

Etablierung von BEM-Beauftragten im betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) – gibt es eine Evidenz?

J. Neumann¹
V. Scherenberg²

¹Performa Nord, Zentrum für Gesunde Arbeit, Arbeitsmedizinischer Dienst, Bremen
²APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft GmbH, Bremen

(eingegangen am 05.05.2023, angenommen am 10.05.2023)

ABSTRACT / ZUSAMMENFASSUNG

Establishment of OIM representatives in organisational integration management – what evidence is there?

The design and implementation of the OIM procedure is not strictly prescribed by sec. 167 (2) SGB IX and can be freely designed by the employer, such as by establishing OIM representatives. The article addresses the question of whether there is any evidence of this measure and presents the results of a systematic literature analysis. The findings reveal that there is a considerable need for research. and, in particular, role conflicts of OIM representatives in the organisational context need to be examined. External approaches should be compared with this model and evaluated comparatively with regard to their costs and effectiveness.

Keywords: operational integration management (OIM) – representative – evidence – systematic literature analysis

doi:10.17147/asu-1-280229

ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2023; 58: 396–398

Etablierung von BEM-Beauftragten im betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) – gibt es eine Evidenz?

Die Ausgestaltung und Durchführung des BEM-Verfahrens ist nach §167 Abs. 2 SGB IX nicht strikt vorgegeben und kann seitens des Arbeitgebers zum Beispiel mittels Etablierung von BEM-Beauftragten frei gestaltet werden. Der Beitrag widmet sich der Frage nach der Evidenz dieser Maßnahme und stellt Ergebnisse einer systematischen Literaturanalyse vor. Die Befunde offenbaren, dass ein erheblicher Forschungsbedarf besteht und insbesondere Rollenkonflikte von BEM-Beauftragten im betrieblichen Kontext zu untersuchen sind. Externe Ansätze sind diesem Modell gegenüberzustellen und sollten hinsichtlich ihrer Kosten und Wirksamkeit vergleichend bewertet werden.

Schlüsselwörter: betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) – Beauftragte – Evidenz – systematische Literaturanalyse

Einleitung

Seit Einführung des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) im Jahre 2004 wird das Ziel verfolgt, die Arbeitsunfähigkeit von Beschäftigten zu reduzieren, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und den Arbeitsplatz zu erhalten (§167 Abs. 2 SGB IX). Die Ausgestaltung des Verfahrens ist dabei nicht vorbestimmt und kann seitens des Arbeitgebers frei gewählt werden.

Unter dem Begriff BEM-Beauftragte wird seit einiger Zeit die Möglichkeit des Arbeitgebers verstanden, die Aufgabe des BEM an eine BEM-beauftragte Person beziehungsweise Team delegieren zu können. Im aktuellen Leitfaden der Deutsche Rentenversicherung wird dazu konkretisiert, dass die vom Arbeitgeber bestimmte Person diese Aufgabe dann weitgehend eigenständig führt und Entscheidungskompetenzen besitzen oder zumindest Entscheidungen, die eigentlich dem Arbeitgeber obliegen, herbeiführen können sollte (DRV 2022). Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) nennt in ihrem BEM-Fakten-Blatt BEM-Beauftragte als mögliche betriebliche Schlüsselakteure, die entscheidend für ein erfolgreiches BEM sein können (Sikora et al. 2021). Eine klare Definition von BEM-Beauftragten und wie diese konkret qualifiziert werden sollten, wird jedoch nicht genannt.

In der gesetzlichen Grundlage für das BEM (§167 Abs. 2 SGB IX) findet sich die Nennung von BEM-Beauftragten jedoch nicht. Neben dem Arbeitgeber und den zuständigen Interessenvertretungen sowie der im Bedarfsfall einzubindenden Schwerbehindertenvertretung werden als

einzigste Profession Werks- oder Betriebsärztinnen/-ärzte genannt, die, soweit erforderlich, hinzugezogen werden können. Insofern stellt die Etablierung von BEM-Beauftragten eine freiwillige Maßnahme dar, die auf ihre Wirksamkeit überprüft werden sollte, um den damit verbundenen Nutzen bezogen auf die Gesundheit der Beschäftigten steigern zu können. Im Bereich des medizinischen Handelns wird unter evidenzbasierter Medizin (EbM) eine Vorgehensweise verstanden, Patientinnen und Patienten auf der Basis der besten zur Verfügung stehenden Daten zu versorgen (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin 2018). Die evidenzbasierte Praxis (EbP) in gesundheitsbezogenen Berufen fußt auf den Säulen des EbM und dient durch externe Wirksamkeitsnachweise dazu, die Effizienz präventiver Maßnahmen zu sichern (Kraus 2018). Ziel dieser Studie war es, die Evidenz der Etablierung von BEM-Beauftragten im betrieblichen Setting zu ermitteln. Um den aktuellen Forschungsstand zu diesem Thema aufzuzeigen, wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt.

Methode

Zum Auffinden relevanter Publikationen wurde eine systematische Literaturrecherche über die Meta-Datenbank des „US National Library of Medicine“ (Pubmed) im Zeitraum vom 24.04. bis 27.04.2023 durchgeführt. Als wesentliche Suchbegriffe wurden „Betriebliches Eingliederungsmanagement“ sowie die englischen Übersetzungen „operational integration management“, „company integration management“, „company

reintegration management“ und „return to work management“ verwendet. MeSH-Terms (Medical Subject Headings) konnten in Ermangelung vorhandener Schlagworte nicht genutzt werden. Eingeschlossen wurden deutsch- und englischsprachige Publikationen der letzten zehn Jahre. Ausgeschlossen wurden Duplikate sowie Studien, die keine thematische Relevanz aufwiesen. Trotz der offenen Suchstrategie konnten nur elf Publikationen beziehungsweise nach Ausschluss der Duplikate zehn Publikationen in die Studie eingeschlossen werden. Die Darstellung im PRISMA-Flussdiagramm (→ **Abb. 1**) zeigt, dass zwei Publikationen in der Vorauswahl und vier Veröffentlichungen der Vorauswahl aufgrund unzureichender thematischer Passung nicht eingeschlossen wurden. Die vier verbliebenen Studien befassten sich mit „BEM-Beauftragen“ beziehungsweise deren Umschreibungen in deutscher (BEM-Beauftragte; BEM-Team) oder englischer Sprache (CIM team; OIM coordinators; company integration management team).

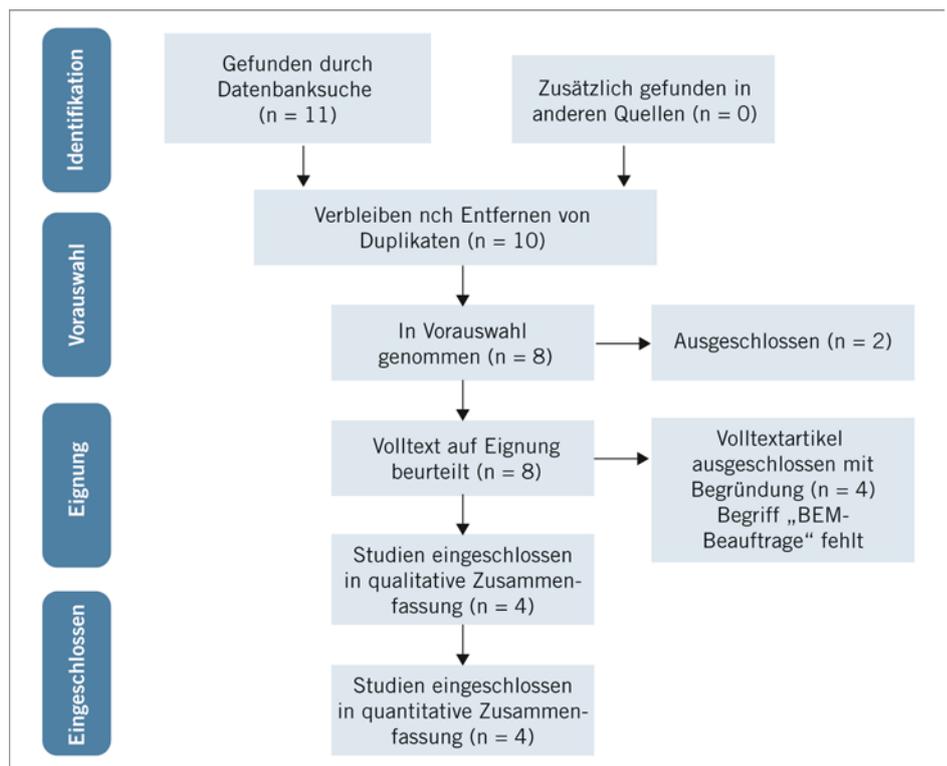


Abb. 1: Prisma-Flussdiagramm der Literaturrecherche
Fig. 1: Prisma flow diagram of the literature research

Ergebnisse

Die erste Studie basierte auf retrospektiven Interviews mit BEM-Nehmenden sowie Expertenbefragungen von betrieblichen und überbetrieblichen Akteurinnen und Akteuren (Ohlbrecht et al. 2018). Ziel der Untersuchung war es, Einflussfaktoren für die Ausgestaltung des BEM zu identifizieren, um diese in Gelingensbedingungen und Hemmfaktoren einzuteilen. In Bezug auf BEM-Beauftragte wurde genannt, dass BEM-Teams bei sehr großer Größe als nachteilig erkannt wurden, da eine negative Auswirkung auf laufende BEM-Verfahren befürchtet wurde. Ziel der zweiten Studie war es, inhaltliche und funktionale Anforderungen eines zu etablierenden elektronischen Übergabesystems zu ermitteln, das als mögliche Schnittstelle zwischen externen und betriebsinternen Akteurinnen und Akteuren eingesetzt werden könnte (Kohl et al. 2022). Dazu wurden mittels 90-minütiger Videokonferenzen Gruppeninterviews von interprofessionellen Fokusgruppen durchgeführt, die aus Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Arbeitsmedizinerinnen/-mediziner und Mitgliedern des BEM bestanden. Berichtet wurde, dass Mitglieder von BEM-Teams nach längerer krankheitsbedingter Abwesenheit Kontakt zu den Beschäftigten aufnehmen würden, um Möglichkeiten einer Wiedereingliederung zu klären, Fähigkeiten der Beschäftigten mit den Anforderungen des Arbeitsplatzes zu vergleichen und Maßnahmen zur Anpassung des Arbeitsplatzes zu entwickeln. BEM-Teammitglieder wurden neben den Betriebsärztinnen und -ärzten als wichtige Akteurinnen und Akteure angesehen. Andere Professionen (aus Psychotherapie, Arbeitsmedizin etc.) äußerten jedoch Bedenken hinsichtlich eines Informationsaustauschs mit den BEM-Teammitgliedern insbesondere bei Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

Bei der dritten Studie handelte es sich um eine Interventionsstudie, die partizipativ mit Arbeitsmedizinerinnen/-mediziner und anderen Sachverständigen einen Leitfaden samt Schulungsmateria-

lien erstellte und Betriebsärztinnen/-ärzte in der Anwendung dieser Materialien schulte (Scharf et al. 2022). Anschließend wurden diese Materialien im Arbeitsalltag auf Praktikabilität geprüft. Der Begriff des BEM-Teams findet sich dabei im Themenspeicher des Leitfadens für das Gespräch zwischen Betriebsärztinnen/-ärzten und den BEM-Nehmenden unter dem Punkt „Kontaktaufnahme mit dem BEM-Team“. Auf das BEM-Team selbst wurde in dieser Studie nicht eingegangen und auch in den Schulungsunterlagen wurde der Begriff nicht definiert. Vielmehr finden sich dort Umschreibungen (z.B. „betriebliche Akteure“, „Entscheidungsträger von betrieblicher Seite“, „Ansprechpartner für die Wiedereingliederung von Beschäftigten“; Scharf et al. 2022).

Bei der vierten Studie handelte es sich um eine Kohortenstudie, die auf Grundlage der Daten des dritten Sozialmedizinischen Panels für Erwerbspersonen – Rehabilitation und Teilhabe (GSPE-III) untersuchte, inwieweit das BEM den in Frage kommenden Beschäftigten angeboten wurde, wie diese Angebote angenommen wurden und welche Faktoren dafür ausschlaggebend waren (Loerbroks et al. 2021). Der Begriff des BEM-Teams wurde einmalig im Zusammenhang mit der zunehmenden Unternehmensgröße geäußert, die sich als der stärkste Prädiktor für zukünftige BEM-Angebote zeigte. Dieses wurde durch möglicherweise bessere interne Ressourcen wie zum Beispiel die Einbindung spezialisierter BEM-Teams oder betriebsinterner arbeitsmedizinischer Dienste erklärt.

Weitere Angaben zu BEM-Beauftragten wurden in den Veröffentlichungen nicht genannt, was mutmaßlich auf die unterschiedlichen Studiendesigns zurückzuführen ist. Zusammenfassend konnten keine externen Wirksamkeitsnachweise in Hinblick auf die Evidenz von BEM-Beauftragten beziehungsweise der Zweckmäßigkeit ihrer Etablierung im betrieblichen Kontext ermittelt werden.

Diskussion

Die Beantwortung der Forschungsfrage gelang nicht, da trotz der relativ offenen Suchstrategie nur wenige Studien zu dem Thema BEM ermittelt werden konnten und nur in vier Publikationen der Begriff „BEM-Beauftragte“ überhaupt genannt wurde. Bezüglich der Evidenz von BEM-Beauftragten konnte keine einzige Veröffentlichung ermittelt werden. Weiterer Forschungsbedarf ist notwendig, da das Thema nicht unumstritten ist. Obwohl es sich nach Angaben der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV Information 206-031 „Betriebliches Eingliederungsmanagement – BEM-Orientierungshilfe für die praktische Umsetzung“) bewährt habe, eine im Betrieb anerkannte Person zur „BEM-Beauftragte“ zu benennen, können in der täglichen Praxis auch Hemmnisse beobachtet werden. So müssten BEM-Beauftragte beispielsweise über eine gute Abgrenzungsfähigkeit verfügen, um die Schicksale nicht zu nah an sich heranzulassen. Zudem sollten sie neben fundierten rechtlichen Kompetenzen (z. B. aktuelle Rechtsprechungen und gesetzliche Neuerungen) auch über kommunikative Skills (z. B. Gesprächsführung, systemisches Coaching) verfügen (Venjakob 2022). Beteiligungsmethoden sowie eine Rollenklarheit stellen weitere Aspekte dar, die erfolgreiche BEM-Verfahren begünstigen. Beschäftigte aus dem Personalbereich haben zum Beispiel, wenn sie als BEM-Beauftragte agieren sollen, unmittelbar eine gänzlich andere Funktion beziehungsweise Perspektive einzunehmen. Denn sie sind als BEM-Beauftragte nicht mehr Teil des HR (Human Resources Management), sondern müssten in dieser neuen Position die Neutralität zwischen Arbeitgeber auf der einen und den Beschäftigten auf der anderen Seite wahren (Venjakob 2022). Fehlen zudem gesundheitsbezogene Kompetenzen, ist es kaum möglich, psychische und körperliche Einschränkungen in Bezug auf den Arbeitsplatz richtig einzuschätzen. Denn selbst nach einer Schulung oder sogenannter BEM-Kursweiterbildung können BEM-Beauftragte ohne eine adäquate medizinische oder gesundheitswissenschaftliche Ausbildung nach wie vor als medizinische Laien bezeichnet werden. Sie unterliegen im Vergleich zu den Betriebsärztinnen und -ärzten nicht der medizinischen Schweigepflicht und können im Falle von freiwillig genannten Diagnosen diese nicht aus einer professionellen Perspektive heraus bewerten. Zudem werden interne BEM-Beauftragte häufig als Kolleginnen und Kollegen angesehen, was zu Irritationen und zu Rollenkonflikten führen kann. Neben innerbetrieblich festangestellten BEM-Beauftragten existieren auch BEM-Angebote externer Service-dienstleister. Ein Outsourcing des BEM-Prozesses kann Vorteile mit sich bringen, da zum Beispiel weniger interne Ressourcen gebunden und BEM-Personal gar nicht erst gesucht, qualifiziert und eingearbeitet werden muss. Übliche betriebsinterne BEM-Austauschrunden zwischen mehreren BEM-Beauftragten beziehungsweise dem BEM-Team könnten dabei entfallen. Auch über die Wirksamkeit von internen im Vergleich zu externen BEM-Beauftragten fehlen wissenschaftliche Langzeitstudien. Bei weiterer Forschung bezüglich der Etablierung von BEM-Beauftragten erscheint es zudem zielführend, neben gesundheitsbezogenen auch betriebswirtschaftliche Aspekte zu berücksichtigen. Der Aufwand der Etablierung wäre mittels Kosten-Nutzen-Relation der durch die Maßnahme erreichbaren Fehlzeitenreduktion gegenüberzustellen, die sich neben den kürzeren Krankheitszeiten durch eine nachhaltigere Rückkehr der erkrankten Beschäftigten ergeben könnte.

Zusammenfassend scheint der Forschungsstand zum Thema BEM aktuell begrenzt zu sein, was in Diskrepanz zu den zahlreichen Praxis-

leitfäden, Handlungshilfen und frei zugänglichen Dienstvereinbarungen zur Umsetzung des BEM in Institutionen des Öffentlichen Dienstes steht. Ob dies auf das eher auf Deutschland begrenzte BEM-Verfahren zurückzuführen ist, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden. Limitierend für diese Untersuchung muss angemerkt werden, dass die Suchstrategie auf eine medizinische Meta-Datenbank begrenzt wurde, was sich in der Nennung der arbeitsmedizinischen Profession im §167 Abs. 2 SGB IX begründete. Außerhalb der medizinischen Forschung könnten andere Ergebnisse vorliegen, die hier nicht berücksichtigt wurden.

Fazit

Mittels der systemischen Literaturanalyse gelang es nicht eindeutige Befunde zur Evidenz der Etablierung von BEM-Beauftragten zu ermitteln. Insbesondere hinsichtlich BEM-Beauftragten muss weiterer Forschungsbedarf aufgezeigt werden. Neben den fachlichen und persönlichen Voraussetzungen sowie der notwendigen Qualifikation der zu beauftragenden Person sind im betrieblichen Kontext auftretende Rollenkonflikte zu untersuchen, die sich negativ auf BEM-Verfahren auswirken können. Dem Modell der betriebsinternen BEM-Beauftragten sind externe Ansätze gegenüberzustellen und hinsichtlich ihrer Kosten und Wirksamkeit vergleichend zu bewerten. Denn bei der Betrachtung der Etablierung von BEM-Beauftragten sollte sich der Blick nicht nur auf das Outcome beschränken, sondern die Input- und Durchführungsqualität miteinschließen.

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Literatur

- Deutsche Rentenversicherung Bund: Leitfaden zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM). 5. Aufl. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022.
- Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin: Glossar zur Evidenzbasierten Medizin. 2018. <https://ebm-netzwerk.de/de/service-ressourcen/ebm-glossar> (abgerufen am 26.04.2023)
- Kohl F, Angerer P, Guthardt L et al. Requirements for an electronic handover system for inter-professional collaboration between psychotherapists and occupational health professionals – a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2022; 22: 1087.
- Kraus E: Internationale Perspektiven auf die Voraussetzungen einer effizienten Diagnostik und Therapie unter dem Anspruch von Teilhabe und Partizipation. In: Haring R, Siegmüller J (Hrsg.): Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen. Berlin, Heidelberg: Springer, 2018.
- Loerbroks A, Scharf J, Angerer P, Spanier K, Bethge M: The prevalence and determinants of being offered and accepting operational management services-a cohort study. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18: 2158.
- Ohlbrecht H, Detka C, Kuczyk S, Lange B: Return to Work and Stay at Work – Die Frage nach einem gelingenden betrieblichen Eingliederungsmanagement [Return to Work and Stay at Work – The Question of Successful Operational Integration Management]. *Rehabilitation* 2018; 57: 157–164.
- Scharf J, Loerbroks A, Angerer P: Rückkehr an den Arbeitsplatz von Beschäftigten nach einer psychischen Erkrankung: Entwicklung eines Leitfadens und eines Schulungsmoduls für Betriebsärztinnen/Betriebsärzte [Return to work of employees after a mental disorder]. *Zentralbl Arbeitsmed Arbeitsschutz Ergon* 2022; 72: 228–235.
- Scharf J, Loerbroks A, Angerer P: Handlungsleitfaden für Betriebsärztinnen und Betriebsärzte: Unterstützung der Rückkehr an den Arbeitsplatz nach psychischer Erkrankung. https://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Fuer-Patienten-und-Besucher/Kliniken-Zentren-Institute/Institute/Institut_fuer_Arbeits_Sozial_und_Umweltmedizin/Materialien/Downloads/Handlungsleitfaden_RTW_nach_psychischen_Krisen_final.pdf (abgerufen am 26.04.2023).
- Sikora A, Schulz IL, Schröder UB, Stegmann R: Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM). Ein individueller, systematischer und lebendiger Prozess. 1. Aufl. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2021.
- Venjakob C: Die wichtigsten Elemente eines erfolgreichen BEM-Gesprächs. *ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 2023; 58: 64.

Kontakt

Dr. med. Jan Neumann, MaHM

Performa Nord, Zentrum für Gesunde Arbeit
Arbeitsmedizinischer Dienst
Bahnhofstraße 35
28195 Bremen
jan.neumann@performanord.bremen.de