechtigten GHS-Teilnehmer*innen gaben an, ein entsprechendes Angebot von ihrem*r Arbeitgebenden erhalten zu haben; weitere 13 % (24/187) erhielten von ihrem*r Arbeitgebenden ein Angebot zum BEM auf aktive Nachfrage hin (Tabelle 10, S. 53). Den differenziert nach Unternehmensgröße dargestellten deskriptiven Angaben zufolge wurde einem Drittel (14/43) der in kleinen Unternehmen Beschäftigten ein BEM-Verfahren angeboten und gut der Hälfte (52/100) der in großen Unternehmen Beschäftigten. Unternehmensgrößen übergreifend berichteten 33 % (61/187) aller von langer Arbeitsunfähigkeit betroffenen Beschäftigten kein BEM-Angebot von dem*der Arbeitgebenden erhalten zu haben (Tabelle 10). Die Option zur Teilnahme an einem BEM-Verfahren wurde von 34 % (37/109) der Befragten abgelehnt. Ihr Anteil liegt in der Gruppe der in kleinen Unternehmen Beschäftigten bei 19 % (4/21) und in der Gruppe der in großen Unternehmen Beschäftigten bei 39 % (25/64).

22 % (n=41) der 187 Befragten mit langer Arbeitsunfähigkeit gaben an, an einer StW nicht teilgenommen zu haben, da ihnen diese ärztlicherseits nicht empfohlen worden sei. 2 % der Befragten (4/187) berichteten, an keinem StW-Verfahren teilgenommen zu haben, da der*die Arbeitgebende seiner Durchführung widersprochen habe (Tabelle 10). Dies entspricht 10 % (4/39) derjenigen, die einer als gegeben angenommenen ärztlichen StW-Empfehlung nicht folgten. 41 % (n=77) aller 187 Befragten mit langer Arbeitsunfähigkeit nahmen an einem Verfahren zur StW teil, 19 % (35/187) nahmen mangels eigenen Interesses nicht teil. 14 % (n=26) der 187 Befragten machten keine Angaben zur Nutzung eines StW-Verfahrens. Für die inferenzstatistischen Analysen wurden die Angaben zum BEM- bzw. StW-Angebot und zur Inanspruchnahme wie oben beschrieben zusammengefasst (Abbildung 6, S. 34).

3.3 Ergebnisse

Tabelle 10 – Angaben zur Nutzung des BEM bzw. der StW

AW-Kategorie	Gesamtstichprobe (n=187)	U-Größe bis 49 MA (n=43)	U-Größe 50-249 MA (n=38)	U-Größe ≥ 250 MA (n=100)
<i>Wenn nicht anders angegeben: Anteil in Spalten-% (n)</i>				
<i>BEM-Angebot erhalten?</i>				
Ja, AG-initiiert	45,5 % (85)	32,6 % (14)	50,0 % (19)	52,0 % (52)
Ja, auf Nachfrage	12,8 % (24)	16,3 % (7)	7,9 % (3)	12,0 % (12)
Nein/Kein	32,6 % (61)	44,2 % (19)	36,8 % (14)	26,0 % (26)
Weiß nicht	1,6 % (3)	4,7 % (2)	0,0 % (0)	0,0 % (0)
Keine Angabe	7,5 % (14)	2,3 % (1)	5,3 % (2)	10,0 % (10)
<i>BEM-Angebot: angenommen?</i>				
Ja (alle Angebote)	66,1 % (72/109)	81,0 % (17/21)	63,6 % (14/22)	60,9 % (39/64)
Ja (AG-initiierte A.)	57,6 % (49/85)	78,6 % (11/14)	57,9 % (11/19)	51,9 % (27/52)
Nein (alle A.)	33,9 % (37/109)	19,0 % (4/21)	36,4 % (8/22)	39,1 % (25/64)
Nein (AG-initiierte A.)	42,4 % (36/85)	21,4 % (3/14)	42,1 % (8/19)	48,1 % (25/52)
Keine Angabe	0,0 % (0)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	0,0 % (0)
<i>StW Teilnahme?</i>	<i>(n=187)</i>	<i>(n=43)</i>	<i>(n=38)</i>	<i>(n=100)</i>
Ja	41,2 % (77)	44,2 % (19)	34,2 % (13)	43,0 % (43)
Im Rahmen des BEM	50	15	8	26
Unabhängig vom BEM*	27	4	5	17
Nein, wollte nicht	18,7 % (35)	25,6 % (11)	23,7 % (9)	15, % (15)
Nein, AG hat abgelehnt	2,1 % (4)	2,3 % (1)	0,0 % (0)	2,0 % (2)
Nein, keine ärztl. Empfehlung	21,9 % (41)	14,0 % (6)	36,8 % (14)	21,0 % (21)
Weiß nicht	2,0 % (4)	2,3 % (1)	0,0 % (0)	2,0 % (2)
Keine Angabe	13,9 % (26)	11,6 % (5)	5,3 % (2)	17,0 % (17)

Anmerkungen: * „Unabhängig vom BEM“: Die StW kann vor oder nach einem BEM-Verfahren erfolgt sein oder ohne, dass ein BEM-Verfahren durchgeführt wurde

Demnach hatten 24 % (n=44) der 187 Befragten nach langer Arbeitsunfähigkeit weder eine Option auf ein BEM- noch auf ein StW-Verfahren (o. Abb.). Ebenso viele lehnten ein BEM-Angebot ab bzw. hatten kein Interesse an der Teilnahme an einem StW-Verfahren. 48 % (90/187) gaben schließlich an, an einem BEM- und/oder StW-Verfahren teilgenommen zu haben. 32 % (n=59) der 187 Befragten mit Anspruch auf ein BEM-Angebot nahmen sowohl an einem BEM- als auch an einem StW-Verfahren teil. Dabei hatten 82 % (59/72) der Beschäftigten mit BEM-Verfahren auch eine StW, 67 % (48/72) innerhalb des BEM (Tabelle 11, S. 54). Dementsprechend berichteten 64 % (49/76) der Beschäftigten mit StW-Verfahren, an der StW im Rahmen eines BEM-Verfahrens teilgenommen zu haben.

Tabelle 11 – Angaben zur (gemeinsamen) Inanspruchnahme einer BEM-/StW-Option

Inanspruchnahme	TN an BEM	Keine TN an BEM	Keine Angabe zu BEM-TN	Gesamt
StW im Rahmen des BEM	48	0	1	49
StW unabhängig vom BEM	11	6	10	27
Keine StW	9	0	0	9
Keine Angabe	4	0	1	5
Gesamt	72	6	12	90

Anmerkungen: Datenbasis: alle 90 anspruchsberechtigten Beschäftigten mit BEM-/StW-Option

A-I-2 Aus welchen Gründen wird ein BEM-Angebot abgelehnt?

68 % (n=25) der 37 Befragten, die ein *BEM*-Angebot ablehnten, gaben an, keinen Bedarf aufgrund der Art der Erkrankung bzw. Unfallfolge gehabt zu haben. Jeweils 8 % (n=3) der Befragten mit *BEM*-Angebot sahen im Verfahren selbst keinen Nutzen oder lehnten es mangels Vertrauens zum*zur Vorgesetzten ab (Tabelle 12). Vereinzelt ergänzten Befragte frei formulierte Ablehnungsgründe: „Der Arbeitgeber hat anderen Mitarbeitern Vorruhestandsregelung angeboten“, „Interne Regelung: Abbau alter Urlaub“, „Nach 6 Wochen wieder angefangen, keine Wiedereingliederung“, „Freiwillige Reduzierung der Arbeitszeit für 3 Monate um 4 Stunden wöchentlich“, „Bevorstehender Renteneintritt“, „[Angebot] Wurde mir erst, nachdem ich schon 2 Monate arbeitete, gemacht“; „Wurde gebeten, ein *BEM*-Gespräch nicht zu führen“.

Tabelle 12 – Übersicht über die Gründe, ein *BEM*-Angebot abzulehnen

AW-Kategorie	Anteil in Spalten-% (n)
Wenn <i>BEM</i>-Angebot abgelehnt: Gründe (Mehrfachnennung möglich)	
Kein Bedarf aufgrund der Art der Erkrankung bzw. Unfallfolge	67,6 % (25/37)
Kein Nutzen darin gesehen	8,1 % (3)
Kein Vertrauen in Vorgesetzte	8,1 % (3)
Befürchtung negativer Reaktionen der Kolleg*innen	2,7 % (1)
Möchte nicht wieder zurück	2,7 % (1)
Andere	16,1 % (6)
Kein Grund angegeben	5,4 % (2)

Anmerkungen: Anteile basieren auf Angaben der n=37 Ablehner*innen einer *BEM*-/StW-Option

3.3 Ergebnisse

A-I-3 Wie viele von langer oder wiederholter Arbeitsunfähigkeit betroffene Beschäftigte sind von einem unmittelbaren „Exit“ (Ausstieg aus dem bisherigen Arbeitsverhältnis) betroffen, bzw. haben die Exit-Option eigenständig gewählt?

Der Ausstieg aus dem bisherigen Arbeitsverhältnis kann als alternative Intervention bzw. als mögliche Reaktion auf lange oder wiederholte Fehlzeiten verstanden werden, die eine RTW-Intervention i. S. eines BEM oder einer StW ausschließt oder zumindest unwahrscheinlich macht. Während 157 (84 %) der zu ihren RTW-Erfahrungen befragten 187 Studienteilnehmer*innen angaben, unmittelbar aus der Arbeitsunfähigkeit heraus zu ihrem*r bisherigen Arbeitgebenden zurückgekehrt zu sein (Tabelle 13), trifft dies auf 13 % (n=25) der Befragten nicht zu. Zwölf Befragte wurden stattdessen arbeitslos, mehrheitlich nach Kündigung durch die*den Arbeitgebende*n (n=9). Acht Befragte kehrten aufgrund von Altersrente²⁷ oder Rente wegen Erwerbsminderung nicht zum*zur Arbeitgebenden zurück. In der Gruppe der Beschäftigten ohne BEM- bzw. StW-Option liegt der Anteil derjenigen, die zum*zur Arbeitgebenden zurückkehrten, bei 52 % (23/44). In den beiden anderen Gruppen, d. h. bei den Ablehner*innen bzw. bei den Teilnehmer*innen an einem BEM- oder StW-Verfahren, betragen die Anteile 89 % (39/44) bzw. 97 % (87/90).

Tabelle 13 – Angaben zur Rückkehr zum bisherigem AG unmittelbar nach der AU

Unmittelbar nach beruflicher Abwesenheit: Rückkehr zu AG?	Gesamtstichprobe (n=187)	Keine BEM-/StW-Option (n=44)	BEM-/StW-Option abgelehnt (n=44)	BEM-/StW-Option angenommen (n=90)
Ja, zurückgekehrt	84,0 % (157)	52,3 % (23)	88,6 % (39)	96,7 % (87)
Nein, Alters-/Erwerbsminderungsrente	8	4	3	1
Nein, mir wurde gekündigt und ich habe/bin ...				
... den*die AG gewechselt	1	1	0	0
... Ausbildung/Umschulung begonnen	1	1	0	0
... arbeitslos geworden	9	9	0	0
... als Hausmann-/frau tätig geworden	0	0	0	0
Nein, ich habe gekündigt und ich habe/bin ...				
... den*die AG gewechselt	3	2	1	0
... Ausbildung/Umschulung begonnen	0	0	0	0
... arbeitslos geworden	3	3	0	0
... als Hausmann-/frau tätig geworden	0	0	0	0
Noch offen	1	0	0	1
Keine Angabe	4	1	1	1

Anmerkungen: Angaben retrospektiv im aktuellem MZP erhoben

²⁷ Im Falle langjährig Beschäftigter evtl. abschlagsfrei, ansonsten vermutlich mit Abschlägen behaftet, da TN zum aktuellen MZP noch im Erwerbsalter ist.

A-II Inwieweit stehen soziodemografische, au-bezogene oder tätigkeitsbezogene Merkmale in Zusammenhang mit der *Nutzung* der RTW-Interventionen BEM bzw. StW?

In die multinomiale Regressionsschätzung wurde die Variable ‚Nutzung einer RTW-Intervention‘ mit den Antwortoptionen ‚Keine BEM-/StW-Option‘ bzw. ‚Angebot abgelehnt‘ vs. ‚Teilnahme an BEM/StW-Verfahren‘ (Ref.) als abhängige Variable aufgenommen. Als mögliche Prädiktoren wurden die Variablen ‚Zeit AU-Ende bis MZP aktuell‘, ‚Alter‘, ‚Geschlecht‘, ‚höchster Schulabschluss‘, ‚AU-Grund: Unfall‘, ‚AU-Grund: psychische Erkrankung‘, ‚Unternehmensgröße‘ und ‚wahrgenommene berufliche Belastung prä-AU‘ berücksichtigt. Die Variable AU-Dauer wurde aufgrund fehlender Linearität des Logits und des hohen Anteils fehlender Information (=0,25, ohne Abb.) nicht in das Schätzmodell aufgenommen. Im Modell mit AU-Dauer wäre zudem die Annahme ‚keine Fälle mit standardisierten Residuen > |3|‘ verletzt gewesen. Das hier verwendete Regressionsmodell (Modell I, Tabelle 14) weist keinen erhöhten VIF auf (Tabelle 24). Die bivariaten Zusammenhangsanalysen deuten jedoch auf einen tendenziell starken Zusammenhang der Variablen ‚AU-Grund: psychische Erkrankung‘ und ‚retrospektiv wahrgenommene berufliche Belastung prä-AU‘ hin (Tabelle 25). In die Modellschätzungen wurden die beiden Variablen aufgrund der Geringfügigkeit der „Grenzüberschreitung“ dennoch aufgenommen. Dies ermöglicht auch, ihren spezifischen Einfluss zu bestimmen und bei der Interpretation zu beachten.

Das Modell insgesamt ist signifikant verschieden vom Nullmodell: $F(20; 36027)=1,84$; $p=0,01$. Es wurde ein Pseudo- R^2 (MacFadden) in Höhe von 0,1 ermittelt. Der Gesamtprozentsatz der richtig Klassifizierten liegt bei 58 %. Der Anteil der korrekt Klassifizierten ohne BEM-/StW-Option beträgt 29 %. Der korrekt identifizierte Anteil derer, die die BEM-/StW-Option abgelehnt haben, liegt bei 33 % und der Anteil der korrekt identifizierten Fälle mit Teilnahme an einem BEM-/StW-Verfahren bei 83 %. Die Anteile fehlender Information der einzelnen Modellvariablen liegen unter 0,15; die relative Effizienz beträgt für alle Variablen nahezu 1 (Tabelle 14).

Tabelle 14 – Ergebnisse der multinomialen logistischen Regression zu Einflussfaktoren der Nutzung einer betrieblichen RTW-Intervention (BEM/StW)

‚Keine BEM-/StW-Option‘ vs. ‚Teilnahme an BEM/StW‘

Einflussvariable	B	p	OR	95 %-KI	Anteil fehlende Info.	Relative Effizienz
Zeit AU-Ende bis MZP aktuell	0,002	0,43	1,00	1,00;1,01	0,13	1,00
Alter	-0,003	0,88	1,00	0,95;1,04	0,03	1,00
Männer vs. Frauen (Ref.)	0,66	0,11	1,93	0,87;4,29	0,05	1,00
<i>Bildungsstand:</i>						
HS vs. (Fach)Abitur (Ref.)	1,16	0,03	3,20	1,16;8,81	0,05	1,00
RS vs. (Fach-)Abitur (Ref.)	0,14	0,78	1,15	0,44;3,02	0,04	1,00
AU unfallb.: Ja vs. Nein (Ref.)	0,15	0,77	1,16	0,44;3,08	0,03	1,00
AU-Grund psychische Erkrankung: Ja vs. Nein (Ref.)	0,54	0,32	1,72	0,59;5,05	0,13	1,00
<i>U-Größe:</i>						
0-49 MA vs. ≥ 250 MA(Ref.)	0,91	0,06	2,49	0,95;6,51	0,05	1,00
50-249 MA vs. ≥ 250 MA (Ref.)	0,82	0,11	2,28	0,82;6,30	0,07	1,00
<i>Arbeit prä-AU stark belastend:</i>						
Ja vs. Nein (Ref.)	0,42	0,39	1,53	0,59;3,98	0,09	1,00

Tabelle 14 (Fortsetzung)
„BEM-/StW-Option abgelehnt“ vs. „Teilnahme an BEM/StW“

Einflussvariable	B	p	OR	95 %-KI	Anteil fehlende Info.	Relative Effizienz
Zeit AU-Ende bis MZP aktuell	-0,003	0,36	1,00	0,99;1,00	0,13	1,00
Alter	-0,05	0,01	0,95	0,91;0,99	0,03	1,00
Männer vs. Frauen (Ref.)	0,53	0,18	1,71	0,79;3,71	0,04	1,00
<i>Bildungsstand:</i>						
HS vs. (Fach-)Abitur (Ref.)	0,39	0,49	1,48	0,48;4,50	0,05	1,00
RS vs. (Fach-)Abitur (Ref.)	0,54	0,24	1,72	0,69;4,30	0,08	1,00
AU unfallb.: Ja vs. Nein (Ref.)	-0,25	0,60	0,78	0,30;2,02	0,05	1,00
AU-Grund psychische Erkrankung: Ja vs. Nein (Ref.)	-0,70	0,33	0,50	0,12;2,00	0,14	1,00
<i>U-Größe:</i>						
0-49 MA vs. ≥ 250 MA (Ref.)	-0,35	0,48	0,70	0,26;1,88	0,03	1,00
50-249 MA vs. ≥ 250 MA (Ref.)	0,16	0,75	1,18	0,43;3,22	0,06	1,00
<i>Arbeit prä-AU stark belastend:</i>						
Ja vs. Nein (Ref.)	-0,86	0,10	0,42	0,15;1,17	0,09	1,00

Den Regressionsschätzungen zufolge weisen Beschäftigte mit Hauptschulabschluss im Gegensatz zu jenen mit (Fach-)Abitur eine ca. dreifach höhere Chance auf, keine Option auf ein BEM-/StW-Verfahren zu erhalten als an einem solchen teilzunehmen (OR=3,20; 95 %-KI: 1,16; 8,81). Dies weist auf einen mittleren Effekt hin (Cohens $d=0,64$). Die Chance, die Option auf eine RTW-Intervention abzulehnen, statt anzunehmen, nimmt mit zunehmendem Alter der Befragten ab (OR=0,95; 95 %-KI: 0,91; 0,99). Weder das Geschlecht der Befragten, die hier betrachteten AU-Gründe, die Unternehmensgröße der Organisation, in welcher der*die Beschäftigte vor der AU tätig war, noch die Wahrnehmung der beruflichen Situation vor der Arbeitsunfähigkeit hatten einen signifikanten Einfluss auf die Nutzung eines BEM- bzw. StW-Verfahrens.

A-III Welche Maßnahmen werden im Rahmen von BEM-Verfahren ergriffen?

Die Angaben der 72 Befragten mit BEM-Verfahren zu den im Rahmen des Verfahrens veranlassten Maßnahmen können Tabelle 15 (S. 58) entnommen werden. Die von 69 % (n=50) der 72 Beschäftigten mit Abstand am häufigsten genannte im eigenen BEM-Verfahren umgesetzte Maßnahme ist die befristete Reduktion der Arbeitszeit; 15 % (n=11) der Befragten gaben eine dauerhafte Reduktion der Arbeitszeit an. Jeweils 11 % (n=8) der Befragten mit BEM-Verfahren berichteten, im Rahmen des BEM arbeitsmedizinisch beraten worden zu sein, bzw. dass es zu einer vorübergehenden Änderung von Arbeitsinhalten gekommen sei. Seltener wurden angeführt: die dauerhafte Änderung des Arbeitsinhalts (n=5; 7 %) bzw. ein Arbeitsplatzwechsel/eine Versetzung (n=4; 6 %), die Umsetzung technisch-baulicher Maßnahmen (n=4; 6 %) oder die Empfehlung der Stellung eines Antrags auf Schwerbehinderung (n=4; 6 %). In Einzelfällen wurden als umgesetzte BEM-Maßnahme ‚Teamgespräche und Supervision‘ (n=1) oder die Empfehlung einer Rentenantragsstellung (n=2) angegeben.

Tabelle 15 – Übersicht über die in BEM-Verfahren ergriffenen Maßnahmen

AW-Kategorie	Anteil in Spalten- % (n)
Wenn BEM-Angebot angenommen: Maßnahmen (Mehrfachnennung möglich)	
Befristete Reduktion der Arbeitszeit	69,4 % (50/72)
Dauerhafte Reduktion der Arbeitszeit	15,3 % (11)
Befristete Änderung des Arbeitsinhalts	11,1 % (8)
Arbeitsmedizinische Beratung	11,1 % (8)
Dauerhafte Änderung des Arbeitsinhalts	6,9 % (5)
Technisch-bauliche Maßnahmen	5,6 % (4)
Arbeitsplatzwechsel/Versetzung	5,6 % (4)
Antrag auf Schwerbehinderung	5,6 % (4)
Rentenantrag	2,8 % (2)
Teamgespräche und Supervision	1,4 % (1)
Andere	8,3 % (6)
Keine	9,7 % (7)
Noch unklar/offen	2,8 % (2)
Keine Angabe	1,4 % (1)

Anmerkungen: Datenbasis: Angaben der 72 BEM-Teilnehmer*innen

Ergänzend gaben einzelne Befragte unter dem Stichwort ‚Andere Maßnahmen‘ ‚Coachings‘, ‚Gespräche mit dem Betriebsrat‘, oder ‚Kur‘ an, oder dass die Arbeitstätigkeit bzw. -belastung ‚verringert wurde‘ im Sinne von ‚weniger Heben und Transportieren‘. Eine befragte Person berichtete in diesem Zusammenhang, dass ihr ‚mit Kündigung gedroht‘ worden sei. Knapp 10 % (n=7) der Befragten mit BEM-Verfahren zufolge wurden keine Maßnahme umgesetzt.

A-IV Wie werden BEM- und StW-Verfahren beendet?

Von 53 % (n=38) der 72 Beschäftigten mit BEM-Verfahren bzw. von 23 % (n=18) der 77 Befragten mit StW-Verfahren liegen keine Angaben zum Abschluss des Verfahrens vor. 96 % (n=27/28) der Befragten mit BEM-Verfahren, die Angaben zum Verfahrensabschluss machten, gaben an, das Verfahren — ggf. nach Verlängerung — planmäßig abgeschlossen zu haben (Tabelle 16, S. 59). Eine Person berichtete, das Verfahren sei auf ihren Wunsch hin abgebrochen worden. 93 % (n=54) der 58 Befragten, die Angaben zum Abschluss ihrer StW machten, führten an, dass diese - ggf. nach Verlängerung - planmäßig abgeschlossen worden sei. In 7 % (n=4) der Fälle erfolgte ein Abbruch der StW auf Wunsch der*des Betroffenen hin. Für keines der beiden Verfahren wurde ein vorzeitiger Abbruch durch die*die Arbeitgebende*n berichtet.

Tabelle 16 – Angaben zum Abschluss eines BEM- bzw. StW-Verfahrens

AW-Kategorie	Abschluss BEM	Abschluss StW
	(n=72)	(n=77)
<i>Anteil in Spalten % (n)</i>		
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)

3.3.5 Der Nutzen betrieblicher RTW-Interventionen

85 % (n=159) der 187 Befragten gaben an, zum aktuellen Messzeitpunkt, der durchschnittlich 1,7 Jahre (90 Wochen) nach AU-Ende liegt, erwerbstätig zu sein (Tabelle 17). In der Gruppe derer, die unmittelbar aus der Arbeitsunfähigkeit heraus aus dem Arbeitsverhältnis ausschieden („Exit“), liegt der Anteil bei 30 % (6/20). 21 % (n=39) der 187 Befragten berichteten aktuell arbeitsunfähig zu sein bzw. über eine geringe Arbeitsfähigkeit zu verfügen. 29 % (n=55) stufen ihre aktuelle Arbeitsfähigkeit als moderat, 43 % (n=81) als gut oder sehr gut ein.

Tabelle 17 – Angaben zur Erwerbstätigkeit und Arbeitsfähigkeit im aktuellen MZP

Einflussvariable	Gesamt	Keine BEM-/StW-Option ...			BEM-/StW-Option abgelehnt	BEM-/StW-Opt. angenommen
	(n=187)	Insges. (n=44)	Exit (n=20)	bei AG ge- blieben (n=23)	(n=44)	(n=90)
<i>Wenn nicht anders angegeben: Anteil in Spalten-% (n)</i>						
<i>Erwerbstätig im aktuellen MZP/post-AU:</i>						
Ja	85,0 % (159)	56,8 % (25)	30,0 % (6)	82,6 % (19)	88,6 % (39)	95,6 % (86)
Nein	13,9 % (26)	43,2 % (19)	70,0 % (14)	17,4 % (4)	11,4 % (5)	4,4 % (4)
Keine Angabe	1,1 % (2)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	0,0 % (0)
<i>Arbeitsfähigkeit im aktuellen MZP/post-AU:</i>						
MW (SD); Median (Q1/Q3); Min/Max	6,9 (2,4); 7 (6/9); 0/10	-	-	-	-	-
AU bis geringe AF (0 bis 5 P.)	20,9 % (39)	34,1 % (15)	25,0 % (11)	6,8 % (3)	9,1 % (4)	17,8 % (16)
Moderate AF (6 bis 7 P.)	29,4 % (55)	18,2 % (8)	4,5 % (2)	13,6 % (6)	31,8 % (14)	35,6 % (32)
Gute bis sehr gute/beste jemals erreichte AF (8 bis 10 P.)	43,3 % (81)	38,6 % (17)	9,1 % (4)	29,5 % (13)	50,0 % (22)	43,3 % (39)
Keine Angabe	6,4 % (12)	9,1 % (4)	6,8 % (3)	2,3 % (1)	9,1 % (4)	3,3 % (3)

3.3 Ergebnisse

Tabelle 17 (Forts.)

Einflussvariable	Gesamt (n=187)	Keine BEM-/StW-Option ... <i>Insges.</i> (n=44)	BEM-/StW-Option abgelehnt (n=44)	BEM-/StW-Opt. angenommen (n=90)
		<i>Exit</i> (n=20)	<i>bei AG geblieben</i> (n=23)	
<i>Wenn nicht anders angegeben: Anteil in Spalten-% (n)</i>				
<i>Kombinierter Outcome</i>				
Nicht erwerbstätig, oder erwerbstätig bei geringer Arbeitsfähigkeit	28,3 % (53)	52,3 % (23)	80,0 % (16)	26,1 % (6)
Erwerbstätig bei mindestens moderater Arbeitsfähigkeit	68,4 % (128)	45,5 % (20)	15,0 % (3)	73,9 % (17)
Keine Angabe	3,2 % (6)	2,3 % (1)	5,0 % (1)	0,0 % (0)

B-I Trägt unter Einbeziehung potenzieller Einflussfaktoren die Nutzung der RTW-Interventionen BEM bzw. StW dazu bei, dass von langer Arbeitsunfähigkeit betroffene Beschäftigte zum aktuellen MZP bei mindestens moderater Arbeitsfähigkeit erwerbstätig sind? (*induktiv-konfirmatorisch*)

Anhand des Schätzmodells II sollte überprüft werden, ob die Nutzung einer RTW-Intervention unter Berücksichtigung potenzieller Confounder mit der Eintrittswahrscheinlichkeit, bei mindestens moderater Arbeitsfähigkeit im aktuellen MZP erwerbstätig zu sein, assoziiert ist (Tabelle 18, S. 61). Aufgrund fehlender Linearität des Logits wurde die Variable Alter dichotomisiert berücksichtigt. Das gepoolte Nagelkerkes (Pseudo-)R² liegt bei 0,36. Das Modell ist insgesamt signifikant verschieden vom Nullmodell: F (13; 17505)=3,94; p=0. Der Gesamtprozentsatz der richtig Klassifizierten liegt bei 80 %, der Anteil der korrekt identifizierten bei mindestens moderater Arbeitsfähigkeit Erwerbstätigen beträgt 90 %. Der Anteil der korrekt identifizierten Nicht-Erwerbstätigen bzw. bei eingeschränkter Arbeitsfähigkeit Erwerbstätigen beträgt 48 %. Der Anteil fehlender Information erreicht bei keiner der berücksichtigten Variablen die als kritisch definierte Marke von 0,25 (Tabelle 18). Die relative Effizienz beträgt für alle Variablen nahezu 1. So konnte auch die Variable AU-Dauer als Prädiktor bzw. Confounder berücksichtigt werden.

3.3 Ergebnisse

Tabelle 18 – Ergebnisse der binomial-logistischen Regressionsanalyse: Einfluss der Option auf eine RTW-Intervention auf die Erwerbstätigkeit/Arbeitsfähigkeit im aktuellen MZP

Einflussvariable	B	p	OR	95 %-KI	Anteil fehl. Info	rel. Effizienz
Keine BEM-/StW-Option vs. <i>BEM-/StW-TN (Ref.)</i>	-1,06	0,03	0,35	0,14; 0,88	0,07	1,00
BEM-/StW-Option abgelehnt vs. <i>BEM-/StW-TN (Ref.)</i>	0,11	0,85	1,11	0,36; 3,43	0,12	1,00
„55 Jahre und älter“ vs. „25-54-Jahre“ (<i>Ref.</i>)	-0,82	0,05	0,44	0,20; 1,00	0,07	1,00
Männer vs. <i>Frauen (Ref.)</i>	-0,33	0,43	0,72	0,32; 1,64	0,04	1,00
Bildungsstand:						
HS vs. <i>(Fach-)Abitur (Ref.)</i>	-1,65	< 0,01	0,19	0,07; 0,55	0,10	1,00
RS vs. <i>(Fach-)Abitur (Ref.)</i>	-0,67	0,16	0,51	0,20; 1,29	0,02	1,00
AU-Dauer	-0,02	0,01	0,98	0,96; 1,00	0,14	1,00
AU unfallbedingt: Ja vs. <i>Nein (Ref.)</i>	1,19	0,04	3,28	1,04; 10,33	0,04	1,00
AU-Grund psychische Erkr.: Ja vs. <i>Nein (Ref.)</i>	-0,12	0,85	0,89	0,27; 2,93	0,16	1,00
Arbeit prä-AU stark belast.: Ja vs. <i>Nein (Ref.)</i>	-0,41	0,42	0,67	0,25; 1,77	0,06	1,00
Unternehmensgröße:						
0-49 MA vs. <i>≥ 250 MA (Ref.)</i>	-0,67	0,19	0,51	0,19; 1,38	0,10	1,00
50-249 MA vs. <i>≥ 250 MA (Ref.)</i>	-0,47	0,38	0,63	0,22; 1,79	0,04	1,00
Zeit AU-Ende bis MZP aktuell	0,001	0,83	1,00	1,00; 1,01	0,15	1,00

Anmerkungen: Kategorien der abhängigen Variablen (Erwerbstätigkeit/Arbeitsfähigkeit): ‚erwerbstätig bei mindestens moderater AF (6 bis 10 P.)‘ vs. ‚nicht erwerbstätig bzw. erwerbstätig bei eingeschränkter AF (0 bis 5 P.)‘ (*Ref.*)

Den Modellschätzungen zufolge weisen Beschäftigte ohne Option auf eine RTW-Intervention im Vergleich zu den Teilnehmer*innen eines BEM- oder StW-Verfahrens eine geringere Chance auf, im aktuellen Messzeitpunkt bei mindestens moderater Arbeitsfähigkeit erwerbstätig zu sein (OR=0,35; 95 %-KI: 0,14; 0,88) (Tabelle 18). Ein Cohens d von -0,58 weist auf einen mittleren Effekt hin. Auch Befragte mit Hauptschulabschluss haben eine geringere Chance, im aktuellen Messzeitpunkt bei mindestens moderater Arbeitsfähigkeit erwerbstätig zu sein als Befragte mit (Fach-)Abitur (OR=0,19; 95 %-KI: 0,07; 0,55; starker Effekt: Cohens d=-0,92). Zudem sinkt die Chance auf Erwerbstätigkeit bei mindestens moderater Arbeitsfähigkeit im aktuellen Messzeitpunkt mit zunehmender AU-Dauer (OR=0,98; 95 %-KI: 0,96; 1,00). Beschäftigte mit unfallbedingter AU haben eine höhere Chance im aktuellen Messzeitpunkt bei mindestens moderater Arbeitsfähigkeit (wieder) erwerbstätig zu sein als Beschäftigte, deren AU nicht unfallbedingt ist (OR=3,28; 95 %-KI: 1,04; 10,33; mittlerer Effekt: Cohens d=0,65).

3.3 Ergebnisse

B-II Wie bewerten Beschäftigte mit BEM- oder StW-Erfahrung die Auswirkungen der in Anspruch genommenen RTW-Intervention auf die eigene Arbeitsfähigkeit? (*deskriptiv*)

Die Frage nach der Bewertung der Auswirkungen des BEM- bzw. StW-Verfahrens auf die eigene Arbeitsfähigkeit beantwortete die Hälfte (BEM) bzw. ein Fünftel (StW) der Befragten mit BEM- bzw. StW-Verfahren nicht (Tabelle 19). Von den Befragten, die eine Bewertung abgaben, äußerten 75 % (27/36) einen deutlich oder eher positiven Effekt des BEM-Verfahrens, bzw. 77 % (47/61) einen deutlich oder eher positiven Effekt des StW-Verfahrens auf die eigene Arbeitsfähigkeit. Ein*e BEM-Teilnehmer*in stellte einen eher negativen, drei weitere Teilnehmer*innen (8 %) stellten keinen Effekt des BEM-Verfahrens auf die eigene Arbeitsfähigkeit fest (Tabelle 19). Zwei bzw. drei Befragte mit StW (3 % bzw. 5 %) berichteten einen eher negativen bzw. keinen Effekt der StW auf die eigene Arbeitsfähigkeit.

Tabelle 19 – Wahrgenommene Auswirkung des BEM/der StW auf die Arbeitsfähigkeit

Bewertung	BEM: Auswirkung auf Arbeitsfähigkeit (nur BEM-TN; n=72) % (n)	StW: Auswirkung auf Arbeitsfähigkeit (nur StW-TN; n=77) % (n)
Keine Angabe	50,0 % (36)	19,5 % (15)
(Noch) nicht beurteilbar	0,0 % (0)	1,3 % (1)
Deutlich positiv	44,4 % (16/36)	36,1 % (22/61)
Eher positiv	30,6 % (11/36)	41,0 % (25/61)
Teils/teils	13,9 % (5/36)	14,8 % (9/61)
Eher negativ	2,8 % (1/36)	3,3 % (2/61)
Deutlich negativ	0,0 % (0/36)	0,0 % (0/61)
Ohne Auswirkung	8,3 % (3/36)	4,9 % (3/61)

B-III Ist die Nutzung einer betrieblichen RTW-Intervention unter Berücksichtigung potenzieller Einflussfaktoren positiv mit der subjektiv wahrgenommenen Unterstützung durch die*den Arbeitgebende*n bei der beruflichen Rückkehr assoziiert? (*induktiv-explorativ*)

Hinsichtlich der durch die*den Arbeitgebenden beim RTW (generell) erfahrenen Unterstützung gaben 61 % (n=115) aller 187 Befragten aus der Retrospektive heraus an, sich (eher) unterstützt gefühlt zu haben; 55 % ohne Angebot einer RTW-Intervention fühlten sich nur teilweise oder (eher) nicht unterstützt. Der entsprechende Anteil liegt bei denjenigen, die ein Angebot abgelehnt hatten bei 25 % bzw. bei denjenigen, die das Angebot akzeptiert hatten, bei 31 % (Tabelle 20).

Tabelle 20 – Retrospektiv wahrgenommene AG-Unterstützung beim RTW

AW-Kategorie	Gesamt (n=187)	Keine BEM-/StW-Option ...			BEM-/StW-Option abgelehnt (n=44)	BEM-/StW-Option angenommen (n=90)
		Insges. (n=44)	Exit (n=20)	bei AG ge- blieben (n=23)		
<i>Wenn nicht anders angegeben: Anteil in Spalten- % (n)</i>						
Ja/Eher ja	61,5 % (115)	36,4 % (16)	15,0 % (3)	56,5 % (13)	68,2 % (30)	68,9 % (62)
Nein (eher) nicht + teils-teils	34,2 % (64)	54,5 % (24)	65,0 % (13)	43,5 % (10)	25,0 % (11)	31,1 % (28)
Keine Angabe	4,3 % (8)	9,1 % (4)	20,0 % (4)	0,0 % (0)	6,8 % (3)	0,0 % (0)

Modell III gibt einen Überblick darüber, inwieweit die Nutzung einer RTW-Intervention unter Berücksichtigung potenzieller Confounder die Chance beeinflusst, sich im RTW von dem*der Arbeitgebenden unterstützt zu fühlen (Tabelle 21, S. 64). Aufgrund des hohen Anteils fehlender Information (=0,25) konnte wie auch in Modell I die Variable AU-Dauer nicht berücksichtigt werden. Das Modell insgesamt ist signifikant verschieden vom Nullmodell: $F(12, 16863)=3,64$; $p < 0,01$; Nagelkerkes Pseudo- $R^2=0,30$. Der Gesamtprozentsatz der richtig Klassifizierten beträgt 71 %. Der korrekt identifizierte Anteil der Befragten, die sich bei der beruflichen Rückkehr von ihrem*ihrer Arbeitgebenden (eher) unterstützt fühlen, liegt bei 84 % bzw. der korrekt identifizierte Anteil derjenigen, die sich (eher) nicht oder nur zum Teil unterstützt fühlen, bei 50 %.

Die Modellschätzungen zeigen, dass jene, die keine BEM-/StW-Option erhielten, eine geringere Chance haben, sich bei der beruflichen Rückkehr von dem*der Arbeitgebenden unterstützt zu fühlen als jene, die die Option annahmen (OR=0,27; 95 %-KI: 0,11;0,66; mittlerer Effekt: Cohens $d=-0,72$). Wer aus der Retrospektive heraus die berufliche Situation vor der Arbeitsunfähigkeit als stark belastend wahrnimmt, hat im Gegensatz zu jenen, die die berufliche Situation prä-AU als nicht oder nicht stark belastend wahrnehmen, eine geringere Chance, die beim RTW von dem*der Arbeitgebenden erfahrene Unterstützung als (eher) ausreichend zu empfinden (OR=0,30; 95 %-KI: 0,13;0,71; mittlerer Effekt: Cohens $d=-0,66$). Mit länger zurückliegender AU sinkt die Chance, sich bei der beruflichen Rückkehr von dem*der Arbeitgebenden (eher) ausreichend unterstützt zu fühlen (OR=0,99; 95 %-KI: 0,99;1,00) (Tabelle 21).

3.3 Ergebnisse

Tabelle 21 – Ergebnisse der binomial-logistischen Regression: Einfluss der Option auf eine RTW-Intervention auf die wahrgenommene AG-Unterstützung beim RTW

Einflussvariable	B	p	OR	95 %-KI	Anteil fehl. Info	rel. Effizienz
Keine BEM-/StW-Option vs. <i>BEM-/StW-TN (Ref.)</i>	-1,29	< 0,01	0,27	0,11; 0,66	0,05	1,00
BEM-/StW-Option abgelehnt vs. <i>BEM-/StW-TN (Ref.)</i>	-0,09	0,85	0,91	0,36; 2,32	0,08	1,00
Alter (metrisch)	0,02	0,37	1,02	0,98; 1,06	0,06	1,00
Männer vs. <i>Frauen (Ref.)</i>	0,37	0,31	1,45	0,71; 2,99	0,04	1,00
Bildungsstand:						
HS vs. <i>(Fach-)Abitur (Ref.)</i>	-0,56	0,27	0,57	0,21; 1,55	0,06	1,00
RS vs. <i>(Fach-)Abitur (Ref.)</i>	-0,27	0,53	0,76	0,33; 1,76	0,02	1,00
AU unfallbedingt: Ja vs. <i>Nein (Ref.)</i>	-0,26	0,55	0,77	0,32; 1,82	0,03	1,00
AU-Grund psychische Erkrankung: Ja vs. <i>Nein (Ref.)</i>	-0,71	0,16	0,49	0,18; 1,31	0,09	1,00
Arbeit prä-AU stark belastend: Ja vs. <i>Nein (Ref.)</i>	-1,19	0,01	0,30	0,13; 0,71	0,05	1,00
Unternehmensgröße:						
0-49 MA vs. <i>≥ 250 MA (Ref.)</i>	0,20	0,69	1,22	0,47; 3,16	0,08	1,00
50-249 MA vs. <i>≥ 250 MA (Ref.)</i>	-0,55	0,23	0,58	0,23; 1,42	0,05	1,00
Zeit AU-Ende bis MZP aktuell	-0,01	0,03	0,99	0,99; 1,00	0,13	1,00

Anmerkungen: Kategorien der abhängigen Variablen (AG-Unterstützung bei RTW): 1=eher ja und ja vs. 0=nein, eher nicht, teils-teils (Ref.)

4 Diskussion

Das Ziel der Arbeit war es, am Beispiel einer Stichprobe Erwerbstätiger aus dem Raum Mainz/Mainz-Bingen die Nutzung der betrieblichen RTW-Interventionen BEM und StW in Deutschland zu beleuchten und ihren Nutzen zu analysieren. Dazu wurde Bezug genommen auf die Situation und das Erfahrungswissen (ehemals) abhängig Beschäftigter, die zum Messzeitpunkt im Erwerbsalter und in den vorausgegangenen fünf Jahren innerhalb von zwölf Monaten mindestens sechs Wochen arbeitsunfähig waren. Arbeitgebende sollten demnach veranlasst gewesen sein, ein BEM-Angebot zu machen und betreuende Ärzte*Ärztinnen, die Empfehlung einer StW zu prüfen. Die Untersuchung war eingebettet in das 10- bzw. 12,5-Jahres-FU der GHS, einer prospektiven populationsbasierten lokalen Kohortenstudie (Wild et al. 2012). Die retrospektive Erhebung der RTW-Erfahrungen erfolgte überwiegend im Zeitraum Oktober 2019 bis Juli 2020.

Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Arbeit vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstands in Reihenfolge der untersuchten Forschungsfragen diskutiert. Methodische Stärken und Limitationen der Arbeit werden anschließend forschungsfragenübergreifend erörtert.

4.1 Zur Nutzung betrieblicher RTW-Interventionen

A-I-1 Wie viele von langer oder wiederholter Arbeitsunfähigkeit betroffene Beschäftigte erhalten (k)ein betriebliches RTW-Interventionsangebot (BEM/StW) und nehmen dies (nicht) an?

Die im Rahmen dieser Arbeit auf Basis von Selbstauskünften erhobenen Angebots-, und Inanspruchnahmequoten bieten ein Update des aktuellen Forschungsstands zur Verbreitung und Nutzung von BEM- und StW-Verfahren in Deutschland. Potenzielle Einflussfaktoren fanden dabei Berücksichtigung.

Den Studienergebnissen zufolge erhielten von dem*der Arbeitgebenden 45 % der aufgrund der selbstberichteten AU-Zeiten anspruchsberechtigten Beschäftigten ein BEM-Angebot, weitere 13 % auf aktive Nachfrage bzw. eigene Initiative. Damit fällt die hier ermittelte BEM-Angebotsquote höher aus als in anderen Studien berichtete Quoten (Loerbroks et al. 2021: 36 %; Holleederer 2021 bzw. Wrage et al. 2023: 40 %). Dies gilt tendenziell auch dann, wenn nur die Fälle berücksichtigt werden, in denen der*die Arbeitgebende nicht erst auf Nachfrage ein Angebot gemacht hat. In der BIBB-/BAuA-Erwerbstätigenbefragung wurde explizit nach dem Angebot eines BEM-Verfahrens durch die*den Arbeitgebende*n gefragt²⁸. Wie Befragte, die das Verfahren selbst initiierten, die Frage beantworteten, kann nur vermutet werden. Inwieweit Entsprechendes auch auf die von Loerbroks et al. (2021) berichteten Daten zutrifft, bleibt unklar; der Originalwortlaut der dort verwendeten Fragen zum BEM-Angebot ist der Autorin nicht bekannt. Die direkte Vergleichbarkeit der Quoten ist daher begrenzt.

In bisher erschienenen Studien wurde auf die Gruppe der Beschäftigten, die eine betriebliche RTW-Intervention selbst initiiert haben, kaum eingegangen. Eggerer et al. (2009) berichteten dazu, dass von einer unabhängig von AU-Zeiten bestehenden durch sie selbst initiiierbaren Option auf ein BEM-Verfahren nur wenige Mitarbeiter*innen der Berufsförderungswerke Gebrauch machten. Ausgehend davon, dass die betroffenen Beschäftigten aufgrund ihrer Arbeitsunfähigkeit belastet und Arbeitgebende hier zum BEM-Angebot verpflichtet sind, sollte der Gruppe der Beschäftigten, die ein BEM-Verfahren von sich aus anstoßen, mehr Beachtung geschenkt werden. Dass Beschäftigte sich selbst dafür einsetzen, ein entsprechendes Angebot zu erhalten, verdeutlicht, dass ein unterlassenes BEM-Angebot oder auch eine (nicht medizinisch begründet) unterlassene Empfehlung zur StW nicht bedeutungslos sind. Und obgleich die Daten anzeigen, dass Beschäftigte bereit und in der Lage sind, ihren Bedarf an Unterstützung aktiv einzufordern, kann nicht davon ausgegangen werden, dass dies auf alle zutrifft. Vielmehr ist anzunehmen, dass Beschäftigte auch nicht von sich aus aktiv werden, sei es aus Unwissenheit ob ihrer Ansprüche, aus Uninformiertheit bzgl. der Verfahren oder bestehenden Hemmungen gegenüber Ärzt*innen oder Arbeitgebenden.

Den eigenen Studienergebnissen zufolge nahmen 41 % der von langer Arbeitsunfähigkeit betroffenen Studienteilnehmer*innen an einem Verfahren zur StW teil (auch Abbildung 8, S. 66); u. a. nahmen weitere 22 % nicht teil, da ihnen die StW-Teilnahme ärztlicherseits nicht empfohlen wurde.

²⁸ „Wurde Ihnen aufgrund Ihrer längeren Krankmeldung<en> ein betriebliches Eingliederungsmanagement von Ihrem Arbeitgeber angeboten, z. B. Verringerung der Arbeitsmenge, Verringerung oder Flexibilisierung der Arbeitszeit?“ nein/ja“ (Wrage et al. 2023).

Haben Sie an einem StW-Verfahren teilgenommen?

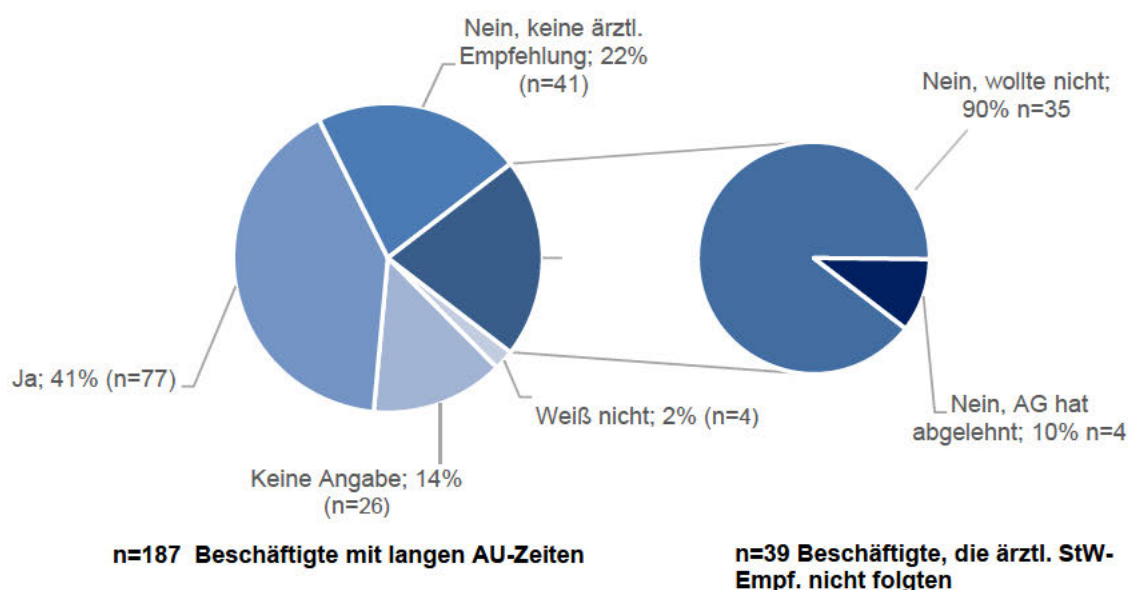


Abbildung 8 – Beschäftigtenangaben zur Nutzung der StW

Die von Bürger et al. (2011) aufgrund von Routedaten der Rentenversicherung erhobene StW-Angebotsquote bzw. der Anteil der „arbeitsunfähig, aber vollschichtig belastbar aus der Rehabilitation entlassenen Versicherten“ (ebd., S. 77), die *klinikseits* eine *Empfehlung zur StW* erhielten, liegt bei (nur) 15 %, allerdings bei starker Variabilität der rehaklinikspezifischen Quoten (0 % - 70 %). Aus einer Untersuchung von Bürger aus dem Jahr 2004 geht hervor, dass in den Jahrgängen 1999 bis 2001 bei 4,5 % der LVA-Versicherten mit orthopädischer Rehabilitation im Entlassbericht eine StW-Empfehlung vermerkt war (Bürger 2004). Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde nicht erfragt, ob grundsätzlich eine ärztliche Empfehlung zur StW gegeben war – unabhängig davon, ob das Verfahren letztlich in Anspruch genommen wurde oder nicht. Stattdessen wurde erfasst, ob die *Teilnahme* an einem StW-Verfahren erfolgte bzw. worauf die Nicht-Teilnahme ggf. zurückzuführen ist. Als Antwortoptionen standen hier die fehlende ärztliche Empfehlung, die Ablehnung der StW seitens des*der Arbeitgebenden oder mangelndes eigenes Interesse zur Auswahl. Insofern die Befragten eine Priorisierung ggf. mehrerer Gründe der Nicht-Teilnahme vornehmen mussten, wird davon ausgegangen, dass der als relevanter wahrgenommene Grund angegeben wurde. Schnittmengen sind jedoch nicht auszuschließen, sodass die tatsächlichen kategoriespezifischen Anteilswerte unterschätzt worden sein könnten. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass auch – und dies zunehmend – niedergelassene Ärzte*Ärztinnen Empfehlungen zur StW aussprechen, was sich ebenfalls in höheren StW-Angebotsquoten niederschlagen dürfte (siehe hierzu auch: Bürger 2004).

Sowohl im stationären als auch ambulanten Setting könnten sich im Rahmen des therapeutischen Kontakts das Interesse der Beschäftigten an einer StW und das ärztliche Empfehlungsverhalten gegenseitig bedingen. Bürger et al. (2011) wiesen diesbezüglich darauf hin, dass mit der Empfehlung zur StW insbesondere jene Versicherten erreicht würden, die auch selbst den Wunsch nach einer StW äußerten. Allerdings gab auch knapp ein Drittel der Befragten

4.1 Zur Nutzung betrieblicher RTW-Interventionen

ohne StW an, den Wunsch nach einer StW gehabt zu haben. Die Autor*innen sahen hierin eine Folge mangelhafter (ärztlicher) Beratung und Information (Bürger et al. 2011). Weiterhin geht aus einer älteren Studie von Bürger (2004) hervor, dass knapp ein Viertel der Befragten, in deren Entlassungsdokumenten die Empfehlung einer StW vermerkt war, angab, nicht mit einem Arzt* einer Ärztin über eine StW(-Teilnahme) gesprochen zu haben oder sich nicht mehr daran zu erinnern. Auch dies könnte ein Hinweis auf mangelhafte Kommunikation sowie auf Verständnisschwierigkeiten sein. Entsprechende „Risiken“ lassen sich auch für das Zusammenwirken von Arbeitgebenden und Beschäftigten im Vorfeld eines BEM-Verfahrens vermuten.

Während jedoch die unterlassene Empfehlung einer StW und ihre daraus folgende Nicht-Inanspruchnahme auch inhaltlich (*hier*: medizinisch) begründet bzw. gefordert sein kann, gilt dies nicht für ein unterlassenes Angebot zum BEM durch die*den Arbeitgebende*n. So sind Arbeitgebende unter bestimmten Voraussetzungen zum BEM-Angebot verpflichtet, obgleich diese Verpflichtung nicht die Umsetzung konkreter Maßnahmen umfasst. Die Durchführung einer StW bedarf sogar ihrer expliziten Zustimmung. Nur 2 % aller hier befragten GHS-Teilnehmer*innen, dies entspricht 10 % derjenigen, die einer als gegeben angenommenen ärztlichen StW-Empfehlung nicht folgten (Abbildung 8, S. 66), begründeten dies damit, dass der*die Arbeitgebende der Durchführung der StW widersprochen habe. In der Untersuchung von Bürger (2004) gaben (noch) 57 % der Versicherten, die einer STW-Empfehlung nicht nachkamen, an, dass der*die Arbeitgebende mit der Durchführung der StW nicht einverstanden gewesen sei. Möglicherweise findet die StW auch infolge der gesetzlichen Einführung des BEM im Jahr 2004 und eines sich in den Betrieben bzw. bei verschiedenen Stakeholdern vollziehenden Bewusstseinswandels gesteigerte Beachtung und Verbreitung. Bürger und Streibelt hatten bereits auf eine zunehmende Verbreitung der StW hingewiesen und sahen diese als Folge der zwischenzeitlich gewonnenen überwiegend positiven Erkenntnisse zur StW an (Bürger und Streibelt 2018).

Auch für das BEM deutet sich zumindest aus der Unternehmensperspektive an, dass das Verfahren seit seiner gesetzlichen Implementierung zunehmende Verbreitung in Betrieben gefunden hat. So berichteten Niehaus et al. (2008), dass der Anteil der Unternehmen, die BEM bereits implementiert haben, bei 48 % liege. Ahlers (2016) führten aufgrund der Ergebnisse einer repräsentativen Betriebsrätebefragung aus dem Jahr 2015 an, dass 73 % kleiner Unternehmen und 91 % der Unternehmen mit mehr als 500 Mitarbeiter*innen BEM-Strukturen etabliert hätten.

Anhand der hier erhobenen Daten ist aber auch deutlich geworden: Selbst bei umfassender Definition, nach der sowohl BEM- als auch StW-Verfahren und selbstinitiierte Verfahren berücksichtigt werden, bleibt ein Großteil der Anspruchsberechtigten von einer betrieblichen RTW-Intervention unerreicht. So nahmen nur 48 % der anspruchsberechtigten Befragten an einem BEM- und/oder StW-Verfahren teil. 24 % der Befragten mit längeren AU-Zeiten erhielten jedoch weder eine Option auf ein BEM noch auf ein StW-Verfahren. Ebenso viele lehnten ein erhaltenes BEM-Angebot ab, bzw. hatten kein Interesse an der Teilnahme an einem StW-Verfahren. Nur 66 % der Befragten nahmen schließlich eine gegebene BEM-Option an. Unter denen, die ein BEM-Verfahren nicht aktiv nachfragten, liegt der Anteil der Annehmer*innen noch darunter (58 %). Die BEM-Akzeptanzquote fällt damit geringer aus als die aus anderen Studien mit 68 % (Wrage et al. 2023; Hollederer 2021) und 77 % (Loerbroks et al. 2021) berichteten Quoten. Zugleich waren 19 % aller GHS-Teilnehmer*innen mit langen AU-Zeiten

4.1 Zur Nutzung betrieblicher RTW-Interventionen

nicht an einem StW-Verfahren interessiert; aufgrund abweichender methodischer Ansätze wird hier auf die Einordnung dieses Anteils in den Kontext der StW-Forschung verzichtet.

Auch unter Berücksichtigung unabhängig vom BEM durchgeführter StW-Verfahren erhält ca. ein Viertel der anspruchsberechtigten Beschäftigten keine Option zur Teilnahme an einer entsprechenden betrieblichen RTW-Intervention. Ein weiteres Viertel lehnt die Teilnahme an einem solchen Verfahren ab.

Bei begrenzter Evidenz deutet sich für die StW eine im Zeitverlauf sowohl mit Blick auf das Empfehlungsverhalten von Ärzt*innen als auch auf die Zustimmungsbereitschaft der Arbeitgebenden günstige Entwicklung an. Auch BEM-Strukturen scheinen zunehmend in Unternehmen etabliert zu sein. Die verfügbare Datenlage lässt jedoch keine belastbaren Schlüsse zur Entwicklung bei den Beschäftigten ankommender Effekte zu.

Die auf Basis von Beschäftigtenangaben ermittelte BEM-Angebotsquote fällt numerisch betrachtet mit 58 % (45 % ohne Eigeninitiative) höher, die Inanspruchnahmequote mit 66 % (58 % ohne Eigeninitiative) geringer aus als in anderen bevölkerungsbasierten Studien berichtete Quoten zur Nutzung des BEM. Die direkte Vergleichbarkeit der Quoten verschiedener Studien ist methodisch bedingt limitiert.

Von Beschäftigten initiierte Verfahren weisen einerseits darauf hin, dass informierte Beschäftigte in der Lage sind, ihre Rechte selbst einzufordern. Andererseits zeigen sie auf, dass AG ihrer Pflicht zum BEM-Angebot unzureichend nachkommen. Es ist davon auszugehen, dass sich das RTW-bezogene Verhalten der zentralen Stakeholder (Arbeitgebende, Ärztinnen*Ärzte, Beschäftigte) wechselseitig bedingt.

A-I-2 Aus welchen Gründen wird ein BEM-Angebot abgelehnt?

Sofern längere Zeit arbeitsunfähigen Beschäftigten eine StW empfohlen und ihre Durchführung seitens des*der Arbeitgebenden nicht abgelehnt wird, bzw. ein BEM-Angebot seitens des*der Arbeitgebenden vorliegt, stellt sich die Frage, warum knapp ein Viertel der Beschäftigten auf diese Form der Unterstützung verzichtet. Den Einflussfaktoren der Nutzung betrieblicher RTW-Interventionen wurde regressionsanalytisch nachgegangen (s. u.). Zudem wurden die Gründe, aus welchen Beschäftigte auf ein BEM-Angebot verzichteten, deskriptiv ausgewertet. Von den Beschäftigten angeführte Gründe der Ablehnung eines BEM-Angebots sind in bisher veröffentlichten populationsbasierten quantitativen Studien zum BEM nicht berichtet worden.

Im Falle der StW scheint es Schneider et al. (2016) zufolge häufig ein (zu) *schlechter* Gesundheitszustand zu sein, der gegen ihre Durchführung spricht. Die StW wird dann als nicht zu bewältigen bzw. als überfordernd wahrgenommen. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung gaben dagegen ca. zwei Drittel (68 %) derer, die ein BEM-Angebot ablehnten, an, aufgrund der Art der Erkrankung bzw. Unfallfolge keinen Bedarf an dem Verfahren gehabt zu haben. Unterstützung durch ein BEM-Verfahren wird möglicherweise als nicht notwendig wahrgenommen, weil die Krankheitsursache nicht im Bereich der Arbeit gesehen, bzw. die Genesung als unabhängig von der Arbeitssituation erreichbar angenommen wird (vgl. Rößen

4.1 Zur Nutzung betrieblicher RTW-Interventionen

2020). Ob (noch) Bedarf besteht oder nicht, kann auch eine Frage des Angebotszeitpunkts sein, wie es die freitextlich berichtete Ablehnung eines zu spät erfolgten Angebots zeigt. Nur wenige der hier befragten GHS-Teilnehmer*innen lehnten ein BEM-Angebot ab, da sie (generell) keinen Nutzen im Verfahren sehen. Aber auch ein nicht wahrgenommener Bedarf aufgrund der Art der Erkrankung lässt sich als Ergebnis einer negativen Kosten-Nutzenbewertung verstehen. Auf der Kostenseite könnten bspw., wie bereits für die StW beschrieben wurde, finanzielle Einbußen oder organisatorischer Aufwand stehen, auf der Nutzenseite fehlendes Wissen um Möglichkeiten und den Sinn und Zweck von BEM-Verfahren.

So sahen auch Schneider et al. (2016) mögliche Gründe einer ausbleibenden Nutzung von StW-Verfahren nicht nur in einem unzureichenden Gesundheitszustand, sondern auch in einem Mangel an effektiven BGM-Strukturen im Betrieb, in einer fehlenden Beachtung der StW als Handlungsoption seitens der betreuenden Ärztinnen und Ärzte, in allgemein mangelnder verfahrensbezogener Information. Dementsprechend verwiesen Bürger und Streibelt (2011) darauf, dass die Rehabilitationseinrichtungen als Leistungserbringer „mit ihrem Empfehlungs- und Informationsprocedere zur STW“ (ebd., S. 179) das Inanspruchnahmeverhalten bzw. die Motivation der Rehabilitand*innen zur STW maßgeblich beeinflussten. Dies lässt sich auf das Informationsverhalten niedergelassener Ärzte*Ärztinnen (Bürger et al. 2011) übertragen oder mit Blick auf BEM auch für das Handeln betrieblicher Stakeholder annehmen. Im Extremfall könnte sich dies, wie ein*e GHS-Teilnehmer*in berichtete, in der Form äußern, dass ein BEM-„Angebot“ nicht angenommen wird, da es verbunden mit der Bitte des*der Arbeitgebenden erfolgt, kein BEM-Gespräch zu führen. Ohlbrecht et al. (2018) hoben hervor, dass fehlendes Wissen (rund) um BEM das Risiko, eine dem Verfahren gegenüber ablehnende Haltung zu entwickeln, begünstigen könne. Dies gilt vermutlich nicht nur für die vor dem beruflichen Wiedereinstieg stehenden Beschäftigten, sondern auch für ihre Arbeitgebenden und betreuenden Ärzte*Ärztinnen. Die ausführliche und motivierende Information über BEM könnte zugleich eine gute Gelegenheit für selbst gut informierte Arbeitgebende sein, ihre positive Haltung zur Weiterbeschäftigung der*s Beschäftigten zu signalisieren. Nehmen Beschäftigte eine positive Haltung des*der Arbeitgebenden zur weiteren Erwerbstätigkeit wahr, steigt Bürger et al. (2011) zufolge die (Wahrscheinlichkeit der) StW-Inanspruchnahme.

Ergebnissen früherer Studien zufolge werden StW-Verfahren v. a. aus befürchteter gesundheitlicher Überforderung heraus abgelehnt. Die Befragten, die ein BEM-Angebot ablehnten, führten zur Begründung mehrheitlich an, aufgrund der Art der Erkrankung keinen *Bedarf* gehabt zu haben. Ausreichend wahrgenommene Selbstwirksamkeit, Handlungsfähigkeit oder auch außerbetriebliche Ursachen der Erkrankung könnten dieser Einschätzung zugrundeliegen.

A-I-3 Wie viele von langer oder wiederholter Arbeitsunfähigkeit betroffene Beschäftigte sind von einem unmittelbaren „Exit“ (Ausstieg aus dem bisherigen Arbeitsverhältnis) betroffen, bzw. haben die Exit-Option eigenständig gewählt?

Mit andauernder Krankheit und eingeschränkter Arbeitsfähigkeit steigt das Risiko einer drohenden Kündigung. Dementsprechend geht aus einer Studie von Dreyer et al. (2016) hervor, dass aus einer Gruppe kardiologisch erkrankter Erwerbstätiger, die 12 Monate nach AU nicht wieder arbeiteten, 5 % auf eigenen Wunsch aus dem Arbeitsleben ausstiegen und 63 %, da sie gesundheitlich nicht mehr in der Lage waren, zu arbeiten. 32 % der nicht mehr Erwerbstätigen war jedoch gekündigt worden (Dreyer et al. 2016). Mit der Verabschiedung der gesetzlichen Regelungen zum BEM verfolgte der deutsche Gesetzgeber explizit auch das Ziel des Arbeitsplatzerhalts. Eine Besonderheit der vorliegenden Studie ist die Berücksichtigung der Situation, ob Beschäftigte unmittelbar aus der Arbeitsunfähigkeit heraus aus dem bestehenden Arbeitsverhältnis ausgeschieden sind. Ein solcher Ausstieg wird als alternative (unerwünschte) Intervention bzw. als mögliche Reaktion auf lange oder wiederholte Fehlzeiten verstanden. Sie steht einer RTW-Intervention i. S. des BEM oder der StW diametral gegenüber und schließt diese aus oder macht diese zumindest unwahrscheinlich.

Mit durchschnittlich 84 % kehrte zwar die überwiegende Mehrheit der von längerer AU betroffenen Beschäftigten unmittelbar im Anschluss an die Arbeitsunfähigkeit zu ihrem*ihrer bisherigen Arbeitgebenden zurück. In der Gruppe der Beschäftigten ohne BEM- bzw. StW-Option liegt der entsprechende Anteil jedoch deutlich darunter (52 %). Von allen Befragten, die nicht unmittelbar zum*zur Arbeitgebenden zurückkehrten (13 %), ging ungefähr jede*r dritte Aussteiger*in Alters- oder Erwerbsminderungsrente, knapp jede*r zweite „Aussteiger*in“ wurde insbesondere nach Kündigung durch die*den Arbeitgebende*n arbeitslos. Wenige bzw. nahezu keine „Aussteiger*innen“ finden sich in den Gruppen der Ablehner*innen einer gegebenen BEM- oder StW-Option (10 %) bzw. der Teilnehmer*innen an einem BEM- bzw. StW-Verfahren (1 %).

Sollten erkrankte Beschäftigte zum Befragungszeitpunkt nicht (mehr) berufstätig sein, wurden sie weder in der BiBB-/BAuA-Befragung noch bei Loerbroks et al. (2021) berücksichtigt. Damit sind möglicherweise BEM-anspruchsberechtigte Personen unberücksichtigt geblieben, die mit höherer Wahrscheinlichkeit kein BEM-Angebot erhalten haben. Die Berücksichtigung der vorübergehend oder dauerhaft „Aussteige*innen“ dürfte darüber hinaus relevant sein für die Messung der (retrospektiv) wahrgenommenen AG-Unterstützung bei der beruflichen Rückkehr, die u. a. im Rahmen der hier erfolgten Evaluation des Nutzens von BEM-/StW-Verfahren betrachtet wurde.

Der vorliegenden Untersuchung zufolge kehrten unmittelbar aus der Arbeitsunfähigkeit heraus 13 % der Beschäftigten nicht in das bestehende Arbeitsverhältnis zurück. Diese Personengruppe fand in bisherigen Untersuchungen zur Verbreitung des BEM kaum Beachtung.

(Krankheitsbedingte) Kündigungen oder der vorzeitige Renteneintritt machen als alternative Handlungsstrategie die Durchführung von BEM bzw. der StW unwahrscheinlich und stehen im Widerspruch zu den dort verfolgten Zielen.

A-II Inwieweit stehen aus der Literatur bekannte soziodemografische, au-bezogene oder tätigkeitsbezogene Merkmale in Zusammenhang mit der Nutzung der RTW-Interventionen BEM bzw. StW?

Die Modellgüte des zur Analyse des Einflusses ausgewählter Merkmale auf die Nutzung betrieblicher RTW-Interventionen geschätzten Regressionsmodells ist nur gering, ebenso die Klassifikationsleistung (58 %). Das Modell als solches ist jedoch signifikant verschieden vom Nullmodell.

Als stärkster Einflussfaktor der Nutzung einer betrieblichen RTW-Intervention wurde in der vorliegenden Untersuchung der Bildungsstand identifiziert (Abbildung 9, S. 72). Beschäftigte mit Hauptschulabschluss haben im Gegensatz zu jenen mit (Fach-)Abitur eine dreifach höhere Chance, nach längerer Arbeitsunfähigkeit keine Option auf ein BEM-/StW-Verfahren zu erhalten als an einem RTW-Verfahren teilzunehmen (OR=3,20; 95%-KI: 1,16; 8,81; mittlerer Effekt). Dementsprechend stellte Holleder (2021) für Beschäftigte mit hohem Bildungsabschluss eine höhere Chance auf ein BEM-Angebot fest. Er vermutete vor dem Hintergrund von Fachkräftemangel und Kosten-Nutzen-Abwägungen, dass diesem Zusammenhang betriebliche Interessen zu Grunde liegen (Holleder 2021). Den Studien von Schneider et al. (2016) und Bürger et al. (2011) zufolge zeigt sich ein positiver Zusammenhang von sozioökonomischem Status und der Nutzung einer betrieblichen Intervention auch im Hinblick auf die StW. So steigt die Wahrscheinlichkeit, an einer StW teilzunehmen, signifikant mit höherem sozioökonomischen Status (Schneider et al. 2016), bzw. „schlecht qualifizierte Versicherte ohne Schul- und Berufsausbildung“ erhalten vergleichsweise selten eine Empfehlung zur StW und nehmen diese ggf. auch seltener an (Bürger et al. 2011, S. 79). In der Annahme wirksamer betrieblicher Unterstützungsangebote setzen sich hier gesundheitliche Ungleichheiten fort. Diese manifestieren sich bereits in vergleichsweise schlechterer Gesundheit und ungünstigerem Gesundheitsverhalten sozioökonomisch Benachteiligter und teilweise auch in ihren weniger gewinnbringenden Interaktionen mit Ärzt*innen (Lampert et al. 2020).

4.1 Zur Nutzung betrieblicher RTW-Interventionen

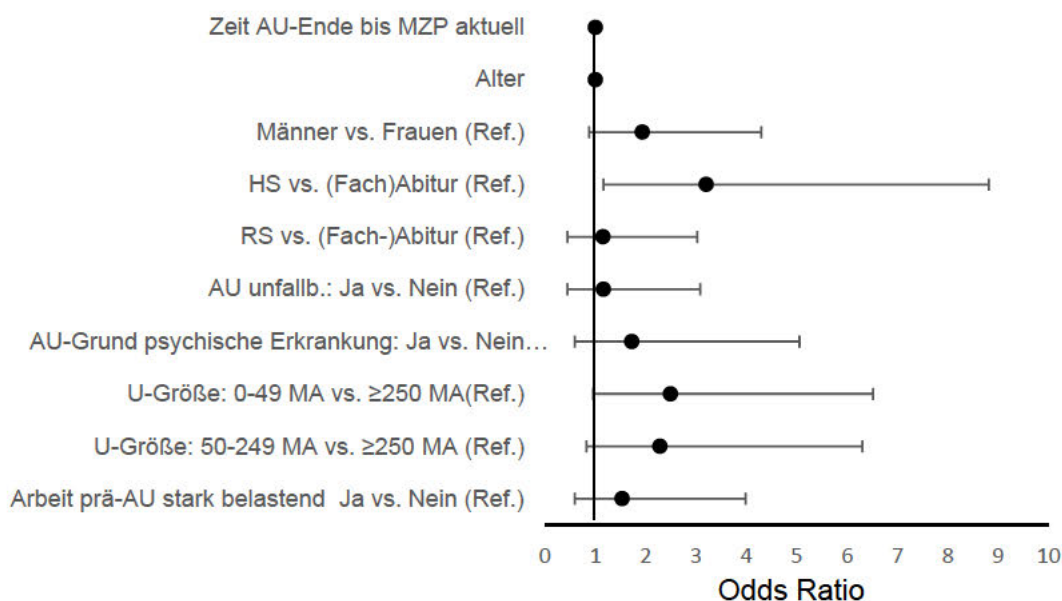


Abbildung 9 – Einflussfaktoren der Nutzung einer BEM-/StW-Option (Keine BEM-/StW-Option vs. TN an BEM-/StW-Verfahren)

Neben dem Schulabschluss wurde in der vorliegenden Arbeit allein das Alter als signifikanter Einflussfaktor der Nutzung eines BEM- bzw. StW-Verfahrens identifiziert. Dabei sinkt den betrachteten Daten zufolge mit höherem Alter die Chance, die gegebene Option auf eine RTW-Intervention abzulehnen ($OR=0,95$; 95 %-KI: 0,91; 0,99) (Abbildung 10, S. 73). Weniger Angebote, eine geringere Inanspruchnahme und häufigere Abbrüche von StW-Verfahren wurden dagegen von Bürger (2004) für über 55-jährige Versicherte beschrieben. Dementsprechend geht aus der Analyse von Schneider et al. (2016) hervor, dass 60-Jährige und Ältere die geringste Wahrscheinlichkeit aufweisen, an einem StW-Verfahren teilzunehmen. Mit Blick auf BEM führten Ohlbrecht et al. (2018) aus, dass ältere Beschäftigte dem Verfahren eher skeptisch gegenüberstünden. Dabei würden BEM-Verfahren mit teilweise die krankheitsbedingte Kündigung vorbereitenden Krankenrückkehrgesprächen in Verbindung gebracht. Bedenken, den Job zu verlieren, wenn die eigene eingeschränkte Funktionsfähigkeit plötzlich in den Fokus gerückt und diskutiert wird, oder Bedenken bezüglich Datenschutzaspekten (Niehaus et al. 2008 nach Loerbroks et al. 2021) wurden von den in der vorliegenden Untersuchung Befragten allerdings nicht explizit geäußert. Möglicherweise verbergen sich entsprechende Bedenken hinter einem mangels Vertrauens abgelehnten BEM-Angebot (vgl.: Röben 2020). Mangelndes Vertrauen gegenüber dem*der Vorgesetzten wurde vereinzelt von GHS-Teilnehmer*innen als Ablehnungsgrund berichtet. Eine altersspezifische Auswertung fand hier jedoch nicht statt.

Holleder (2021) stellte schließlich für Ältere eine höhere Chance auf ein BEM-Angebot fest. Auch ein solcher, angebotsbezogener Alterseffekt war anhand der GHS-Stichprobe nicht nachweisbar. Die eigenen Analyseergebnisse sprechen eher dafür, dass das Alter der Beschäftigten stärker das Inanspruchnahmeverhalten beeinflusst als die Option auf ein BEM- oder StW-Verfahren. Dabei steigt, anders als es in den o.g. StW-bezogenen Studien oder bei Ohlbrecht (2018) berichtet wurde, mit zunehmendem Alter die Bereitschaft, die gegebene

4.1 Zur Nutzung betrieblicher RTW-Interventionen

(BEM- oder StW-)Option anzunehmen. Über altersspezifische Effekte im Hinblick auf evtl. Verfahrensabbrüche, wie sie von Bürger (2004) beschrieben wurden, können hier keine Aussagen getroffen werden. Unklar bleibt auch, inwieweit sich studienspezifische Altersverteilungen auf die Ermittlung des Alters als Einflussfaktor von Angebot und Inanspruchnahme der StW bzw. des BEM oder auf die studienübergreifende Vergleichbarkeit von Angebots- bzw. Inanspruchnahmequoten auswirken.

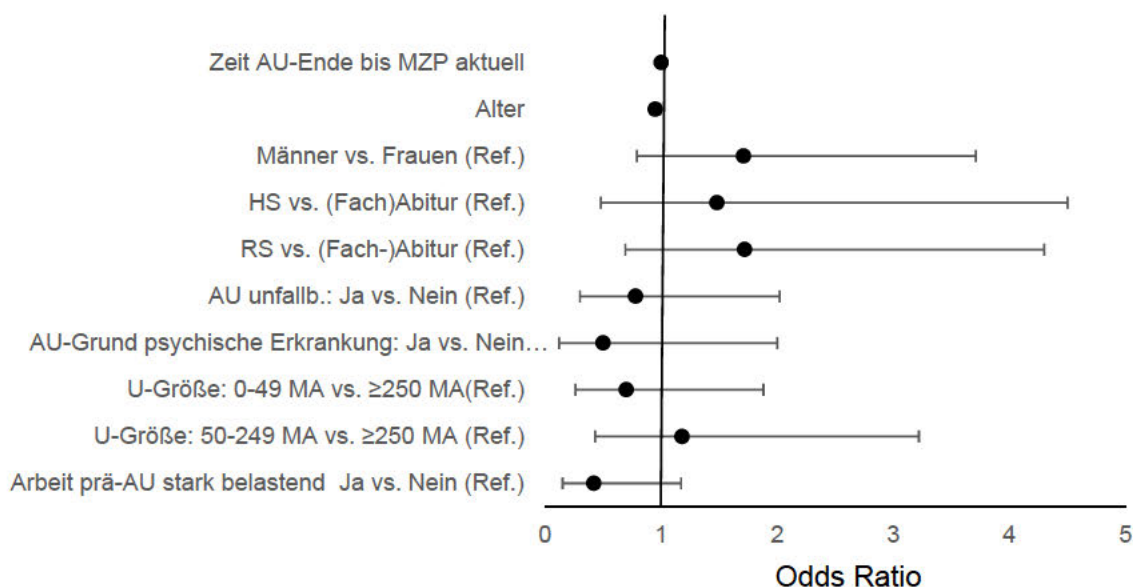


Abbildung 10 – Einflussfaktoren der Nutzung einer BEM-/StW-Option (abgelehnte BEM-/StW-Option vs. TN an BEM-/StW-Verfahren)

In der vorliegenden Untersuchung konnte zur Erklärung der Nutzung einer betrieblichen RTW-Intervention die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nicht berücksichtigt werden. Ein Teil des hier nachgewiesenen Alterseffekts ist aber möglicherweise auf längere Arbeitsunfähigkeitszeiten im höheren Alter zurückzuführen. Sowohl für die Nutzung von StW-Verfahren als auch des BEM sind bereits positive Zusammenhänge zur AU-Dauer bzw. zum Bezug von Krankengeld beschrieben worden (Schneider et al. 2016; Bürger und Streibelt 2018; Holleder 2021; Loerbroks et al. 2021; Wrage et al. 2023). Es ist davon auszugehen, dass mit längerer Arbeitsunfähigkeit sowohl Anbieter*innen der Intervention (Arbeitgebende, Leistungserbringende, Kostenträgende) als auch die erkrankten Beschäftigten zunehmenden Handlungs- bzw. Unterstützungsbedarf wahrnehmen. Dieser könnte von jüngeren Beschäftigten weniger stark empfunden werden und auch von Beschäftigten, die nicht von einer schwerwiegenden Erkrankung, sondern von mehreren, möglicherweise zusammenhangslosen Arbeitsunfähigkeitsphasen betroffen sind. Sie könnten eher als ältere Beschäftigte oder schwerer Erkrankte das Gefühl haben, den beruflichen Wiedereinstieg selbst gut handhaben zu können. Auch wenn die eigenen Daten dies so nicht zeigen: die Auseinandersetzung mit altersabhängigem RTW-Handeln sollte letztlich auch berücksichtigen, dass mit zunehmenden Alter der Beschäftigten auch häufiger über Handlungsalternativen wie Altersteilzeit oder Rentenoptionen nachgedacht werden dürfte.

4.1 Zur Nutzung betrieblicher RTW-Interventionen

Einen anderen Beweggrund von Beschäftigten, sich nicht auf ein BEM-Angebot einzulassen, vermuteten Ohlbrecht et al. (2018) in mangelnder intrinsischer Motivation zur Arbeit, da in dieser bspw. kein Sinn (mehr) gesehen wird oder Entscheidungsspielräume als zu eng wahrgenommen werden. Nach Mittag et al. (2001) ist im Falle einer als ‚sehr hoch‘ empfundenen beruflichen Belastung eine geringe Rückkehrmotivation zu erwarten. Anhand der vorliegenden Daten ließ sich diese Annahme jedoch nicht bestätigen. Die aus der Retrospektive heraus als stark belastend empfundene berufliche Situation vor der Arbeitsunfähigkeit erwies sich nicht als signifikanter Einflussfaktor der Inanspruchnahme (bzw. Ablehnung) einer gegebenen BEM- bzw. StW-Option (Abbildung 10, S. 73). Zu beachten ist hier, dass die aus der Retrospektive als ‚stark belastend‘ empfundene Arbeitssituation vor der Arbeitsunfähigkeit und der Einflussfaktor ‚Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen‘ verhältnismäßig stark korrelieren. Bei ihrer gleichzeitigen Berücksichtigung im Modell dürften daher gemeinsame Effekte auf die betrachtete Outcomevariable ‚Nutzung einer RTW-Option‘ unberücksichtigt geblieben sein. Bürger et al. (2011) stellten einen schwachen Zusammenhang zwischen der retrospektiv erfassten höheren Arbeitszufriedenheit prä-AU und der StW-Inanspruchnahme fest. In Bürgers Untersuchung aus 2004 zeigten sich jedoch keine Unterschiede in der Inanspruchnahme einer StW in Abhängigkeit von der retrospektiv wahrgenommenen Arbeitsbelastung oder Arbeitszufriedenheit (Bürger 2004). Als relevante Einflussfaktoren des BEM-Angebots identifizierten Holleder (2021) bzw. Wrage et al. (2023) die generelle Arbeitszufriedenheit bzw. einzelne Aspekte, wie die Erfahrung von Lob und Anerkennung durch die Vorgesetzten oder sich als Teil der Gemeinschaft am Arbeitsplatz zu fühlen. Die Angaben zur Arbeitszufriedenheit bezogen sich allerdings auf den aktuellen und nicht auf den (Mess-)Zeitpunkt vor der Arbeitsunfähigkeit bzw. der beruflichen Rückkehr, so dass von möglicherweise verzerrten Zusammenhängen ausgegangen werden sollte.

Während sich anhand der eigenen Analysen, möglicherweise dementsprechend methodisch bedingt (s. o.), für psychische Erkrankungen kein Effekt auf die Nutzung der RTW-Interventionen nachweisen ließ, beschrieben Loerbroks et al. (2021) nicht nur für an Krebs, sondern auch für psychisch erkrankte Beschäftigte eine höhere Wahrscheinlichkeit, ein BEM-Angebot zu erhalten. Zudem nehmen Loerbroks et al. (2021) zufolge psychisch Erkrankte ein erhaltenes BEM-Angebot auch eher an. Die Autor*innen vermuteten, dass therapieerfahrene psychisch Erkrankte ein geübteres Bewusstsein für die Bedeutung unterstützender Ressourcen hätten und sie deshalb bspw. auch in Form eines BEM-Verfahrens eher einforderten und akzeptierten. Sie führten außerdem aus, dass Arbeitgebende, sofern ihnen der AU-Grund bekannt ist, aufgrund des wahrgenommenen Unterstützungsbedarfs auch eher ein Angebot unterbreiteten (Loerbroks et al. 2021). Dabei gilt generell, dass die Offenlegung von Diagnosen keine Pflicht ist (§ 5 I EntgFG). Viele machen von der Offenlegung jedoch Gebrauch, trotz eines Stigmatisierungsrisikos - möglicherweise auch in der Hoffnung oder aus dem Selbstverständnis heraus mehr Verständnis und Rücksichtnahme oder bedarfsgerechte Unterstützung zu erfahren (Chakraverty et al. 2023; Bauer et al. 2017; Loerbroks et al. 2021). Auch bzgl. der Teilnahme an einem StW-Verfahren stellten Bürger et al. (2011) fest, dass im Vergleich zu kardiologisch erkrankten Versicherten psychosomatisch erkrankten Versicherten häufiger ein StW-Verfahren empfohlen wird und dass die Inanspruchnahmequoten bei Versicherten mit kardiologischer oder onkologischer Indikation geringer ausfallen als bei Versicherten mit psychischen Erkrankungen. Möglicherweise benötigen sowohl kardiologische Rehabilitand*innen und vor allem Krebserkrankte (aber) auch mehr Genesungszeit (Bürger et al. 2011). So stellten Schneider et al. (2016) anhand von Krankenversicherungsdaten für Krebserkrankungen – gefolgt von

4.1 Zur Nutzung betrieblicher RTW-Interventionen

psychischen Erkrankungen – die stärksten Zusammenhänge zu einer höheren Inanspruchnahme einer StW fest. Aufgrund der zu geringen Fallzahlen konnte im Rahmen der hier vorliegenden Untersuchung für an Krebs erkrankte Beschäftigte keine separate Auswertung erfolgen.

Weiterhin weisen nach Schneider et al. (2016) unfallbedingte Arbeitsunfähigkeiten den schwächsten positiven Zusammenhang zur StW-Nutzung auf. In der vorliegenden Untersuchung ließ sich die unfallbedingte AU nicht als signifikanter Einflussfaktor der Nutzung betrieblicher RTW-Interventionen identifizieren. In beiden Untersuchungen wurde nicht berücksichtigt, ob es sich um einen Unfall mit Arbeitsbezug handelt. Insbesondere im Fall eines Arbeitsunfalls wäre ein besonderes Engagement und Handeln des*der Arbeitgebenden auch im Sinne der Prävention zu erwarten, was sich im Inanspruchnahmeverhalten niederschlagen könnte.

Schließlich zeigte sich anhand der eigenen Untersuchung auch für das Merkmal Unternehmensgröße und die Nutzung einer RTW-Intervention zwar ein numerischer, jedoch kein statistisch signifikanter Zusammenhang. Dabei weist den vorliegenden deskriptiven Daten zufolge die Gruppe der in kleinen Unternehmen Beschäftigten u. a. den höchsten Anteil selbst initiiertes BEM-Angebot auf (16 % vs. 8 % und 12 % in mittleren und großen Unternehmen); einerseits vermutlich aus der Notwendigkeit heraus, andererseits evtl. aber auch aufgrund dort häufiger anzutreffender flacherer Hierarchien bzw. eines direkteren Zugangs zum*zur Arbeitgebenden. So hatten u. a. Ohlbrecht et al. (2018) darauf hingewiesen, dass anders als in großen, i. d. R. hierarchisch organisierten Unternehmen, in kleinen und mittleren Unternehmen zwischen der Unternehmensleitung und den Mitarbeiter*innen engere Beziehungen bestehen, die es u. a. erleichtern ins Gespräch zu kommen. Möglicherweise ist es auch auf die geringen Fallzahlen zurückführbar, dass im Rahmen der vorliegenden Untersuchung die Unternehmensgröße nicht als signifikanter Einflussfaktor der Nutzung einer betrieblichen RTW-Intervention identifiziert werden konnte. Wenn auch nicht widerspruchsfrei (z. B. Holleder 2021) deutet sich auch in der Literatur an, dass höhere BEM-Angebotsquoten mit (zunehmender) Unternehmensgröße assoziiert sind (Loerbroks et al. 2021; Niehaus et al. 2008). Loerbroks et al. (2021) zufolge besteht zudem ein negativer Zusammenhang zwischen Unternehmensgröße und BEM-Akzeptanzquote. Demnach nehmen in kleinen Unternehmen Beschäftigte ein BEM-Angebot eher an als in großen Unternehmen Beschäftigte. Hinsichtlich der Angebot und Inanspruchnahme kombinierenden Nutzung stellten Schneider et al. (2016) schließlich für in kleinen Unternehmen Beschäftigte eine geringere Wahrscheinlichkeit der Nutzung eines StW-Verfahrens fest. Großen Unternehmen kommt im Hinblick auf die Unterbreitung eines BEM-Angebots und auch die Umsetzung der Stufenweisen Wiedereingliederung vermutlich zugute, dass sie über mehr Handlungsspielräume, Ressourcen und institutionalisierte Strukturen (bspw. BGM, Systeme zur Erfassung des Krankenstands) verfügen. Zudem ist davon auszugehen, dass mehr (geschulte) Akteure*Akteurinnen Rückkehrprozesse aktiv mitgestalten können, darunter bspw. auch eine starke Mitarbeiter*innenvertretung oder ein betriebsärztlicher Dienst (Niehaus et al. 2008; Ohlbrecht et al. 2018; Wrage et al. 2023).

Beschäftigte mit Hauptschulabschluss haben im Gegensatz zu Beschäftigten mit hohem Bildungsabschluss eine deutlich höhere Chance, nach langer AU keine BEM-/StW-Option zu erhalten, als an einem Verfahren teilzunehmen. Dieser Befund deckt sich mit den Ergebnissen früherer Studien zur Nutzung des BEM bzw. der StW.

Die eigenen Studienergebnisse weisen außerdem darauf hin, dass mit zunehmendem Alter die Chance, eine BEM-/StW-Option abzulehnen, sinkt. Angebotsspezifische Alterseffekte konnten nicht festgestellt werden. Aus der StW-Forschung bekannte Zusammenhänge, denen zufolge höheres Alter mit weniger Empfehlungen zur StW, einer geringeren Inanspruchnahme und mehr Verfahrensabbrüchen einhergeht, ließen sich ebenso nicht bestätigen. Ein Teil des hier nachgewiesenen Alterseffekts ist möglicherweise auf längere AU-Zeiten im höheren Alter zurückzuführen.

Möglicherweise auch methodisch bedingt, ließen sich weder das Geschlecht, die AU-Gründe ‚psychische Erkrankung‘ bzw. ‚Unfall‘, die berufliche Situation vor der AU noch die Unternehmensgröße als signifikante Einflussfaktoren der BEM-/StW-Nutzung identifizieren.

A-III Welche Maßnahmen werden im Rahmen von BEM-Verfahren ergriffen?

Die am häufigsten, nämlich von 69 % der Befragten mit BEM-Verfahren, benannte Maßnahme, die im Rahmen des BEM ergriffen wurde, ist die befristete Reduktion der Arbeitszeit. Dies deckt sich mit der Feststellung, dass 67 % der Beschäftigten im Rahmen ihres BEM-Verfahrens auch eine StW hatten (Abbildung 11).

An StW teilgenommen?

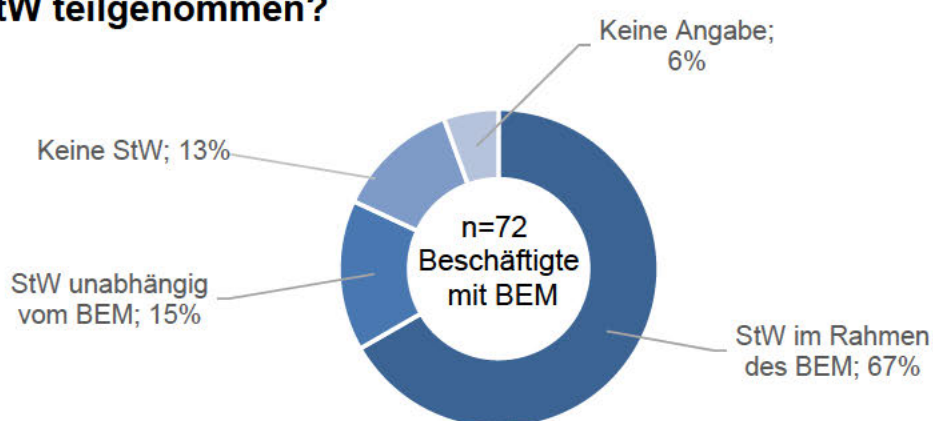


Abbildung 11 – Nutzung von StW-Verfahren im Kontext von BEM

4.1 Zur Nutzung betrieblicher RTW-Interventionen

Mit Blick auf die StW wurde bereits darauf hingewiesen, dass diese i. d. R. in Form einer stufenweisen Steigerung der Arbeitszeit umgesetzt wird, obgleich auch hier andere Ansatzmöglichkeiten, bspw. den Arbeitsinhalt oder -rhythmus betreffend, bestünden (Kohte 2022; Schulz et al. 2021b; Bürger und Streibelt 2011). Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden bspw. befristete inhaltliche Änderungen nur von 11 % der BEM-Teilnehmer*innen berichtet.

Entsprechend des bisherigen Kenntnisstandes aus der RTW-Forschung spielen andere Maßnahmen als die StW im BEM eine eher nachgeordnete Rolle (Opelt et al. 2020; Kohte 2010; Niehaus et al. 2008). Aus den eigenen Analysen geht dazu u. a. hervor, dass (nur) 11 % der BEM-Teilnehmer*innen (TN) arbeitsmedizinisch beraten oder nur vereinzelt Teamgespräche, Supervision oder Coachings eingeleitet oder durchgeführt wurden. Auch technisch-bauliche Maßnahmen spielen eine eher untergeordnete Rolle (6 % der BEM-Teilnehmer*innen gaben diese an). 6 % bis 15 % der BEM-Teilnehmer*innen gaben dauerhafte berufliche Veränderungen an, darunter auch einen Arbeitsplatzwechsel. In 6 % der BEM-Fälle wurde die Stellung eines Antrags auf Schwerbehinderung empfohlen.

Bei 10 % der Beschäftigten wurden im Rahmen des BEM keine Maßnahmen umgesetzt. Obgleich Maßnahmen idealerweise der individuellen Situation entsprechend bedarfsgerecht ergriffen werden, und damit Maßnahmen nicht per se wirksamer als andere Maßnahmen sind, stellt sich insbesondere mit Blick auf jene BEM-Verfahren, die ohne Umsetzung von Maßnahmen durchgeführt werden, die Frage nach ihrer Wirksamkeit.

Entsprechend des bisherigen Kenntnisstandes hat sich im Rahmen der vorliegenden Arbeit die StW bzw. die befristete Reduktion und schrittweise Anhebung der Arbeitszeit als die häufigste Maßnahme im BEM erwiesen.

Andere Maßnahmen spielen eine eher untergeordnete Rolle, u .a. auch die arbeitsmedizinische Beratung. In 10 % der BEM-Verfahren erfolgte keine Umsetzung von Maßnahmen.

A-IV Wie werden BEM- und StW-Verfahren beendet?

Die Fragen nach der Beendigung des BEM- bzw. StW-Verfahrens weisen einen hohen bzw. erhöhten Anteil fehlender Angaben auf: Zum Ablauf bzw. zur Beendigung des Verfahrens machten 53 % der BEM-Teilnehmer*innen keine Angaben, in Bezug auf das StW-Verfahren liegen von 23 % der Teilnehmer*innen keine entsprechenden Angaben vor.

Angaben zur eigentlichen Dauer der Verfahren wurden nicht erfasst. Nach Bürger et al. (2011) besteht ein hohes Risiko für nicht erfolgreiche Wiedereingliederungsverläufe insbesondere für jene, die das StW-Verfahren abbrechen. Beschäftigten mit abgebrochenem BEM- bzw. StW-Verfahren, kommt in der untersuchten Stichprobe eine eher untergeordnete Rolle zu: Die Befragten berichteten keine durch die*den Arbeitgebende*n veranlassten Abbrüche. Nur selten bzw. im Einzelfall kam es zu einem Abbruch auf Wunsch des*der Beschäftigten (StW: 7 %; BEM: 4 %, n=1). Damit liegen die Abbruchquoten im unteren Bereich der von Bürger (2004) berichtete Abbruchquoten, die abhängig davon, auf wessen Empfehlung hin die StW erfolgte,

4.2 Zum Nutzen der betrieblichen RTW-Interventionen BEM und StW

zwischen 7 % (Bekanntenkreis) und 31 % (Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger) variieren.

Die eigenen Ergebnisse deuten an, dass Beschäftigte eher ein StW- als ein BEM-Verfahren abbrechen. BEM-Verfahren könnten selbst seltener Anlass zum Abbruch geben, wenn der StW-typische und möglicherweise als überlastend empfundene Aspekt der Belastungssteigerung nicht (mehr) besteht. Zudem ist denkbar, dass BEM-Verfahren seltener *explizit* abgebrochen werden (müssen), da die Beteiligten das Prozedere ohne expliziten Abschluss ‚auslaufen‘ lassen (können). Dementsprechend könnte sich der BEM-fragenspezifische mit über 50 % hohe Anteil fehlender Angaben interpretieren lassen. Vorschläge bzw. Empfehlungen zum optimalen BEM-Prozess sehen dies allerdings anders vor und raten zum ‚Abschlussgespräch‘ und zur ‚Reflexion‘ (BAuA 2021a).

Zur Beendigung des BEM- bzw. StW-Verfahrens machte ca. jede*r zweite bzw. vierte Teilnehmer*in keine Angaben. BEM-Verfahren sind für die Befragten möglicherweise schwerer greifbar oder werden evtl. weniger strukturiert durchgeführt bzw. abgeschlossen (als StW-Verfahren). Aufgrund der hohen Anteile fehlender Angaben sind Aussagen zur Verfahrensdurchführung in ihrer Belastbarkeit limitiert.

Es wurden keine arbeitgeberseitigen Abbrüche eines BEM- bzw. StW-Verfahrens berichtet. Der Abbruch eines BEM-Verfahrens durch die*den Beschäftigte*n selbst erfolgte nur in einem Fall. Die entsprechende StW-bezogene Abbruchquote liegt mit 7 % im unteren Bereich aus der Literatur bekannter Quoten.

4.2 Zum Nutzen der betrieblichen RTW-Interventionen BEM und StW

B-I Trägt die Nutzung der RTW-Interventionen BEM bzw. StW dazu bei, von langer oder wiederholter Arbeitsunfähigkeit betroffene Beschäftigte bei besserer Arbeitsfähigkeit in Beschäftigung zu halten?

Bisher liegen keine bevölkerungsbasierten Studien zum Nutzen von BEM-Verfahren vor. Dem Nutzen von StW-Verfahren wurde bereits in verschiedenen Studien anhand teilweise älterer Routine- und Befragungsdaten aus den Jahren 1999 bis 2012 der gesetzlichen Renten- bzw. Krankenversicherung nachgegangen.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde der Nutzen der betrieblichen RTW-Interventionen BEM bzw. StW u. a. als ihr Effekt auf die zum aktuellen Messzeitpunkt bei mindestens moderater Arbeitsfähigkeit bestehende Erwerbstätigkeit definiert. Der aktuelle Messzeitpunkt liegt durchschnittlich ca. 1,7 Jahre nach AU-Ende; 85 % (nur Core: 83 %) der hier untersuchten GHS-Teilnehmer*innen waren erwerbstätig. Für die Core-Teilnehmer*innen liegt der durchschnittliche Anteil der *Nicht*-Erwerbstätigen damit ca. 14 %-Punkte höher als zum 2,5 bzw. 5 Jahre zurückliegenden Messzeitpunkt vor der Arbeitsunfähigkeit. 21 % der Befragten gaben an, aktuell arbeitsunfähig zu sein oder stufen ihre aktuelle Arbeitsfähigkeit als gering ein.

4.2 Zum Nutzen der betrieblichen RTW-Interventionen BEM und StW

Mittels eines logistischen Regressionsmodells wurde untersucht, ob die Nutzung eines BEM- oder StW-Verfahrens unter Berücksichtigung potenzieller Confounder mit der Eintrittswahrscheinlichkeit, bei mindestens moderater Arbeitsfähigkeit im aktuellen MZP erwerbstätig zu sein, assoziiert ist. Es kann von einem guten ‚Model-fit‘ ausgegangen werden. Bei mittlerer Effektstärke ($d=-0,58$) zeigt sich die nicht gegebene Option auf ein BEM-/StW-Verfahren mit einer geringeren Chance assoziiert, im aktuellen MZP bei mindestens moderater Arbeitsfähigkeit erwerbstätig zu sein, als eine angenommene BEM-/StW-Option (Abbildung 12). Allerdings dürfte sich dieser Effekt vorrangig darauf zurückführen lassen, dass Fälle, in denen es unmittelbar aus der AU heraus zur Beendigung des bestehenden Arbeitsverhältnisses kam, Berücksichtigung fanden. Dementsprechend hatten Bürger et al. (2011) bereits festgestellt, dass ein unmittelbar im Anschluss an die Rehabilitation bzw. StW nicht geglückter Wiedereinstieg mit einem deutlich erhöhten Risiko der Frühberentung einhergeht.

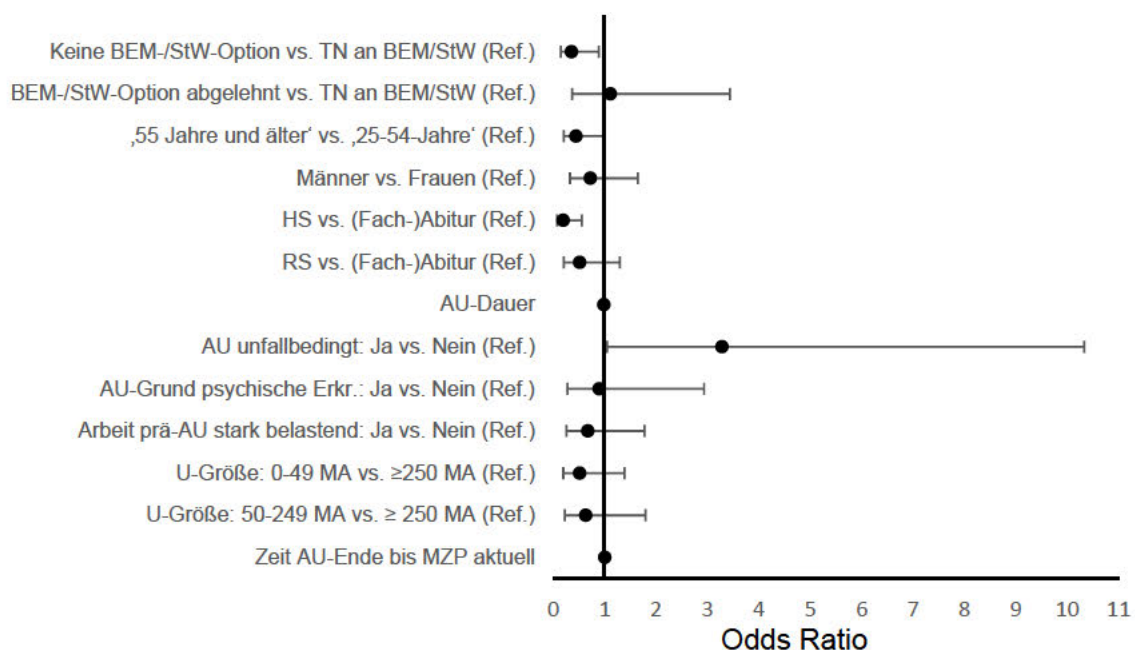


Abbildung 12 – Einfluss der BEM-/StW-Nutzung darauf, bei mind. moderater Arbeitsfähigkeit erwerbstätig zu sein

Ohne die Einbeziehung der unmittelbar aus der AU heraus aus dem Arbeitsverhältnis Ausgeschiedenen unterscheiden sich jene ohne BEM-/StW-Option sehr viel weniger deutlich von jenen mit angenommener BEM-/StW-Option in ihrer späteren Erwerbstätigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit. Der Blick auf die deskriptiven Zahlen hat gezeigt: Während die ‚Exit‘-Gruppe nur eine Erwerbstätigenquote von 30 % erreicht, liegt die Erwerbstätigenquote derer, die sich - obgleich ohne BEM-/StW-Option - im unmittelbaren Anschluss an die AU noch *im bestehenden* Arbeitsverhältnis befinden, bei 83 %. Die Erwerbstätigenquote der Gruppe mit abgelehnter BEM-/StW-Option liegt bei 89 %, die Quote derjenigen mit angenommener BEM-/StW-Option bei 96 %. Damit deutet sich eher eine *Tendenz* an, nach der im Vergleich zu einem durchgeführten BEM-/StW-Verfahren eine fehlende BEM-/StW-Option bei unmittelbar fortgesetztem Arbeitsverhältnis und noch weniger deutlich eine abgelehnte BEM-/StW-Option mit ungünstigeren Aussichten auf spätere Erwerbstätigkeit einhergehen.

Die eingangs aufgestellte Hypothese, nach der Beschäftigte, die ein BEM-/StW-Verfahren in Anspruch nehmen, eine höhere Chance haben, im aktuellen MZP bei mindestens moderater Arbeitsfähigkeit erwerbstätig zu sein, als jene ohne Option auf eine RTW-Intervention oder jene, die diese ablehnen, kann damit nur teilweise bestätigt werden. Die Ergebnisse fallen auch nicht in der Deutlichkeit aus wie sie sich beispielsweise in der StW-Forschung darstellen.

So geht aus der auf orthopädische Rehabilitand*innen fokussierten Studie von Bürger (2004) hervor, dass unter ausschließlicher Berücksichtigung Versicherter unter 58 Jahren 84 % der StW-Teilnehmer*innen zum Messzeitpunkt (durchschnittlich 2,6 Jahre nach Rehabilitation) erwerbstätig waren, jedoch nur 63 % der Rehabilitand*innen ohne StW. Diejenigen, die die StW begannen, aber nicht abschlossen, wiesen mit 43 % die geringste Erwerbstätigenquote im Messzeitpunkt auf (ebd.). Bürger und Streibelt (2018) berichteten, dass Rentenversicherte 1,3 Jahre nach einer im Jahr 2012 bewilligten Rehabilitation, sofern sie eine StW in Anspruch nahmen, zu 87 % bzw., sofern sie keine StW in Anspruch nahmen, zu 61 % sozialversicherungspflichtig tätig waren. Als sekundären Outcome betrachteten Bürger und Streibelt (2018) zudem die Veränderung des körperlichen und psychischen Gesundheitszustands im Jahr vor der Rehabilitation zum Jahr nach der Rehabilitation. Auch diesbezüglich wiesen die Teilnehmer*innen eines StW-Verfahrens im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne StW eine günstigere Entwicklung auf. Ob ein Verfahren abgebrochen wurde, oder nicht, fand in den eigenen Analysen keine Berücksichtigung. Allerdings waren in der GHS-Stichprobe nur wenige BEM-/StW-Teilnehmer*innen (n=5), die das Verfahren abbrachen. Möglicherweise erschweren insgesamt hohe Erwerbstätigenquoten es, zusätzlichen Nutzen durch (betriebliche) RTW-Interventionen zu generieren (vgl. Bürger und Streibelt 2011).

Der Bildungsstand erweist sich auch in diesem Zusammenhang als signifikanter und zudem stärkster Einflussfaktor — und dies unabhängig von der (Möglichkeit der) Inanspruchnahme eines BEM-/StW-Verfahrens. Demnach haben nach längerer AU Beschäftigte mit Hauptschulabschluss im Vergleich zu Beschäftigten mit (Fach-)Abitur nur die in etwa 20-prozentige Chance, im aktuellen Messzeitpunkt bei mindestens moderater Arbeitsfähigkeit erwerbstätig zu sein (Abbildung 12, S. 79). Auch Bürger et al. stellten fest, dass Versicherte ohne Schulabschluss bzw. Berufsausbildung und mit geringem Einkommen diejenigen sind, die nicht nur selten eine Empfehlung zur StW erhalten oder das Verfahren eher abbrechen, sondern letztlich auch besonders ungünstige Erwerbsverläufe aufweisen (Bürger et al. 2011). Hieran hat sich den eigenen Analysen zufolge auch mit allgemein zunehmender BEM-Praxis bzw. -Erfahrung bis heute nichts grundlegend geändert. Betriebliche Interventionen zur Unterstützung des beruflichen Wiedereinstiegs scheinen, wie sie aktuell umgesetzt werden, keinen relevanten Beitrag zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten zu leisten.

Wie der Bildungsstand wurde im Rahmen der vorliegenden Untersuchung auch die AU-Dauer unabhängig von der Durchführung einer RTW-Intervention als mit der späteren Erwerbstätigkeit und Arbeitsfähigkeit assoziierter Faktor identifiziert. So sinkt die Chance, aktuell bei mindestens moderater Arbeitsfähigkeit erwerbstätig zu sein, mit zunehmender Dauer der Arbeitsunfähigkeit (OR=0,98; 95 %-KI: 0,96; 1,00). Die eigenen Analyseergebnisse stützen damit Feststellungen aus der RTW-Forschung, nach denen kürzere AU-Zeiten mit einer höheren Chance auf spätere Erwerbstätigkeit einhergehen (Wegrzynek et al. 2020). Schneider et al. (2016) stellten zudem fest, dass krankheits- bzw. stichprobenübergreifend erst bei AU-Zeiten ab 120 Tagen ein positiver Effekt der StW nachzuweisen ist, bei psychisch Erkrankten schon ab 90 AU-Tagen. Aufgrund des geringen Stichprobenumfangs war es nicht möglich, Interaktionseffekte im vorliegenden Analysemodell zu berücksichtigen oder Sensitivitätsanalysen

durchzuführen. So können hier keine Aussagen dazu getroffen werden, inwieweit in Bezug auf die AU-Dauer oder andere Merkmale bestehende Abhängigkeiten der späteren Erwerbstätigkeit durch die Teilnahme an einem BEM-/StW-Verfahren beeinflussbar sind. Umgekehrt konnte auch nicht untersucht werden, inwieweit sich die Wirksamkeit eines BEM-/StW-Verfahrens in Abhängigkeit von der AU-Dauer oder anderen Merkmalen verändert. Den Analysen zufolge ist die spätere (hier: aktuelle) Erwerbstätigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung der (Möglichkeit) der Inanspruchnahme eines BEM-/StW-Verfahrens weder von Alter und Geschlecht, vom AU-Grund ‚psychische Erkrankung‘, von der Arbeitsbelastung prä-AU, der Unternehmensgröße oder dem Zeitpunkt der AU signifikant beeinflusst.

Bezüglich der Wirksamkeit der StW bei unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit wiesen Schneider et al. (2016) darauf hin, dass es einen positiven, wenn auch nicht signifikanten, Effekt erst ab 240 AU-Tagen gebe. Als möglichen Grund der schwachen Zusammenhänge bzw. Effekte vermuteten sie die Heterogenität der Diagnosekategorie. Auch in diesem Kontext könnten sich Unterschiede zwischen allgemeinen und arbeitsbezogenen Unfällen zeigen. Allerdings weisen die vorliegenden Analyseergebnisse darauf hin, dass allgemein unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit unter Konstanthaltung aller anderen hier berücksichtigten Faktoren, einschließlich der (Möglichkeit der) Inanspruchnahme eines BEM-/StW-Verfahrens, mit einer deutlich höheren Chance auf spätere Erwerbstätigkeit bei mindestens moderater Arbeitsfähigkeit assoziiert ist (Abbildung 12, S. 79). Ob die Teilnahme an einem BEM- oder StW-Verfahren hier tatsächlich zusätzlichen Nutzen bringt, kann zumindest in Frage gestellt werden. Schließlich scheint die berufliche Rückkehr nach einem Unfall auch bei nicht gegebener oder angenommener Intervention (sehr) wahrscheinlich.

Weiterhin minderten Bürger et al. (2011) zufolge als unzureichend wahrgenommene Unterstützungsangebote den RTW-Erfolg – obgleich sie mit Blick auf die Datenerhebung zu bedenken gaben, dass es sich aufgrund der retrospektiven Betrachtung (und des Wissens um den Ausgang der StW) auch um ‚Beurteilungsartefakte‘ handeln könne (Bürger et al. 2011, S. 82). Aus vergleichbarem Grund war in den hier durchgeführten Analysen die retrospektiv berichtete im Zusammenhang mit der beruflichen Rückkehr *erfahrene AG-Unterstützung* nicht als Einflussfaktor zur Erklärung des StW-Erfolgs (Erwerbsstatus/Arbeitsfähigkeit zum Messzeitpunkt) herangezogen worden.

Die Untersuchungsergebnisse stützen Feststellungen aus der RTW-Forschung, nach denen kürzere AU-Zeiten mit einer höheren Chance auf spätere Erwerbstätigkeit einhergehen (Wegrzynek et al. 2020). Dies deutet sich auch unabhängig von der Inanspruchnahme eines BEM-/StW-Verfahrens an.

Die Hypothese, nach der Beschäftigte, die ein BEM-/StW-Verfahren in Anspruch nehmen, eine höhere Chance haben, im nachfolgenden MZP bei mindestens moderater Arbeitsfähigkeit erwerbstätig zu sein, als jene ohne Option auf eine RTW-Intervention oder jene, die ein Angebot ablehnen, lässt sich nur teilweise bestätigen. Die vorliegenden – auch BEM-Verfahren einschließenden – Analyseergebnisse können damit Ergebnisse früherer Studien zur Wirksamkeit von StW-Verfahren nicht in ihrer Deutlichkeit widerspiegeln. Letztlich unterscheiden sich in ihrer späteren Erwerbstätigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit jene ohne BEM-/StW-Option sehr viel weniger deutlich von jenen mit angenommener BEM-/StW-Option, wenn die ohne BEM-/StW-Option unmittelbar aus der AU heraus aus dem Arbeitsverhältnis Ausgeschiedenen nicht berücksichtigt werden. Möglicherweise erschweren insgesamt hohe Erwerbstätigenquoten es, zusätzlichen Nutzen durch (betriebliche) RTW-Interventionen zu erzielen.

Der Bildungsstand erweist sich Erkenntnissen aus der StW-Forschung entsprechend auch mit Blick auf den Nutzen von BEM-/StW-Verfahren bzw. die spätere Erwerbstätigkeit/Arbeitsfähigkeit als bedeutsamer Einflussfaktor – und dies unabhängig von der (Möglichkeit der) Inanspruchnahme eines BEM-/StW-Verfahrens. Betriebliche RTW-Interventionen scheinen demnach, zumindest wie sie aktuell umgesetzt werden, keinen relevanten Beitrag zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten zu leisten.

B-II Wie bewerten Beschäftigte mit BEM- oder StW-Erfahrung die Auswirkungen der in Anspruch genommenen RTW-Intervention auf die eigene Arbeitsfähigkeit? (deskriptiv)

Die Nutzenevaluation sollte explizit auch die Beschäftigtenperspektive berücksichtigen. Daher waren die Verfahrensteilnehmer*innen aufgefordert, die Auswirkungen der RTW-Intervention auf die eigene Arbeitsfähigkeit zu bewerten. Dabei machte die Hälfte der Befragten mit BEM-Verfahren bzw. ein Fünftel der Befragten mit StW-Verfahren keine Angaben zu den Auswirkungen des Verfahrens auf die eigene Arbeitsfähigkeit. Ohne dem BEM-Verfahren explizit eine Wirkung auf die Arbeitsfähigkeit absprechen zu wollen (diese Möglichkeit hätte bestanden), scheinen die befragten Teilnehmer*innen eher in Bezug auf die StW eine wirksamkeitsbezogene Aussage treffen zu können. Möglicherweise war den Befragten nicht klar genug, was vom BEM ohne die StW als Maßnahme verbleibt, das sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken könnte bzw. wie die Wirksamkeit der verbleibenden Aspekte (u. a. Gespräche, s. o.) zu beurteilen ist.

Wurde eine Angabe zur Auswirkung des BEM- bzw. StW-Verfahrens auf die Arbeitsfähigkeit gemacht, fällt diese jedoch sowohl für das BEM als auch die StW mit 75 % bzw. 77 % Zustimmung überwiegend positiv aus. Einer älteren Studie von Bürger (2004) zufolge bewerten zwei Drittel der StW-Teilnehmer*innen nach orthopädischer Rehabilitation das Verfahren insgesamt positiv. 19 % der StW-Teilnehmer*innen gaben allerdings an, dass die Maßnahme eigentlich

nicht notwendig gewesen sei. In einer späteren Untersuchung mit diagnosegruppeübergreifender Studienpopulation von Bürger et al. (2011) liegt der Anteil der Befragten, die die StW rückblickend als (doch) nicht erforderlich erachteten, bei 5 %. Die Anteile, derer, die keine Auswirkung des in Anspruch genommenen StW- bzw. BEM-Verfahrens auf die eigene Arbeitsfähigkeit feststellten, liegen in der vorliegenden Untersuchung mit 5 % bzw. 8 % ähnlich niedrig. Negative Auswirkungen wurden nur in Einzelfällen beschrieben.

Das Treffen einer Aussage zur Wirkung des BEM, weniger: der StW auf die eigene Arbeitsfähigkeit ist den Befragten eher schwergefallen. Wurde eine Angabe gemacht, fällt diese in Bezug auf beide Verfahren überwiegend positiv aus. Dies entspricht weitgehend dem aus der StW-Forschung bekannten Bild.

B-III Ist die Nutzung einer betrieblichen RTW-Intervention unter Berücksichtigung potenzieller Einflussfaktoren positiv mit der subjektiv wahrgenommenen Unterstützung durch die*den Arbeitgebende*n bei der beruflichen Rückkehr assoziiert? (*induktiv-explorativ*)

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde die Perspektive der Beschäftigten auch durch Betrachtung der subjektiv wahrgenommenen AG-Unterstützung im Rückkehrprozess berücksichtigt. Während Bürger et al. (2011) zufolge bei (nur) knapp jeder*m zweiten Versicherten der*die Arbeitgebende die Rückkehr in die Arbeit unterstützte, sind es den eigenen Analysen zufolge 61 % der Befragten, die aus der Retrospektive heraus angaben, sich beim RTW durch die* den Arbeitgebende*n (eher) unterstützt gefühlt zu haben. Steigerungspotenzial besteht (damit) jedoch weiterhin.

Inwieweit die Einschätzung der erfahrenen AG-Unterstützung von der (Möglichkeit der) Nutzung einer RTW-Intervention beeinflusst ist, wurde regressionsanalytisch untersucht. Das multivariable Regressionsmodell weist eine moderate bis gute Modellgüte auf. Die nicht gegebene Option auf ein BEM- bzw. StW-Verfahren ließ sich als signifikanter Einflussfaktor der (retrospektiv) wahrgenommenen AG-Unterstützung bei der beruflichen Rückkehr identifizieren (Abbildung 13, S. 84). Demnach haben diejenigen ohne Option auf ein BEM- bzw. StW-Verfahren mit einem OR von 0,27 (95 %-KI: 0,11; 0,66) eine geringere Chance, sich durch die*den Arbeitgebende*n bei der beruflichen Rückkehr unterstützt zu fühlen als die Teilnehmer*innen an einem BEM- bzw. StW-Verfahren.

4.2 Zum Nutzen der betrieblichen RTW-Interventionen BEM und StW

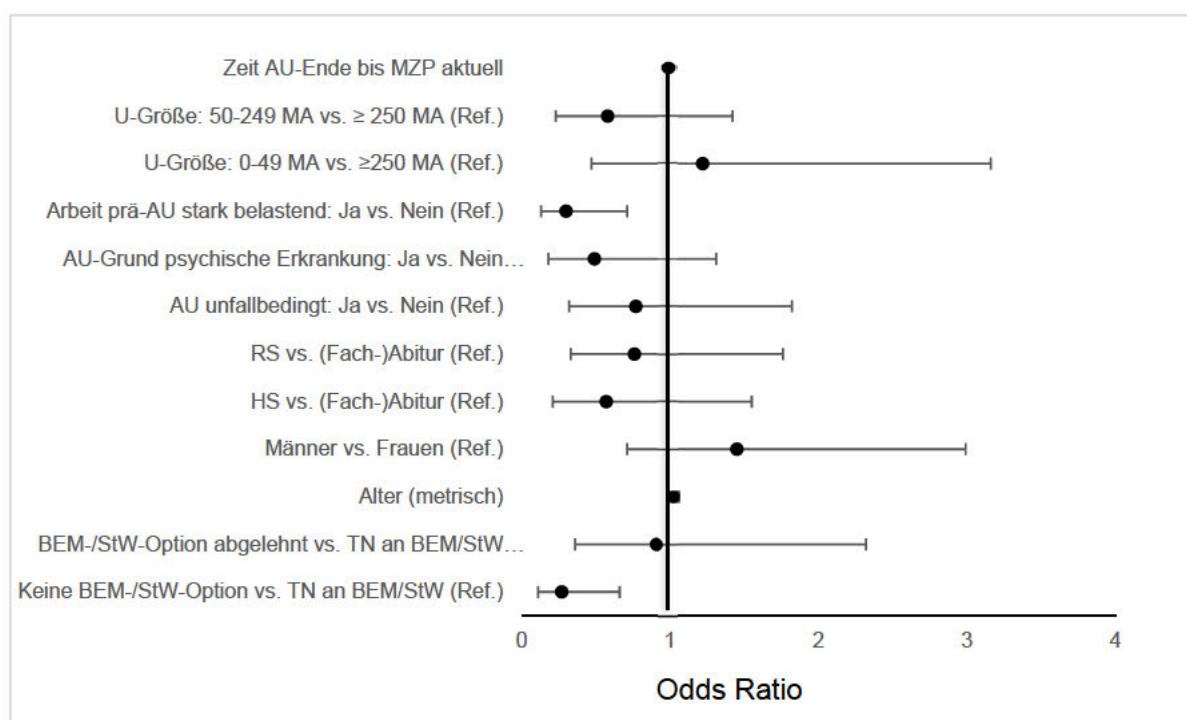


Abbildung 13 – Einfluss der BEM-/StW-Nutzung darauf, sich durch den*die AG beim RTW unterstützt zu fühlen

Den vertiefend durchgeführten deskriptiven Analysen zufolge nahmen jene, deren Arbeitsverhältnis unmittelbar aus der AU heraus ohne Option auf ein BEM-/StW-Verfahren endete, die erfahrene AG-Unterstützung mit Abstand am wenigsten ausreichend wahr. Die kritische Einschätzung dieser Beschäftigten, die häufig mit einer Kündigung konfrontiert waren, überrascht kaum. Beim Vergleich derjenigen, die eine BEM-/StW-Option ablehnten (mehrheitlich da kein Bedarf daran bestand), mit den BEM-/StW-Teilnehmer*innen zeigen sich dagegen keine signifikanten Unterschiede in der wahrgenommenen AG-Unterstützung bei der beruflichen Rückkehr. Inwieweit dies auf eine mangelhafte Umsetzung der Verfahren bzw. einen mangelnden Nutzen zurückzuführen ist bleibt zunächst noch offen. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde u. a. nicht die spezifische Bewertung der Umsetzung bzw. Organisation der durchgeführten Interventionen erfasst. Aus der Literatur geht bspw. hervor, dass jede*r dritte StW-Teilnehmer*in die Belastungssteigerung als zu stark, bzw. die Dauer der StW als zu kurz empfand. Außerdem sahen sich Versicherte häufig während des StW-Verfahrens unzureichend betreut, insbesondere bei organisatorischen Fragen und Problemen am Arbeitsplatz, aber auch bei gesundheitlichen Problemen (Bürger et al. 2011).

Unabhängig von der (Möglichkeit der) Nutzung eines BEM-/StW-Verfahrens weisen dem Analysemodell zufolge außerdem jene Beschäftigten eine geringere Chance auf, sich bei der beruflichen Rückkehr von dem*der Arbeitgebenden unterstützt zu fühlen, die ebenfalls aus der Retrospektive heraus ihre berufliche Situation vor der AU als stark belastend beschrieben (OR=0,3; 95 %-KI: 0,13; 0,71; Abbildung 13). Sofern es sich um kein „Beurteilungsartefakt“ handelt aufgrund der zeitgleichen Erhebung, kann der festgestellte Zusammenhang als Hinweis darauf verstanden werden, dass betriebliche Interventionen zur Unterstützung des beruf-

4.3 Methodische Bewertung

lichen Wiedereinstiegs in möglicherweise besonders ‚verfahrenen‘ Situationen nicht die Wirkung entfalten, die sich Beschäftigte von ihrer Inanspruchnahme erhoffen. Dabei ist grundsätzlich denkbar, dass eine als stark belastend wahrgenommene berufliche Situation u. a. eine Folge von Konflikten am Arbeitsplatz ist, die sich auch in der Haltung bzw. im Verhalten von Vorgesetzten oder Arbeitgebenden gegenüber den vor der Rückkehr stehenden Beschäftigten niederschlagen können.

Die empfundene AG-Unterstützung beim beruflichen Wiedereinstieg ist mit der (Möglichkeit der) Inanspruchnahme eines BEM-/StW-Verfahrens assoziiert. Dabei scheinen sich insbesondere Beschäftigte, deren Arbeitsverhältnis aus der AU heraus ohne Option auf ein BEM-/StW-Verfahren endete, besonders selten durch ihre*n Arbeitgebende*n unterstützt zu fühlen.

Beim Vergleich derer, die eine BEM-/StW-Option ablehnten, mit den BEM-/StW-Teilnehmer*innen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in der empfundenen AG-Unterstützung. Inwieweit dies auch auf mangelnden Nutzen bzw. eine mangelhafte Durchführung der Verfahren zurückzuführen ist, bleibt offen.

Beschäftigte, die aus der Retrospektive ihre berufliche Situation prä-AU als stark belastend wahrnehmen, weisen unabhängig von der (Möglichkeit der) Teilnahme an einem BEM-/StW-Verfahren eine geringere Chance auf, sich bei der beruflichen Rückkehr AG-seits unterstützt zu fühlen. Handelt es sich um kein Beurteilungsartefakt, könnte dies darauf hinweisen, dass das BEM bzw. die StW in ‚verfahrenen‘ Situationen am Arbeitsplatz nicht die Wirkung entfalten, die sich Beschäftigte von ihrer Inanspruchnahme möglicherweise erhoffen.

4.3 Methodische Bewertung

4.3.1 Interne Validität

Die vorliegende Untersuchung weist Stärken und Besonderheiten auf. Es wurden aus einer allgemeinen Bevölkerungsstichprobe von Beschäftigten selbstberichtete RTW-bezogene Daten ausgewertet, die nicht nur Hinweise auf die Verbreitung bzw. Nutzung der betrieblichen RTW-Interventionen BEM und StW geben, sondern (*im Falle des BEM*: erstmals) auch Aussagen zu ihrem objektivierbaren sowie subjektiv wahrgenommenen Nutzen möglich machen. Dabei bemisst sich der Nutzen ‚indirekt‘ an der (mittelfristigen) Erwerbstätigkeit unter Berücksichtigung der subjektiven Arbeitsfähigkeit sowie an der bei der beruflichen Rückkehr erfahrenen AG-Unterstützung. Die BEM-/StW-erfahrenen Studienteilnehmer*innen waren außerdem aufgefordert, die Auswirkung der Interventionen auf die eigene Arbeitsfähigkeit ‚direkt‘ einzuschätzen.

Eine Besonderheit der Untersuchung liegt in der zusammengefassten Betrachtung der beiden betrieblichen RTW-Interventionen BEM und StW. Dies ist der Annahme geschuldet, dass das

4.3 Methodische Bewertung

Berichten verfahrensspezifischer Erfahrungen und verfahrensspezifische Nutzenzuschreibungen erschwert und damit verzerrt sein könnten. Schließlich ist deutlich geworden, dass die Verfahren in der Unternehmens- bzw. RTW-Praxis häufig nicht exklusiv, sondern sowohl zeitgleich als auch aufeinanderfolgend durchgeführt werden. Die Bewertung des Nutzens von BEM-Verfahren dürfte somit häufig nicht losgelöst vom wahrgenommenen Nutzen der StW erfolgen. Daher, bzw. um mögliche Zuordnungs-/Etikettierungsprobleme zu vermeiden, wurden im Rahmen dieser Arbeit BEM und StW gleichermaßen als ‚betriebliche RTW-Intervention‘ begriffen und — wenn nicht explizit anders ausgewiesen — zusammengefasst analysiert. Durch ihre Zusammenfassung wurde außerdem erreicht, dass Beschäftigte mit einem BEM- bzw. StW-Verfahren nur jenen zum Vergleich gegenübergestellt werden, die keine betriebliche Intervention angeboten bekamen bzw. in Anspruch nahmen, und nicht auch Beschäftigten, die ausschließlich die jeweils nicht betrachtete Intervention (BEM bzw. StW) nutzten.

Anders als bisherige erwerbsbevölkerungsbasierte Studien zur Verbreitung des BEM schloss die vorliegende Untersuchung auch ehemals abhängig Beschäftigte ein, die zum MZP zwar noch im Erwerbsalter, aber nicht mehr erwerbstätig waren. Es wurden somit die Studienteilnehmer*innen aus der Retrospektive heraus zu ihren BEM- bzw. StW-Erfahrungen befragt, die innerhalb der zurückliegenden 5 Jahre abhängig beschäftigt und aufgrund ihrer berichteten AU-Zeiten BEM-anspruchsberechtigt waren. Angaben zu RTW-relevanten Aspekten lagen teilweise aus dem Messzeitpunkt prä-AU vor oder wurden retrospektiv für den prä-AU Zeitraum erfasst. Mit der expliziten Bezugnahme auf die berufliche Tätigkeit bzw. Situation vor der Arbeitsunfähigkeit (und nicht auf die aktuelle) wurde dem Umstand Rechnung getragen, dass es vom Zeitpunkt der Arbeitsunfähigkeit bis zum aktuellen Befragungszeitpunkt zu einem AG-Wechsel oder auch ohne einen solchen zu relevanten Änderungen in der beruflichen Situation gekommen sein kann.

Hierin liegt allerdings auch eine Limitation der Arbeit: Retrospektiv erfasste Angaben bergen im Sinne eines ‚Recall-Bias‘ bzw. unbewusster Umdeutungen aufgrund zwischenzeitlicher Ereignisse und Erfahrungen u. a. das Risiko für Beurteilungseffekte (vgl. Bürger et al. 2011). So kann auch das aktuelle Wissen um den Ausgang des RTW-Prozesses (hier: die aktuelle Erwerbstätigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit) in die berichtete wahrgenommene AG-Unterstützung bei der beruflichen Rückkehr eingeflossen sein. Aus diesem Grund wurde darauf verzichtet, die wahrgenommene AG-Unterstützung als möglicherweise mediiierenden Einflussfaktor im Modell zur Erklärung der aktuellen Erwerbstätigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit zu verwenden.

Während evaluierende Merkmale im Sinne subjektiver Bewertungen und Einschätzungen bspw. der erfahrenen Intervention per se nur retrospektiv erfassbar sind, hätte das Risiko verzerrter Angaben durch stärkere Nutzung des Längsschnittdesigns der Hauptbefragung an anderer Stelle reduziert werden können. Insbesondere war es jedoch nicht möglich, Merkmale der Arbeitssituation, die im Rahmen der Hauptstudie zu Messzeitpunkten vor der Arbeitsunfähigkeit erhoben wurden, zu verwenden. Dies ist vorrangig dem Umstand geschuldet, dass auf die Fälle der Young-Kohorte, die zur überwiegenden Mehrheit zum aktuellen MZP erstmals an der GHS teilnahm, aufgrund des ohnehin schon begrenzten Stichprobenumfang nicht verzichtet werden konnte. Da seit Juli 2020 eine überarbeitete Fragebogenversion eingesetzt wurde, ist der hier zur Verfügung stehende Stichprobenumfang limitiert. Eine Imputation der fehlenden Angaben zur beruflichen Tätigkeit vor der Arbeitsunfähigkeit, die für so gut wie alle Young-Teilnehmer*innen hätte vorgenommen werden müssen, erschien nicht angemessen.

4.3 Methodische Bewertung

So konnte u. a. die berufliche Belastung prä-AU als Indikator der Rückkehrmotivation ausschließlich retrospektiv erfasst werden. Zudem wurden keine weiteren Aspekte erhoben, die Hinweise auf die Motivation bzw. Bereitschaft zur Rückkehr hätten geben können, wie z. B. diesbezügliche Selbstwirksamkeitserwartungen. Dabei scheint die Wirksamkeit von Interventionen (und möglicherweise die Bedeutung von Einflussfaktoren) gerade auch von dieser „Readiness for RTW“ beeinflusst zu sein (Kessemeier 2017).

Im Rahmen dieser Arbeit wurde anders als in bisherigen Studien die fehlende Option auf ein BEM- bzw. StW-Verfahren differenzierter betrachtet. Hierzu wurde versucht, zwischen jenen ohne gegebene BEM-/StW-Option zu unterscheiden, die unmittelbar im Anschluss an die unfall- oder krankheitsbedingte berufliche Abwesenheit in das bestehende Arbeitsverhältnis zurückkehrten und jenen, die unmittelbar aus dem bisherigen Arbeitsverhältnis ausschieden. Methodisch mit gewisser, hier aber als akzeptabel angenommener, Unsicherheit behaftet ist die Zuordnung von Fällen zur Gruppe derer ohne BEM-/StW-Option, in welchen die Befragten keine Angaben zum BEM bzw. StW-Verfahren machten, aber angaben, unmittelbar im Anschluss an die unfall- bzw. krankheitsbedingte berufliche Abwesenheit aus dem Arbeitsverhältnis ausgeschieden zu sein. Dabei wird die Beendigung des Arbeitsverhältnisses hier als die RTW-Intervention unwahrscheinlich machende alternative Handlung interpretiert. Grundsätzlich sind auch andere Konstellationen denkbar, die allerdings nur vereinzelt berichtet wurden. Hierin zeigt sich jedoch auch die Schwierigkeit, komplexe Prozesse und Statusübergänge adäquat zu erfassen.

Aufgrund des geringen Stichprobenumfangs war die differenzierte Betrachtung der Subgruppen ohne BEM-/StW-Option nicht in den multivariablen Modellen, sondern nur ergänzend deskriptiv möglich. Sie dient daher vor allem der Generierung möglicher Ansatzpunkte sich ggf. anschließender Forschungsarbeiten. Mit Blick auf die multivariablen regressionsanalytischen Analysemodelle ist festzuhalten, dass diese alle signifikant verschieden vom Nullmodell sind und zumindest teilweise eine moderate bis gute Anpassungsgüte aufweisen. Ein größerer Stichprobenumfang, evtl. aber auch eine bessere Datenqualität an einzelnen Stellen (siehe unten: AU-Dauer), hätten zur Generierung belastbarer Modelle mit besserer Klassifikationsleistung beitragen können. Ebenfalls aufgrund der geringen Stichprobengröße wurden keine Sensitivitätsanalysen durchgeführt und keine Interaktionseffekte berücksichtigt. Diese hätten genutzt werden können, um Aussagen darüber zu treffen, ob die hier betrachteten RTW-Interventionen bei bestimmten Beschäftigtengruppen wirksamer sind als bei anderen. So wurde von Bürger und anderen für die StW berichtet, insbesondere bei Versicherten mit stärkerer Gefährdung der Erwerbstätigkeit bzw. -fähigkeit wirksam zu sein.

Mit Blick auf die interne Validität der Daten ist ferner festzuhalten, dass selbstberichtete Angaben grundsätzlich Erinnerungslücken unterliegen können. So zeigten sich für zunehmend länger zurückliegende AU-Phasen auch höhere Anteile fehlender Werte. Im Umgang mit fehlenden Daten liegt eine weitere Stärke dieser Arbeit, insofern diese für die regressionsanalytischen Modelle multipel imputiert wurden. Ein listenweiser Fallausschluss von Fällen mit fehlenden Werten hätte u. a. zur Folge gehabt, dass Befragte, deren Arbeitsunfähigkeit länger zurückliegt, eher ausgeschlossen worden wären. Der listenweise Ausschluss von Fällen wäre aber mit Blick auf den begrenzten Stichprobenumfang generell problematisch gewesen.

Gewisse Zurückhaltung ist damit im Umgang mit den Angaben zur AU-Dauer angeraten. Diese weisen einen erhöhten Anteil fehlender Werte auf, die zudem in Zusammenhang mit verschiedenen anderen Merkmalen (höherer Schulabschluss, Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer

4.3 Methodische Bewertung

Erkrankungen, länger zurückliegende AU-Periode und nicht in Anspruch genommene Option auf eine RTW-Intervention) stehen. Die Variable wurde daher nicht als Prädiktor im Rahmen der Imputation fehlender Werte verwendet. Die AU-Dauer ist allerdings eine bedeutsame Variable für Analysen zur Wirksamkeit von RTW-Interventionen, so dass die imputierte Variable, soweit möglich, in den multivariablen Modellen berücksichtigt wurde. Der im Rahmen der Untersuchung gesetzte 5-Jahres-Bezugszeitraum könnte die AU-bezogenen Datenlücken begünstigt haben. Selbstberichtete AU-Zeiten gelten als grundsätzlich valide und reliabel bei gewisser Tendenz zum „Underreporting“ (Johns und Miraglia 2015). Für die vorliegende Arbeit könnte dies bedeuten, dass Personen fälschlicherweise aufgrund zu wenig berichteter AU-Tage nicht in die Untersuchung eingeschlossen wurden. Davon ausgehend, dass die Nutzung von BEM- bzw. StW-Verfahren auch über die formelle „6-Wochen-Frist“ hinaus mit größerem Fehlzeitenumfang steigt, könnten die Nutzungsquoten (hier insbesondere auch das Angebot betreffend) überschätzt worden sein.

Generell ist zu beachten, dass auf Basis von Selbstauskünften der Beschäftigten bzw. Versicherten erhobene Angebots- und Inanspruchnahmequoten von dokumentierten Routinedaten abweichen können. Dies geht bspw. aus den von Bürger (2004) berichteten Daten hervor. So gab dort knapp ein Viertel der befragten Versicherten, denen laut Entlassdokumentation die Teilnahme an einem Verfahren zur StW empfohlen wurde, an, nicht mit der*em Ärztin*Arzt über eine StW gesprochen zu haben oder sich nicht mehr zu erinnern, eine StW empfohlen bekommen zu haben. Von der „offiziellen“ Dokumentation abweichende Berichte der Versicherten könnten letztlich auch Ausdruck mangelhafter Information und Kommunikation oder eines mangelnden gemeinsamen Begriffsverständnisses sein. Dementsprechende Abweichungen sind auch mit Blick auf BEM-spezifische Arbeitgebenden- und Beschäftigtenberichte erwartbar.

Die gemeinsame Betrachtung der beiden RTW-Interventionen BEM und StW hat es ermöglicht, erwartete Zuordnungs- und Etikettierungsprobleme zu vermeiden.

Aufschlussreich hat sich auch die differenzierte Betrachtung derjenigen ohne gegebene BEM-/StW-Option gezeigt. So konnte unterschieden werden, zwischen jenen, die unmittelbar aus der AU heraus in das bestehende Arbeitsverhältnis zurückkehrten (jedoch ohne Option auf ein BEM-/StW-Verfahren) und jenen, die ohne BEM-/StW-Option aus dem bisherigen Arbeitsverhältnis ausschieden.

Trotz des Längsschnittdesigns der GHS, in die das Modul zur beruflichen Rückkehr zum 10- bzw. 12,5-Jahres FU eingebettet war, gilt es wie für retrospektive Erhebungen typisch, mit Bewertungseffekten und Erinnerungslücken umzugehen.

Aufgrund des geringen Stichprobenumfangs war es nicht möglich, zu untersuchen, inwieweit die Wirksamkeit von BEM-/StW-Verfahren zwischen Beschäftigtengruppen variiert.

4.3.2 Externe Validität

Die Platzierung der ‚Return to work‘-Thematik in der GHS, einer etablierten bevölkerungs-basierten prospektiven Studie, gewährte einen ressourcenschonenden Zugang zu einer Beschäftigtenstichprobe - und damit zu Personen mit potenzieller Erfahrung mit BEM- bzw. StW-Verfahren. Insofern insbesondere BEM-Daten anders als von Rentenversicherungen und Krankenkassen erfasste StW-bezogene Daten durch Unternehmen bzw. Arbeitgebende und ggf. Betriebsärzte*Betriebsärztinnen erhoben werden, besteht hier keine Möglichkeit des institutionalisierten bzw. zentralen Feld- und Datenzugangs.

Vor dem Hintergrund der eher niedrigen Prävalenz langer AU-Zeiten in der Erwerbsbevölkerung und der Tatsache, dass es sich bei der GHS um eine allgemeine Bevölkerungsstichprobe handelt, fiel der Anteil einschlussgeeigneter BEM- bzw. StW-berechtigter Studienteilnehmer*innen erwartungsgemäß gering aus. Da bei kleinen Fallzahlen ein höheres Risiko für Zufallsbefunde besteht (vgl. Bürger et al. 2011), sind insbesondere auch angeführte Subgruppenvergleiche vorrangig deskriptiv zu verstehen - bei beschränkter allgemeiner Übertragbarkeit der daraus hervorgegangenen Ergebnisse.

Neben dem Stichprobenumfang ist auch die Repräsentativität der Stichprobe relevant für die Beurteilung der allgemeinen Übertragbarkeit von Analyseergebnissen. Die Ziehung des potenziellen GHS-Studienkollektivs erfolgte stratifiziert nach Geschlecht, Wohnort (Umland/Stadt) und Altersgruppe zufällig aus dem Melderegister der Stadt Mainz. Die Teilnahme lag in den 2,5- bzw. 5-Jahres-Verlaufsuntersuchungen bei 93 % bzw. 85 % und damit im Bereich anderer Bevölkerungsstudien bzw. in einem unkritischen Bereich, was die Einschränkung der Validität berichteter Ergebnisse aufgrund zu geringer Teilnahmequoten betrifft (vgl. Kirschner 2017). Ein Selektionsbias ist Kirschner (2017) zufolge dennoch anzunehmen. Kirschner (2017) stellte beim Vergleich von Studienabbrecher*innen und Studienteilnehmer*innen im 5-Jahres-Follow-up Unterschiede in insbesondere soziodemografischen Merkmalen fest, die auch für die hier durchgeführten Analysen relevant sind. So war nach fünf Jahren ein vorzeitiges Studienende u. a. assoziiert mit einem geringeren sozioökonomischen Status, einem Migrationshintergrund, und geringerer Erwerbstätigkeit bei Studieneinschluss. Darüber hinaus erwies sich ein schlechter körperlicher Gesundheitszustand als Risikofaktor für einen Abbruch oder Ausschluss aus der Studie (Kirschner 2017). Mit Blick auf die vorliegende Untersuchung ist damit eine Verzerrung zugunsten langzeiterkrankter Beschäftigter mit hohem Bildungsabschluss und mit weniger schlechtem Gesundheitszustand anzunehmen.

Diese Zusammenhänge sind auch bei der Interpretation der Nutzungsquoten zu berücksichtigen. Sofern davon auszugehen ist, dass Beschäftigte mit geringerem sozioökonomischen Status unterrepräsentiert sind, dürften die Angebotsquote und möglicherweise auch die Inanspruchnahmequote eher eine Überschätzung der tatsächlichen Quoten darstellen. Einen dementsprechenden Selektionsbias hatten auch Loerbroks et al. (2021) festgestellt.

Darüber hinaus ist anzunehmen, dass – obgleich Erwerbstätige unabhängig von ihrem Wohnort berufstätig sein können und ohne Überprüfbarkeit dieser Annahme – eine gewisse unternehmensbezogene ‚Klumpung‘ der Fälle besteht. Es ist davon auszugehen, dass aufgrund des lokalen Fokus‘ der Studie auf einen begrenzten Unternehmenskreis Bezug genommen wird. Dies ist für die Interpretation der erhobenen Daten relevant, da die hier betrachteten

4.3 Methodische Bewertung

RTW-Interventionen BEM und StW vom Arbeitgebendenhandeln und von bestehenden Unternehmensstrukturen beeinflusst sein dürften. Die limitierte Zahl vertretener Unternehmen erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die berichteten Erfahrungen möglicherweise nicht repräsentativ für alle Unternehmen sind. Die GHS legt als allgemeine Bevölkerungsstudie explizit keinen Schwerpunkt auf den Kreis der Erwerbstätigen, so dass die stratifizierte Zufallsauswahl potenzieller Studienteilnehmer*innen auch nicht nach beruflichen oder unternehmensbezogenen Aspekten erfolgt. Informationen zu unternehmensbezogenen Merkmalen liegen nur für die Größe des Unternehmens vor, in dem der*die Befragte zum Zeitpunkt der Arbeitsunfähigkeit beschäftigt war bzw. ist. Angaben zu weiteren potenziellen strukturellen betrieblichen Einflussfaktoren wie Branche/Sektor, Vorhaltung von BGM-Strukturen u. a. liegen nicht vor.

Mit Blick auf die Unternehmensgröße kann festgehalten werden, dass die hier betrachtete Stichprobe vom Bundesdurchschnitt im Jahr 2019 (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022) abweicht. Beschäftigte in kleinen Unternehmen mit bis 49 Mitarbeiter*innen sind demnach unterrepräsentiert (GHS: 23 % vs. D: 40 %) – insbesondere zugunsten in großen Unternehmen Beschäftigter (GHS: 53 % vs. D: 40 %). Im Vergleich mit den offiziellen Daten für den Kreis Mainz-Bingen bzw. Mainz aus dem Jahr 2017 sind dagegen deutlich geringere Abweichungen festzustellen (Mz: in kleinen Unternehmen Beschäftigte 27 %; in großen Unternehmen Beschäftigte 57 %). Die Übertragbarkeit auf bundesdeutsche Verhältnisse ist daher kritischer zu bewerten als die Übertragbarkeit auf die lokale Grundgesamtheit. Insbesondere mit Blick auf die bundesweite Verbreitung des BEM ist vor diesem Hintergrund von einer (leichten) Überschätzung der tatsächlichen Angebotsquote bzw. tendenziellen Unterschätzung der tatsächlichen Inanspruchnahmequote auszugehen. Darüber hinaus beziehen sich die durchgeführten Analysen ausschließlich auf (ehemals) zum Zeitpunkt der Arbeitsunfähigkeit abhängig Beschäftigte. Aussagen zur beruflichen Rückkehr länger arbeitsunfähiger beruflich Selbstständiger können hieraus nicht abgeleitet werden.

In den Erhebungszeitraum fiel der Beginn der COVID-19 Pandemie und der Höhepunkt der ersten Pandemiewelle, die von Braband et al. (2022) im Zeitraum April bis Juni 2020 verortet wird. In diesem Zeitraum sind verschiedene Maßnahmen ergriffen worden, die einen Impact auf die Arbeitswelt hatten und Unternehmen sowie Beschäftigte betrafen. Teilweise mussten Unternehmen ihren Betrieb einstellen, Beschäftigte ihren Arbeitsumfang drastisch reduzieren. Teilweise war es möglich, im Home-Office zu arbeiten. Beschäftigte in höheren Einkommensgruppen konnten dies deutlich mehr in Anspruch nehmen als Beschäftigte mit niedrigem Einkommen. Im April 2020 waren 15,5 % der Beschäftigten von Kurzarbeit betroffen. Die Betroffenheit bzw. Beanspruchung war auf Unternehmensseite insbesondere von der Branche und auch der Unternehmensgröße abhängig. Seitens der Beschäftigten waren von den Folgen der Pandemie bzw. von den Folgen der getroffenen Maßnahmen insbesondere Beschäftigte mit niedrigem Einkommen kritisch betroffen. Durch den Gesetzgeber getroffene Regelungen zur Ausweitung der Kurzarbeit wirkten sich zwar stabilisierend bzw. arbeitsplatzsichernd aus, allerdings bei Beschäftigten mit geringem Einkommen weniger stark bzw. nachhaltig als in höheren Einkommensgruppen (Braband et al. 2022). Anfang 2021 war der Anteil der in die Erwerbslosigkeit geratenen, in 2019 noch erwerbstätigen Angehörigen der unteren Einkommensgruppe drei- bis viermal so hoch wie der entsprechende Anteil der in 2019 erwerbstätigen Angehörigen höherer Einkommensgruppen. Beschäftigte mit niedrigem Einkommen gingen dabei häufig einer Teilzeitbeschäftigung oder Minijobs nach (ebd.). Die Wahrscheinlichkeiten für eine Beschäftigung in Teilzeit oder die Ausübung eines Minijobs ist vor allem auch eine Frage

4.4 Schlussfolgerungen: Implikationen für Forschung, Praxis und Politik

des Geschlechts, das zeigen auch die hier untersuchten Daten. Es ist daher davon auszugehen, dass Frauen im Rahmen der COVID-19 Pandemie ein höheres Risiko hatten, erwerbslos zu werden (ebd.). Anhand der vorliegenden Daten haben sich entsprechenden Effekte jedoch nicht gezeigt. Möglicherweise hatte die Pandemiesituation einen die hier festgestellten bildungsstandbezogenen Folgen verstärkenden Effekt. Mit Blick auf das AU-Geschehen ist festzuhalten, dass 52 % der Angehörigen der hier untersuchten Stichprobe vor dem 13.03.2020 befragt wurden, 90 % datierten das Ende der Arbeitsunfähigkeit vor den 13.03.2020. Die Folgen der COVID-19 Pandemie dürfte sich aufgrund dieser Zahlen kaum auf das AU-Geschehen der hier untersuchten Stichprobe ausgewirkt haben. Auch bei den genannten AU-Diagnosen spielte COVID namentlich keine Rolle.

Die Platzierung der ‚Return to work‘-Thematik in der GHS gewährte einen ressourcenschonenden Zugang zu Personen mit potenzieller Erfahrung mit BEM- bzw. StW-Verfahren.

Aufgrund des geringen Stichprobenumfangs sind die Ergebnisse teilweise eher deskriptiv bzw. hypothesengenerierend zu verstehen.

Hinsichtlich einer bundesweiten Generalisierung der Studienergebnisse ist zu berücksichtigen, dass in der Stichprobe aufgrund von Studienabbrüchen und der Regionalität der Studie Personen mit geringerem sozioökonomischen Status unterrepräsentiert bzw. in großen Unternehmen Beschäftigte überrepräsentiert sind. Eine Folge könnte die Überschätzung der (BEM-)Angebotsquote sein.

4.4 Schlussfolgerungen: Implikationen für Forschung, Praxis und Politik

Arbeitgebende kommen ihrer Pflicht, Beschäftigten, die lange Zeit oder wiederholt arbeitsunfähig waren, ein Angebot zum BEM zu machen, weiterhin unzureichend nach. Zugleich empfinden auch im Falle eines angenommenen BEM-/StW-Verfahrens nur ca. zwei Drittel der Beschäftigten die erfahrene AG-Unterstützung als (eher) ausreichend. Die Empfehlung lautet daher nicht, primär die Quote der Angebote zur betrieblichen RTW-Intervention zu steigern. Wichtiger erscheint es, BEM- bzw. StW-Verfahren so weiterzuentwickeln und umzusetzen, dass sie sich nicht nur deshalb nützlich zeigen, weil keine Kündigung erfolgt, sondern weil sie tatsächlich dazu beitragen, u. a. Arbeitsfähigkeit wiederzuerlangen.

Maßnahmen und Interventionen sollten entsprechend ihrer zu erwartenden Wirksamkeit eingesetzt werden. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung konnte nicht explizit überprüft werden, inwieweit BEM-/StW-Verfahren für Angehörige bestimmter Risiko-Gruppen wirksam(er) sind. Zumindest allgemein betrachtet weisen die vorliegenden Ergebnisse eher auf einen geringen Nutzen von BEM-/StW-Verfahren hin. Weiterer Forschungsbedarf wird hier deutlich.

Jede dritte StW erfolgt ohne bzw. unabhängig von einem BEM-Verfahren. Möglicherweise wurde hier nur auf eine Formalität verzichtet. Auszuschließen ist jedoch nicht, dass Arbeitgebende (zu) wenig eingebunden sind und mögliche Synergieeffekte ungenutzt bleiben. Hier gilt

4.4 Schlussfolgerungen: Implikationen für Forschung, Praxis und Politik

es auch zu prüfen, ob Möglichkeiten bestehen, Betriebsärzte stärker in den Rückkehrprozess einzubeziehen.

Der Austausch von Unternehmensvertreter*innen, Betriebsärztinnen*Betriebsärzten, Vertragsärztinnen*Vertragsärzten, evtl. auch StW-erfahrenen Klinik-/Rehaärztinnen*ärzten und den Renten- bzw. Krankenversicherungen könnte schließlich bei allen Beteiligten Wissens- und Verständnislücken schließen und verbesserte Prozessabläufe begünstigen. Bei der Politik liegt es, die verschiedenen Stakeholder, die im Rahmen von RTW-Prozessen u. a. auch finanziell involviert sind, zusammenzubringen und Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine konstruktive Zusammenarbeit fördern.

Kritisch anzumerken ist, dass auch in diesem Kontext ohnehin sozial benachteiligte Personen weitere Benachteiligung erfahren könnten. So liegt es eher im Interesse auf Effizienz bzw. Wirtschaftlichkeit ausgerichteter Unternehmen, gering qualifizierte Mitarbeiter*innen zu ersetzen als sich zu bemühen, sie mit möglicherweise langwierigen Rückkehrprozessen wieder in Beschäftigung zu bringen. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass ein erneuter Wiedereinstieg schwerfällt, bzw. der Arbeitsplatzverlust die spätere Erwerbstätigkeit deutlich gefährdet. Zu bedenken bleibt, dass den gemachten Annahmen ein positives, gesundheitsförderliches Verständnis von Arbeit zugrunde liegt. Der berufliche Wiedereinstieg kann nur dann dauerhaft und in gesunder Weise erfolgen, wenn günstige Arbeitsbedingungen bestehen.

BEM ist mit der Verpflichtung Arbeitgebender zu seinem Angebot auf abhängig Beschäftigte ausgerichtet, während die StW grundsätzlich auch bei Selbstständigen durchführbar ist. Auch in der RTW-Forschung liegt der Fokus auf der Gruppe der abhängig Beschäftigten. Die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit sowie ihre Folgen für die Erwerbsbiografie von Selbstständigen gilt es allerdings ebenfalls in den Blick zu nehmen – zumal nicht davon ausgegangen werden kann, dass es sich um eine per se sozioökonomisch und gesundheitlich privilegierte Gruppe handelt.

5 Zusammenfassung

Hintergrund: Erwerbsarbeit ist ein zentrales Anliegen des Individuums und der Gesellschaft. Mithilfe des Betriebliches Eingliederungsmanagements (BEM) und der Stufenweisen Wiedereingliederung (StW) sollen in Deutschland von langer Arbeitsunfähigkeit (AU) betroffene Beschäftigte unterstützt werden, ihre Arbeitsfähigkeit wiederzuerlangen und an ihren Arbeitsplatz bzw. in die aktive Erwerbstätigkeit zurückzukehren. Die Tatsache, dass BEM und StW seit 20 bzw. 35 Jahren gesetzlich etabliert sind, und Darstellungen von Unternehmen, BEM sei im betrieblichen Handeln gelebter Standard, stehen u. a. in Widerspruch zu bisherigen Forschungsbefunden über die Verbreitung bzw. Nutzung der Verfahren. Das Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, den Kenntnisstand zur Nutzung des BEM und der StW zu aktualisieren und mit sowohl impliziten als auch expliziten Nutzenbewertungen um neue Erkenntnisse aus der Beschäftigtenperspektive zu ergänzen.

Methode: Die retrospektive Erhebung der ‚Return to work‘ (RTW)-Erfahrungen (ehemals) abhängig Beschäftigter erfolgte von 10/2019 bis 07/2020 mit dem ‚Fragebogen zur Rückkehr in den Beruf‘ im 10-/12,5-Jahres Follow-Up der Gutenberg-Gesundheitsstudie (GHS). Die GHS ist eine populationsbasierte lokale Kohortenstudie. Die im Raum Mainz/Mainz-Bingen wohnenden Befragten waren zum Messzeitpunkt (MZP) im Erwerbsalter und hatten aufgrund ihrer AU-Zeiten in den vorausgegangenen fünf Jahren einen Anspruch auf ein BEM-Angebot. Die Angaben von 187 BEM-Berechtigten wurden ausgewertet. Fehlende Werte wurden für die regressionsanalytischen Modelle multipel imputiert.

Es wurden die Nutzungsquoten und weitere Verfahrensmerkmale sowie nutzenbezogene Angaben deskriptiv berichtet. Einflussfaktoren der Nutzung des BEM/der StW wurden anhand eines multinomialen logistischen Regressionsmodells erfasst. Mit binomial-logistischen Regressionsmodellen wurde untersucht, welche Bedeutung eine (nicht) gegebene bzw. in Anspruch genommene BEM-/StW-Option hat (1) für die spätere Erwerbstätigkeit sowie Arbeitsfähigkeit und (2) für die retrospektive Bewertung der bei der beruflichen Rückkehr durch die*den Arbeitgebende*n (AG) erfahrenen Unterstützung.

Ergebnisse: 45 % der nach selbstberichteten Angaben anspruchsberechtigten Beschäftigten erhielten unmittelbar ein BEM-Angebot von ihrem*ihrer AG, weitere 13 % auf Nachfrage. 66 % der Beschäftigten mit BEM-Option nahmen diese an. 41 % aller Befragten nahmen an einem StW-Verfahren teil, 22 % nicht mangels ärztlicher Empfehlung. In 10 % der Fälle mit ärztlicher Empfehlung widersprach der*die AG der Durchführung der StW. Letztlich hatten 24 % der Befragten weder eine Option auf ein BEM- noch auf ein StW-Verfahren. Ebenso viele sahen von der Annahme der Option ab. 68 % derer, die ein BEM-Angebot ablehnten, hatten keinen Bedarf aufgrund der Art der Erkrankung bzw. Unfallfolge.

Die überwiegende Mehrheit (84 %) der Beschäftigten kehrte unmittelbar aus der AU heraus zum*zur AG zurück; der entsprechende Anteil liegt in der Gruppe der Beschäftigten ohne BEM-/StW-Option bei 52 %. Ca. jede*r zweite „Aussteiger*in“ wurde arbeitslos, häufig nach Kündigung durch die*den AG. Beschäftigte mit Hauptschulabschluss haben im Vergleich zu jenen mit (Fach-)Abitur eine dreifach höhere Chance, keine Option auf ein BEM-/StW-Verfahren zu erhalten als an einem RTW-Verfahren teilzunehmen (OR=3,20; 95 %-KI: 1,16; 8,81). Die Chance, die BEM-/StW-Option abzulehnen statt anzunehmen, nimmt mit höherem Alter der Befragten ab (OR=0,95; 95 %-KI: 0,91; 0,99). Insgesamt nahmen 82 % der Beschäftigten mit BEM-Verfahren zeitgleich oder -versetzt auch an einer StW teil. Dementsprechend ist die

5 Zusammenfassung

im Rahmen des BEM am häufigsten ergriffene Maßnahme die befristete Reduktion der Arbeitszeit. Sie wurde von 69 % der Befragten mit BEM-Verfahren berichtet. Andere Maßnahmen spielen eine untergeordnete Rolle; u.a. wurden 11 % der BEM-Teilnehmer*innen (TN) arbeitsmedizinisch beraten, in 10 % der Fälle wurden keine Maßnahmen umgesetzt.

Nutzenbewertung: Beschäftigte ohne BEM-/StW-Option haben im Vergleich zu BEM-/StW-TN eine geringere Chance, durchschnittlich 1,7 Jahre nach AU bei mindestens moderater Arbeitsfähigkeit erwerbstätig zu sein (OR=0,35; 95 %-KI: 0,14; 0,88). Keine Unterschiede zeigen sich zwischen denjenigen, die eine BEM-/StW-Option ablehnten und jenen, die sie annahmen. Befragte mit Hauptschulabschluss (OR=0,19; 95 %-KI: 0,07; 0,55) bzw. jene mit längerer AU-Dauer (OR=0,98; 95 %-KI: 0,96; 1,00) weisen unabhängig von (der Möglichkeit) der Teilnahme an einem BEM-/StW-Verfahren geringere Chancen auf, im aktuellen MZP bei mindestens moderater Arbeitsfähigkeit erwerbstätig zu sein. Unabhängig von (der Möglichkeit) der Teilnahme an einem BEM-/StW-Verfahren haben Beschäftigte mit unfallbedingter AU eine höhere Chance auf spätere Erwerbstätigkeit bei mindestens moderater Arbeitsfähigkeit (OR=3,28; 95 %-KI: 1,04; 10,33).

61 % der Beschäftigten gaben retrospektiv an, sich durch die*den AG bei der beruflichen Rückkehr (eher) unterstützt gefühlt zu haben. Das trifft auf jene ohne BEM-/StW-Option seltener zu als auf BEM-/StW-TN (OR=0,27; 95 %-KI: 0,11; 0,66). Zwischen denjenigen, die eine BEM-/StW-Option ablehnten und jenen, die sie annahmen, zeigen sich keine Unterschiede. Beschäftigte, die ihre berufliche Situation vor der AU als stark belastend beschrieben, weisen eine geringere Chance auf, sich bei der beruflichen Rückkehr von dem*der AG unterstützt zu fühlen (OR=0,3; 95 %-KI: 0,13; 0,71).

Fazit: Obgleich AG der Durchführung von BEM- bzw. StW-Verfahren i. d. R. nicht aktiv widersprachen, kommen sie ihrer Pflicht, Beschäftigten mit langen AU-Zeiten ein Angebot zum BEM zu machen, (weiterhin) unzureichend nach. Jedoch lehnten auch Beschäftigte Angebote zum BEM ab, überwiegend mangels Unterstützungsbedarfs. Möglicherweise liegen dem auch Kosten-Nutzenabwägungen oder mangelndes Wissen zum BEM zugrunde. Durch ihr Informations- bzw. Empfehlungsverhalten und ihre Haltung gegenüber den Rückkehrenden könnten Ärzte*Ärztinnen und AG hier begünstigend Einfluss nehmen.

Beschäftigte mit Hauptschulabschluss haben eine höhere Chance als Beschäftigte mit (Fach-)Abitur, keine BEM-/StW-Option zu erhalten als diese anzunehmen. Vergleichsweise häufig wurde hier von alternativen Handlungsstrategien wie der Kündigung Gebrauch gemacht, die im Widerspruch zum BEM bzw. zur StW stehen. Gleichfalls früheren Forschungsergebnissen entsprechend erweist sich der Bildungsstand unabhängig von der Inanspruchnahme eines BEM-/StW-Verfahrens auch als bedeutsamer Einflussfaktor der späteren Erwerbstätigkeit/Arbeitsfähigkeit. Die beiden RTW-Interventionen scheinen, zumindest wie sie aktuell umgesetzt werden, keinen messbaren Beitrag zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten zu leisten.

Selbst im Falle eines angenommenen BEM-/StW-Verfahrens bewerteten nur ca. zwei Drittel der Beschäftigten die erfahrene AG-Unterstützung als (eher) ausreichend. BEM- bzw. StW-Verfahren gilt es so weiterzuentwickeln und umzusetzen, dass sie sich nicht nur deshalb nützlich zeigen, weil keine Kündigung erfolgt, sondern weil sie tatsächlich dazu beitragen, u. a. Arbeitsfähigkeit wiederzuerlangen. Interventionen sollten entsprechend ihrer zu erwartenden Wirksamkeit eingesetzt werden. Weiterer Forschung bedarf es, um insbesondere die Wirksamkeit des BEM zielgruppenspezifisch zu bewerten.

6 Literaturverzeichnis

Ahlers, E. (2016): Arbeit und Gesundheit im betrieblichen Kontext. Befunde aus der Betriebsrätebefragung des WSI 2015. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf (WSI Report, 33). Online verfügbar unter https://www.boeckler.de/pdf/p_wsi_report_33_2016.pdf, zuletzt geprüft am 19.01.2024.

Allison, P. D. (2015): Imputation by Predictive Mean Matching: Promise & Peril. Online verfügbar unter <https://statisticalhorizons.com/predictive-mean-matching/>, zuletzt geprüft am 05.12.2023.

de Amorim, J. S. C.; Salla, S.; Trelha, C. S. (2014): Factors associated with work ability in the elderly: systematic review. In: *Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology* 17 (4), S. 830–841. DOI: 10.1590/1809-4503201400040003.

Anema, J. R.; Schellart, A. J. M.; Cassidy, J. D.; Loisel, P.; Veerman, T. J.; van der Beek, A. J. (2009): Can cross country differences in return-to-work after chronic occupational back pain be explained? An exploratory analysis on disability policies in a six country cohort study. In: *Journal of occupational rehabilitation* 19 (4), S. 419–426. DOI: 10.1007/s10926-009-9202-3.

Austin, P. C.; White, I. R.; Lee, D. S.; van Buuren, S. (2021): Missing Data in Clinical Research: A Tutorial on Multiple Imputation. In: *The Canadian journal of cardiology* 37 (9), S. 1322–1331. DOI: 10.1016/j.cjca.2020.11.010.

Babac, A.; Damm, K.; Graf von der Schulenburg, J-M. (2019): Patient-reported data informing early benefit assessment of rare diseases in Germany: A systematic review. In: *Health economics review* 9 (1), S. 34. DOI: 10.1186/s13561-019-0251-9.

Bäcker, G. (2021): Entwicklung des Krankenstandes 1970-2021. Hg. v. Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ). Online verfügbar unter www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Arbeitsbedingungen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbV1_Thema_Monat_08_2021.pdf, zuletzt geprüft am 26.04.2024.

Badekow, B.; Deppe, I.; Foerster, L. (2019): 130 Jahre gesetzliche Rentenversicherung. Unter Mitarbeit von Dr. Thomas Forstner, Romy Schindler M.A., Britta Voith von Voithenberg, Vlada Arnold M.A. Hg. v. Deutsche Rentenversicherung Bund. München, zuletzt geprüft am 16.02.2024.

Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Meyer, M. (Hg.) (2020): Fehlzeiten-Report 2020. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Baltes-Götz, B. (2013): Behandlung fehlender Werte in SPSS und Amos. Hg. v. Zentrum für Informations-, Medien- und Kommunikationstechnologie (ZIMK) an der Universität Trier. Universität Trier. Trier. Online verfügbar unter [extension://efaidnbmnribpcajpcglclefindmkaj/https://www.uni-trier.de/fileadmin/urt/doku/bfw/bfw.pdf](https://www.uni-trier.de/fileadmin/urt/doku/bfw/bfw.pdf), zuletzt geprüft am 05.12.2023.

BAuA (Hg.) (2021a): baua:Praxis "Die Rückkehr gemeinsam gestalten - Wiedereingliederung nach psychischen Krisen". Online verfügbar unter https://www.baua.de/DE/Themen/Praevention/Betriebliche-Praeventionsarbeit/Betriebliches-Eingliederungsmanagement/Betriebliches-Eingliederungsmanagement_node.html, zuletzt geprüft am 16.02.2024.

BAuA (2021b): Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2019. Online verfügbar unter <https://www.baua.de>, zuletzt geprüft am 18.04.2024.

- Bauer, J. F.; Chakraverty, V.; Niehaus, M. (2017): Betriebliche Inklusion: Arbeitnehmer mit dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Etikettierungs-Ressourcen-Dilemma. In: *Public Health Forum* 25 (4), S. 315–317. DOI: 10.1515/pubhef-2017-0054.
- Bauer, V.; Bungard, S.; Hertle, D.; Kliner, K.; Tewes, C.; Trümmer, A. (2012): BKK Gesundheitsreport 2012. Gesundheit fördern Krankheit versorgen mit Krankheit leben. BKK Bundesverband. Essen (BKK Gesundheitsreport). Online verfügbar unter <https://www.gesundheitsmanagement24.de/wp-content/uploads/2015/08/BKK-Gesundheitsreport-2012-kurz.pdf?>, zuletzt geprüft am 22.01.2024.
- 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. In: *International archives of occupational and environmental health* 94 (4), S. 591–599. DOI: 10.1007/s00420-020-01608-4.
- BIBB (2018): BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018. Arbeit und Beruf im Wandel. Erwerb und Verwertung beruflicher Qualifikationen. Online verfügbar unter www.bibb.de/de/120405.php, zuletzt geprüft am 26.04.2024.
- Biering, K.; Hjøllund, N. H.; Lund, T. (2013): Methods in measuring return to work: a comparison of measures of return to work following treatment of coronary heart disease. In: *Journal of occupational rehabilitation* 23 (3), S. 400–405. DOI: 10.1007/s10926-012-9405-x.
- Blank, L.; Peters, J.; Pickvance, S.; Wilford, J.; Macdonald, E. (2008): A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. In: *Journal of occupational rehabilitation* 18 (1), S. 27–34. DOI: 10.1007/s10926-008-9121-8.
- BMG (2024): Krankengeld. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankengeld/>, zuletzt geprüft am 15.07.2024.
- de Boer, A. G. E. M.; Taskila, T. K.; Tamminga, S. J.; Feuerstein, M.; Frings-Dresen, M. H. W.; Verbeek, J. H. (2015): Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. In: *The Cochrane database of systematic reviews* (9), CD007569. DOI: 10.1002/14651858.CD007569.pub3.
- de Boer, A. G.; Torp, S.; Popa, A.; Horsboel, T.; Zadnik, V.; Rottenberg, Y. et al. (2020): Long-term work retention after treatment for cancer: a systematic review and meta-analysis. In: *Journal of cancer survivorship : research and practice* 14 (2), S. 135–150. DOI: 10.1007/s11764-020-00862-2.
- bpb (2020): Soziale Situation in Deutschland. Erwerbstätigenquote nach Geschlecht und Alter. Hg. v. Bundeszentrale für politische Bildung. Online verfügbar unter <https://www.bpb.de>, zuletzt geprüft am 18.04.2024.
- bpb (2024): Erwerbspersonen - Nichterwerbspersonen. Hg. v. Bundeszentrale für politische Bildung. Online verfügbar unter <https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/lexikon-der-wirtschaft/19248/erwerbspersonen/>, zuletzt geprüft am 19.02.2024.
- Braband, C.; Consiglio, V.; Hainbach, N.; Grabka, M. M.; Königs, S. (2022): Die ungleichen Auswirkungen auf Beschäftigte im ersten Pandemiejahr. Bertelsmann Stiftung. Berlin. Online verfügbar unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/Graue-Publikationen/Kurzexpertise_SoepCov_BSt_OECD_DIW.pdf, zuletzt geprüft am 15.02.2024.
- Brucks, A.; Blank, D.; Kohl, M.; Riedl, L.; Lang, A.; Brieger, P.; Hamann, J. (2021): Entwicklung einer Intervention zur Unterstützung von stationär-psychiatrisch behandelten Patienten bei der

Rückkehr an den Arbeitsplatz im Rahmen der RETURN-Studie. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*. DOI: 10.1055/a-1690-7136.

Brzoska, P.; Spanier, K.; Bethge, M. (2019): Potenziale des Dritten Sozialmedizinischen Panels für Erwerbspersonen (SPE-III) für die Forschung im Bereich Migration und Rehabilitation: Das Beispiel der Inanspruchnahme rehabilitativer Versorgung. In: *Die Rehabilitation* 58 (6), S. 385–391. DOI: 10.1055/a-0847-3234.

Bundesministerium des Innern und für Heimat (2014): Merkblatt - Die stufenweise Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell für Beamtinnen und Beamte des Bundes. Online verfügbar unter <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/themen/oeffentlicher-dienst/beamte/hamburger-modell.html>, zuletzt geprüft am 06.03.2023.

Bünning, M.; Hipp, L.; Munnes, S. (2020): Erwerbsarbeit in Zeiten von Corona. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Online verfügbar unter <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/216101/1/Full-text-report-Buenning-et-al-Erwerbsarbeit-in-Zeiten-von-Corona-v1-20200415.pdf>, zuletzt geprüft am 26.01.2024.

Bürger, W.; Deck, R. (2009): SIBAR - ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. In: *Die Rehabilitation* 48 (4), S. 211–221. DOI: 10.1055/s-0029-1231062.

Bürger, W. (2004): Stufenweise Wiedereingliederung nach orthopädischer Rehabilitation -- Teilnehmer, Durchführung, Wirksamkeit und Optimierungsbedarf. In: *Die Rehabilitation* 43 (3), S. 152–161. DOI: 10.1055/s-2003-814985.

Bürger, W.; Glaser-Möller, N.; Kulick, B.; Pallenberg, C.; Stapel, M. (2011): Stufenweise Wiedereingliederung zulasten der gesetzlichen Rentenversicherung--Ergebnisse umfassender Routinedatenanalysen und Teilnehmerbefragungen. In: *Die Rehabilitation* 50 (2), S. 74–85. DOI: 10.1055/s-0030-1261900.

Bürger, W.; Streibelt, M. (2011): Wer profitiert von Stufenweiser Wiedereingliederung in Trägerschaft der gesetzlichen Rentenversicherung? In: *Die Rehabilitation* 50 (3), S. 178–185. DOI: 10.1055/s-0031-1273775.

Bürger, W.; Streibelt, M. (2018): Wer profitiert von Stufenweisen Wiedereingliederungen zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung? – Ergebnisse einer Kohortenstudie. In: *Die Rehabilitation*. DOI: 10.1055/a-0618-0118.

Cancelliere, C.; Donovan, J.; Stochkendahl, M. J.; Biscardi, M.; Ammendolia, C.; Myburgh, C.; Cassidy, J. D. (2016): Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. In: *Chiropractic & manual therapies* 24 (1), S. 32. DOI: 10.1186/s12998-016-0113-z.

Catalina-Romero, C.; Ruilope, L. M.; Sánchez-Chaparro, M. A.; Valdivielso, P.; Cabrera-Sierra, M.; Fernández-Labandera, C. et al. (2015): Factors influencing return-to-work after cerebrovascular disease: the importance of previous cardiovascular risk. In: *European journal of preventive cardiology* 22 (9), S. 1220–1227. DOI: 10.1177/2047487314544961.

Chakraverty, V.; Zimmer, H.; Niehaus, M. (2023): Mögen mich die anderen und ermutigen sie mich, ich selbst zu sein? Eine Propensity-Score-Analyse zum Effekt dauerhafter gesundheitlicher Beeinträchtigungen auf das arbeitsbezogene Inklusionserleben. In: *Die Rehabilitation* 62 (2), S. 94–103. DOI: 10.1055/a-1907-3585.

- Chow, S. L.; Ting, A. S.; Su, T. T. (2014): Development of Conceptual Framework to Understand Factors Associated with Return to Work among Cancer Survivors: A Systematic Review. In: *Iranian J Publ Health* 43 (4), S. 391–405.
- Cocchiara, R. A.; Sciarra, I.; D'Egidio, V.; Sestili, C.; Mancino, M.; Backhaus, I. et al. (2018): Returning to work after breast cancer: A systematic review of reviews. In: *Work (Reading, Mass.)* 61 (3), S. 463–476. DOI: 10.3233/WOR-182810.
- Cornelius, L. R.; van der Klink, J. J. L.; Groothoff, J. W.; Brouwer, S. (2011): Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: a systematic review. In: *Journal of occupational rehabilitation* 21 (2), S. 259–274. DOI: 10.1007/s10926-010-9261-5.
- Cullen, K. L.; Irvin, E.; Collie, A.; Clay, F.; Gensby, U.; Jennings, P. A. 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. In: *Journal of occupational rehabilitation* 28 (1), S. 1–15. DOI: 10.1007/s10926-016-9690-x.
- Darter, B. J.; Hawley, C. E.; Armstrong, A. J.; Avellone, L.; Wehman, P. (2018): Factors Influencing Functional Outcomes and Return-to-Work After Amputation: A Review of the Literature. In: *Journal of occupational rehabilitation* 28 (4), S. 656–665. DOI: 10.1007/s10926-018-9757-y.
- Detka, C.; Kuczyk, S.; Lange, B.; Ohlbrecht, H. (2019): Betriebliches Eingliederungsmanagement als Chance? Kreative Suchprozesse in kleinen und mittleren Unternehmen. In: *WSI* 72 (5), S. 365–372. DOI: 10.5771/0342-300X-2019-5-365.
- Deutsche Rentenversicherung (2022): Informationen zur Stufenweisen Wiedereingliederung G0832. Hg. v. Deutsche Rentenversicherung. Online verfügbar unter www.deutsche-rentenversicherung.de/, zuletzt geprüft am 26.04.2024.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2020): Statistik der Deutschen Rentenversicherung: Rentenversicherung in Zahlen 2020. Online verfügbar unter <https://www.sozialpolitik-aktuell.de>, zuletzt geprüft am 18.04.2024.
- Deutscher Bundestag (21.10.2003): Drucksache 15/1783. Online verfügbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/15/017/1501783.pdf>, zuletzt geprüft am 18.04.2024.
- Deutscher Bundestag (30.11.2016): Drucksache 18/10528. Online verfügbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/18/105/1810528.pdf>, zuletzt geprüft am 18.04.2024.
- Deutscher Bundestag (05.05.2021): Drucksache 19/29328. Online verfügbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/19/293/1929328.pdf>, zuletzt geprüft am 18.04.2024.
- Donders, A. Rogier T.; van der Heijden, G. J. M. G.; Stijnen, T.; Moons, K. G. M. (2006): Review: a gentle introduction to imputation of missing values. In: *Journal of Clinical Epidemiology* 59 (10), S. 1087–1091. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2006.01.014.
- Dreyer, R.I P.; Xu, X.; Zhang, W.; Du, X.; Strait, K. M.; Bierlein, M. et al. (2016): Return to Work After Acute Myocardial Infarction: Comparison Between Young Women and Men. In: *Circulation. Cardiovascular quality and outcomes* 9 (2 Suppl 1), S45-52. DOI: 10.1161/CIRCOUTCOMES.115.002611.
- Drössler, S.; Magister, S.; Bretschneider, M.; Zeiser, M.; Kämpf, D.; Seidler, A. (2021): GAP-Modul: Entwicklung eines Fragebogens zur Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen im technologischen Wandel. In: *Das Soziale in Medizin und Gesellschaft – Aktuelle Megatrends fordern uns heraus* 56. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin

und Prävention (DGSMP). Das Soziale in Medizin und Gesellschaft – Aktuelle Megatrends fordern uns heraus 56. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). Leipzig, digital, 22/09/2021 - 24/09/2021: Georg Thieme Verlag KG (Das Gesundheitswesen).

Ebener, M.; Hasselhorn, H. (2019): Validation of Short Measures of Work Ability for Research and Employee Surveys. In: *IJERPH* 16 (18), S. 3386. DOI: 10.3390/ijerph16183386.

Eggerer, R.; Kaiser, H.; Jastrow, B. (2009): Abschlussbericht des Projekts EIBE: EIBE 2 - Entwicklung und Integration eines betrieblichen Eingliederungsmanagements. Nürnberg (Forschungsbericht/Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bd. FB401).

Etuknwa, A.; Daniels, K.; Eib, C. (2019): Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors. In: *Journal of occupational rehabilitation* 29 (4), S. 679–700. DOI: 10.1007/s10926-019-09832-7.

Europäische Kommission (2024): Niederlande - Lohnfortzahlung und Krankengeld. Hg. v. Europäische Kommission. Online verfügbar unter <https://ec.europa.eu/social/main>, zuletzt geprüft am 19.02.2024.

Ewert, T.; Cieza, A.; Stucki, G. (2002): Die ICF in der Rehabilitation. In: *Phys Med Rehab Kuror* 12 (3), S. 157–162. DOI: 10.1055/s-2002-32720.

Faller, H.; Lang, H. (2010): Interventionsformen und besondere medizinische Situationen. In: Hermann Faller und Hermann Lang (Hg.): *Medizinische Psychologie und Soziologie*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg (Springer-Lehrbuch), S. 237–289.

Feldes, W.; Kohte, W. (2018): SGB IX - Sozialgesetzbuch Neuntes Buch. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. 4. Auflage, revidierte Ausgabe. Hg. v. Eckart Stevens-Bartol. Frankfurt am Main: Bund-Verlag (Kommentar für die Praxis).

Fiabane, E.; Omodeo, O.; Argentero, P.; Candura, S. M.; Giorgi, I. (2014): Return to work after an acute cardiac event: the role of psychosocial factors. In: *PER*. DOI: 10.11138/PER/2014.3.4.137.

Figueredo, J.-M.; García-Ael, C.; Gragnano, A.; Topa, G. (2020): Well-Being at Work after Return to Work (RTW): A Systematic Review. In: *International journal of environmental research and public health* 17 (20). DOI: 10.3390/ijerph17207490.

Forster, J.; Gumprecht, D. (2022): Erwerbsstatus - internationale Definition ab 2021. Änderungen der internationalen Definitionen von Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit. In: *STATISTISCHE NACHRICHTEN* (10), S. 737–746. Online verfügbar unter https://www.statistik.at/fileadmin/pages/54/Arbeit_Def_Erwerbsstatus_2021_10_2022.pdf, zuletzt geprüft am 19.02.2024.

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. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie, vom vom 07.12.2023, zuletzt geprüft am 19.02.2024.

Gonon, A. (2023): *Eingliederung als Rechtfertigungsarbeit. Konventionen betrieblicher Arbeitsintegration am Beispiel psychisch erkrankter Beschäftigter*. 1st ed. 2023. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; Imprint Springer VS (Soziologie der Konventionen).

Gragnano, 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. In: *Journal of occupational rehabilitation* 28 (2), S. 215–231. DOI: 10.1007/s10926-017-9714-1.

Gragnano, A.; Villotti, P.; Larivière, C.; Negrini, A.; Corbière, M. (2021): A Systematic Search and Review of Questionnaires Measuring Individual psychosocial Factors Predicting Return to Work After Musculoskeletal and Common Mental Disorders. In: *Journal of occupational rehabilitation* 31 (3), S. 491–511. DOI: 10.1007/s10926-020-09935-6.

Graham, J. W.; Olchowski, A. E.; Gilreath, T. D. (2007): How many imputations are really needed? Some practical clarifications of multiple imputation theory. In: *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research* 8 (3), S. 206–213. DOI: 10.1007/s11121-007-0070-9.

Grobe, T. G.; Bessel, S. (2020): TK-Gesundheitsreport 2020 – Arbeitsunfähigkeiten. Hg. v. Techniker Krankenkasse. Hamburg. Online verfügbar unter <https://www.tk.de/resource/blob/2081662/6382c77f2ecb10cc0ae040de07c6807f/gesundheitsreport-au-2020-data.pdf>, zuletzt geprüft am 04.05.2021.

Grobe, T. G.; Braun, A. (2022): Barmer Gesundheitsreport 2022. Gender. Hg. v. Barmer. Online verfügbar unter <https://www.bifg.de/publikationen/reporte/gesundheitsreport-2022>, zuletzt geprüft am 19.02.2024.

Grobe, T. G.; Frerk, T. (2020): Barmer Gesundheitsreport 2020. Berlin: Barmer (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 24). Online verfügbar unter <https://www.barmer.de/blob/276732/db64043f45e849f359c0f3c3d4954625/data/dl-barmer-gesundheitsreport-2020.pdf>, zuletzt geprüft am 04.05.2021.

Grobe, T. G.; Schwartz, F. W. (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Hg. v. Berlin RKI (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 13). Online verfügbar unter https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=8176, zuletzt geprüft am 04.04.2021.

Hegewald, J.; Wegewitz, U. E.; Euler, U.; van Dijk, J. L.; Adams, J.; Fishta, A. et al. (2019): Interventions to support return to work for people with coronary heart disease. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 3, CD010748. DOI: 10.1002/14651858.CD010748.pub2.

Hemmert, Gr A. J.; Schons, Laura M.; Wieseke, Jan; Schimmelpfennig, Heiko (2018): Log-likelihood-based Pseudo- R2 in Logistic Regression. In: *Sociological Methods & Research* 47 (3), S. 507–531. DOI: 10.1177/0049124116638107.

Herr, S. (2018): Erfolgsmodell Audi Checkup: 100.000 Vorsorgeuntersuchungen für Mitarbeiter. Online verfügbar unter <https://www.audi-mediacycenter.com/de/pressemitteilungen/erfolgsmodell-audi-checkup100000-vorsorgeuntersuchungen-fuer-mitarbeiter-9856>, zuletzt geprüft am 03.03.2023.

Heymans, M. W.; Eekhout, I. (2019): Applied Missing Data Analysis With SPSS and (R)Studio. Amsterdam. Online verfügbar unter <https://bookdown.org/mwheyman/bookmi/>, zuletzt geprüft am 07.12.2023.

Holleder, A. (2021): Prevalence and utilization of company integration management in Germany: Results of the 2018 BiBB/BAuA survey of employed persons. In: *Journal of occupational health* 63 (1), e12276. DOI: 10.1002/1348-9585.12276.

Huep, T.; Finkenbusch, N. (2024): Arbeitsunfähigkeit. Hg. v. tk Die Techniker. Online verfügbar unter <https://www.tk-lex.tk.de>, zuletzt geprüft am 19.02.2024.

Hurrelmann, K.; Holler, B. (1988): Pädagogische Intervention. In: Georg Hörmann und Frank Nestmann (Hg.): Handbuch der psychosozialen Intervention. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 81–92.

IBM (2014): IBM SPSS Missing Values 23. Hg. v. TSC Germany/International Business Machines Corporation, USA. IBM. Online verfügbar unter [extension://efaidnbmnnnibpcajpcgcle-findmkaj/http://ftpmirror.your.org/pub/misc/ftp.software.ibm.com/software/analytics/spss/documentation/statistics/23.0/de/client/Manuals/IBM_SPSS_Missing_Values.pdf](https://www.ibm.com/support/infocenter/it12828_2301de/client/Manuals/IBM_SPSS_Missing_Values.pdf), zuletzt geprüft am 05.12.2023.

IG Metall (Hg.) (2015): Betriebliches Gesundheitsmanagement – Schöne Verpackung, wenig Inhalt? Vorstand Ressort Arbeitsgestaltung und Gesundheitsschutz. Frankfurt am Main (Gute Arbeit kompakt, 1). Online verfügbar unter https://www.igmetall.de/dl/igm/GuteArbeitNR1_e48ef33a80c789f188cb40de78d6a91f0bb7e676.pdf, zuletzt geprüft am 22.01.2024.

Ilmarinen, J. (2019): From Work Ability Research to Implementation. In: *IJERPH* 16 (16). DOI: 10.3390/ijerph16162882.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG a, o. J.): Confounder. Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, rechtsfähige Stiftung des bürgerlichen Rechts. Köln. Online verfügbar unter www.iqwig.de/sonstiges/glossar/confounder.html, zuletzt geprüft am 26.04.2024.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG b, o. J.): Odds Ratio. Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, rechtsfähige Stiftung des bürgerlichen Rechts. Köln. Online verfügbar unter <https://www.iqwig.de/sonstiges/glossar/odds-ratio.html>, zuletzt geprüft am 07.12.2023.

Jääskeläinen, A.; Kausto, J.; Seitsamo, J.; Ojajarvi, A.; Nygård, C.-H.; Arjas, E.; Leino-Arjas, P. (2016): Work ability index and perceived work ability as predictors of disability pension: a prospective study among Finnish municipal employees. In: *Scandinavian journal of work, environment & health* 42 (6), S. 490–499. DOI: 10.5271/sjweh.3598.

Jansen, J.; van Ooijen, R.; Koning, P. W. C.; Boot, C. R. L.; Brouwer, S. (2021): The Role of the Employer in Supporting Work Participation of Workers with Disabilities: A Systematic Literature Review Using an Interdisciplinary Approach. In: *Journal of occupational rehabilitation* 31 (4), S. 916–949. DOI: 10.1007/s10926-021-09978-3.

Johns, G.; Miraglia, M. (2015): The reliability, validity, and accuracy of self-reported absenteeism from work: a meta-analysis. In: *Journal of occupational health psychology* 20 (1), S. 1–14. DOI: 10.1037/a0037754.

Joyce, S.; Modini, M.; Christensen, H.; Mykletun, A.; Bryant, R.; Mitchell, P. B.; Harvey, S. B. (2016): Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. In: *Psychological medicine* 46 (4), S. 683–697. DOI: 10.1017/S0033291715002408.

Kalisch, M.; Meier, L. (2021): Logistische Regression. Eine anwendungsorientierte Einführung mit R. Wiesbaden, Heidelberg: Springer Spektrum (essentials).

Kauffeld, S.; Schermuly, C. C. (2011): Arbeitszufriedenheit und Arbeitsmotivation. In: Simone Kauffeld (Hg.): Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg (Springer-Lehrbuch), S. 179–194.

Kindel, J. (2017): "Return to Work" — Wo stehen wir heute? In: *ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* (12).

- 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. Universitätsmedizin Mainz, Mainz. IMBEI.
- Knoche, K.; Sochert, Reinhold (2014): Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland - eine Bestandsaufnahme. In: *iga-Report 24*, S. 6–12.
- Kohte, W. (2010): Das betriebliche Eingliederungsmanagement - Ein doppelter Suchprozess. In: *WSI-Mitteilungen 2010/2009 (7)*, S. 374–377.
- Kohte, W. (2022): Stufenweise Wiedereingliederung - Eine Kooperative Form der Medizinischen Rehabilitation. In: *Praxis der Rehabilitation (3)*, S. 27–32.
- Lampert, T.; Kuntz, B.; Waldhauer, J.; Hoebel, J. (2020): 2.6.5. Soziale und gesundheitliche Ungleichheit.
- Lenhard, W.; Lenhard, A. (2017): Computation of Effect Sizes.
- Lincke, H.-J.; Vomstein, M.; Lindner, A.; Nolle, I.; Häberle, N.; Haug, A.; Nübling, M. (2021): COPSOQ III in Germany: validation of a standard instrument to measure psychosocial factors at work. In: *Journal of occupational medicine and toxicology (London, England) 16 (1)*, S. 50. DOI: 10.1186/s12995-021-00331-1.
- 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. In: *International journal of environmental research and public health 18 (4)*. DOI: 10.3390/ijerph18042158.
- Lück, P.; Eberle, G.; Bonitz, D. (2009): Der Nutzen des betrieblichen Gesundheitsmanagements aus der Sicht von Unternehmen. In: Bernhard Badura, Helmut Schröder und Christian Vetter (Hg.): *Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg (Fehlzeiten-Report, 2008), S. 77–84.
- Lynch, B. M.; Mihala, G.; Beesley, V. L.; Wiseman, A. J.; Gordon, L. G. (2016): Associations of health behaviours with return to work outcomes after colorectal cancer. In: *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer 24 (2)*, S. 865–870. DOI: 10.1007/s00520-015-2855-x.
- Marschall, J.; Hildebrandt, S.; Kleinlercher, K.-M.; Nolting, H.-D. (2020): DAK Gesundheitsreport 2020. Stress in der modernen Arbeitswelt. Sonderanalyse: Digitalisierung und Homeoffice in der Corona-Krise. 1. Auflage. Hg. v. Andreas Storm. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 33).
- Marshall, A.; Altman, D. G.; Holder, R. L.; Royston, P. (2009): Combining estimates of interest in prognostic modelling studies after multiple imputation: current practice and guidelines. In: *BMC medical research methodology 9*, S. 57. DOI: 10.1186/1471-2288-9-57.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (2021): Begutachtungsanleitung Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V Arbeitsunfähigkeit (AU). Online verfügbar unter https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGA_AU_211221.pdf, zuletzt geprüft am 19.02.2024.
- Mernyi, L.; Hölzle, P.; Hamann, J. (2018): Berufstätigkeit und Rückkehr an den Arbeitsplatz bei stationär-psychiatrisch behandelten Patienten. In: *Psychiatrische Praxis 45 (4)*, S. 197–205. DOI: 10.1055/s-0043-101901.

- Meyer, M.; Wiegand, S.; Schenkel, A. (2020): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2019. In: Bernhard Badura, Antje Ducki, Helmut Schröder, Joachim Klose und Markus Meyer (Hg.): Fehlzeiten-Report 2020. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 365–444.
- Mikkelsen, M. B.; Rosholm, M. (2018): Systematic review and meta-analysis of interventions aimed at enhancing return to work for sick-listed workers with common mental disorders, stress-related disorders, somatoform disorders and personality disorders. In: *Occupational and environmental medicine* 75 (9), S. 675–686. DOI: 10.1136/oemed-2018-105073.
- Mittag, O.; Kolenda, K.-D; Nordmann, K.-J; 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. In: *Social Science & Medicine* 52 (9), S. 1441–1450. DOI: 10.1016/s0277-9536(00)00250-1.
- Mokarami, H.; Cousins, R.; Kalteh, H. O. (2022): Comparison of the work ability index and the work ability score for predicting health-related quality of life. In: *International archives of occupational and environmental health* 95 (1), S. 213–221. DOI: 10.1007/s00420-021-01740-9.
- Moore, N.; Reeder, S.; O'Keefe, S.; Alves-Stein, S.; Schneider, E.; Moloney, K. et al. (2023): "I've still got a job to go back to": the importance of early vocational rehabilitation after stroke. In: *Disability and rehabilitation*, S. 1–8. DOI: 10.1080/09638288.2023.2230125.
- 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. Köln (Forschungsbericht/Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bd. FB374).
- Nieuwenhuijsen, K.; Verbeek, J. H.; Neumeyer-Gromen, A.; Verhoeven, A. C.; Bültmann, Ute; Faber, B. (2020): Interventions to improve return to work in depressed people. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 10 (10), CD006237. DOI: 10.1002/14651858.CD006237.pub4.
- Nowrouzi-Kia, B.; Garrido, P.; Gohar, B.; Yazdani, A.; Chattu, V. K.; Bani-Fatemi, A. 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. In: *Healthcare (Basel, Switzerland)* 11 (10). DOI: 10.3390/healthcare11101403.
- Nübling, R.; Kaluscha, R.; Krischak, G.; Kriz, D.; Martin, H.; Müller, G. et al. (2016): Return to Work nach stationärer Rehabilitation – Varianten der Berechnung auf der Basis von Patientenangaben und Validierung durch Sozialversicherungs-Beitragszahlungen. In: *Phys Med Rehab Kuror* 26 (06), S. 293–302. DOI: 10.1055/s-0042-117282.
- Nübling, R.; Kaluscha, R.; Holstiege, J.; Krischak, G.; Kriz, D.; Martin, H. et al. (2015): Analyse des Behandlungserfolgs in der Medizinischen Rehabilitation - Konsequenzen für das interne Qualitätsmanagement. „Reha-QM-Outcome-Studie“. Qualitätsverbund Gesundheit und DRV Baden-Württemberg. Online verfügbar unter extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfindmkaj/https://www.h-brs.de/sites/default/files/sozialversicherung/bericht_reha-qm-outcome-studie_maerz_2015.pdf, zuletzt geprüft am 22.09.2023.
- Ohlbrecht, H.; Detka, C.; Kuczyk, S.; Lange, B. (2018): Return to Work und Stay at Work – Die Frage nach einem gelingenden betrieblichen Eingliederungsmanagement. In: *Die Rehabilitation* 57 (3), S. 157–164. DOI: 10.1055/a-0608-9402.

- Opelt, M.; Hege, M.; Rester, D. (2020): Betriebliches Eingliederungsmanagement aus der Beschäftigtenperspektive. In: *ASU 2020* (02), S. 114–122. DOI: 10.17147/asu-2002-8387.
- Peter, R.; Hasselhorn, H. M. (2013): Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe: Ein Modell. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 56 (3), S. 415–421. DOI: 10.1007/s00103-012-1615-z.
- Pransky, G.; Gatchel, R.; Linton, S. J.; Loisel, P. (2005): Improving return to work research. In: *Journal of occupational rehabilitation* 15 (4), S. 453–457. DOI: 10.1007/s10926-005-8027-y.
- Reis, C. (2021): Die Erforschung von Sozialen Interventionen und intervenierende Sozialforschung. DOI: 10.48718/zdx8-f432.
- Rimser, M. (2014): *Generation Resource Management. Nachhaltige HR-Konzepte im demografischen Wandel*. Wiesbaden [Germany]: Springer Gabler (Edition Rosenberger).
- Röben, H. (2020): *Konfliktlinien des betrieblichen Eingliederungsmanagements*. Juristische Dissertation. Universität Bremen, Bremen. Fachbereich Rechtswissenschaft, zuletzt geprüft am 16.02.2024.
- Schandelmaier, S.; Ebrahim, S.; Burkhardt, S. C. A.; de Boer, W. E. L.; Zumbunn, T.; Guyatt, G. H. et al. (2012): Return to work coordination programmes for work disability: a meta-analysis of randomised controlled trials. In: *PLoS ONE* 7 (11), e49760. DOI: 10.1371/journal.pone.0049760.
- Schneider, U.; Linder, R.; Verheyen, F. (2016): Long-term sick leave and the impact of a graded return-to-work program: evidence from Germany. In: *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care* 17 (5), S. 629–643. DOI: 10.1007/s10198-015-0707-8.
- Schulz, I. L.; Sikora, A.; Schröder, U. B.; Stegmann, R. (2021a): *Stufenweise Wiedereingliederung - Eine integrative Maßnahme der Rückkehr*.
- Schulz, I. L.; Stegmann, R.; Wegewitz, U.; Bethge, M. (2021b): *Gradual Return to Work in Germany: Protocol of a Qualitative Study to Examine Current Practices*.
- Seing, I.; MacEachen, E.; Ekberg, K.; Ståhl, C. (2015): Return to work or job transition? Employer dilemmas in taking social responsibility for return to work in local workplace practice. In: *Disability and rehabilitation* 37 (19), S. 1760–1769. DOI: 10.3109/09638288.2014.978509.
- Siegrist, K.; Siegrist, J. (2010): *Berufliche Wiedereingliederung von an Depression erkrankten Beschäftigten. Literaturüberblick und Experte-gestützte Empfehlungen*. Hg. v. Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH. Düsseldorf. Online verfügbar unter [extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.bgf-institut.de/fileadmin/redaktion/downloads/Broschueren_ALT/Broschuere_Wiedereingliederung_nach_Depression.pdf](https://www.bgf-institut.de/fileadmin/redaktion/downloads/Broschueren_ALT/Broschuere_Wiedereingliederung_nach_Depression.pdf), zuletzt geprüft am 31.08.2023.
- Sikora, A.; Schneider, G.; Wegewitz, U.; Bültmann, U. (2022): Employees Receiving Inpatient Treatment for Common Mental Disorders in Germany: Factors Associated with Time to First and Full Return to Work. In: *Journal of occupational rehabilitation* 32 (1), S. 114–127. DOI: 10.1007/s10926-021-09985-4.
- Sikora, A.; Schulz, I. L.; Schröder, U. B.; Stegmann, R. (2021): *Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) - Ein individueller, systematischer und lebendiger Prozess*.

- Smith, P.; LaMontagne, A. D.; Lilley, R.; Hogg-Johnson, S.; Sim, M. (2020): Are there differences in the return to work process for work-related psychological and musculoskeletal injuries? A longitudinal path analysis. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 55 (8), S. 1041–1051. DOI: 10.1007/s00127-020-01839-3.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020): Presse - Öffentliche Bildungsausgaben 2019 um 6,3 % gestiegen. Hg. v. Statistisches Bundesamt (Destatis). Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/12/PD20_495_217.html, zuletzt geprüft am 18.04.2024.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024a): Arbeitsmarkt - Erwerbslosigkeit. Hg. v. Statistisches Bundesamt. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbslosigkeit/_inhalt.html, zuletzt geprüft am 19.02.2024.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024b): Erwerbstätigkeit: Internationale Arbeitsorganisation (ILO)-Arbeitsmarktstatistik. Hg. v. Statistisches Bundesamt. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Methoden/Erlaeuterungen/erlaeuterungen-arbeitsmarktstatistik-ilo.html>, zuletzt geprüft am 19.02.2024.
- Steenstra, I. A.; Lee, H.; Vroome, E. M. M. de; Busse, J. W.; Hogg-Johnson, S. J. (2012): Comparing current definitions of return to work: a measurement approach. In: *Journal of occupational rehabilitation* 22 (3), S. 394–400. DOI: 10.1007/s10926-011-9349-6.
- Stoetzer, M.-W. (2020): Regressionsanalyse in der empirischen Wirtschafts- und Sozialforschung Band 2. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Sun, W.; Gholizadeh, L.; Perry, L.; Kang, K.; Heydari, M. (2021): Factors associated with return to work following myocardial infarction: A systematic review of observational studies. In: *Journal of clinical nursing* 30 (3-4), S. 323–340. DOI: 10.1111/jocn.15562.
- Textor, J.; van der Zander, B.; Gilthorpe, M. S.; Liskiewicz, M.; Ellison, G. T. (2016): Robust causal inference using directed acyclic graphs: the R package 'dagitty'. In: *International journal of epidemiology* 45 (6), S. 1887–1894. DOI: 10.1093/ije/dyw341.
- Tisch, A. (2015): Health, work ability and work motivation: determinants of labour market exit among German employees born in 1959 and 1965. In: *J Labour Market Res* 48 (3), S. 233–245. DOI: 10.1007/s12651-015-0186-5.
- Urban, D.; Mayerl, J. (Hg.) (2018): Angewandte Regressionsanalyse: Theorie, Technik und Praxis. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden (Studienskripten zur Soziologie).
- Urban, D.; Mayerl, J.; Wahl, A. (2016): Regressionsanalyse bei fehlenden Variablenwerten (missing values): Imputation oder Nicht-Imputation? : eine Anleitung für die Regressionspraxis mit SPSS. Unter Mitarbeit von Universität Stuttgart.
- van Schaaik, A.; Nieuwenhuijsen, K.; Frings-Dresen, M. H. W.; Sluiter, J. K. (2019): Work ability and work functioning: measuring change in individuals recently returned to work. In: *International archives of occupational and environmental health* 92 (3), S. 423–433. DOI: 10.1007/s00420-019-01400-z.
- van Vilsteren, M.; van Oostrom, S. H.; Vet, H. C. W. de; Franche, R.-L.; Boot, C. R. L.; Anema, J. R. (2015): Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. In: *The Cochrane database of systematic reviews* (10), CD006955. DOI: 10.1002/14651858.CD006955.pub3.

- Vargas-Prada, S.; Demou, E.; Laloo, D.; Avila-Palencia, I.; Sanati, K. A.; Sampere, M. et al. (2016): Effectiveness of very early workplace interventions to reduce sickness absence: a systematic review of the literature and meta-analysis. In: *Scandinavian journal of work, environment & health* 42 (4), S. 261–272. DOI: 10.5271/sjweh.3576.
- Venning, A.; Oswald, T. K.; Stevenson, J.; Tepper, N.; Azadi, L.; Lawn, S.; Redpath, P. (2021): Determining what constitutes an effective psychosocial 'return to work' intervention: a systematic review and narrative synthesis. In: *BMC public health* 21 (1), S. 2164. DOI: 10.1186/s12889-021-11898-z.
- Villotti, P.; Gragnano, A.; Larivière, C.; Negrini, A.; Dionne, C. E.; Corbière, M. (2021): Tools Appraisal of Organizational Factors Associated with Return-to-Work in Workers on Sick Leave Due to Musculoskeletal and Common Mental Disorders: A Systematic Search and Review. In: *Journal of occupational rehabilitation* 31 (1), S. 7–25. DOI: 10.1007/s10926-020-09902-1.
- Vogel, N.; Schandelmaier, S.; Zumbunn, T.; Ebrahim, S.; de Boer, W. E.; Busse, J. W.; Kunz, R. (2017): Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 3, CD011618. DOI: 10.1002/14651858.CD011618.pub2.
- Waddell, B.; Burton, A. K. (2006): IS WORK GOOD FOR YOUR HEALTH AND WELL-BEING? London: TSO. Online verfügbar unter https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/214326/hwwb-is-work-good-for-you.pdf, zuletzt geprüft am 08.03.2019.
- Wahl, A. (2020): Multiple Imputation by Chained Equations: Eine Leistungsevaluation bei Schätzung von Strukturgleichungsmodellen mittels Monte-Carlo-Simulationen. Von der Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Universität Stuttgart zur Erlangung der Würde eines Doktors der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (Dr. rer. pol.) genehmigte Abhandlung. Online verfügbar unter [extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://elib.uni-stuttgart.de/bitstream/11682/11190/3/Diss_Wahl_2020.pdf](https://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://elib.uni-stuttgart.de/bitstream/11682/11190/3/Diss_Wahl_2020.pdf), zuletzt geprüft am 05.12.2023.
- Wasiak, R.; Young, A. E.; Roessler, R. T.; McPherson, K. M.; van Poppel, M. N. M.; Anema, J. R. (2007): Measuring return to work. In: *Journal of occupational rehabilitation* 17 (4), S. 766–781. DOI: 10.1007/s10926-007-9101-4.
- Weber, A.; Hörmann, G.; Heipertz, W. (2007): Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. In: *Dtsch Arztebl* 104 (43), A 2957–62.
- Wegewitz, U.; Backé, E.-M. (2017): Unterstützung des Rückkehrprozesses bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit. In: Bernhard Badura, Antje Ducki, Helmut Schröder, Joachim Klose und Markus Meyer (Hg.): Fehlzzeiten-Report 2017. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 183–193.
- Wegrzynek, P. A.; Wainwright, E.; Ravalier, J. (2020): Return to work interventions for chronic pain: a systematic review. In: *Occupational medicine (Oxford, England)* 70 (4), S. 268–277. DOI: 10.1093/occmed/kqaa066.
- Wells, M.; Williams, B.; Firnigl, D.; Lang, H.; Coyle, J.; Kroll, T.; MacGillivray, S. (2013): Supporting 'work-related goals' rather than 'return to work' after cancer? A systematic review and meta-synthesis of 25 qualitative studies. In: *Psycho-oncology* 22 (6), S. 1208–1219. DOI: 10.1002/pon.3148.

Wentura, D.; Pospeschill, M. (2015): *Multivariate Datenanalyse*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Wild, P. S.; Zeller, T.; Beutel, M.; Blettner, M.; Dugi, K. A.; Lackner, K. J. et al. (2012): Die Gutenberg Gesundheitsstudie. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 55 (6-7), S. 824–829. DOI: 10.1007/s00103-012-1502-7.

Wrage, W.; Sikora, A.; Wegewitz, U. (2020): Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM).

Wrage, W.; Sikora, A.; Wegewitz, Uta (2023): Verbreitung des betrieblichen Eingliederungsmanagements: Sind Gesundheitsorientierung und soziale Ressourcen bedeutsamer als Betriebsgröße? Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 85 (5), S. 453–460. DOI: 10.1055/a-1791-1122.

Young, A. E.; Roessler, R. T.; Wasiak, R.; McPherson, K. M.; van Poppel, M. N. M.; Anema, J. R. (2005): A developmental conceptualization of return to work. In: *Journal of occupational rehabilitation* 15 (4), S. 557–568. DOI: 10.1007/s10926-005-8034-z.

Zumbeck, C. (2018): Abschlussbericht Unterstützende Ressourcen für das Betriebliche Eingliederungsmanagement Analyse der BEM-Einflussfaktoren und Erprobung eines modellhaften BEM-Ansatzes. Unter Mitarbeit von C. Schrader, A. Becker, R. Richter und S. Heegner. DGB Bildungswerk e.V., Düsseldorf. Online verfügbar unter <http://www.re-bem.de/wp-content/uploads/2019/01/Abschlussbericht-Projekt-RE-BEM.pdf>, zuletzt geprüft am 05.05.2021.

7 Anhang

7.1 Fragebogen zur Rückkehr in den Beruf (Pilotversion)



Fragebogen: Rückkehr in den Beruf (Pilotversion)

1. Waren Sie in den letzten fünf Jahren - für die gesamte Dauer oder eine begrenzte Zeit - berufstätig (z.B. angestellt, selbstständig oder freiberuflich)?
 Ja
 Nein → die Befragung endet hier für Sie
2. Sind Sie in den letzten fünf Jahren Ihrer beruflichen Tätigkeit mindestens sechs Wochen (am Stück oder innerhalb von zwölf Monaten aufsummiert aus Einzelfehlzeiten) **nicht** nachgegangen? (hiervon ausgenommen: regulärer Urlaub)
 Ja (bitte Zeitraum/Jahr angeben)
 Nein → die Befragung endet hier für Sie
 Ich weiß nicht → die Befragung endet hier für Sie

Im Folgenden bitte immer auf die aktuellste Abwesenheit von mindestens sechs Wochen Dauer (am Stück oder innerhalb von zwölf Monaten aufsummiert aus Einzelfehlzeiten) beziehen.

3. Aus welchen Gründen sind Sie Ihrer beruflichen Tätigkeit nicht nachgegangen?
 Wegen der gesundheitlichen Folgen eines Unfalls
 Aus anderen gesundheitlichen Gründen: (bitte angeben)
 Wegen Elternzeit und/oder Mutterschutz
 Wegen der Pflege von Angehörigen
 Wegen Sabbatjahr/Sonderurlaub
 Aus anderen Gründen:
4. Wie viele MitarbeiterInnen hat das Unternehmen, in dem Sie während Ihrer beruflichen Abwesenheit beschäftigt waren bzw. sind?
 0 - 9 10 - 49
 50 - 249 250 und mehr
 Weiß ich nicht
 Bin selbstständig/freiberuflich tätig
5. **Unmittelbar vor Ihrer beruflichen Abwesenheit:** Wie belastend oder erfüllend haben Sie Ihre berufliche Situation **insgesamt** erlebt?
 Stark belastend
 Etwas belastend
 Teils/teils
 Eher erfüllend
 Sehr erfüllend

<GHSID>

Fragebogen x Seite x



6. **Unmittelbar nach Ihrer beruflichen Abwesenheit:** Sind Sie zu Ihrem bisherigen Arbeitgeber zurückgekehrt bzw. werden Sie dies voraussichtlich tun?
 Ja
 Nein, da Altersrente Nein, da Rente wegen Erwerbsminderung
 Nein, mir wurde gekündigt ... Nein, ich habe gekündigt ...
 und...
 Ich habe den Arbeitgeber gewechselt
 Ich habe eine Ausbildung/Umschulung begonnen oder fortgesetzt
 Ich bin arbeitslos geworden
 Ich bin als Hausmann/-frau tätig geworden
 Noch offen
 Bin selbstständig/freiberuflich tätig

7. Haben Sie sich durch Ihren Arbeitgeber bezüglich Ihrer beruflichen Rückkehr ausreichend unterstützt gefühlt?
 Ja
 Eher ja
 Teils/teils
 Eher nein
 Nein
 Kann ich (noch) nicht beurteilen
 Ich bin selbstständig/freiberuflich tätig

Bei unfall- oder krankheitsbedingter Abwesenheit → bitte weiter mit Frage 8
Bei sonstiger Abwesenheit → bitte weiter mit Frage 15

8. Hat Ihnen Ihr Arbeitgeber ein Angebot zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) gemacht?
 Ja, er kam von sich aus auf mich zu
 Ja, auf meine Nachfrage hin
 Nein → bitte weiter mit Frage 12
 Ich weiß nicht → bitte weiter mit Frage 12
 Abwesenheit dauert noch an → bitte weiter mit Frage 15
 Ich bin selbstständig/freiberuflich tätig → bitte weiter mit Frage 12
9. Haben Sie das Angebot zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) angenommen bzw. beabsichtigen Sie dies zu tun?
 Ja
 Nein → bitte weiter mit Frage 11
 Ich habe mich noch nicht entschieden → bitte weiter mit Frage 12

<GHSID>

Fragebogen x Seite x



10. Welche Maßnahmen wurden im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) veranlasst?
 [bitte alle zutreffenden Maßnahmen ankreuzen]

- Technische/baulich-räumliche Maßnahmen
- Befristete Reduktion der Arbeitszeit, ggf. auch: Stufenweise Wiedereingliederung
- Dauerhafte Arbeitszeitreduktion
- Befristete Veränderung der Tätigkeit
- Dauerhafte Abgabe von Aufgaben/Ämtern
- Arbeitsplatzwechsel (Versetzung)
- Teamgespräche, Supervision
- Arbeitsmedizinische Beratung und Betreuung
- Empfehlung einer Antragstellung auf Anerkennung einer Schwerbehinderung
- Empfehlung einer Rentenantragstellung
- Andere:
- Keine
- Kann ich noch nicht beantworten

→ bitte weiter mit Frage 12

11. Aus welchen Gründen haben Sie das Angebot zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) abgelehnt bzw. werden es voraussichtlich ablehnen?
 [bitte alle zutreffenden Gründe ankreuzen]

- Habe keinen Bedarf aufgrund der Art der Erkrankung bzw. Unfallfolge
- Sehe keinen Nutzen darin
- Fehlendes Vertrauensverhältnis zu meiner/m Vorgesetzten
- Befürchte negative Reaktionen von KollegInnen
- Möchte nicht wieder an meinen Arbeitsplatz zurück
- Andere:

12. Haben Sie an einer ärztlich empfohlenen Stufenweisen Wiedereingliederung (Steigerung der Arbeitszeit nach Stufenplan) teilgenommen?

- Ja, im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM)
- Ja, unabhängig vom Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM)
- Nein, ich wollte nicht
- Nein, mein Arbeitgeber hat eine Stufenweise Wiedereingliederung abgelehnt
- Nein, mir wurde keine Stufenweise Wiedereingliederung empfohlen
- Ich weiß nicht

<GHSID>

Fragebogen x Seite x



Wenn Sie kein Verfahren zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) oder zur Stufenweisen Wiedereingliederung hatten → bitte weiter mit Frage 15

13. Wie wurden das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) und/oder die Stufenweise Wiedereingliederung beendet?

	BEM-Verfahren	Stufenweise Wiedereingliederung
Planmäßig mit Verlängerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planmäßig ohne Verlängerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorzeitiger Abbruch auf meinen Wunsch hin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorzeitiger Abbruch auf Wunsch des Arbeitgebers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verfahren läuft noch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktueller Status unklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Wie positiv oder negativ haben sich das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) und/oder die Stufenweise Wiedereingliederung auf Ihre Arbeitsfähigkeit ausgewirkt?

	BEM-Verfahren	Stufenweise Wiedereingliederung
Deutlich positiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eher positiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teils/teils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eher negativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deutlich negativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohne Auswirkung auf Arbeitsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann ich (noch) nicht beurteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben? [0 bedeutet, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind]

•völlig arbeitsunfähig 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 derzeit die beste Arbeitsfähigkeit

<GHSID>

Fragebogen x Seite x

Vielen Dank für Ihre Teilnahme

7.2 Ergänzende Analysen zum Umgang mit fehlenden Werten

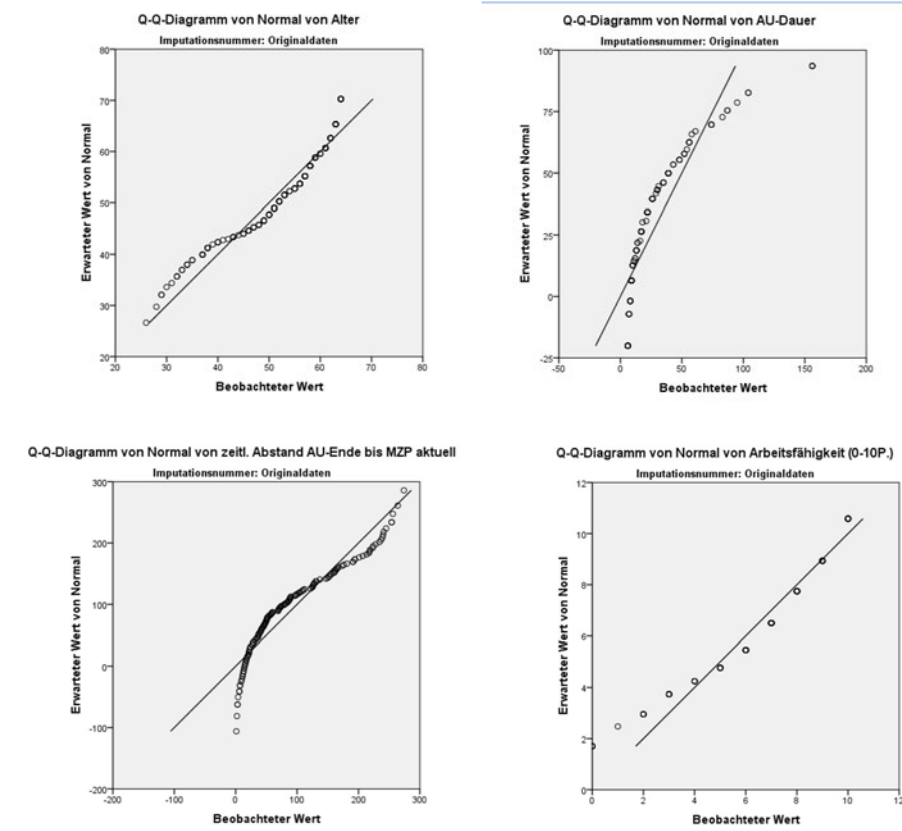


Abbildung 14 – Q-Q Diagramme für die (quasi)-metrischen Variablen ‚Alter‘, ‚AU-Dauer‘, ‚zeitl. Abstand AU bis MZP aktuell‘ und ‚WAS‘

Tabelle 22 – Soziodemografische, au-, tätigkeits-/arbeits- und RTW-bezogene Merkmale Beschäftigter mit und ohne fehlende(n) Angaben

Merkmal	Merkmals-kategorie	Befragte mit voll- ständigen Anga- ben (n=107) <i>Wenn nicht anders angegeben: Anteil in Spalten- % (n/n)</i>	Befragte mit fehlenden Anga- ben (n=80)	Teststatistik/Zusammenhangs- maß
Geschlecht	Mann	52,3 % (56/107)	47,5 % (38/80)	$\chi^2(1) = 4,28, p = 0,51, \varphi = 0,05$
	Frau	47,7 % (51/107)	52,5 % (42/80)	
Alter	(Jahre); MW (SD)	51,4 (SD: 9,1)	52,6 (9,7)	$t(185) = -0,88, p = 0,38, \eta = 0,06$
Bildungs- stand	Hauptschulabschluss	15,9 % (17/107)	26,0 % (20/77)	$\chi^2(2) = 2,87, p = 0,24, CV = 0,12$
	Realschulabschluss	30,8 % (33/107)	26,0 % (20/77)	
	(Fach-)Abitur	53,3 % (58/107)	48,1 % (37/77)	
AU-Grund	Unfall	20,6 % (22/107)	22,5 % (18/80)	$\chi^2(1) = 0,10, p = 0,75, \varphi = 0,02$
	Psychische Erkr.	20,6 % (22/107)	20,3 % (14/69)	$\chi^2(1) < 0,01, p = 0,97, \varphi < 0,01 $
	Muskulosk. Erkr.	29,9 % (32/107)	27,5 % (19/69)	$\chi^2(1) = 0,11, p = 0,74, \varphi = -0,03$
	Herz-Kreisl.-Erkr.	6,5 % (7/107)	4,3 % (3/69)	$\chi^2(1) = 0,38, p = 0,54, \varphi = -0,05$
	Krebserkr.	6,5 % (7/107)	8,7 % (6/69)	$\chi^2(1) = 0,28, p = 0,59, \varphi = 0,04$
	Andere Erkr.	26,2 % (28/107)	27,5 % (22/69)	$\chi^2(1) = 0,04, p = 0,84, \varphi = 0,01$
AU-Dauer:	(in Wochen): MW (SD); Median (Q1/Q3);	27,50 (SD: 26,6)	30,25 (SD: 34,4)	$t(141) = -0,50, p = 0,62, \eta = 0,04$
zeitlicher Abstand AU-Ende bis MZP	(retro., in Wochen); MW (SD); Median (Q1/Q3);	80,51 (SD: 64,37)	107,33 (SD: 85,49)	Welch Test $F(1; 92,71) = 4,37, p = 0,04, \eta = 0,18$
Unterneh- mensgröße	0-49 MA	24,3 % (26/107)	23,0 % (17/74)	$\chi^2(2) = 0,12, p = 0,94, CV = 0,03$
	50-249 MA	21,5 % (23/107)	20,3 % (15/74)	
	250 und mehr MA	54,2 % (58/107)	56,8 % (42/74)	
Arbeitssitu- ation prä- AU (ret- rosp.):	Stark belastend	37,4 % (40/107)	41,0 % (32/78)	$\chi^2(1) = 0,25, p = 0,65, \varphi = -0,04$
	Etwas belastend bis	62,6 % (67/107)	59,0 % (46/78)	
	Sehr erfüllend			
RTW-Inter- vention (komb., retrosp.):	Keine BEM/StW-Op- tion	22,4 % (24)	28,2 % (20)	$\chi^2(2) = 2,25, p = 0,32, CV = 0,11$
	Option abgelehnt	22,4 % (24)	28,2 % (20)	
	Teilnahme an BEM/StW	55,1 % (59)	43,7 % (31)	
Erwerbstä- tig aktu- ell/post AU	Ja	88,8 % (95)	82,1 % (64)	$\chi^2(1) = 1,69, p = 0,19, \varphi = -0,10$
	Nein	1,2 % (12)	17,9 % (14)	
Arbeitsfä- higkeit ak- tuell/post AU	,WAS' (0-10P.)	7,09 (SD: 2,28)	6,72 (SD: 2,61)	$t(173) = 0,99, p = 0,32, \eta = 0,08$
Wahrg. AG- Unterstüt- zung bei RTW (ret- rosp.)	Ja	64,5 % (69)	63,9 % (46)	$\chi^2(1) = 0,01, p = 0,93, \varphi = -0,01$
	Eher ja	35,5 % (38)	36,1 % (26)	
	Teils-teils			
	Eher nein			
	Nein			

Tabelle 23 – p-Werte der Regressionskoeffizienten B aus den multivariablen Regressionsmodellen zum Missingmechanismus

Abhängige Variable: Missing in ...

Unabhängige Variable	Bil- dungs- stand	AU- Grund psy. Erkr.	AU- Dauer	AU- Ende bis MZP aktuell	U- Größe	Arbeit prä-AU: Belas- tung/Er- füllung	RTW- Interv.	AG- Unter- stüt- zung bei RTW	Arbeits- fähigkeit aktuell	Er- werbs- tätig- keit ak- tuell
Alter*	1,00	0,38	0,40	1,00	1,00	1,00	0,73	1,00	0,15	1,00
Geschlecht*	1,00	0,36	0,56	0,98	1,00	1,00	0,48	1,00	0,36	1,00
Bildungs- stand	-	0,49	0,02¹	1,00	1,00	1,00	0,79	1,00	0,18	1,00
AU unfall- bedingt	1,00	1,00	0,40	0,98	1,00	1,00	1,00	0,99	0,28	1,00
AU-Grund psych. Erkr.	1,00	-	0,04²	0,99	1,00	1,00	0,35	1,00	1,00	1,00
AU-Dauer	1,00	0,49	-	0,99	0,99	1,00	0,18	1,00	0,57	1,00
AU-Ende bis MZP ak- tuell	1,00	0,97	< 0,01³	-	1,00	1,00	0,66	1,00	0,18	1,00
U-Größe	1,00	0,75	0,86	1,00	-	1,00	0,34	1,00	0,12	1,00
Arbeit prä- AU stark belastend	1,00	0,99	0,32	0,99	1,00	-	0,44	1,00	1,00	1,00
RTW-In- terv.: Kein Angebot	1,00	0,93	0,10	1,00	1,00	1,00	-	1,00	1,00	1,00
RTW-In- terv.: TN abgelehnt	1,00	0,28	< 0,01⁴	0,99	0,99	1,00	-	1,00	0,26	1,00
AG-Unter- stützung bei -RTW	1,00	0,35	0,06	1,00	1,00	1,00	0,33	-	0,34	1,00
Arbeitsfä- higkeit aktu- ell	1,00	0,33	0,11	0,98	1,00	1,00	0,06	1,00	-	1,00
Erwerbstä- tigkeit aktu- ell	1,00	0,19	0,44	0,99	1,00	1,00	1,00	0,99	0,12	-

Anmerkungen: ¹OR=3,99, 95 %-KI: 1,27;12,53 ²OR=7,70, 95 %-KI: 1,10;53,73 ³OR=1,01, 95 %-KI: 1,00; 1,02 ⁴OR=21,80, 95 %-KI: 3,84; 123,70

```
MULTIPLE IMPUTATION Kohorte_num age_X_Dichotom Sex Education_X_neu3 AU_Dauer_kat_rev AU_Grund_neu
timeGap_AUendeToMZPrtw_MRW_kat_rev companysize_KIMiGr felt_burden_präAU_tri immediate_RTW_neu
RTWSupp_frmEmplr_tri RTW_intervention_neu OutcomeWork_status OutcomeOverallWorkSatisf_dicho_V2relab
OutcomeWAS_dichotomV2 BeschäftUmfang_X KoerperlAnstr_X_dicho LeitungsFunk_X Schichtarbeit_X ZfrdhKolleg_X_V2 ZfrdhBerufersp_X_V2 ZfrdhVorges_X_V2
Gesamtzfrdh_X_V2
/IMPUTE METHOD=FCS MAXITER= 20 NIMPUTATIONS=25 SCALEMODEL=PMM INTERACTIONS=NONE SINGULAR=1E-012
MAXPCTMISSING=NONE
/MISSINGSUMMARIES NONE
/IMPUTATIONSUMMARIES MODELS DESCRIPTIVES
/OUTFILE IMPUTATIONS='X:\Auswertung_RTWfbVers1_final.sav' .
```

Abbildung 15 – Syntaxbefehl zur multiplen Imputation

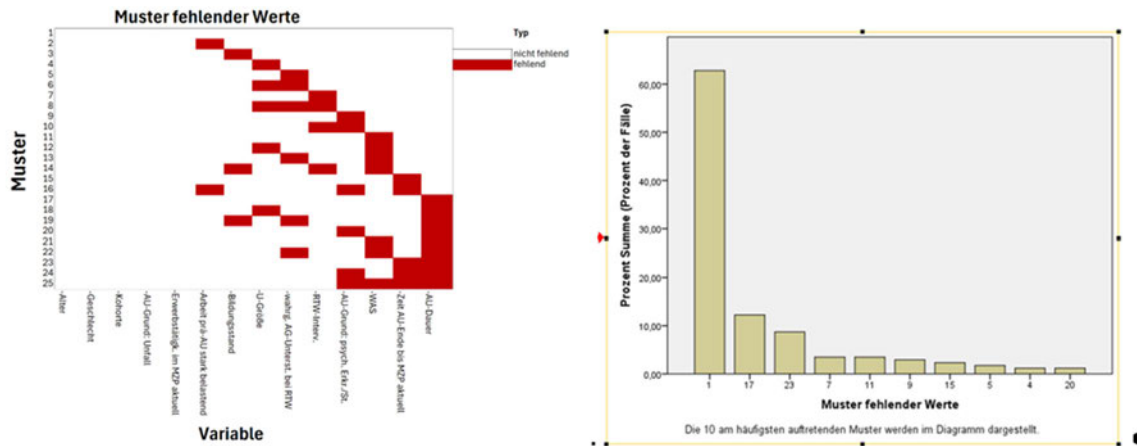


Abbildung 16 – Muster fehlender Werte

7.3 Ergänzung zu Modellvoraussetzungen der Regressionsmodelle

Tabelle 24 – Varianzinflationsfaktoren (VIF) der Regressionsmodelle

Einflussfaktor	Modell 1 – abh. Var.: RTW-Intervention		Modell 2 – abh. Var.: AG-support bei RTW		Modell 3 – abh. Var.: Kombi Berufstätig/AF: dichotom		
	mit AU-Dauer	ohne AU-Dauer	mit AU-Dauer	ohne AU-Dauer	mit AU-Dauer	mit AU-Dauer*	ohne AU-Dauer
Geschlecht	1,04;1,08	1,02;1,04	1,06;1,10	1,03;1,06	1,06;1,10	1,06;1,10	1,03;1,06
Alter	1,12;1,16	1,09;1,13	1,15;1,19	1,12;1,17	1,15;1,19	1,08;1,11	1,12;1,17
Bildungsstand	1,10;1,13	1,10;1,12	1,12;1,17	1,12;1,16	1,12;1,17	1,08;1,12	1,12;1,16
Unfall	1,06;1,10	1,06;1,08	1,06;1,10	1,06;1,09	1,06;1,10	1,06;1,10	1,06;1,09
psych. Erkr.	1,34;1,48	1,34;1,47	1,34;1,51	1,34;1,50	1,34;1,51	1,35;1,51	1,34;1,50
AU-Dauer	1,07;1,16	-	1,08;1,21	-	1,08;1,21	1,08;1,20	-
Zeittl. Abstand AU-Ende bis MZP aktuell	1,01;1,04	1,01;1,04	1,02;1,06	1,02;1,06	1,02;1,06	1,01;1,05	1,02;1,06
Unternehmensgröße	1,05;1,09	1,05;1,09	1,08;1,12	1,08;1,12	1,08;1,12	1,08;1,12	1,08;1,12
Arbeit prä-AU stark belastend	1,41;1,55	1,39;1,52	1,45;1,59	1,43;1,56	1,45;1,59	1,45;1,60	1,43;1,56
RTW-Intervention	-	-	a: 1,18;1,26 b: 1,20;1,26	a: 1,18;1,24 b: 1,20;1,24	a: 1,18;1,26 b: 1,20;1,26	a: 1,18;1,26 b: 1,19;1,26	a: 1,18;1,24 b: 1,20;1,24

Anmerkungen: Es sind der jeweils niedrigste/höchste Wert der 40 imputierten Datensets aufgeführt.

*: Die Variable Alter wurde dichotom verwendet; a: keine Option; b: Option abgelehnt

Tabelle 25 – Bivariate Zusammenhangsmaße der Modellvariablen (Prädiktoren)

Merkmal	1Alter	1Alter dichotom	1Geschl.	Bildungsstand	1AU Unfall	AU psych	AU-Dauer	AU-Ende - MZP akt.	U-Größe	Arbeit prä-AU stark belastend	Keine BEM-/StW-Opt.	BEM-/StW-Opt. abgelehnt
Alter	-	-	$\eta=0,01$	KTb= -0,22**	$\eta=$ 0,03	$\eta=$ 0,03	$r_p=$ 0,15	$r_p=$ -0,09	KTb= 0,06	$\eta=$ 0,01	$\eta=$ 0,07	$\eta=$ 0,16*
Alter dichotom (0=älter, 1=jünger)	-	-	$\varphi=$ -0,01	CV= 0,14*	$\varphi=$ -0,07	$\varphi=$ 0,01	$\eta=$ 0,11	$\eta=$ 0,02	CV= 0,05	$\varphi=$ 0,03	$\varphi=$ 0,05	$\varphi=$ 0,16*
Geschl. (0=m)			-	CV= 0,12	$\varphi=$ 0,16	$\varphi=$ 0,03	$\eta=$ 0,18*	$\eta=$ 0,05	CV= 0,06	$\varphi=$ 0,08	$\varphi=$ 0,07	$\varphi=$ 0,08
Bildungsstand (0=HS; 1=RS; 2=Abi)				-	CV= 0,08	CV= 0,07	KTb= 0,03	KTb= -0,01	CV= 0,07	CV= 0,06	CV= 0,12	CV= 0,04
AU unfallbedingt					-	$\varphi=$ 0,21**	$\eta=$ 0,08	$\eta=$ 0,05	CV= 0,08	$\varphi=$ 0,17*	$\varphi=$ 0,02	$\varphi=$ 0,01
AU-Grundpsych. Erkrankung						-	$\eta=$ 0,09	$\eta=$ 0,02	CV= 0,05	$\varphi=$ 0,51**	$\varphi=$ 0,15*	$\varphi=$ 0,17*
AU-Dauer							-	$r_p=$ -0,02	KTb= -0,02	$\eta=$ 0,17*	$\eta=$ 0,15	$\eta=$ 0,19*
Zeit AU-Ende bis MZP aktuell								-	KTb= -0,01	$\eta=$ 0,02	$\eta=$ 0,07	$\eta=$ 0,08
U-Größe (0=klein; ... 2=groß)									-	CV= 0,13	CV= 0,09	CV= 0,02
Arbeit prä-AU stark belastend (1 ja, 0 Rest)										-	$\varphi=$ 0,13	$\varphi=$ 0,21*

Anmerkungen: Analysen nach Imputation fehlender Werte. 1: keine fehlenden Werte, daher keine multiplen DS; *: $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; r_p = Pearson-Regressionskoeffizient; φ = Phi; η = Eta; KTb = Kendall-Tau b

8 Danksagung

Die Fertigstellung dieser Arbeit haben viele Menschen auf unterschiedlichste Art und Weise ermöglicht und unterstützt. Dafür möchte ich allen ein herzliches Dankeschön aussprechen.

Mein besonderer Dank geht an Prof. Stephan Letzel. Er hat diese Arbeit mit wohlthuender (!) Gelassenheit und gutem Rat bis zu ihrem Abschluss begleitet.

Vielen Dank, dass sich Herr Prof. Michael Jansky und Herr Prof. Thorsten Schank bereit erklärten, diese Arbeit zu begutachten.

Auch [REDACTED] möchte ich besonders für ihr beständiges Interesse und freundliches Nachhaken, ihre stete Erreichbarkeit sowie konstruktiven Anmerkungen und Anregungen danken.

Mein Dank geht ebenso

... an das Team der BAuA rund um [REDACTED] und [REDACTED] für die allgemein sehr angenehme und produktive Zusammenarbeit und für die fundierte Unterstützung bei der Fragebogenentwicklung im Besonderen

... und an [REDACTED], der sich ebenfalls für die BEM-Thematik begeistern kann und sich freundlicherweise dazu bereit erklärte, das dieser Arbeit zugrunde liegende Exposé zu begutachten.

„Herzlichen Dank“ für die unterstützende Zusammenarbeit, ein stets offenes Ohr und die guten Ratschläge möchte ich dem Team des ASU bzw. des IfL, und hier insbesondere [REDACTED] sagen.

Vielen Dank auch für die angenehme Zusammenarbeit an die gesamte Arbeitsgruppe des BAuA-Verbundprojekts F2447, an dem neben der 2. Medizinischen Klinik und dem ASU der UM Mainz, das IPAS Dresden und die FFAW Freiburg beteiligt waren.

Einen besonderen Dank möchte ich außerdem weitergeben

... an [REDACTED], [REDACTED] und [REDACTED] für die zuverlässige und wohlwollende Unterstützung bei der Datenaufbereitung, ihre Erreichbarkeit und hilfreichen Antworten

... an [REDACTED] (IMBEI) für die ebenfalls hilfreiche statistische Beratung

... an Prof. [REDACTED] stellvertretend für das gesamte Team der Gutenberg-Gesundheitsstudie, in deren Rahmen die Datenerhebung erfolgte,

... und an die Teilnehmer*innen der GHS, auf deren Erfahrungen diese Arbeit im Wesentlichen beruht.

Ein besonderer und lieber Dank gilt meinem Vater für sein stetiges Nachfragen, seine Muße und sein konstruktives Mitdenken genauso wie meiner Mutter, meinem Ehemann und unseren Töchtern für ihre umfassende Unterstützung, gutes Essen und gute Laune.

9 Tabellarischer Lebenslauf

Zur Person

Merle Riechmann-Wolf, geb. Riechmann (Familienname: Wolf)

*31. Oktober 1977, Mainz

Verheiratet

Zwei Kinder, *01/2011 und *10/2012

Berufliche Tätigkeit

Seit 08/2015	Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
10/2012 - 07/2015	Stundenweise Publikationstätigkeit, Picker Institut Deutschland gGmbH, Hamburg
09/2006 - 09/2012	Projektleitung am Picker Institut Deutschland gGmbH; (Elternzeit: 12/2010 bis 12/2011)

Studentische Tätigkeiten und Praktika

06/2004 - 08/2006	Werkstudentin am Picker Institut Deutschland gGmbH
10/2003 - 12/2003	Praktikum in der Marketingabteilung der Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken GmbH, Wiesbaden
04/2001 - 03/2003	Studentische Hilfskraft in der Arbeitsgruppe „Psychotherapie- und Versorgungsforschung“, UKE Hamburg
01/2001 - 03/2001	Praktikum im Rahmen des Forschungsprojektes „Inter-professionelle Kommunikation im Krankenhaus“, UKE HH
1998 - 2000	Praktika und Aushilfstätigkeiten in Einrichtungen der Kranken- und Altenpflege

Studium

10/2014 - 09/2015	Fernstudium Systemisches Management; TU Kaiserslautern; Abschluss: Zertifikat; Note „sehr gut“
10/2004 - 11/2006	Master-Studium Public Health; Hochschule Fulda; Abschluss: Master of Science; Note „sehr gut“
04/2001 - 06/2004	Sozialökonomisches Studium, Schwerpunkt Betriebswirtschaftslehre; Hamburger Universität für Wirtschaft und Politik; Abschluss: Diplom-Betriebswirtin; Note „sehr gut“
10/1998 - 10/2000	Diplomstudium Pflege; Fachhochschule Frankfurt/Main; Abschluss: Vordiplom; Note „gut“

Publikationen in wissenschaftlichen Zeitschriften & Buchbeiträge

Erstautor

Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) im Setting Schule: Ziele und Erfahrungen von Schulbediensteten in Rheinland-Pfalz – Ergebnisse einer qualitativen Studie - Riechmann-Wolf M, Benkler S, Bogner K; et al. *Die Rehabilitation*. 2025. DOI: 10.1055/a-2505-5039

Self-reported cardiovascular health of teachers: results from the 5-year follow-up of the Gutenberg Health Study cohort - Riechmann-Wolf M, Jankowiak S, Schulz A, et al. *INTERNATIONAL ARCHIVES OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL HEALTH*. 2021; 94(8). DOI 10.1007/s00420-020-01576-9

Was trägt zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Lehrkräften am Arbeitsplatz Schwerpunktgrundschule (SPGS) bei? Ein Mixed-Methods-Ansatz - Riechmann-Wolf M, Claus M, Kimbel R, et al. *Gesundheitswesen* 2018; 80 (Suppl 1): S29–S36. DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-123846>

Patientenerfahrungen und Mitarbeiterzufriedenheit – zwei Seiten einer Medaille? - Riechmann-Wolf M, Stahl K. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 2014; 19: 1-5. DOI: 10.1055/s-0034-1385591

Mitarbeiterzufriedenheit im Krankenhaus - Validierung des Picker-Mitarbeiter-Fragebogens: eine deutsche Adaption des "Survey of Employee Perceptions of Health Care Delivery" (Picker Institute Boston) - Riechmann M, Stahl K: *Gesundheitswesen* 2013; 75: e34-e48. DOI: 10.1055/s-0033-1343435

Beschwerdemanagement im Krankenhaus als Ausdruck von Patientenorientierung? - Riechmann M, Günther W, Blättner B. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 2008; 13:71-75. DOI: 10.1055/s-2007-963450

Co-Autor

Night shift work and cardiovascular diseases among employees in Germany: five-year follow-up of the Gutenberg Health Study - Jankowiak S, Rossnagel K, Bauer J, et al. *SCANDINAVIAN JOURNAL OF WORK ENVIRONMENT & HEALTH*. 2024. DOI: 10.5271/sjweh.4139

The Gutenberg health study: a five-year prospective analysis of psychosocial working conditions using COPSOQ (Copenhagen psychosocial Questionnaire) and ERI (effort-reward imbalance) - Nuebling M, Hegewald J, Starke KR et al. *BMC Public Health* 2022; 22(24). DOI: 10.1186/s12889-021-12240

Long working hours and risk of cardiovascular outcomes and diabetes type II: five-year follow-up of the Gutenberg Health Study (GHS) - Rossnagel K, Jankowiak S, Liebers F, et al. *INTERNATIONAL ARCHIVES OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL HEALTH*. 2022; 95(1): 303-312. DOI: 10.1007/s00420-021-01786-9

Work-life conflict and cardiovascular health: 5-year follow-up of the Gutenberg Health Study - Hegewald J, Romero Starke K, Garthus-Niegel S, et al. *PLOS ONE*. 2021; 16(9). DOI: 10.1371/journal.pone.0251260

Cardiovascular health outcomes of mobbing at work: results of the population-based, five-year follow-up of the Gutenberg health study - Starke K Romero, Hegewald J, Schulz A, et al. *JOURNAL OF OCCUPATIONAL MEDICINE AND TOXICOLOGY*. 2020; 15(1). *PLOS ONE*. 2021; 16(5). DOI: 10.1186/s12995-020-00266-z

Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Führungskräften - Liebers F, Jankowiak S, Latza U, et al. *ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 2019; 54: 107–115

Wegeunfälle - Claus M, Claus A, Riechmann-Wolf M (2017): In Windemuth D, Kunz T, Jung D, Jühling J (Hrsg.): Psychische Faktoren als Unfallrisiken. Relevanz in Bildung und Beruf. Universum Verlag Wiesbaden.

Arbeitsplatz Förderschule: Belastungen, Beanspruchungen und Entlastungsmöglichkeiten - eine aktuelle Literaturübersicht - Adams J, Kurtz T, Riechmann-Wolf M, et al. Prävention und Gesundheitsförderung 2016; 11(3): 177-181. DOI: 10.1007/s11553-016-0543-4

Can Final Year Medical Students significantly contribute to Patient Care? A Pilot Study about the Perception of Patients and Clinical Staff - Scheffer C, Edelhäuser F, Tauschel D, et al. A Medical Teacher 2010; 32: 552-557. DOI: 10.3109/01421590903437170

Poster und Vorträge mit RTW-Thematik

Fühlen sich Beschäftigte bei ihrer beruflichen Rückkehr nach längerer Arbeitsunfähigkeit von ihrem Arbeitgeber unterstützt? Welche Rolle spielt die Unternehmensgröße? Ergebnisse aus einer Pilotbefragung innerhalb der Gutenberg-Gesundheitsstudie - Riechmann-Wolf M, Hege-ward J, Jankowiak S, et al. GESUNDHEITSWESEN. 2022; 84(08/09): 761-761. Meeting Abstract

„Bitte BEM?! Absicht und Wirklichkeit beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement im Setting Schule. Ergebnisse einer qualitativen Studie“ - Riechmann-Wolf M. Vortrag beim Diskussionsforum "Betriebliches Eingliederungsmanagement – eine Bestandsaufnahme aus wissenschaftlicher Sicht“, 32. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium 2023, DRV Bund. Hannover, 20.02.-22.02.2023

Subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit von Lehrkräften in Rheinland-Pfalz bei Inanspruchnahme arbeitsmedizinischer Beratungs- und Vorsorgeleistungen - Becker J, Riechmann-Wolf M, Beutel TF, et al. Vortrag auf der 61. Wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V., 17. - 20. März 2021 Jena.

„Bitte, BEM?!“ Betriebliches Eingliederungsmanagement aus Sicht von Lehrkräften und Schulleitungen: eine qualitative Analyse - Riechmann-Wolf M, Bouchabchoub H (promov.), Jakobs AK, et al. Posterbeitrag auf der 59. Wissenschaftlichen Jahrestagung der Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V., 20.-22. März 2019, Erfurt