

# Persönliche PDF-Datei für Hasselhorn H, Riechmann-Wolf M, Wrage W, Wegewitz U, Sikora A.

Mit den besten Grüßen von Thieme

[www.thieme.de](http://www.thieme.de)

**Betriebliches Eingliederungs-  
management (BEM) bei älte-  
ren Beschäftigten in  
Deutschland – Ergebnisse  
der lidA-(Kohorten-)Studie**

## Die Rehabilitation

2025

101–110

10.1055/a-2536-3364

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

### Copyright & Ownership

© 2025. Thieme. All rights reserved.

Die Zeitschrift *Die Rehabilitation* ist Eigentum von Thieme.  
Georg Thieme Verlag KG,  
Oswald-Hesse-Straße 50,  
70469 Stuttgart, Germany  
ISSN 0034-3536

# Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) bei älteren Beschäftigten in Deutschland – Ergebnisse der lidA-(Kohorten-) Studie

## Operational integration management (OIM) among the Older Work Force in Germany – Findings from the lidA Cohort Study

Autorinnen/Autoren

Hans Martin Hasselhorn<sup>1</sup> , Merle Riechmann-Wolf<sup>2</sup> , Wiebke Wrage<sup>3</sup>, Uta Wegewitz<sup>3</sup>, Alexandra Sikora<sup>3</sup>

### Institute

- 1 Fachgebiet Arbeitswissenschaft, Bergische Universität Wuppertal
- 2 Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
- 3 Fachbereich 3 „Arbeit und Gesundheit“, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Standort Berlin

### Schlüsselwörter

Betriebliches Eingliederungsmanagement BEM, ältere Beschäftigte, Maßnahmen, Arbeitsplatz

### Keywords

Operational integration management, older workers, measures, work place

### Bibliografie

Rehabilitation 2025; 64: 101–110

DOI 10.1055/a-2536-3364

ISSN 0034-3536

© 2025. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße 50, 70469 Stuttgart, Germany

### Korrespondenzadresse

Prof. Hans Martin Hasselhorn  
 Fachgebiet Arbeitswissenschaft Bergische  
 Universität Wuppertal  
 Gaußstraße 20  
 42119 Wuppertal  
 Deutschland  
 hasselhorn@uni-wuppertal.de

 Zusätzliches Material finden Sie unter  
<https://doi.org/10.1055/a-2536-3364>

### ZUSAMMENFASSUNG

**Ziel der Studie** Ziel der vorliegenden Studie ist die Untersuchung der Umsetzung des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) bei älteren Beschäftigten in Deutschland.

**Methodik** In der repräsentativen lidA-Studie („Leben in der Arbeit“, [www.lida-studie.de](http://www.lida-studie.de)) werden seit 2011 deutschlandweit sozialversicherungspflichtige Beschäftigte der Geburtsjahrgänge 1959, 1965 und (seit 2022/23) 1971 zu den Themen Arbeit, Gesundheit und Erwerbsteilhabe interviewt. Die zurückliegende Erhebungswelle 2022/2023 enthält ein neu entwickeltes Modul zur Umsetzung des BEM.

**Ergebnisse** Von 7335 erwerbstätigen Befragten berichteten 819 (11,2%), dass sie in den zurückliegenden 12 Monaten mehr als 30 Arbeitsunfähigkeits(AU)-Tage hatten. Sie dürften damit als berechtigt für ein BEM gelten. Von diesen hatten 282 (34,4%) von ihrem Arbeitgeber proaktiv ein Angebot zum BEM-Verfahren erhalten. Eine höhere Chance auf ein Angebot fand sich bei längerer AU-Dauer, in größeren Unternehmen, bei Unternehmen, die der Gesundheit der Mitarbeitenden eine höhere Bedeutung beimessen und bei Beschäftigten, die während der Corona-Pandemie die Option hatten, im Homeoffice zu arbeiten. Etwa ein Drittel derer, die ein BEM-Angebot erhalten hatten, lehnte dies ab; meistens, weil kein Bedarf bestand. 132 der 819 BEM-Berechtigten (16,1%) gaben an, (eine oder mehrere) BEM-Maßnahmen erhalten zu haben, insbesondere „stufenweise Wiedereingliederung“, gefolgt von „regelmäßigen Feedbackgesprächen mit dem Vorgesetzten“. 114 von ihnen (90,8% von 132) bewerteten die erhaltenen Maßnahmen als „etwas“ oder „sehr hilfreich“.

**Schlussfolgerungen** 20 Jahre nach seiner Einführung wird das BEM hierzulande noch deutlich zu selten eingesetzt, obwohl die BEM-Maßnahmen von denen, die sie erhalten, in aller Regel als hilfreich bewertet werden. Vertiefter zu untersuchen wäre, wo nach wie vor betriebliche Hemmnisse beim Einsatz dieses offenbar sinnvollen Instruments der Wiedereingliederung liegen und wie man diese überwinden könnte. Nationale Akteure im Bereich Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, die gesetzliche Unfallversicherung und die Arbeitsschutzbehörden der Länder sowie die gesetzlichen Krankenkassen und die Deut-

sche Rentenversicherung könnten zur Sensibilisierung der Unternehmen im Zuge ihrer Beratungstätigkeiten beitragen.

## ABSTRACT

**Aim of the study** The aim of this study was to investigate the implementation of the statutory operational integration management (OIM) among the older workforce in Germany.

**Methods** Since 2011, the representative lidA cohort study ([www.lida-studie.de](http://www.lida-studie.de)) has been investigating work, health and employment among the socially insured working population, born in 1959, 1965, and (since 2022/23) in 1971 in Germany. The recent assessment wave 2022/2023 included a newly developed OIM module.

**Findings** Of 7,335 employed participants, 819 (11.2%) reported more than 30 days sickness absence in the past 12 months, thus indicating eligibility to OIM. Of those, 282 (34.4%) had received an OIM offer proactively by their employer. Higher odds of receiving an offer were found for those with longer sickness absence, in larger enterprises, in enterprises which value the workers' health, and among those who, during the

COVID-19 pandemic, had used the option to work from home. About a third of those who had received an offer declined it, mainly because they felt no need for it; 132 of the 819 OIM eligible participants (16.1%) reported they had been offered and had accepted at least one measure implemented by the enterprise, most often "stepwise reintegration", followed by "regular feedback talks with the superior". Among them, 114 (90.8% of 132) rated the measures implemented as "somewhat", or "very helpful".

**Conclusions** Twenty years after the legal introduction of OIM, it is still insufficiently implemented, although – where measures have been implemented – these are almost always rated as helpful by those who have received them. The barriers to implementation of this obviously useful instrument in enterprises and proposals as to how to overcome them need to be investigated more intensively. National stakeholders in Occupational Safety and Health, the statutory occupational health insurance, labour authorities, and the statutory health insurances, as well as the statutory pension insurance could contribute in raising awareness in the course of their consultation activities in the enterprises.

## Einleitung

Arbeitgeber in Deutschland sind gemäß § 167 Absatz 2 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch verpflichtet, Beschäftigten, die länger als 6 Wochen innerhalb von 12 Monaten arbeitsunfähig sind, ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anzubieten. Ziel des BEM ist, gemeinsam mit den zurückkehrenden Beschäftigten Möglichkeiten zu finden, wie die aktuelle Arbeitsunfähigkeit (AU) überwunden, wie erneuter AU vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (ebd.). Damit weist das BEM eine Schnittmenge mit den Zielen der Rehabilitation auf, nämlich in einem multiprofessionellen Prozess die Teilhabe von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen unter Achtung der Selbstbestimmung zu sichern [1].

Die Ergebnisse bisheriger bevölkerungsbasierter Befragungen zeigen, dass in Deutschland weniger als die Hälfte aller potenziell Berechtigten ein BEM angeboten bekommt (40% bei [2, 3], 36% bei [4]). Auf Basis von Betriebs- bzw. Betriebsrätebefragungen berichteten Lösch et al. [5], dass im Jahr 2009 65% bzw. im Jahr 2015 77% der befragten Betriebe angegeben hatten, ein BEM eingeführt zu haben. Während bei Lösch et al. [5] und bei Loerbroks et al. [4] vor allem die Betriebsgröße als Einflussfaktor für ein BEM-Angebot genannt wird, zeigte sich bei Wrage et al. [2] auch ein positiver Zusammenhang mit dem Vorhandensein von Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung und wertschätzendem Vorgesetztenverhalten.

Während der Arbeitgeber zum BEM-Angebot verpflichtet ist, steht den Beschäftigten die Annahme eines BEM-Angebots frei. Beschäftigte nehmen das BEM-Angebot mehrheitlich an. Darauf weisen die von Wrage et al. [2] bzw. Loerbroks et al. [4] berichteten Inanspruchnahmequoten von 68% bzw. 77% hin. Bei den Beschäftigten, die das Angebot nicht annehmen, stellt sich die Frage nach möglichen Ablehnungsgründen. Dieser Fragestellung wurde in bisherigen quantitativen Studien nur indirekt nachgegangen, indem

statistische Zusammenhänge zwischen arbeits- oder personenbezogenen Faktoren und der Inanspruchnahme betrachtet wurden. Diesen zufolge ist die Chance größer, dass Beschäftigte mit psychischen Beeinträchtigungen [4] oder längeren AU-Zeiten [2] ein BEM-Angebot annehmen als Beschäftigte ohne psychische Erkrankungen oder mit kürzeren AU-Zeiten. Große Unternehmen weisen zwar vergleichsweise hohe Angebots-, jedoch geringere Inanspruchnahmequoten auf [2–4].

Die Auseinandersetzung mit der Inanspruchnahme gibt indirekt Hinweise auf den von Arbeitgebern und Beschäftigten erwarteten Nutzen des BEM. Jedoch mangelt es bislang an repräsentativen Studien zur Einschätzung des möglichen Nutzens aus Sicht der Beschäftigten. In Hinblick auf den Erhalt spezifischer BEM-Maßnahmen gibt es bislang vor allem Erkenntnisse aus qualitativen Studien, welche die Erfahrungen von Beschäftigten im Rückkehrprozess untersucht haben. So haben Stegmann et al. [6] bei Beschäftigten mit einer psychischen Erkrankung insbesondere die unterstützende Funktion der stufenweisen Wiedereingliederung (STWE) aufgezeigt. Darüber hinaus wurden u. a. die Verfügbarkeit betrieblicher Vertrauenspersonen, eine professionelle Begleitung während der Rückkehr, das Angebot regelmäßiger Feedbackgespräche, soziale Unterstützung durch Vorgesetzte, Kolleginnen und Kollegen sowie weitere präventive Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes für diese Gruppe als hilfreich identifiziert [ebd.]. Niehaus et al. [7] haben Betriebe dazu befragt, welche konkreten Maßnahmen im Einzelfall angeboten werden. Sehr häufig wurden damals die STWE, die Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz, die Verbesserung der technischen Ausstattung des Arbeitsplatzes, die Organisation eines Arbeitsversuchs sowie die Verringerung der Arbeitszeit als Angebote im Einzelfall genannt. Aktuellere (und repräsentative) Studien mit einer systematischen krankheitsübergreifenden Abfrage

konkreter BEM-Maßnahmen aus Beschäftigtenperspektive sind nicht bekannt.

Im Rahmen dieser Arbeit soll auf Basis der 2022/23 in der vierten Welle der lidA-Studie erhobenen Daten der beschriebene Forschungsstand zum BEM aus der Perspektive der Beschäftigten ergänzt werden. Dabei soll untersucht werden, wie häufig ein BEM-Angebot gemacht wird, wer es erhält, wer dieses in Anspruch nimmt, welche Ablehnungsgründe ggf. genannt werden, welche Maßnahmen im Rahmen des BEM erfolgen und wie diese bzw. das BEM insgesamt durch die Beschäftigten letztendlich bewertet werden. Die lidA-Studie bietet hierzu aktuelle repräsentative Daten zu Beschäftigten im höheren Erwerbsalter, also einer Personengruppe, die häufiger von längeren Krankheitsphasen betroffen ist.

## Methoden

### Studiendesign

In der lidA-Studie werden seit 2011 ältere Beschäftigte in Deutschland mittels persönlicher Interviews zu den Themen Arbeit, Gesundheit und Erwerbsteilhabe befragt. Befragte sind Angehörige der Geburtsjahrgänge 1959 und 1965 sowie in Welle 4 erstmals auch Personen des Geburtsjahrgangs 1971. Bisher umfasst die lidA-Kohortenstudie vier Erhebungswellen aus den Jahren 2011 ( $N_{\text{Welle 1}} = 6585$ ), 2014 ( $N_{\text{Welle 2}} = 4244$ ), 2018 ( $N_{\text{Welle 3}} = 3586$ ) und 2022/23 ( $N_{\text{Welle 4}} = 8884$ ).

### Setting

In den ersten drei Erhebungswellen fanden sämtliche Interviews bei den Befragten zu Hause statt (CAPI, Computer Assisted Personal Interview), in der vierten, hier relevanten Erhebungswelle entweder zu Hause oder telefonisch („CAPI by phone“). In der vierten Welle wurde die bisher untersuchte Stichprobe auf jeweils über 3000 Personen pro Geburtsjahrgang aufgefüllt. Zusätzlich wurden erstmals fast 3000 Personen des Geburtsjahrgangs 1971 befragt. Die Befragung erfolgte von Mai 2022 bis März 2023.

### Teilnehmende

Die Teilnehmenden ab Welle 1 waren am Stichtag 31.12.2009 sozialversicherungspflichtig erwerbstätig, die in Welle 4 erstmals Teilnehmenden am Stichtag 31.12.2019. Demnach sind Beamte, Angehörige des Militärs und Selbstständige nicht in lidA berücksichtigt. Die Stichprobenziehungen erfolgten aus dem Datensatz der Integrierten Erwerbsbiografien (IEB) der Bundesagentur für Arbeit. Aus 222 zufällig gezogenen Rekrutierungspunkten in ganz Deutschland erfolgte die erneut zufällige Ziehung der Teilnehmenden. Die doppelte Zufallsauswahl ermöglichte die hohe Repräsentativität der Stichprobe für alle sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigen der untersuchten Jahrgänge [8]. Weitere vertiefende Informationen zur lidA-Studie finden sich im lidA Cohort-Profil [9].

Für die hier untersuchte Fragestellung wurden Teilnehmende berücksichtigt, die zum Befragungszeitpunkt (2022/23) in Vollzeit, Teilzeit oder geringfügig beschäftigt waren, sich in einer öffentlich geförderten Beschäftigungsmaßnahme befanden oder sich auf die Frage nach der gegenwärtigen Erwerbstätigkeit als „längere Zeit krank“ bezeichneten. Schließlich musste eine gültige Antwort vor-

liegen zur Frage nach der Anzahl der AU-Tage in den zurückliegenden 12 Monaten.

## Variablen

### Arbeitsunfähigkeitstage

Die Anzahl der AU-Tage der letzten 12 Monate basiert auf Selbstauskünften der Befragten.

### Fragen zu BEM-Angebot und -Annahme

Die in der lidA-Welle 4 eingesetzte Fragenbatterie zur Erhebung des BEM-Angebots sowie dessen Annahme wurde von den Autorinnen und Autoren dieses Beitrags vor dem Hintergrund eigener Fragebogeninstrumente zusammengestellt und basiert daher auf in früheren/anderen Studien eingesetzten Erhebungsinstrumenten, der Gutenberg-Gesundheitsstudie [10], der Studie „Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und betriebliche Wiedereingliederung“ [11] und der lidA-Studie Welle 3. Verschiedene übernommene Fragen wurden modifiziert. Das Fragenset ist im Zusatzmaterial dokumentiert.

Die subjektive Bewertung des BEM insgesamt wurde mit der folgenden Frage erfasst „Als wie hilfreich haben Sie das BEM insgesamt empfunden?“ (► **Online-Tab. 1**).

### BEM-Maßnahmen

Die Liste der abgefragten potenziellen BEM-Maßnahmen entstammt dem Fragenkatalog des Forschungsprojekts „Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und betriebliche Wiedereingliederung“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA; [11]), wobei eine Maßnahme („Schulung der Kollegen und Vorgesetzten zum Umgang mit psychischen Erkrankungen“) nicht aufgenommen wurde, da sie projektspezifisch für das BAuA-Forschungsvorhaben ist. Außerdem wurde eine Maßnahme neu aufgenommen: „Arbeit von zu Hause“. Die subjektive Bewertung des Erfolgs der Maßnahmen wurde mit der folgenden Frage erfasst: „Und was meinen Sie: wie hilfreich war diese Maßnahme / waren diese Maßnahmen in Bezug auf Ihre Gesundheit und Arbeitsfähigkeit?“ (► **Online-Tab. 1**).

### Weitere Einflussfaktoren

Als mögliche weitere Einflussvariablen wurden in den Analysen berücksichtigt: Geschlecht, Alter (Jahrgänge 1959, 1965, 1971), Bildungsstand, Wochenarbeitsstunden, Arbeiten im Homeoffice, Unternehmensgröße und die Gesundheitskultur im Betrieb sowie Krankheiten.

Der Bildungsstand wurde gemäß den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie aus einer Kombination des höchsten erreichten schulischen sowie beruflichen Bildungsabschlusses erfasst [12]. Dieser Bildungs-Ausbildungs-Score wurde trichotomisiert in „niedriger Bildungsstand (zumeist Beschäftigte ohne Qualifizierung)“, „mittlerer Bildungsstand“ (vorwiegend Beschäftigte mit beruflicher Ausbildung); „hoher Bildungsstand“ (Fachhochschul- und universitäre Ausbildung).

Arbeiten im Homeoffice wurde berücksichtigt, weil die Erhebung zum Zeitpunkt der Corona-Pandemie erfolgte und Einflüsse

► **Tab. 1** Soziodemografische Charakteristika der Untersuchungsgruppe, gesamt und nach selbst berichteter Arbeitsunfähigkeit ≤ 30 vs. > 30 Tage in den letzten 12 Monaten.

		Total	Arbeitsunfähigkeitstage in letzten 12 Monaten	
		n (Spalten % pro Kategorie)	≤ 30 Tage n (Zeilen %)	> 30 Tage n (Zeilen %) (BEM-Berechtigte)
Geschlecht ***	Männlich	3480 (47,4%)	3137 (90,1%)	343 (9,9%)
	Weiblich	3855 (52,6%)	3379 (87,7%)	476 (12,3%)
Geburtsjahr ***	1959	2017 (27,5%)	1748 (86,7%)	269 (13,3%)
	1965	2857 (39%)	2516 (88,1%)	341 (11,9%)
	1971	2457 (33,5%)	2248 (91,5%)	209 (8,5%)
Bildungsstand ***	Gering	1232 (17,7%)	1022 (83%)	210 (17%)
	Mittel	3889 (55,9%)	3442 (88,5%)	447 (11,5%)
	Hoch	1833 (26,4%)	1725 (94,1%)	108 (5,9%)
Unternehmensgröße *	bis 10	739 (10,3%)	679 (91,9%)	60 (8,1%)
	10 bis < 50	1158 (16,2%)	1042 (90%)	116 (10%)
	50 bis < 250	1273 (17,8%)	1135 (89,2%)	138 (10,8%)
	250 bis < 1000	1248 (17,4%)	1101 (88,2%)	147 (11,8%)
	1000 +	2735 (38,2%)	2396 (87,6%)	339 (12,4%)
Arbeitsunfähigkeitstage in letzten 12 Monaten		17,3 AU-Tage	8,3 AU-Tage	88,9 AU-Tage

\* zeigt signifikante Gruppenunterschiede in der Prävalenz von > 30 Tagen AU an (\* = p < 0,05; \*\* = p < 0,01; \*\*\* = p < 0,001, Chi<sup>2</sup>-Tests). Fehlende Werte je Kategorie nicht ausgewiesen.

auf BEM-Angebot und -Inanspruchnahme nicht auszuschließen sind.

Als Indikatoren der betrieblichen Gesundheitskultur wurden zwei für die IIdA-Erhebungen eigens entwickelte Fragen verwendet (Formulierungen und Antwortkategorien siehe Abschnitt „Ergebnisse“).

Krankheiten wurden erfasst, indem mittels vorgegebener Krankheitskategorien nach in den letzten vier Jahren ärztlich festgestellten oder behandelten Krankheiten oder Gesundheitsstörungen gefragt wurde. Sie konnten aus Powergründen nur bei den bivariaten Analysen berücksichtigt werden. Teilnehmende, die ein BEM-Angebot angenommen haben, wurden nach der dem BEM zugrundeliegenden Diagnosegruppe gefragt.

### Endpunkte

Im Beitrag untersuchte zentrale Endpunkte sind der Erhalt eines BEM-Angebots durch den Arbeitgeber, die Inanspruchnahme des BEM-Angebots und die Bewertung des BEM durch die Teilnehmenden.

### Statistische Analysen

Die statistischen Analysen umfassen deskriptive Auswertungen und inferenzstatistische Analyseverfahren (Chi<sup>2</sup>-Tests, bivariate und multiple logistische Regressionsanalysen). Odds Ratios (OR) mit 95%-Konfidenzintervall (KI) werden berichtet. IBM SPSS Statistics 28 wurde verwendet.

Gruppenunterschiede bezüglich der Anteile BEM-berechtigter Beschäftigter (Personen mit mehr als 30 AU-Tagen in den vergan-

genen 12 Monaten) wurden mittels Chi<sup>2</sup>-Tests auf Signifikanz untersucht. Die Analysen zur Bedeutung der betrachteten Einflussfaktoren für den Erhalt eines BEM-Angebots durch den Arbeitgeber erfolgten mittels bivariater und multipler logistischer Regressionsanalysen. Die Fälle, bei denen die BEM-Berechtigten das BEM-Angebot ihres Arbeitgebers erst auf eigene Initiative erhalten hatten, wurden hier nicht berücksichtigt.

## Ergebnisse

### Stichprobenbeschreibung

Von 8884 Teilnehmenden der IIdA-Welle 4 erfüllten 7335 Personen die Einschlusskriterien und stellten damit die Untersuchungsgruppe dar. Die sozio-demografischen Charakteristika der Untersuchungsgruppe sind in ► **Tab. 1** dargestellt, einschließlich der jeweiligen Anteile Beschäftigter mit *bis zu 30* AU-Tagen in den vergangenen 12 Monaten vs. *mehr als 30* AU-Tagen. Letztere Gruppe erfüllt die zentrale Zugangsvoraussetzung für das BEM. Signifikant höhere Prävalenzen von mehr als 30 AU-Tagen fanden sich bei Frauen sowie bei Beschäftigten im höheren Alter, mit niedrigem Bildungsstand und aus größeren Unternehmen.

### BEM-Angebot und -Annahme

Von allen 7335 Personen berichteten 819 Beschäftigte (11,2%), dass sie in den zurückliegenden 12 Monaten mehr als 30 AU-Tage hatten (► **Abb. 1**). Von diesen nach Gesetzeslage BEM-berechtig-

ten Beschäftigten wurden 282 (34,4%) proaktiv von ihrem Arbeitgeber zum BEM-Verfahren eingeladen, bei weiteren 55 Beschäftigten (6,7%) erfolgte das Angebot auf Eigeninitiative.

Von den 337 Befragten, die ein BEM-Angebot erhalten hatten, nahmen 207 Personen (61,4%) dieses an, 21 (6,2%) hatten sich noch nicht entschieden und 109 (32,3%) nahmen das Angebot nicht an. Die Hauptgründe für die Nicht-Akzeptanz waren die Einschätzung, dass „kein Bedarf oder keine Notwendigkeit aufgrund Art der Erkrankung bzw. Unfallfolge“ bestünde ( $n = 65$ ; 59,6% von 109) sowie „Umsetzung hätte nicht Vorstellungen entsprochen“ ( $n = 19$ ; 17,4%) (► **Abb. 2**).

Von den 207 Teilnehmenden, die das BEM-Angebot angenommen hatten, berichteten die meisten ( $n = 114$ ; 55,1%), dass das BEM aufgrund muskuloskelettaler Beschwerden erfolgt sei. Am zweithäufigsten wurden psychische Beschwerden angegeben ( $n = 58$ ; 28,0%). Von 204 dieser 207 Teilnehmenden haben 132 (64,7% von 204; 3 fehlende Antworten) BEM-Maßnahmen für die Wiedereingliederung erhalten, bei weiteren 23 (11,3%) waren solche Maßnahmen geplant.

### Prädiktoren des Erhalts eines BEM-Angebots durch den Arbeitgeber

Potenzielle Prädiktoren für den Erhalt eines BEM-Angebots durch den Arbeitgeber („Arbeitgeber kam auf mich zu“,  $n = 282$ ) sind in ► **Tab. 2** dargestellt. Demnach spielten für die Chance der 819 BEM-Berechtigten, ein Angebot zu erhalten, das Geschlecht, das Alter und die wöchentlichen Arbeitsstunden keine Rolle. Dagegen hatten BEM-Berechtigte mit geringem Bildungsstand eine geringere Chance als jene mit einem hohen, ein BEM-Angebot zu erhalten ( $OR = 0,48$ ; 95%-KI 0,29–0,79), die Signifikanz verschwand jedoch im multiplen Modell ( $OR = 0,68$ ; 95%-KI 0,37–1,25). Ebenso hatten Beschäftigte, die nie von zu Hause aus arbeiteten, eine geringere Chance auf ein BEM-Angebot als diejenigen, denen während der COVID-19-Pandemie das Arbeiten von zu Hause möglich war (bivariat:  $OR = 0,37$ ; 95%-KI 0,26–0,53; multiples Modell:  $OR = 0,54$ ; 95%-KI 0,35–0,85).

Mit steigender Anzahl von AU-Tagen in den letzten 12 Monaten stieg auch die Chance auf den Erhalt eines Angebots. Ein deutlicher Gradient zeigte sich für die Unternehmensgröße: Je kleiner das Unternehmen, desto niedriger war die Chance auf ein BEM-Angebot. Ebenso zeigte das eingeschätzte Ausmaß, in dem das Unternehmen bzw. der Vorgesetzte der Gesundheit der Mitarbeitenden eine hohe Bedeutung beimisst, einen positiven Zusammenhang zum BEM-Angebot. Im multiplen Modell verschwand die Signifikanz des Effekts für die Frage zu den Vorgesetzten.

Die (nur bivariat durchführbare) Untersuchung, ob spezifische Erkrankungen bzw. medizinische Diagnosen der Beschäftigten mit dem Erhalt eines BEM-Angebots assoziiert sind, zeigte, dass Beschäftigte mit psychischen Beschwerden signifikant häufiger ein BEM-Angebot berichteten als alle Übrigen ( $\chi^2$ -Test,  $p < 0,05$ ).

### Im Zuge des BEM erfolgte Maßnahmen

Von den 132 Beschäftigten, die angaben, betriebliche Maßnahmen im Zuge des BEM erhalten zu haben, berichteten 51 (38,9%) vom Erhalt einer Maßnahme, 48 (36,7%) von zwei bis drei Maßnahmen und 32 (24,4%) von vier oder mehr (maximal sieben) Maßnahmen (1 fehlende Angabe).

Weitaus am häufigsten genannt wurde die Maßnahme „stufenweise Wiedereingliederung“ (93 Nennungen; 70,4%). Danach folgten mit geringerer Häufigkeit „regelmäßige Feedbackgespräche mit dem Vorgesetzten“ ( $n = 38$ ; 28,7%), „Reduzierung der körperlichen Belastungen“ ( $n = 32$ ; 24,2%), „längerfristige Reduzierung der Arbeitszeit“ ( $n = 25$ ; 18,9%) sowie „Reduzierung der Arbeitsmenge“ ( $n = 22$ ; 16,6%). Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsorganisation sowie des Arbeitsplatzes erhielten jeweils 20 Personen (je 15,1%). Anschließend folgten eine Reihe grundsätzlicher Veränderungen wie „Umsetzung auf einen neuen Arbeitsplatz“ ( $n = 18$ ; 13,6%), „individuelle Begleitung und Unterstützung z. B. durch einen BEM-Coach“ ( $n = 17$ ; 12,8%), „Arbeiten von zu Hause“ und „Flexibilisierung der Arbeitszeit“ (jeweils  $n = 13$ ; 9,8%). Die Maßnahme „berufliche Weiterqualifizierung“ wurde von 3 Personen (2,2%) genannt.

### Subjektive Bewertung der BEM-Maßnahmen und des gesamten BEM

Von den 132 Befragten, die angaben, im Zuge des BEM Maßnahmen erhalten zu haben, wurden die Maßnahmen von 84 Personen (64,1%) als „sehr hilfreich“ und von weiteren 35 Personen (26,7%) als „etwas hilfreich“ bezeichnet. Zwölf Personen (9,2%) bewerteten sie als „wenig“ oder „gar nicht hilfreich“ (1 Person ohne Angabe). Es war kein Zusammenhang mit der Art der dem BEM zugrundeliegenden Krankheitsgruppe feststellbar. Das BEM insgesamt wurde von den 132 Personen ähnlich beurteilt: „sehr hilfreich“ ( $n = 80$ ; 60,6%), „etwas hilfreich“ ( $n = 34$ ; 25,8%), „wenig hilfreich“ ( $n = 13$ ; 9,8%), „gar nicht hilfreich“ ( $n = 5$ ; 3,8%).

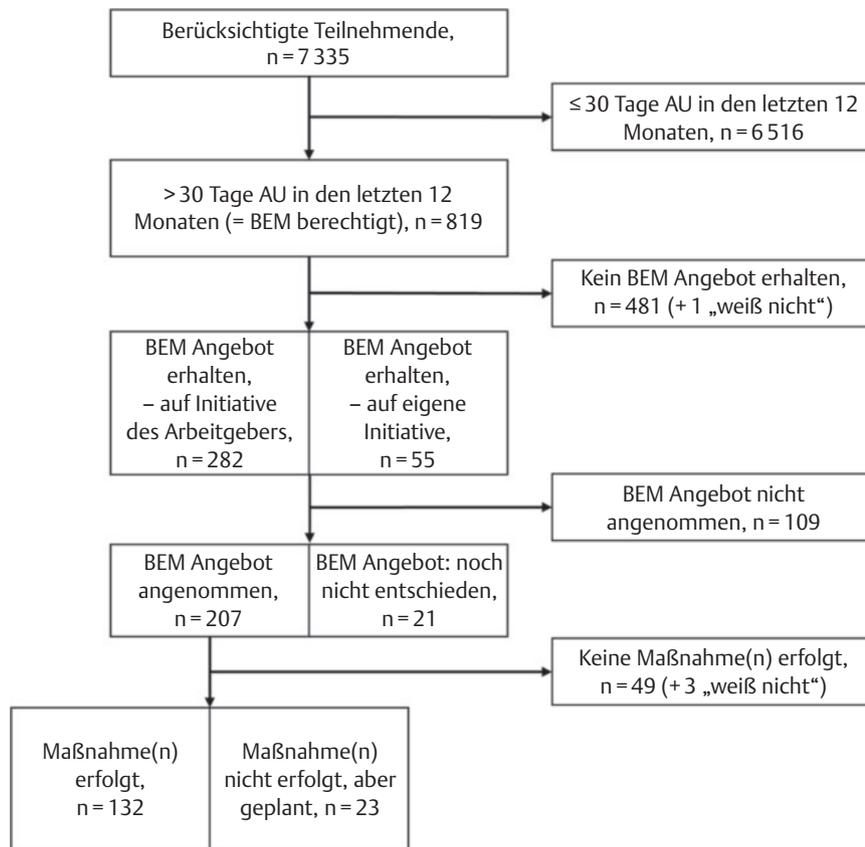
## Diskussion

### Zusammenfassung der Ergebnisse

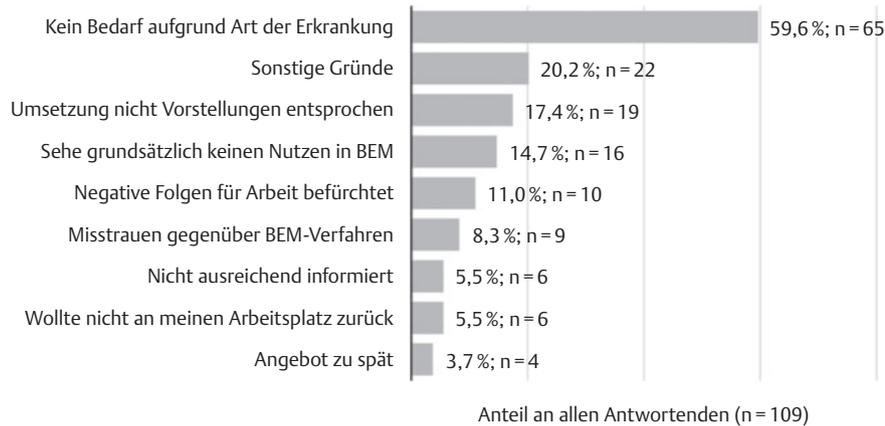
Die vorliegende Studie nutzt aktuelle Daten der lidA-Studie, um Verbreitung, Umsetzung und den subjektiven Erfolg des betrieblichen Eingliederungsmanagements in der älteren Erwerbsbevölkerung zu untersuchen. Nur etwa ein Drittel der BEM-Berechtigten wurde vom Arbeitgeber proaktiv zur Durchführung eines BEM-Verfahrens eingeladen. Signifikant häufiger war dies bei Beschäftigten mit mehr AU-Tagen der Fall. Seltener eingeladen wurden dagegen Beschäftigte in mittleren und kleinen Betrieben sowie in Betrieben, in denen der Gesundheit der Mitarbeitenden (eher) keine hohe Bedeutung beigemessen wird und ebenso Personen, die während der COVID-19-Pandemie nie im Homeoffice tätig gewesen sind. Etwa ein Drittel derer mit BEM-Angebot lehnte dies ab; meistens, weil sie keinen Bedarf hierfür sahen. Die mit Abstand häufigste genannte BEM-Maßnahme war die „stufenweise Wiedereingliederung“, gefolgt von „regelmäßigen Feedbackgesprächen mit dem Vorgesetzten“. Letztendlich haben von insgesamt 819 BEM-Berechtigten 132 Personen und damit 16,1% Maßnahmen im Zuge eines BEM erhalten. Wenn Maßnahmen erfolgt sind, wurden sie von den Beschäftigten fast immer als hilfreich bewertet.

### Angebot

Die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung ermittelte Angebotsquote liegt mit 34,4% knapp unter den von Loerbroks et al. [4] mit 36% und Wrage et al. [2] mit 40% berichteten Quoten.



► **Abb. 1** Angaben der Teilnehmenden zum BEM-Verlauf in Welle 4 der lidA-Studie.



► **Abb. 2** Häufigkeit und Verteilung der Gründe für die Ablehnung eines BEM-Angebots. 159 Nennungen von 109 Beschäftigten, die das BEM-Angebot ihres Arbeitgebers abgelehnt haben.

Weitere 6,7% der im Rahmen der lidA-Studie befragten BEM-Anspruchsberechtigten erhielten ein BEM-Angebot auf Nachfrage. Die Werte sprechen eher für eine Stagnation der Verbreitung des BEM in Deutschland als für eine Zunahme in den letzten Jahren, auch wenn aus methodischen Gründen und aufgrund von Stichpro-

benunterschieden ein studienübergreifender Vergleich nur als Hinweis auf allgemeine Tendenzen verstanden werden kann.

In verschiedenen Untersuchungen ist die Unternehmensgröße als ein für das BEM-Angebot relevanter Faktor identifiziert worden [3–5]. Auch in den hier durchgeführten bivariaten und multiplen

► **Tab. 2** Prädiktoren für den Erhalt eines BEM-Angebots durch den Arbeitgeber bei 819 Beschäftigten mit mehr als 30 AU-Tagen in den zurückliegenden 12 Monaten; bivariate und multiple (unter Einschluss sämtlicher hier aufgeführter Prädiktoren) logistische Regressionsanalysen (► **fett**: signifikant).

	N (bivariat)	bivariates Modell OR (95%- Konfidenzintervall)	multiples Model OR (95%- Konfidenzintervall)
<b>Geschlecht (Referenz = Männer)</b>	314		
Frauen	423	0,98 (0,73–1,31)	0,98 (0,68–1,43)
<b>Geburtsjahr (Referenz = 1959)</b>	237		
1965	318	1,04 (0,74–1,46)	1,33 (0,89–1,98)
1971	182	1,25 (0,86–1,83)	1,42 (0,9–2,24)
<b>Bildungsstand (Referenz = hoch)</b>	103		
Gering	434	<b>0,48 (0,29–0,79)</b>	0,68 (0,37–1,25)
Mittel	200	0,83 (0,54–1,28)	0,96 (0,57–1,6)
<b>Gesamte wöchentliche Arbeitsstunden (Referenz &lt;25)</b>	84		
25 bis <35 Stunden	122	1,35 (0,77–2,37)	1,25 (0,64–2,42)
35 bis <45 Stunden	390	1,31 (0,81–2,11)	1,13 (0,62–2,05)
45+ Stunden	141	1,25 (0,72–2,16)	1,01 (0,51–1,99)
<b>Arbeit ganz oder teilweise von zu Hause (Referenz = ja)</b>	144		
Nein	593	<b>0,37 (0,26–0,53)</b>	<b>0,54 (0,35–0,85)</b>
<b>Arbeitsunfähigkeitstage in den zurückliegenden 12 Monaten (Referenz = 31 bis 40 Tage)</b>	204		
41 bis 50	111	1,34 (0,83–2,17)	1,29 (0,74–2,25)
51 bis 60	93	1,51 (0,92–2,49)	<b>1,86 (1,03–3,35)</b>
>60	329	<b>1,9 (1,31–2,74)</b>	<b>2,22 (1,45–3,39)</b>
<b>Unternehmensgröße (Referenz = 1.000+ Beschäftigte)</b>	323		
1 bis <10	51	<b>0,1 (0,03–0,26)</b>	<b>0,08 (0,02–0,23)</b>
10 bis <50	109	<b>0,24 (0,14–0,41)</b>	<b>0,26 (0,15–0,47)</b>
50 bis <250	121	<b>0,39 (0,25–0,61)</b>	<b>0,39 (0,24–0,65)</b>
250 bis <1000	133	<b>0,66 (0,44–0,99)</b>	0,69 (0,44–1,08)
<b>„Der Gesundheit der Mitarbeiter wird im Unternehmen eine hohe Bedeutung beigemessen.“ (Referenz = „stimme voll zu“)</b>	230		
Stimme eher zu	267	<b>0,68 (0,48–0,97)</b>	0,66 (0,41–1,06)
Stimme eher nicht zu	176	<b>0,43 (0,29–0,65)</b>	<b>0,38 (0,2–0,69)</b>
Stimme gar nicht zu	64	<b>0,28 (0,15–0,54)</b>	<b>0,31 (0,13–0,73)</b>
<b>„Mein direkter Vorgesetzter misst der Gesundheit der Mitarbeiter eine hohe Bedeutung bei.“ (Referenz = „stimme voll zu“)</b>	254		
Stimme eher zu	250	0,74 (0,52–1,04)	0,73 (0,45–1,18)
Stimme eher nicht zu	161	<b>0,58 (0,39–0,86)</b>	0,94 (0,52–1,69)
Stimme gar nicht zu	72	<b>0,44 (0,25–0,77)</b>	0,91 (0,41–2,05)

Analysen zeigt sich wie bei Loerbroks et al. [4] ein deutlicher Gradient. Danach haben Beschäftigte in großen Unternehmen eine höhere Chance auf ein BEM-Angebot. Dieser Zusammenhang wird darauf zurückgeführt, dass große Unternehmen eher als kleinere über Strukturen und Ressourcen verfügen, um BEM-Prozesse und -Routinen zu etablieren [4, 7, 13].

Im Gegensatz zu anderen Untersuchungen [3, zur STWE: 14, 15] zeigten sich in den hier durchgeführten Analysen keine altersabhängigen Unterschiede in der Chance auf ein BEM-Angebot. Die hier untersuchte Stichprobe weist einen deutlich höheren Alters-

durchschnitt auf als die von Hollederer [3] untersuchte Stichprobe, in der 50% der Teilnehmenden 50 Jahre oder jünger waren. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für längere AU-Zeiten [16]. Wie auch bei Hollederer [3] und Loerbroks et al. [4] gehen in der vorliegenden Untersuchung längere AU-Zeiten mit einer höheren Chance auf ein BEM-Angebot einher. Sowohl Kostenträger, Leistungserbringer als auch Arbeitgeber dürften mit zunehmender AU-Dauer verstärkt Handlungsdruck verspüren. Dabei sollte ein solcher Gradient nicht nachweisbar sein, wenn Arbeitgeber ihrer gesetzlichen

Verpflichtung unverzüglich nachkämen. Der präventive Charakter des BEM käme dann auch deutlicher zum Tragen [17].

Weiterhin ist der Bildungsstand den hier durchgeführten bivariaten Analysen zufolge ein signifikanter Faktor für den Erhalt eines BEM-Angebots. Das Ergebnis bestätigt den bisherigen Erkenntnisstand [3, zur STWE: 14, 15]. Demnach weisen sozio-ökonomisch schlechter gestellte (hier: bildungsschwächere) BEM-Anspruchsberechtigte eine geringere Chance auf, ein BEM-Angebot zu erhalten. Der Zusammenhang ließ sich in der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht im multiplen Analysemodell bestätigen. Möglicherweise werden bildungsspezifische Effekte durch andere Einflussfaktoren übernommen, beispielsweise durch ‚Homeoffice‘. Es ist bekannt, dass Angehörige der unteren Einkommensgruppen – das dürften u. a. auch geringer qualifizierte Beschäftigte sein – während der COVID-19-Pandemie von der Homeoffice-Option seltener Gebrauch machen konnten [18]. Der Befund, dass die Chance auf ein BEM-Angebot höher ausfällt, wenn die Homeoffice-Option genutzt wird, widerlegt zunächst einmal die Annahme, dass Unternehmen ihre Beschäftigten im Homeoffice leicht aus dem Arbeits- und Gesundheitsschutz-Blick verlieren. Darüber hinaus weist er auf die Privilegierung besser Qualifizierter in der betrieblichen Prävention und Wiedereingliederung hin.

In der vorliegenden Untersuchung ist auch deutlich geworden, dass die wahrgenommene Gesundheitsorientierung des Arbeitgebers bzw. Unternehmens mit einer höheren Chance auf ein BEM-Angebot assoziiert ist. Entsprechendes hatte sich bereits anhand der im Rahmen der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung erhobenen Daten gezeigt [2, 3]. Da in der vorliegenden Untersuchung den Befragten bei der Beantwortung der Fragen bekannt war, ob ein BEM-Angebot gemacht worden war oder nicht, kann dies die wahrgenommene Gesundheitsorientierung der eigenen Organisation beeinflusst haben. Dass der Aspekt der Gesundheitsorientierung des direkten Vorgesetzten im multiplen Modell keinen signifikanten Einfluss auf das BEM-Angebot mehr hat, könnte darauf zurückzuführen sein, dass die strukturellen Bedingungen hier bedeutsamer sind als individuelles Verhalten. Zugleich ist davon auszugehen, dass auch das Vorgesetztenverhalten von der (allgemein) wahrnehmbaren Organisationskultur (wie auch Gesundheitsorientierung) des Unternehmens selbst beeinflusst ist [19].

## Annahme/Ablehnung

Der Anteil der Beschäftigten, die ein angebotenes BEM nicht angenommen haben, liegt in der vorliegenden Studie bei 34,5 % (109/337–21), vgl. ► **Abb. 1** und damit etwa in der Größenordnung der Ergebnisse von Wrage et al. [2] mit 32 % und über dem von Loerbroks et al. [4] mit 23 %. Die vorliegende Studie gibt erstmalig Einblick in die Gründe für die Nicht-Annahme und liefert dadurch Hinweise auf möglichen Handlungsbedarf. Unter den Beschäftigten, die das Angebot ausgeschlagen hatten, nannten 59,6 % (65 von 109) als Ablehnungsgrund, dass sie aufgrund ihrer Erkrankung keinen Bedarf für ein BEM sehen. Damit bleiben rund 40 %, die möglicherweise einen grundsätzlichen Bedarf an Maßnahmen sehen, aber aus verschiedenen Gründen dennoch von einer Teilnahme absehen. Häufig werden Gründe angegeben, die im Einflussbereich des Betriebes liegen und sich durch bessere Organisation und Kommunikation des BEM vermeiden ließen. Handlungsbedarf lässt sich hier nicht nur bezüglich der Ausgestaltung der Maßnahmen ablei-

ten („Umsetzung hat Vorstellungen nicht entsprochen“, „sehe grundsätzlich keinen Nutzen“), sondern auch in Bezug auf die Kommunikation mit und Vertrauen gegenüber den betrieblich Beteiligten („negative Folgen befürchtet“, „Misstrauen gegenüber BEM-Verfahren“).

## Maßnahmen

Zusätzlich zu den neuen repräsentativen BEM-Angebots- und Annahmedaten konnten in dieser Studie zum ersten Mal weitergehende Informationen zu durchgeführten Maßnahmen im BEM gesammelt werden. Von allen Befragten, die das BEM angenommen haben, wurde immerhin bei 76 % bereits mindestens eine BEM-Maßnahme durchgeführt bzw. war noch geplant. Auf Rang 1 der durchgeführten Maßnahmen wurde auch in der aktuellen Studie die STWE als die mit Abstand häufigste durchgeführte Maßnahme im BEM genannt [6, 7]. Dabei wissen wir jedoch nicht, ob die STWE explizit im Rahmen des BEM stattfand oder unabhängig davon im Zuge der Rückkehr zur Arbeit und deshalb berichtet wurde. Der STWE kommt im Rückkehrprozess eine Sonderrolle zu, denn sie kann sowohl eine eigenständige medizinisch-therapeutische Maßnahme der Rückkehr für arbeitsunfähige Beschäftigte sein, als auch im Rahmen des BEM gemeinsam mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten veranlasst, vorbereitet und durchgeführt werden [20]. Auf Rang 2 und 3 der durchgeführten Maßnahmen folgten „regelmäßige Feedbackgespräche mit dem Vorgesetzten“ sowie die „Reduzierung der körperlichen Belastungen“. Letzteres könnte auf das relativ hohe Alter der untersuchten Studienpopulation zurückzuführen sein. Die Rangfolge zur Häufigkeit der Maßnahmen stellt jedoch ausdrücklich kein „besser“ oder „schlechter“ dar, denn für das Gelingen eines BEM im Einzelfall ist es entscheidend, individuell passende Maßnahmen zu identifizieren und zu vereinbaren [21].

## Bewertung

Bisher lagen aus populationsbasierten quantitativen BEM-Studien keine Erkenntnisse darüber vor, wie hilfreich Beschäftigte in Anspruch genommene BEM-Verfahren wahrnehmen. Dabei ist diese Einschätzung neben objektiven Indikatoren durchaus relevant, um den Nutzen des BEM zu erfassen. Beschäftigte mit BEM-Erfahrung können zudem als Kommunikatoren und im günstigsten Fall als Promotoren des BEM verstanden werden. Der überwiegende Anteil der hier Befragten, die im Rahmen des BEM umgesetzte Maßnahmen berichtet haben, bewerteten diese Maßnahmen in Bezug auf die eigene Gesundheit und Arbeitsfähigkeit als etwas (26,7 %) oder sehr hilfreich (64,1 %) und ein geringer Anteil als wenig oder gar nicht hilfreich (9,2 %). Älteren Studien zur Evaluation der STWE zufolge wurde diese ebenfalls von etwa zwei Drittel der Teilnehmenden als (sehr) positiv beurteilt, der Anteil (sehr) schlechter Bewertungen lag bei unter 10 % [16, 22].

## Limitationen

Die Stärken dieser Studie basieren auf ihrer Größe, Repräsentativität, Aktualität und auf dem Umstand, dass erstmals neue Aspekte wie die Bewertung der BEM-Maßnahmen erhoben wurden. Allerdings ist zu bedenken, dass Personen nicht berücksichtigt werden konnten, die bspw. aufgrund einer gescheiterten oder nicht erfolgten Wiedereingliederung aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind. Zudem lassen sich keine verlässlichen Aussagen zum wahrge-

nommenen Nutzen von BEM-Verfahren im Gesamten ableiten, da bei etwa 20 % derer, die ein BEM-Angebot angenommen hatten, gar keine Maßnahmen umgesetzt worden waren und ihnen keine entsprechende Frage gestellt wurde. Gemutmaßt werden kann, dass ihre verfahrensspezifische Nutzenbewertung weniger positiv ausgefallen wäre als die hier berichtete Nutzenbewertung der BEM-Teilnehmenden mit umgesetzten Maßnahmen.

Da die Studie auf selbstberichten Daten basiert, kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Angaben der Anzahl der AU-Tage in den letzten 12 Monaten verzerrt sind. So beschreibt bspw. der Teleskopeffekt, dass länger zurückliegende Zeiträume in der Erinnerung verkürzt werden.

## Schlussfolgerungen

Die Befunde dieser Untersuchung sprechen dafür, dass 20 Jahre nach seiner Einführung das BEM dort, wo es eingesetzt wird, aus Sicht der Beschäftigten in aller Regel hilfreich ist, dass es aber zu wenig eingesetzt wird. Hier könnte eine Stärkung des BEM über die Etablierung eines individuellen Rechtsanspruchs hilfreich sein, wie Nebe dies anregt [23]. Vertiefter zu untersuchen wäre ebenfalls, wo nach wie vor betriebliche Hemmnisse beim Einsatz dieses offenbar sinnvollen Instruments der Wiedereingliederung liegen und wie man diese überwinden könnte. Nationale Akteure im Bereich Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, die gesetzliche Unfallversicherung und die Arbeitsschutzbehörden der Länder sowie die gesetzlichen Krankenkassen und die Deutsche Rentenversicherung könnten zur Sensibilisierung der Unternehmen im Zuge ihrer Beratungstätigkeiten beitragen.

Wünschenswert wäre, wenn auch in künftigen Untersuchungen auf bereits genutzte Erhebungsmodule zurückgegriffen wird, um eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu erreichen. Das hier verwendete Modul (► **Online-Tab. 1**) hat sich als grundsätzlich brauchbar erwiesen. Zusätzlich sollte allerdings auch die Einschätzung der Beschäftigten zur Umsetzung (einschließlich Umsetzungsproblemen) und zu längerfristigen Effekten des BEM erhoben werden.

## Fördermittel

Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie, BG RCI – P0102-000-2022; Deutsche Rentenversicherung Bund – 0421/40-64-50-78; BARMER Krankenkasse – 4500129332; Bundesministerium für Arbeit und Soziales, BMAS – DA2-83000

## Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

- [1] Deutsche Vereinigung für Rehabilitation. Reha-Definition der DVfR. <https://www.dvfr.de/rehabilitation-und-teilhabe/reha-definition-der-dvfr> (letzter Zugriff 16.12.2024)
- [2] Wrage W, Sikora A, Wegewitz U. Verbreitung des betrieblichen Eingliederungsmanagements: Sind Gesundheitsorientierung und soziale Ressourcen bedeutsamer als Betriebsgröße? Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018. *Gesundheitswesen* 2023; 85: 453–460. DOI: 10.1055/a-1791-1122
- [3] Holleder A. Prevalence and utilization of company integration management in Germany: Results of the 2018 BIBB/BAuA survey of employed persons. *Journal of Occupational Health* 2021; 63: e12276. DOI: 10.1002/1348-9585.12276
- [4] Loerbroks A, Scharf J, Angerer P et al. The Prevalence and Determinants of Being Offered and Accepting Operational Management Services-A Cohort Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021; 18: DOI: 10.3390/ijerph18042158
- [5] Lösch R, Amler N, Drexler H. Arbeits- und Gesundheitsschutz und Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – Ein systematisches Review zum Umsetzungsstand gesetzlicher Vorgaben. *Das Gesundheitswesen* 2022; 84: 422–437. DOI: 10.1055/a-1354-6227
- [6] Stegmann R, Schulz IL, Schröder UB. Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt: Betriebliche Wiedereingliederung aus der Perspektive der Zurückkehrenden. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; baua: Bericht. 2021; DOI: 10.21934/baua:bericht20210127
- [7] Niehaus M, Marfels B, Vater G et al. Betriebliches Eingliederungsmanagement: Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX. Köln: (Forschungsbericht / Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bd. FB374); 2008
- [8] Ruiz Marcos J, Steinwede J, Kleudgen M. Methodenbericht – lidA Welle 4. Bonn: Infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH; 2023
- [9] Hasselhorn HM, Peter R, Rauch A et al. Cohort profile: The lidA Cohort Study – a German Cohort Study on Work, Age, Health and Work Participation. *International Journal of Epidemiology* 2014; 1736–1749. DOI: 10.1093/ije/dyu021
- [10] Riechmann-Wolf M, Jankowiak S, Hegewald J et al. Fragebogen zur Rückkehr in den Beruf. Nicht veröffentlicht, Teil des Projekt F2447: BAuA – Forschung – Physische und psychosoziale Arbeitsbelastungen und kardiometabolische Gesundheit bei Beschäftigten in der 10-Jahres-Längsschnittuntersuchung der Gutenberg-Gesundheitsstudie – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. 2025; <https://www.baua.de/DE/Forschung/Forschungsprojekte/f2447.html> (letzter Zugriff 31.3.2025)
- [11] Sikora A, Schneider G, Stegmann R et al. Returning to work after sickness absence due to common mental disorders: study design and baseline findings from an 18 months mixed methods follow-up study in Germany. *BMC Public Health* 2019; 19: 1653. DOI: 10.1186/s12889-019-7999-z
- [12] Jöckel KH, Babitsch B, Bellach BM et al. Messung und Quantifizierung soziodemographischer Merkmale in epidemiologischen Studien. In: Ahrens W, Bellach B-M, Jöckel K-H (Hrsg.) Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. München: MMV Medizin Verlag; 1998: 7–38
- [13] Ohlbrecht H, Detka C, Kuczyk S et al. Return to Work and Stay at Work – Die Frage nach einem gelingenden betrieblichen Eingliederungsmanagement. *Rehabilitation* 2018; 57: 157–164. DOI: 10.1055/a-0608-9402
- [14] Bürger W, Glaser-Möller N, Kulick B et al. Stufenweise Wiedereingliederung zulasten der gesetzlichen Rentenversicherung – Ergebnisse umfassender Routinedatenanalysen und Teilnehmerbefragungen. *Rehabilitation* 2011; 50: 74–85. DOI: 10.1055/s-0030-1261900

- [15] Marschall J, Hildebrandt S, Kleinlercher KM et al. DAK Gesundheitsreport 2020. Stress in der modernen Arbeitswelt. Sonderanalyse: Digitalisierung und Homeoffice in der Corona-Krise. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Band 33. 1. Auflage. Hg. v. Andreas Storm. Heidelberg: medhochzwei Verlag; 2020
- [16] Schneider U, Linder R, Verheyen F. Long-term sick leave and the impact of a graded return-to-work program: evidence from Germany. The European journal of health economics: HEPAC: health economics in prevention and care 2016; 17: 629–643. DOI: 10.1007/s10198-015-0707-8
- [17] Kohte W. Das betriebliche Eingliederungsmanagement – Ein doppelter Suchprozess. WSI-Mitteilungen 2010; 7: 374–384. [https://www.wsi.de/data/wsimit\\_2010\\_07\\_kohte.pdf](https://www.wsi.de/data/wsimit_2010_07_kohte.pdf) (letzter Zugriff 31.3.2025)
- [18] Braband C, Consiglio V, Hainbach N et al. Die ungleichen Auswirkungen auf Beschäftigte im ersten Pandemiejahr. Berlin: Bertelsmann Stiftung; 2022
- [19] Smith P, LaMontagne AD, Lilley R et al. Are there differences in the return to work process for work-related psychological and musculoskeletal injuries? A longitudinal path analysis. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2020; 55: 1041–1051. DOI: 10.1007/s00127-020-01839-3
- [20] Schulz IL, Sikora A, Schröder UB et al. Stufenweise Wiedereingliederung – Eine integrative Maßnahme der Rückkehr. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; baua: Fakten2021
- [21] Sikora A, Schulz IL, Schröder UB et al. Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) – Ein individueller, systematischer und lebendiger Prozess. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; baua: Fakten2021
- [22] Bürger W. Stufenweise Wiedereingliederung nach orthopädischer Rehabilitation – Teilnehmer, Durchführung, Wirksamkeit und Optimierungsbedarf. Rehabilitation 2004; 43: 152–161. DOI: 10.1055/s-2003-814985
- [23] Nebe K. Das Gesetz zur Förderung eines inklusiven Arbeitsmarktes – ohne BEM und StW? – Ein Plädoyer, Rechtsdurchsetzung zu stärken; Beitrag D3-2023 unter [https://www.reha-recht.de/fileadmin/user\\_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum\\_D/2023/D3-2023\\_Gesetz\\_zur\\_F%C3%B6rderung\\_eines\\_inklusiven\\_Arbeitsmarktes.pdf](https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_D/2023/D3-2023_Gesetz_zur_F%C3%B6rderung_eines_inklusiven_Arbeitsmarktes.pdf) (letzter Zugriff 31.3.2025)

**Zusatzmaterial:**

**Online-Tab. 1** Fragenset zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement, BEM, in der lidA-Studie Welle 4 (2022/23)

Frage	Quelle
<p><i>BEM 1</i> Sie haben über 30 Krankheitstage für die letzten 12 Monate angegeben. Beim sogenannten Betrieblichen Eingliederungsmanagement, BEM, prüft der Betrieb gemeinsam mit Beschäftigten, die länger arbeitsunfähig waren, mit welchen Maßnahmen deren Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt, erhalten und gefördert werden kann.</p> <p>Die folgenden Fragen betreffen das Angebot und die Teilnahme an einem BEM. Hat Ihnen Ihr Arbeitgeber in den letzten 12 Monaten ein Angebot zum BEM gemacht? 1: ja, er kam von sich aus auf mich zu 2: ja, auf meine Nachfrage hin 3: nein</p>	<p>Hinführung: modifiziert nach BAuA-Frage (Sikora et al. 2019)</p> <p>Frage: Gutenberg-Health.Study (Riechmann-Wolf et al. 2025)</p>
<p><i>BEM 2</i> Haben Sie das Angebot zum BEM angenommen? 1: ja 2: nein 3: ich habe mich noch nicht entschieden.</p>	<p>Gutenberg-Health.Study (Riechmann-Wolf et al. 2025)</p>
<p><i>BEM 3</i> Aus welchen Gründen haben Sie das Angebot zum BEM abgelehnt? (Mehrfachantworten möglich) 1: kein Bedarf oder Notwendigkeit aufgrund Art der Erkrankung bzw. Unfallfolge 2: das Angebot kam zu spät 3: sehe grundsätzlich keinen Nutzen in BEM 4: Misstrauen gegenüber BEM-Verfahren und/oder Beteiligten 5: habe mich nicht ausreichend informiert gefühlt 6: Umsetzung hätte nicht meinen Vorstellungen entsprochen 7: habe negative Folgen für die eigene Arbeitssituation befürchtet 8: wollte nicht wieder an meinen Arbeitsplatz zurück 9: sonstige Gründe <i>Für jeden der Gründe:</i> 1: trifft zu 0: trifft nicht zu</p>	<p>Modifiziert nach Gutenberg-Health.Study (Riechmann-Wolf et al. 2025)</p>
<p><i>BEM 4</i> Fand ein Erstgespräch zum BEM statt? 1: ja 2: nein</p>	<p>Aus Projekt F2385 der BAuA (Sikora et al. 2019)</p>
<p><i>BEM 5</i> Wurden im Zuge Ihres BEM Maßnahmen für Ihre Wiedereingliederung umgesetzt? 1: ja 2: nein, ist aber geplant 3: nein</p>	<p>Modifiziert nach Projekt F2385 der BAuA (Sikora et al. 2019)</p>
<p><i>BEM 6</i> Welche der folgenden Maßnahmen wurden im Zuge Ihres BEM umgesetzt? (Mehrfachantworten möglich) A: Stufenweise Wiedereingliederung, z.B. „Hamburger Modell“ B: Individuelle Begleitung und Unterstützung der Wiedereingliederung, z. B. durch einen „BEM-Coach“ C: Regelmäßige Feedbackgespräche mit meiner oder meinem Vorgesetzten D: Längerfristige Reduzierung der Arbeitszeit E: Flexibilisierung der Arbeitszeit, z. B. Gleitzeit</p>	<p>Modifiziert nach Projekt F2385 der BAuA (Sikora et al. 2019)</p>

<p>F: Verbesserung der Arbeitsorganisation, z. B. Arbeitsabläufe  G: Reduzierung der Arbeitsmenge  H: Verbesserung des Arbeitsplatzes, z. B. Stuhl, Tisch, Computer, Beleuchtung, Technik  I: Reduzierung der körperlichen Belastungen, z. B. Heben oder Tragen  J: Umsetzung auf einen neuen Arbeitsplatz  K: Arbeit von zu Hause, z. B. Home-Office  L: berufliche Weiterqualifizierung  M: Sonstiges  <i>Für jede der Maßnahmen:</i>  1: trifft zu  0: trifft nicht zu</p>	
<p><i>BEM 7</i>  Und was meinen Sie: wie hilfreich war diese Maßnahme / waren diese Maßnahmen in Bezug auf Ihre Gesundheit und Arbeitsfähigkeit?  1: gar nicht hilfreich  2: wenig hilfreich  3: etwas hilfreich  4: sehr hilfreich</p>	lidA-Welle 3 (2018, ohne Autor), ähnlich in F2385 der BAuA (Sikora et al. 2019)
<p><i>BEM 8</i>  Als wie hilfreich haben Sie das BEM insgesamt empfunden?  1: gar nicht hilfreich  2: wenig hilfreich  3: etwas hilfreich  4: sehr hilfreich</p>	F2385 der BAuA (Sikora et al. 2019)
<p><i>BEM 9</i>  Aufgrund welcher Art gesundheitlicher Beschwerden erfolgte das BEM? (Mehrfachantworten möglich)  1: Muskel-/Skelett-Beschwerden  2: Kardiologische Beschwerden  3: Psychische Beschwerden  4: Neurologische Beschwerden  5: Gynäkologische Beschwerden  6: Atemwegserkrankungen  7: Stoffwechselerkrankungen, z. B. Diabetes  8: Tumorerkrankung  9: Sonstige: _____  <i>Für jede der Beschwerden:</i>  1: trifft zu  0: trifft nicht zu</p>	Eigene Frage