ERGEBNISBAND

GIBI

Ganzheitliche Klärung des Interventionsbedarfs bei gefährdeter Beruflicher Integration

Modellprojekt ▪ Bundesprogramm rehapro ▪ Erster Förderaufruf

Projektverantwortlich:
Deutsche Rentenversicherung Nord

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

GIBI

Der vorliegende Ergebnisband stellt das Modellprojekt GIBI aus dem Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ vor.

Mit rehapro fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Erprobung innovativer Ansätze in den Bereichen Prävention, Rehabilitation und Nachsorge in den Jobcentern und Rentenversicherungsträgern und setzt damit den gesetzlichen Auftrag gemäß § 11 SGB IX um. Ziel ist es, die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu stärken und die trägerübergreifende Zusammenarbeit zu verbessern. Wirksame Ansätze sollen identifiziert und in das Regelangebot der Jobcenter und Rentenversicherungsträger übernommen werden. Die gewonnenen Erkenntnisse aus rehapro können so allen Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zugutekommen.

In diesem Band werden die Inhalte und Ziele des Projekts GIBI erläutert. Des Weiteren werden die Ergebnisse und Erkenntnisse zu den innovativen Ansätzen des Projekts sowie deren Wirkungen präsentiert. Außerdem werden Verstetigungsoptionen vor Ort sowie Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und bundesweiten Verstetigung dargestellt.

Mit der Dokumentation der Ergebnisse sollen der Erkenntnisgewinn aus den rehapro-Projekten nachhaltig verankert und eine Basis für den Diskussionsprozess zur bundesweiten Verstetigung geschaffen werden. Die Veröffentlichung der Ergebnisbände auf der Website bundesprogramm-rehapro.de macht die Erkenntnisse für alle Beteiligten und Interessierten sichtbar, leicht zugänglich und nutzbar.

Inhaltsverzeichnis

1 Darstellung des Modellprojekts 4
1.1 Ausgangslage 4
1.2 Inhalte 5
1.2.1 Materialien der Durchführung 9
1.3 Ziele 10
1.3.1 Gesamtziele des Modellvorhabens 10
1.3.2 Fragestellungen aufgeschlüsselt nach den Studienabschnitten 11
1.3.3 Zielkriterien 11
1.4 Organisation / Beteiligte Akteure 13
1.5 Wissenschaftliche Begleitung 14
1.5.1 Machbarkeitsstudie 14
1.5.2 Randomisierte kontrollierte Studie (RCT) 15

2 Ergebnisse des Modellprojekts 17
2.1 Machbarkeitsstudie 17
2.1.1 Fragebogendaten Machbarkeitsstudie 17
2.1.2 Abschlussberichte 22
2.1.3 Interviews mit Teilnehmenden 23
2.1.4 Fokusgruppen 24
2.1.5 Interviews mit Betriebsärzt*innen 24
2.2 Randomisierte kontrollierte Studie (RCT) 25
2.2.1 Beschreibung der Stichprobe 25
2.2.2 Erbrachte Therapiedosis 27
2.2.3 Primäres Zielkriterium 28
2.2.4 Sekundäre Zielkriterien 29
2.2.5 Subgruppenanalysen 30
2.2.6 Abschlussberichte 31

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-)Ansätzen und deren Wirkungen 33
3.1 Rolle der Betriebsärzt*innen 33
3.2 Zweitägiges Teilhabeassessment in Rehabilitationseinrichtungen 34
3.3 Gesamtstrategie 34
3.4 Nutzen: Wenn 100 Erwerbstätige an GIBI teilnehmen 36
3.5 Limitationen / Stärken 37

4 Verstetigung vor Ort 39
4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung 39
4.1.1 Regionale Netzwerke 39
4.1.2 Zugang und Identifikation 39
4.1.3 Durchführung der Intervention 40
4.2 Verstetigung bei der Deutschen Rentenversicherung Nord 41
4.2.1 Praktische Bedingungen 41
4.2.2 Gesetzliche Grundlage der Finanzierung 41
4.2.3 GIBI als Selbstzahler-Leistung? 42

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweite Verstetigung 43

6 Anlagen 45
6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt 45
6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis 45
6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen 45

1 Darstellung des Modellprojekts

1.1 Ausgangslage

Erwerbsarbeit ist ein zentraler Teil des Lebens und Ressource für gesellschaftliche Teilhabe. Sie ermöglicht neben Einkommen und materieller Sicherheit, Verbundenheit, Gemeinschaft und Sinn sowie Raum für Weiterentwicklung und persönliche Entfaltung [4]. Viele Menschen verbringen rund 40 Jahre lang ein Drittel des Tages in der Arbeitswelt [5]. In den letzten Jahren hat sich die Arbeitswelt durch die Digitalisierung sowie demographische, gesundheitliche und pandemiebedingte Trends stark verändert [1]. Dies bringt Herausforderungen mit sich: In den europäischen Staaten beträgt der Anteil an Erwerbstätigen mit unsozialen Arbeitszeiten (d. h. 48 Stunden oder mehr pro Woche, nachts, kurzfristig oder in der Freizeit) rund ein Drittel [6]. Neben unsozialen Arbeitszeiten werden im European Working Conditions Survey eine hohe Arbeitsintensität und finanzielle Sorgen als Belastungsfaktoren berichtet, denen Erwerbstätige ausgesetzt sind [6]. Diese Belastungsfaktoren sind mit einer höheren Inzidenz für Gesundheitsprobleme assoziiert und können längere krankheitsbedingte Fehlzeiten verursachen sowie die zukünftige Erwerbsbeteiligung gefährden [1,6]. Seit rund 20 Jahren steigt die mittlere Arbeitsunfähigkeitsdauer kontinuierlich an [7]. Parallel dazu zeigt sich auch eine kontinuierliche Zunahme von Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund von psychischen Erkrankungen [7].

Sowohl Arbeitgebende als auch Arbeitnehmende können von betrieblicher Gesundheitsförderung profitieren [8]. Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung können Fehlzeiten reduzieren und Arbeitsproduktivität erhöhen sowie kurz- und mittelfristig die Gesundheit von Erwerbstätigen verbessern [8,9].

Ergebnisse einer Erwerbstätigenbefragung zeigen [10], dass es einer proaktiven Ansprache vulnerabler Gruppen (z. B. Personen mit bekannten Diagnosen, hohen psychischen Belastungen am Arbeitsplatz oder hohen Arbeitsunfähigkeitszeiten) und spezifischer Angebote bedarf, die auch kleine und mittlere Unternehmen erreichen [10]. Betriebsärzt*innen nehmen aufgrund ihrer innerbetrieblichen Kenntnisse und Kompetenzen eine wichtige Funktion bei der Initiierung und Begleitung von Angeboten zur Sicherung der Arbeitsfähigkeit ein [11].

Die Wirksamkeit von Interventionen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit hängt wesentlich davon ab, ob sie den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen entsprechen und multimodal ausgerichtet sind. Eine systematische Übersicht von van Vilsteren et al. [2] zeigt, dass die Beteiligung von Arbeitgebenden und die Umsetzung von Anpassungen am Arbeitsplatz im Prozess der Wiedereingliederung die Eingliederungsquoten erhöhen und Fehlzeiten reduzieren. Zudem sind frühzeitige arbeitsplatzorientierte Interventionen für Personen mit kurzen Arbeitsunfähigkeitszeiten (10 bis 84 Tage) wirksamer und kosteneffizienter als später durchgeführte Maßnahmen [12]. Eine weitere systematische Übersicht zeigt, dass Arbeitnehmer*innen besonders von multimodalen Interventionsstrategien am Arbeitsplatz mit physischen, psychologischen und sozialen Komponenten profitieren [9]. Eine qualitative Evidenzsynthese (97 Studien) identifizierte patientenbezogene Bedürfnisse zur Ausgestaltung beruflich-orientierter Gesundheitsangebote, u. a. einen frühzeitigen Zugang, interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Akteur*innen (inkl. Arbeitgebende), eine psychologische Diagnostik, eine arbeitsplatzorientierte und vertrauensvolle Unterstützung sowie eine Kontinuität in der Beratung und Unterstützung [3].

Das Modellvorhaben GIBI (Ganzheitliche Klärung des Interventionsbedarfs bei gefährdeter beruflicher Integration) verband diese Anforderungen in einer neuartigen Intervention. Nach Entwicklung im Jahr 2020 wurde die Maßnahme im Jahr 2021 in drei Modellregionen in Hamburg, Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern implementiert. Dafür wurde die Zusammenarbeit zwischen Unternehmen, Rehabilitationseinrichtungen und Betriebsärzt*innen intensiviert.

In einem früheren Projekt (GABI: Grundfos-Aukrug zur Erhaltung der Beruflichen Integration) wurde erfolgreich eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen einem Unternehmen, einer Betriebsärztin und dem multidisziplinären Team einer Rehabilitationseinrichtung umgesetzt [13]. In GABI wurden ausgewählten Mitarbeitende, deren berufliche Integration aus gesundheitlichen Gründen gefährdet war, eine somatische und psychosomatische Diagnostik in der Fachklinik Aukrug (Rehazentrum im Naturpark Aukrug) angeboten. Ziel war es, konkrete Maßnahmen abzuleiten, um die

berufliche Integration langfristig zu sichern. Die Arbeitsfähigkeit aller teilnehmenden Mitarbeitende konnte stabilisiert oder verbessert werden [13].

1.2 Inhalte

Die Interventionsbausteine und Durchführungsmaterialien wurden von einem interdisziplinären Projektteam (Rehabilitationseinrichtungen, Universität zu Lübeck, Deutsche Rentenversicherung Nord und Betriebsärztin) in vier Workshops im Jahr 2020 entwickelt. Die Maßnahme wurde im Jahr 2021 in Rehabilitationseinrichtungen in drei Modellregionen in Hamburg (RehaCentrum Hamburg), Schleswig-Holstein (Rehazentrum im Naturpark Aukrug) und Mecklenburg-Vorpommern (Rostocker Zentrum für ambulante Rehabilitation) durchgeführt. Alle Rehabilitationseinrichtungen hatten zum Zeitpunkt der Studie eine orthopädische und eine psychosomatische Abteilung. Eine Studienkoordinatorin pro Rehabilitationseinrichtung koordinierte die Durchführung der ganzheitlichen Diagnostik in den Einrichtungen sowie den Aufbau eines Netzwerks mit Unternehmen und Betriebsärzt*innen.

Die integrative Intervention wurde von den Betriebsärzt*innen eingeleitet und bestand aus drei Bausteinen: ein betriebsärztliches Erstgespräch, ein zweitägiges ganzheitliches Teilhabeassessment in einer beteiligten Reha-Einrichtung mit einer mittleren Therapiedosis von rund neun Stunden und bis zu vier betriebliche Nachsorgegespräche durch die Betriebsärzt*innen. Abbildung 1 zeigt den Ablauf der Maßnahme und wie die Bausteine ineinander übergreifen.



Abbildung 1: Ablaufschema der GIBI-Maßnahme

Kernstück der GIBI-Intervention war das zweitägige ganzheitliche Teilhabeassessment in einer Rehabilitationseinrichtung. Tabelle 1 zeigt beispielhaft einen Behandlungsplan des zweitägigen Teilhabeassessments. Das Beispiel zeigt eine stationäre Durchführung mit Übernachtung. Je nach Reha-Einrichtung und Wohnort der Teilnehmenden war auch eine ambulante Durchführung möglich, wobei die Therapieinhalte ähnlich aufgebaut waren. Tabelle 2 beschreibt die drei Bausteine der ganzheitlichen Interventionsstrategie in Anlehnung an die TIDieR-Checkliste (Template for Intervention Description and Replication) [15].

Tabelle 1: Beispielplan eines zweitägigen Teilhabeassessments mit Übernachtung
Anmerkungen: Kernelemente von GIBI, die jede Person erhielt in blau bzw. mit * gekennzeichnet; Elemente, die nach individuellem Bedarf geplant und durchgeführt wurden in orange bzw. mit ** gekennzeichnet

Zeit	Tag 1	Tag 2
07:00 Uhr		Frühstück (*)
08:00 Uhr		Ausdauertraining (**)
09:00 Uhr	Ärztliche Aufnahmeuntersuchung (*)	Einzeltherapie Ergotherapie (**)

Zeit	Tag 1	Tag 2
10:00 Uhr	Physiotherapeutische Diagnostik (*)	
11:00 Uhr		
12:00 Uhr	Mittagessen (*)	Mittagessen (*)
13:00 Uhr	Bewegungsbad (**)	Sozialberatung (*)
14:00 Uhr	Psychosomatische Diagnostik (*)	Gruppentherapie Entspannungsverfahren (**)
15:00 Uhr		
16:00 Uhr	Gruppentherapie Angstbewältigung (**)	Ärztliches Abschlussgespräch (*)
17:00 Uhr		
18:00 Uhr	Abendessen (*)	

In den Rehabilitationseinrichtungen wurde unter Beteiligung des interdisziplinären Rehabilitationsteams (Ärzt*innen, Psycholog*innen, Physio- und Ergotherapeut*innen sowie Pflegekräfte) ein intensives Assessment durchgeführt, das als ein Kernelement einen Abgleich der aktuellen Leistungsfähigkeit des Teilnehmenden mit dem Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes beinhaltete. Anhand dieses Profilvergleichs wurden Lösungsansätze abgeleitet, wie den identifizierten gesundheitlichen Problemen begegnet werden kann.

Für den standardisierten Profilvergleich nutzten wir IMBA (Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt). IMBA ist ein Dokumentations- und Profilvergleichsverfahren zum Vergleich von Anforderungen eines Arbeitsplatzes und den individuellen Fähigkeiten von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen oder Behinderungen. IMBA kann Informationen zur Ursache von arbeitsbezogenen Einschränkungen generieren und ermöglicht die Ableitung von Handlungsbedarf und gezielten Maßnahmen zur Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation, um z. B. Arbeitsunfähigkeitszeiten zu reduzieren. Für die Anwendung von IMBA wurden Vertreter*innen aller beteiligten Rehabilitationseinrichtung in der Entwicklungsphase im Jahr 2020 vom Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH geschult. Im Rahmen der physiotherapeutischen Diagnostik wurden Functional Capacity Evaluation-Verfahren (FCE) eingesetzt, um die körperliche Leistungsfähigkeit im Hinblick auf berufliche Anforderungen zu ermitteln (z. B. EFL: Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit oder ELA: Einschätzung körperlicher Leistungsfähigkeiten bei arbeitsbezogenen Aktivitäten).

Im Vergleich zu Therapiebausteinen der herkömmlichen medizinische Rehabilitation war im Rahmen von GIBI ein erhöhter Zeitaufwand für die rehabilitationsmedizinische Aufnahmeuntersuchung und das ärztliche Abschlussgespräch sowie für die Vorbereitungs- und Dokumentationszeit erforderlich. Zusätzlich zu den in Tabelle 1 beschriebenen Therapieelementen fand eine 15-minütige Fallkonferenz zur Entwicklung und Priorisierung von Handlungsempfehlungen zwischen Ärzt*innen, Psycholog*innen, Physio- und Ergotherapeut*innen sowie Studienkoordinator*in statt.

Tabelle 2: Beschreibung der Intervention

Kurztitel	Betriebsärztliches Erstgespräch	Zweitägiges Teilhabeassessment	Betriebliche Nachsorgegespräche
Warum	Die Mitarbeitende und die Betriebsärzt*innen lernen sich gegenseitig kennen. Im Erstgespräch werden Fragen zu Teilnahme, Datenschutz und Schweigepflicht geklärt. Ausgehend von einem ärztlichen Befundbericht zur Gesundheit und psychosozialen Kontextfaktoren der Mitarbeitende sollen eine erste Bedarfsanalyse und gemeinsame Ziele für die Teilnahme an der Maßnahme entwickelt werden. Betriebsärzt*innen haben aufgrund ihrer innerbetrieblichen Kenntnisse und Kompetenzen eine wichtige Schlüsselfunktion bei der Initiierung und Begleitung von Rehabilitationsprozessen und können den Prozess der Rückkehr in Arbeit direkt am Arbeitsplatz unterstützen.	Arbeitsplatzbezogene diagnostische Maßnahmen sind erforderlich, um Empfehlungen zu Anpassungen des Arbeitsplatzes und der Arbeitsorganisation für Arbeitnehmer*innen zu entwickeln. Eine ganzheitliche Diagnostik ist nötig, um das zugrundeliegende Gesundheitsproblem, das oft komplex ist und bio-psycho-soziale Ursachen und Folgen hat, zu verstehen und entsprechende Interventionen abzuleiten. Coaching-Ansätze im Abschlussgespräch und Therapieangebote dienen der Verbesserung von Selbstmanagementfähigkeiten, der Motivation und Belastbarkeit der Teilnehmenden. Ressourcenorientierte Ansätze zielen darauf ab, vorhandene Ressourcen zu aktivieren.	Die Betriebsärzt*innen und die Mitarbeiter*innen sollen die von der Rehabilitationseinrichtung abgeleiteten Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit und Sicherung der Beschäftigung besprechen. Diese Empfehlungen sind in einer gemeinsamen Zielvereinbarung festzuhalten. Es ist zu klären, welche weiteren Personen an der Umsetzung der Empfehlungen beteiligt werden müssen. Die Einbeziehung von Betriebsärzt*innen in den Rehabilitations- und Wiedereingliederungsprozess kann den Erfolg der Rehabilitation verbessern, Eingliederungsquoten erhöhen und Fehlzeiten reduzieren.
Was (Materialien)	Leitfaden für das betriebsärztliche Erstgespräch; Bedarfsanalyse und Ziele; Fragebogen zur Erfassung medizinischer Daten und beruflicher Anforderungen	Ausstattung der Rehabilitationseinrichtungen zur Durchführung der arbeitsplatzorientierten Diagnostik; Abschlussbericht Teilhabeassessment	Leitfaden für die betrieblichen Nachsorgegespräche; Abschlussbericht Teilhabeassessment; Empfehlungen und Zielvereinbarung

Kurztitel	Betriebsärztliches Erstgespräch	Zweitägiges Teilhabeassessment	Betriebliche Nachsorgegespräche
Was (Prozeduren)	Die Mitarbeitende treffen sich mit den Betriebsärzt*innen zu einem ersten persönlichen Gespräch. Das Erstgespräch umfasst folgende Elemente: Information und Einwilligung zur Studienteilnahme, Ausfüllen des Ersterhebungsfragebogens, Untersuchung der aktuellen gesundheitlichen Einschränkungen und der Arbeitsfähigkeit der Mitarbeitende sowie die Beschreibung der konkreten Arbeitsanforderungen. Die ausgefüllten Unterlagen werden nach dem Erstgespräch an die Koordinatorin in der Rehabilitationseinrichtung geschickt.	Das Programm der zweitägigen Diagnostik in der Rehabilitationseinrichtung wird auf Grundlage der Informationen aus dem betriebsärztlichen Erstgespräch erstellt. Physio- und psychotherapeutische Diagnostik, Sozialberatung und ein Abschlussgespräch, in dem den Teilnehmenden die Ergebnisse der Diagnostik mitgeteilt werden, sind obligatorische Bestandteile des zweitägigen Programms. Die physiotherapeutische Diagnostik beinhaltet eine Beurteilung der Funktionsfähigkeit, orientiert an den beruflichen Anforderungen. Die psychologische Diagnostik untersucht psychische Störungen, psychosomatische Komorbiditäten und Funktionseinschränkungen. Die Sozialberatung befasst sich mit der individuellen Lebenssituation und gibt sozialrechtliche Hinweise und Ratschläge. Weitere Elemente werden individuell angeboten, um therapeutische Handlungsmöglichkeiten zu erproben, z. B. Seminare zu Sport und Bewegung, Ernährung, psychoedukative Gruppen, Übungen zur Schmerz- oder Stressbewältigung sowie Ergotherapie oder Entspannungstraining. Handlungsempfehlungen zur Sicherung beruflicher Teilhabe werden in einer Fallkonferenz erarbeitet und in einem Abschlussbericht festgehalten.	Die Betriebsärzt*innen und die Mitarbeitende führen innerhalb von sechs Monaten nach der zweitägigen Diagnostik je nach Bedarf mindestens ein und bis zu vier Nachsorgegespräche. Die Betriebsärzt*innen begleiten die Mitarbeitende bei der Umsetzung der Handlungsempfehlungen, die auf der Grundlage der Ergebnisse der zweitägigen Diagnostik entwickelt wurden. Das erste Nachsorgegespräch sollte zeitnah nach der zweitägigen Diagnostik stattfinden. Die weiteren Nachsorgegespräche finden in regelmäßigen Abständen statt, um den Bedarf, die Ziele und die Einbeziehung weiterer Beteiligter zu prüfen und zu aktualisieren. Fragen der Betriebsärzt*innen können bei Bedarf mit der Rehabilitationseinrichtung geklärt werden.
Wer	Betriebsärzt*innen	Rehabilitationsteam mit Ärzt*innen, Physio-, Psycho-, Ergotherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen	Betriebsärzt*innen

Kurztitel	Betriebsärztliches Erstgespräch	Zweitägiges Teilhabeassessment	Betriebliche Nachsorgegespräche
Wie	Persönlich und individuell	Persönlich und individuell	Persönlich, digital oder telefonisch und individuell; gegebenenfalls unter Einbeziehung anderer Beteiligter (z. B. Arbeitgeber*in oder Arbeitnehmervertreter*in)
Wo	In der Praxis der Betriebsärzt*innen oder direkt im Unternehmen	Stationär oder ambulant in einer Rehabilitationseinrichtung	In der Praxis der Betriebsärzt*innen, direkt im Unternehmen oder online bzw. telefonisch
Wann und wie viel	Einmalig mit einer Dauer von bis zu zwei Stunden	Zwei Tage mit einer durchschnittlichen Gesamttherapiedauer von neun Stunden	Bis zu vier Nachsorgegespräche mit einer Dauer von jeweils einer Stunde, innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der zweitägigen Diagnostik in der Rehabilitationseinrichtung
Anpassung	Nicht geplant	Die Therapiedosis der diagnostischen Maßnahmen ist festgelegt. Individuelle Komponenten sind auf die Bedürfnisse der Teilnehmenden ausgerichtet, die sich aus dem Erstgespräch ergeben.	Je nach Bedarf können bis zu vier Nachsorgegespräche zur Umsetzung der Empfehlungen durchgeführt werden.
Wie gut	Die Durchführung des Erstgesprächs wurde in einem Leitfaden beschrieben, um eine standardisierte Umsetzung zu gewährleisten. Die Betriebsärzt*innen wurden vor Beginn der Studie in der Durchführung des Erstgesprächs und zu den Materialien geschult.	Die diagnostischen Elemente wurden von einem interdisziplinären Projektteam im Jahr 2020 entwickelt. Das Rehabilitationsteam wurde in der Durchführung eines Profilvergleichs von Arbeitsanforderungen und individueller Arbeitsfähigkeit geschult. Mit den Studienkoordinator*innen wurden regelmäßige Videokonferenzen durchgeführt, um Probleme zu besprechen.	Die Durchführung der betrieblichen Nachsorgegespräche wurde in einem Leitfaden beschrieben, um eine standardisierte Umsetzung zu gewährleisten.
	Mit den Teilnehmenden wurden leitfadengestützte Interviews geführt, in denen sie gefragt wurden, welche Interventionselemente sie erhalten haben und wie sie verbessert werden könnten, um die Therapietreue zu bewerten.		

1.2.1 Materialien der Durchführung

In enger Zusammenarbeit mit den beteiligten Rehabilitationseinrichtungen und unter Einbezug betriebsärztlicher Expertise wurden Materialien und Dokumente entwickelt, die die Durchführung der Interventionsbestandteile unterstützen (Tabelle 3). Das Materialpaket und die Dokumente sind im

Anhang des Berichtes der wissenschaftlichen Begleitung aufgeführt und wurden zusätzlich separat von der wissenschaftlichen Begleitung online zur Verfügung gestellt.

Tabelle 3: Materialien und Dokumente der Interventionsdurchführung

	Titel des Dokuments	Ziele des Dokuments
Betriebsärztliches Erstgespräch	Leitfaden zur Durchführung des Erstgesprächs	Unterstützung für die standardisierte Durchführung des Erstgesprächs mit Mitarbeitende
	Bedarfsanalyse und Ziele	Erste Bedarfsanalyse und gemeinsame Zielvereinbarung zur Übermittlung an die Rehabilitationseinrichtungen
	Medizinische Angaben und Tätigkeitsbeschreibung	Erhebung relevanter Informationen zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen und beruflichen Anforderungen von Mitarbeitende zur Vorbereitung des Teilhabeassessments
	Kontaktformular	Zur Kontaktaufnahme der Studienkoordination mit teilnehmenden Personen
Zweitägiges Teilhabeassessment	Abschlussbericht des zweitägigen Teilhabeassessments	Zur standardisierten Dokumentation des Teilhabeassessments und der Handlungsempfehlungen sowie Übermittlung an Betriebsärzt*innen
	IMBA-Dokumentationsverfahren	Standardisierter Profilvergleich von Anforderungen und Fähigkeiten sowie Ableitung von Handlungsempfehlungen
Betriebliche Nachsorgegespräche	Leitfaden zur Durchführung der Nachsorgegespräche	Unterstützung für die standardisierte Durchführung der Nachsorgegespräche mit Mitarbeitende
	Empfehlungen und Zielvereinbarung	Unterstützung der Umsetzung von Handlungsempfehlungen und Klärung des Einbezugs weiterer Akteure*innen; Wiedervorlage zur Prüfung des aktuellen Standes und Fortschrittes

1.3 Ziele

1.3.1 Gesamtziele des Modellvorhabens

Für das Modellvorhaben GIBI wurden Ziele formuliert, die sich einerseits auf die Förderung der beruflichen Integration von Arbeitnehmenden mit gesundheitlichen Einschränkungen und andererseits auf die Akzeptanz der Intervention beziehen.

- **Ziel 1:** Die anhand des Work Ability Score (0 bis 10 Punkte) operationalisierte subjektive Arbeitsfähigkeit ist sechs Monate nach Einschluss durch die Betriebs- und Werksärzt*innen in der Interventionsgruppe um einen Punkt höher als in der Kontrollgruppe.
- **Ziel 2:** Sechs Monate nach Einschluss durch Betriebs- und Werksärzt*innen ist der Anteil arbeitsfähiger Teilnehmender der Interventionsgruppe (95 %) um 15 Prozentpunkte höher als in der Kontrollgruppe (80 %).
- **Ziel 3:** Die Zufriedenheit der Arbeitnehmer*innen mit den Inhalten und dem Ablauf des Aufenthalts in der Rehabilitationseinrichtung liegt auf einer Skala von 1 bis 5 (Schulnote) unter 2.

- **Ziel 4:** Die Quote der Nicht-Antritte liegt unter 10 %.
- **Ziel 5:** Die Betriebsärzt*innen bewerten die Angemessenheit der vorgeschlagenen Maßnahmen auf einer Skala von 1 bis 5 (Schulnote) mit einem Wert unter 2.

1.3.2 Fragestellungen aufgeschlüsselt nach den Studienabschnitten

Für die Machbarkeitsstudie sollten 30 Personen in den teilnehmenden Betrieben identifiziert werden. Die Machbarkeitsstudie adressierte folgende Fragestellungen.

Daten aus Fragebogenerhebungen

- Wie viele und welche Personen werden von den Betriebsärzt*innen identifiziert und nehmen an der Intervention teil?
- Wie war die Umsetzung der Intervention aus Sicht der Teilnehmenden?
- Welche Veränderungen von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit können für Teilnehmende der Intervention beobachtet werden?

Daten aus Abschlussberichten

- Welche Handlungsempfehlungen zur Sicherung der beruflichen Teilhabe der Teilnehmenden wurden von den Rehabilitationseinrichtungen entwickelt?

Daten aus qualitativen Interviews mit Teilnehmenden

- Welche Faktoren nahmen die Teilnehmenden während der Teilnahme an der Maßnahme als positiv oder negativ wahr?
- Welche Anpassungen der Intervention können vorgenommen werden, um sie aus Sicht der Teilnehmenden relevanter und nützlicher zu machen?
- Welchen Nutzen hat die Intervention aus Sicht der Teilnehmenden?

Daten aus Fokusgruppen mit dem therapeutischen Personal

- Welche förderlichen und herausfordernden Faktoren und Rahmenbedingungen gibt es bei der Umsetzung der Maßnahme aus Sicht des therapeutischen Personals?
- Welche förderlichen und hinderlichen Faktoren und Rahmenbedingungen gibt es in Bezug auf die Zusammenarbeit mit Betriebsärzt*innen?

Daten aus qualitativen Interviews mit Betriebsärzt*innen

- Welche förderlichen und herausfordernden Faktoren gibt es bei der Umsetzung der Maßnahme aus Sicht von Betriebsärzt*innen?
- Welchen Mehrwert bietet GIBI im Vergleich zur aktuellen Regelversorgung?
- Welche Anpassungen der Intervention können vorgenommen werden, um sie aus Sicht der Betriebsärzt*innen relevanter und nützlicher zu machen?

Für die randomisierte kontrollierte Studie sollten 210 Personen (70 je Rehabilitationseinrichtung) in den teilnehmenden Betrieben identifiziert werden. Die Studie prüfte die Wirksamkeit der Maßnahme anhand folgender Hypothese:

- Teilnehmende der Interventionsgruppe haben sechs Monate nach randomisierter Zuweisung eine höhere subjektive Arbeitsfähigkeit, gemessen mit dem Work Ability Score, als die Wartekontrollgruppe, die die Maßnahme sechs Monate später erhielt.
- Zudem wurde die Wirksamkeit der Maßnahme anhand von sekundären Zielkriterien zur körperlichen und psychischen Gesundheit sowie der beruflichen Teilhabe bewertet.

1.3.3 Zielkriterien

Im Folgenden werden die in von der wissenschaftlichen Begleitung erhobenen Zielkriterien aufgelistet und erläutert. Eine detaillierte Beschreibung der Zielkriterien und Erhebungsinstrumente findet sich im Studienprotokoll der wissenschaftlichen Begleitung zur randomisierten kontrollierten Studie [16].

Subjektive Arbeitsfähigkeit

Der Work Ability Score ist das erste Item des Work Ability Index und erfasst die derzeitige subjektive Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur besten je erreichten Arbeitsfähigkeit. Der Wertebereich reicht von 0 („völlig arbeitsunfähig“) bis 10 („derzeit die beste Arbeitsfähigkeit“) Punkte [17,18]. Höhere Werte entsprechen einer besseren selbst eingeschätzten Arbeitsfähigkeit. Der Work Ability Score ist mit dem Gesamtindex assoziiert [17] und kann eine zukünftige lange Arbeitsunfähigkeit und den vorzeitigen Erwerbsausstieg prognostizieren [19,20].

Allgemeine Gesundheit

Der allgemeine Gesundheitszustand wurde mit einem Item aus dem Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) anhand einer 11-Punkte-Skala von 0 („schlechtester vorstellbarer Gesundheitszustand“) bis 10 („bester vorstellbarer Gesundheitszustand“) Punkte erfasst [21,22].

Depressivität und Angst

Depressivität und Angst wurden mit vier Items des Patient Health Questionnaire (PHQ-4) erhoben. Die insgesamt vier Items bewerten die Häufigkeit von depressiven Symptomen und Angstsymptomen in den letzten zwei Wochen. Die Antwortkategorien reichen von 0 („überhaupt nicht“) bis 3 („beinahe jeden Tag“). Der Gesamtscore reicht sowohl für Depressivität als auch Angst von 0 bis 6 Punkten [23].

Körperliche Funktionsfähigkeit

Die körperliche Funktionsfähigkeit wurde im Erstgespräch und letzten Nachsorgegespräch anhand der deutschen Version des Roland and Morris Disability Questionnaire (RMQ) erhoben. Der Gesamtscore von 0 bis 24 Punkte ergibt sich aus der Addition der 24 Items, die mit 1 („trifft zu”) oder 0 („trifft nicht zu”) codiert sind [24]. Höhere Werte entsprechen höherer Beeinträchtigung.

Arbeitsunfähigkeit

Im Erstgespräch und letzten Nachsorgegespräch wurden die Arbeitsunfähigkeit in Wochen der vergangenen sechs Monate und das krankheitsbedingte Fehlen am Arbeitsplatz zum Erhebungszeitpunkt erfasst.

Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen

Instrumente zu Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen wurden im Erstgespräch und letzten Nachsorgegespräch eingesetzt. Mit dem COPSOQ wurden soziale Unterstützung am Arbeitsplatz (zwei Items), Arbeitsatmosphäre (ein Item), psychische Arbeitsbelastung (sechs Items), Jobunsicherheit (zwei Items) und Arbeitszufriedenheit (ein Item) erhoben [21,22]. Der Wertebereich aller Skalen liegt zwischen 0 und 100 Punkte. Körperliche Arbeitsbelastung wurde anhand von fünf Items mit dem Fragebogen zur subjektiven Einschätzung der Belastung am Arbeitsplatz (FEBA) und einem Wertebereich von 0 bis 15 Punkte gemessen [25].

Wahrgenommene Inhalte der Interventionsbausteine

Wahrgenommene Inhalte im Erstgespräch wurden im ersten Nachsorgegespräch anhand von fünf Items mit Antwortkategorien von 0 („stimmt nicht“) bis 3 („stimmt genau“) erhoben. Der Gesamtscore reicht von 0 bis 15 Punkte. Wahrgenommene Inhalte der zweitägigen Diagnostik wurden im ersten Nachsorgegespräch anhand von sechs Items mit Antwortkategorien von 0 („stimmt nicht“) bis 3 („stimmt genau“) erhoben. Der Gesamtscore reicht insgesamt von 0 bis 18 Punkte.

Konsistente Strategie der Intervention

Die Konsistenz in der Interventionsstrategie wurde im ersten Nachsorgegespräch über die Themen Arbeitsplatzorientierung, Vernetzung der Akteur*innen und Ganzheitlichkeit anhand von sieben Items mit Antwortkategorien von 0 („stimmt nicht“) bis 3 („stimmt genau“) mit einem Gesamtscore von 0 bis 21 Punkte abgebildet.

Subjektive Zielerreichung

Anhand von fünf Items mit Antwortkategorien von 0 („stimmt nicht“) bis 3 („stimmt genau“) wurde die subjektive Zielerreichung der Mitarbeitende durch die Teilnahme an GIBI erfasst. Der Gesamtscore reicht von 0 bis 15 Punkte.

Bewertung der Interventionsbausteine

Die Bewertung des Erstgesprächs wurde mit einem Item, die zweitägige ganzheitliche Diagnostik mit sechs Items und die betriebliche Nachsorge mit einem Item anhand von Schulnoten von 1 („sehr gut“) bis 6 („ungenügend“) erfasst.

Weitere Merkmale

Weitere im betriebsärztlichen Erstgespräch zum Studieneinschluss erfasste Merkmale dienen der Beschreibung der Stichprobe. Der in Finnland entwickelte Work Ability Index (WAI) dient zur Erfassung der subjektiven Arbeitsfähigkeit [17,18]. Der Gesamtscore wird aus elf Items berechnet und reicht von 7 bis 49 Punkte. Höhere Werte entsprechen einer besseren Arbeitsfähigkeit. Der Gesamtscore des WAI lässt sich in kritische (7-27 Punkte), mäßige (28-36), gute (37-43) und sehr gute subjektive Arbeitsfähigkeit (44-49 Punkte) kategorisieren [17]. Weitere soziodemographische Merkmale zum Geschlecht, Geburtsjahr, Muttersprache, Partnerschaft, Kindern, Schul- und Berufsabschluss [33] und Angaben zur beruflichen Tätigkeit (aktuelle Erwerbstätigkeit, Arbeitszeit, Befristung, Zeitarbeit, Schichtarbeit, Komplexitätsniveau der Tätigkeit [26] und Unternehmensgröße) wurden einmalig im Erstgespräch erfasst.

1.4 Organisation / Beteiligte Akteure

Das Modellvorhaben GIBI wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Förderprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben - rehapro" gefördert. Ziel des Förderprogramms war die Entwicklung und Erprobung innovativer Leistungen und organisatorischer Maßnahmen zur Verbesserung der Erwerbsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Die Deutsche Rentenversicherung Nord (DRV Nord, Ziegelstraße 150, 23556 Lübeck) hat das Modellvorhaben beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales beantragt (Ansprechpartnerin DRV Nord: Frau Dr. Anja Maliezefski, Frau Vera Kleineke). Die inhaltliche und organisatorische Begleitung des Modellprojektes seitens der DRV Nord oblag Vera Kleineke, der Umsetzungsberaterin der DRV Nord. Die Hauptverantwortung für die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojektes trug Herr Prof. Dr. Matthias Bethge (Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Ratzeburger Allee 160, 23562 Lübeck). Herr Dr. David Fauser und Frau Jessica Roder arbeiteten als wissenschaftliche Mitarbeitende an der Universität zu Lübeck im Projekt.

Das Rehazentrum im Naturpark Aukrug (Tönsheide 10, 24613 Aukrug), das RehaCentrum Hamburg (Heidenkampsweg 41, 20097 Hamburg) und das Zentrum für ambulante Rehabilitation in Rostock (Wismarsche Str. 32, 18057 Rostock) führten das zweitägige Teilhabeassessment im Modellvorhaben in den Rehabilitationseinrichtungen durch. Eine Studienkoordinatorin je Einrichtung koordinierte die Durchführung der Maßnahme und der wissenschaftlichen Studie in der Einrichtung. Bei den Studienkoordinatorinnen handelte es sich um Mitarbeitende der Rehabilitationseinrichtungen. Die Studienkoordinatorinnen bauten zudem ein Netzwerk aus Betrieben und Betriebsärzt*innen auf, verantworteten die Kommunikation mit den Netzwerkbeteiligten und koordinierten die Kommunikation zwischen der Deutschen Rentenversicherung Nord, der Universität zu Lübeck und den Beteiligten der Rehabilitationseinrichtungen.

Zwischen den Mitarbeitenden der Universität zu Lübeck, der Umsetzungsberaterin der DRV Nord und den Studienkoordinatorinnen fanden regelmäßige (mindestens monatliche) Projekttreffen als Videokonferenzen statt, um die Projektfortschritte und Probleme bei der Durchführung zu diskutieren.

Für das Modellvorhaben GIBI wurden interessierte Betriebsärzt*innen zur Durchführung der Maßnahme geschult und das Einverständnis zur Teilnahme am Modellvorhaben des Betriebs in Form einer Absichtserklärung eingeholt. Die beteiligten Betriebsärzt*innen identifizierten potenzielle Teilnehmende in den Betrieben, klärten die Teilnehmenden über die Teilnahme auf und holten eine

schriftliche Einwilligung ein. Schulungen und weitere Kommunikationsformate mit den beteiligten Betriebsärzt*innen wurde online als Videokonferenz durchgeführt.

1.5 Wissenschaftliche Begleitung

Das Modellvorhaben GIBI wurde unter der Leitung von Prof. Matthias Bethge, Leiter der Sektion Arbeit und Rehabilitation am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität Lübeck, wissenschaftlich begleitet. Die wissenschaftliche Begleitung umfasste zwei Studienteile:

1. Studie zur Pilotierung der Maßnahme - Machbarkeitsstudie
2. Studie zur Prüfung der Wirksamkeit

Für die Analysen der beiden Studienteile wurden Daten aus unterschiedlichen Erhebungsmethoden genutzt. Die Methoden beider Studienteile werden im Folgenden beschrieben.

1.5.1 Machbarkeitsstudie

Studiendesign Machbarkeitsstudie

Die Studie, die die Entwicklung und Implementierung einer frühzeitigen diagnostischen Klärung von gesundheitlichen Problemen für Menschen mit gefährdeter beruflicher Teilhabe begleitete, wurde als beobachtende Mixed-Methods-Studie durchgeführt. Im Rahmen der Studie wurden Daten aus Fragebogenerhebungen, Abschlussberichten, Interviews mit Teilnehmenden und Fokusgruppen mit dem therapeutischen Personal ausgewertet.

Die Registrierung der Machbarkeitsstudie erfolgte im Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS00024522). Die Ethikkommission der Universität zu Lübeck prüfte das Vorhaben und äußerte keine ethisch-rechtlichen Bedenken (Nr. 25-505). Eine schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an der Studie und den Datenerhebungen wurde von allen Teilnehmenden eingeholt.

Stichprobe Machbarkeitsstudie

In der Machbarkeitsstudie sollten 30 Personen in den teilnehmenden Betrieben rekrutiert werden und an der neuen Maßnahme in den Rehabilitationseinrichtungen teilnehmen [14]. Eingeschlossen wurden Mitarbeitende der teilnehmenden Unternehmen mit gesundheitlichen Einschränkungen und eingeschränkter Arbeitsfähigkeit, die in den letzten zwölf Monaten Arbeitsunfähigkeitszeiten von mindestens vier Wochen aufwiesen, seit mindestens sechs Monaten in den kooperierenden Unternehmen beschäftigt und bei der Deutschen Rentenversicherung Nord, Bund, Braunschweig-Hannover oder Knappschaft-Bahn-See versichert waren. Zudem wurden Personen eingeschlossen, bei denen die Betriebsärzt*innen subjektive Befürchtungen hatten, dass individuelle Leistungsfähigkeit und Anforderungen des Arbeitsplatzes immer mehr auseinanderdriften, ohne dass der genaue Grund dafür klar war. Die subjektive Befürchtung stützten die Betriebsärzt*innen z. B. auf bekannte Diagnosen, belastende Kontextfaktoren am Arbeitsplatz oder im privaten Umfeld oder zunehmende Arbeitsunfähigkeitszeiten. Ausgeschlossen wurden Personen mit einer behandlungsbedürftigen akuten Krankheitsepisode, mit eindeutigem Rehabilitationsbedarf oder mit eindeutiger vordergründiger Abhängigkeitserkrankung. Die Initiative für den Einschluss in die Studie konnte von unterschiedlichen Stellen ausgehen: von der Führungskraft, vom betrieblichen Gesundheitsmanagement, vom Betriebsrat, von Betriebsärzt*innen oder auch von Mitarbeitenden selbst. Für den Einschluss selbst und die Koordination waren jedoch, zur Gewährleistung des Schutzes gesundheitsbezogener Daten, die Betriebsärzt*innen zuständig.

Analysen Machbarkeitsstudie

Fragebogendaten

Mit Hilfe deskriptiver Analysen prüfte das Team der wissenschaftlichen Begleitung die Stichprobenmerkmale und die Analysen der wahrgenommenen und durchgeführten Therapiedosis zur Bewertung der Umsetzung der Interventionselemente.

Anhand gemischter linearer Modelle wurden Veränderungen der Zielkriterien im Zeitverlauf für vollständig vorliegende Daten der Erhebungszeitpunkte (Complete-Case-Analyse) geprüft. Für die Ergebnisdarstellung wurden aus den linearen Modellen geschätzte Mittelwerte berichtet. Die Schätzung berücksichtigte vollständig vorliegende Daten für die Erhebungszeitpunkte. Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten wurden mittels absoluter Differenz mit 95-%-Konfidenzintervallen und Effektstärken quantifiziert. Effektstärken wurden berechnet, indem die Mittelwertdifferenz durch die Standardabweichung zur Erstbefragung geteilt wurde [27]. Die Effektstärken wurden nach den Empfehlungen von Cohen [28] wie folgt interpretiert: kleiner Effekt: d = 0,2; mittlerer Effekt: d = 0,5; großer Effekt: d = 0,8. Die Berechnungen wurden mit STATA Version 16 durchgeführt.

*Interviews mit Teilnehmenden und Betriebsärzt*innen*

Für die Interviewdurchführung wurde ein Interviewleitfaden entwickelt, der sich nach einer kurzen Erhebung zum soziodemografischen Hintergrund an den drei zentralen Interventionselementen (Betriebsärztliches Erstgespräch, zweitägiges Teilhabeassessment, betriebsärztliche Nachsorgegespräche) orientierte. Es wurden Leitfragen zu Erfahrungen mit der wahrgenommenen Durchführung der Interventionselemente und Vorschläge zur Optimierung von der GIBI-Intervention berücksichtigt.

Alle Teilnehmenden wurden zu Beginn des zweitägigen Teilhabeassessments von den Studienkoordinatorinnen mündlich und schriftlich über die Möglichkeit der Teilnahme und die Ziele der Interviews informiert. Die Teilnahme erfolgte nach informierter Einwilligung. Insgesamt wurden 18 Interviews mit Teilnehmenden vom 20.07.2021 bis 24.05.2022 und zwei Interviews mit Betriebsärzt*innen vom 16.02.2024 bis 21.02.2024 durchgeführt.

Die Interviews wurden nach Dresing und Pehl [29] transkribiert. Personenbezogene Angaben wurden anonymisiert. Die Auswertung der Transkripte folgte methodisch der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring mit induktiver Kategorienbildung [30]. Das Team der wissenschaftlichen Begleitung nutzte für die Analyse die webbasierte Anwendung QCAmap [31].

Fokusgruppen

Für die Durchführung der Fokusgruppe wurde ein Leitfaden entwickelt, der zu Beginn die Motivation zur Implementierung von GIBI in der Rehabilitationseinrichtung und Charakteristik der GIBI-Teilnehmenden behandelt. Der Leitfaden orientiert sich an den drei Interventionselementen und den damit verbundenen Prozessen.

Die Fokusgruppen wurden nach Dresing und Pehl [29] transkribiert. Personenbezogene Angaben wurden anonymisiert. Die Auswertung der Transkripte folgte methodisch der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring mit induktiver Kategorienbildung [30] unter Nutzung der webbasierten Anwendung QCAmap [31].

1.5.2 Randomisierte kontrollierte Studie (RCT)

Studiendesign RCT

Zur Prüfung der Wirksamkeit wurde eine randomisierte kontrollierte Studie mit Wartekontrollgruppe durchgeführt [16]. Die Verwendung einer Wartekontrollgruppe ermöglichte allen in Frage kommenden Personen die Teilnahme an der Intervention. Es wurde erwartet, dass dies die Bereitschaft zur Teilnahme unterstützen und mögliche Vorbehalte gegen eine randomisierte Zuweisung, sowohl bei den beteiligten Unternehmen als auch bei den potenziellen Studienteilnehmenden, ausräumen würde. Teilnehmende wurden von Juni 2022 bis Dezember 2023 rekrutiert.

Die Registrierung der Studie erfolgte im Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS00027577). Die Ethikkommission der Universität zu Lübeck prüfte das Vorhaben und äußerte keine ethisch-rechtlichen Bedenken (Nr. 19-094). Die schriftliche Einwilligung zu den Zielen und Teilnahmebedingungen der Studie wurde von allen Teilnehmenden eingeholt.

Stichprobe RCT

Teilnehmende wurden wie in Kap. 1.5.1 (Stichprobe Machbarkeitsstudie) beschrieben eingeschlossen.

Behandlungsarme RCT

Intervention

Teilnehmende der Interventionsgruppe erhielten zeitnah nach dem betriebsärztlichen Erstgespräch das zweitägige Teilhabeassessment und die anschließenden betrieblichen Nachsorgegespräche. Die Intervention wurde wie in Kap. 1.2 *Inhalte* beschrieben durchgeführt (Tabelle 2).

Kontrolle

Teilnehmende der Kontrollgruppe erhielten sechs Monate nach dem betriebsärztlichen Erstgespräch das zweitägige Teilhabeassessment und die anschließenden betrieblichen Nachsorgegespräche.

Randomisierung und Verblindung

Die Zuweisung erfolgte randomisiert anhand von drei für die beteiligten Rehabilitationseinrichtungen unabhängig erstellten Randomisierungslisten. Die computergestützt generierten Zuweisungslisten wurden extern durch den Erstautor erzeugt. Die Listen wurden mittels Blockrandomisierung (zufällig permutierte Vierer- und Sechserblöcke) erstellt, um das Risiko ungleich großer Behandlungsarme im Falle nicht abgearbeiteter Listen zu reduzieren. Die Randomisierungsbriefe waren konsekutiv nummeriert und blickdicht verschlossen. Studienteilnehmende wurden im Erstgespräch darüber aufgeklärt, dass es zwei verschiedene Behandlungsarme gab und die Zuweisung per Zufall erfolgte. Nach Einwilligung der teilnehmenden Person kontaktierte die Betriebsärzt*innen die Studienkoordination und meldete eine Person für das zweitägige Teilhabeassessment an. Die Studienkoordination öffnete den Randomisierungsbrief und übermittelte die Gruppenzuteilung. Die Verblindung der Studienteilnehmenden und interventionsdurchführenden Personen war nicht möglich. Auswertende Personen waren nicht verblindet.

Analysen RCT

Mittels deskriptiver Analysen wurden die Stichprobenmerkmale und die Ergebnisse zur wahrgenommenen und durchgeführten Therapiedosis geprüft. Die Behandlungseffekte wurden mit gemischten Modellen bestimmt. Für kontinuierliche Zielkriterien wurden lineare Regressionen, für binäre Zielkriterien logistische Regressionen berechnet. Es erfolgte eine Berücksichtigung potenzieller unterschiedlicher Ergebnisse in den Rehabilitationszentren als zufällige Effekte im Modell. Die Effektschätzung erfolgte unter Kontrolle des entsprechenden Wertes bei der Ersterhebung. Zur Beschreibung der Gruppenunterschiede wurden standardisierte Mittelwertdifferenzen (SMD) berechnet [28,34] (kleiner Effekt: SMD ≥ 0,2; mittlerer Effekt: SMD ≥ 0,5; großer Effekt: SMD ≥ 0,8). Es wurden zudem adjustierte Mittelwerte und Standardfehler (SF) berechnet [35]. Bei binären Zielkriterien wurde ein Odds Ratio bestimmt und die vorhergesagte Wahrscheinlichkeit für das Auftreten des Ereignisses berechnet. Die Complete-Case-Analyse berücksichtigte vollständig vorliegende Daten zum Nacherhebungszeitpunkt. Die Analyse wurde durch eine Sensitivitätsanalyse ergänzt, in der fehlende Werte des primären Zielkriteriums mehrfach imputiert wurden (Intention-to-treat-Analyse). Variablen ohne fehlende Werte (Alter, Geschlecht, Bildung) wurden im Modell als Kovariaten berücksichtigt. Es wurden 20 vollständige Datensätze erzeugt. In explorativen Moderatorenanalysen wurde untersucht, ob sich die Effekte für verschiedene Subgruppen (Geschlecht, Unternehmensgröße und Komplexitätsniveau) unterscheiden. Für die Analyse wurde das berufliche Komplexitätsniveau (Helfer- und Anlerntätigkeiten und fachlich ausgerichtete Tätigkeiten vs. komplexe Spezialistentätigkeiten und hochkomplexe Tätigkeiten) dichotomisiert.

Unterschiede zwischen den Behandlungsarmen wurden als signifikant gewertet, wenn die zweiseitige Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner als 5 % war. Die Berechnungen wurden mit STATA Version 18 durchgeführt.

2 Ergebnisse des Modellprojekts

2.1 Machbarkeitsstudie

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie vorgestellt, die Daten aus Fragebogenerhebungen, Abschlussberichten, Interviews mit Teilnehmenden und Fokusgruppen mit dem therapeutischen Personal auswertete.

2.1.1 Fragebogendaten Machbarkeitsstudie

Beschreibung der Stichprobe

Im Rahmen der Machbarkeitsstudie wurden 27 Mitarbeitende von sieben geschulten und beteiligten Betriebsärzt*innen rekrutiert, in die Studie eingeschlossen und im betriebsärztlichen Erstgespräch befragt. Zur Zweitbefragung (erstes Nachsorgegespräch) haben 21 Personen (77,8 %), zur Drittbefragung (letztes Nachsorgegespräch) zehn Personen (37,0 %) geantwortet. Personen, die zur Drittbefragung nicht geantwortet haben, waren etwas älter und eher weiblich. Fünf der beteiligten Betriebsärzt*innen sind angestellt, zwei freiberuflich tätig. Tabelle 4 beschreibt die Stichprobenmerkmale im betriebsärztlichen Erstgespräch. Die Teilnehmenden waren zu 63 % weiblich, im Durchschnitt 46 Jahre alt (SD = 11,5) und berichteten eine mäßige (48 %; 28-36 Punkte Work Ability Index) und kritische (36 %; 7-27 Punkte WAI) subjektive Arbeitsfähigkeit. 60 % der Teilnehmenden arbeiteten in Berufen mit fachlich ausgerichteten Tätigkeiten. Rund ein Drittel arbeitete in Klein- und Kleinstunternehmen.

Tabelle 4: Stichprobenbeschreibung Machbarkeitsstudie
Anmerkungen: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Gültige Prozentangaben werden berichtet.

	n	M (SD) oder %
Soziodemografie		
Alter in Jahren	27	46,3 (11,5)
Geschlecht		
Weiblich	17	63,0
Männlich	10	27,0
Bildungsniveau		
Niedrig	3	11,1
Mittel	14	51,9
Hoch	10	37,0
Erwerbstätigkeit		
Vollzeit > 35 Std.	22	81,5
Teilzeit 15-34 Std.	5	18,5

	n	M (SD) oder %
Komplexitätsniveau		
Helfer- und Anlerntätigkeiten	4	14,8
Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	16	59,3
Komplexe Spezialistentätigkeiten	7	25,9
Unternehmensgröße		
Kleine und Kleinstunternehmen	8	30,8
Mittlere Unternehmen	3	11,5
Großunternehmen	15	57,7
Arbeitsfähigkeit und -belastungen		
Aktuelle Arbeitsunfähigkeit		
Ja	5	19,2
Nein	21	80,8
Arbeitsunfähigkeit (Wochen)	26	4,6 (5,7)
Work Ability Score (0-10)	26	5,9 (2,2)
Work Ability Index (7-49)	25	29,7 (6,7)
Soziale Unterstützung im Beruf (0-100)	26	62,0 (28,2)
Arbeitsatmosphäre (0-100)	26	80,8 (17,8)
Physische Arbeitsbelastung (0-15)	26	7,2 (4,7)
Psychische Arbeitsbelastung (0-100)	26	54,3 (12,9)
Unsicherheit des Arbeitsplatzes (0-100)	26	28,8 (28,0)
Arbeitsplatzzufriedenheit (0-100)	26	63,0 (23,8)
Gesundheit		
Allgemeine Gesundheit (0-10)	25	5,2 (1,6)
Angst (0-6)	26	2,1 (1,7)
Depressivität (0-6)	26	2,1 (1,3)
Körperliche Funktionsfähigkeit (0-24)	26	7,7 (5,7)

Therapiedosis und Bewertung der Intervention

Von den 27 rekrutierten Mitarbeitende erhielten alle Personen ein betriebsärztliches Erstgespräch. Die Gesamttherapiedosis des zweitägigen Teilhabeassessments lag bei 8,8 Stunden (SD = 1,4). Die Teilnehmenden erhielten im Mittel rund drei betriebliche Nachsorgegespräche (M = 2,8; SD = 0,92). Die Gesamtinterventionsdauer lag durchschnittlich bei 254 Tagen (SD = 91,1), die Dauer vom

betriebsärztlichen Erstgespräch zum Start der zweitägigen Diagnostik bei 58 Tagen (SD = 31,0) und die Dauer der betrieblichen Nachsorge bei 122 Tagen (SD = 74,3).

Im Mittel zeigte sich eine sehr hohe wahrgenommene Therapiedosis im Erstgespräch (14,0 von 15 Punkten) und im zweitägigen Teilhabeassessment (16,7 von 18) sowie eine hohe wahrgenommene konsistente Strategie (18,4 von 21) (Tabelle 5). Die Interventionselemente wurden von den Teilnehmenden im Mittel zwischen gut und sehr gut bewertet: Erstgespräch (Note: 1,3), Teilhabeassessment (1,9) und Nachsorge (1,8) (Tabelle 5).

Tabelle 5: Wahrgenommene Therapiedosis und Bewertung der Intervention
Anmerkungen: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; * = im ersten Nachsorgegespräch erhoben; ** = im letzten Nachsorgegespräch erhoben.

Skala (Wertebereich)	**n**	**M (SD)**
Wahrgenommene Inhalte im Erstgespräch* (0-15)	21	14,0 (2,2)
Wahrgenommene Inhalte der zweitägigen Diagnostik* (0-18)	21	16,7 (1,6)
Konsistente Strategie der Intervention* (0-21)	21	18,4 (2,7)
*Subjektive Zielerreichung** (0-15)*	10	11,0 (3,6)
Bewertung des betriebsärztlichen Erstgesprächs* (Noten 1-6)	21	1,3 (0,7)
Bewertung des zweitägigen Teilhabeassessment* (Noten 1-6)	21	1,9 (0,9)
*Bewertung der betrieblichen Nachsorgegespräche** (Noten 1-6)*	10	1,8 (1,6)

Veränderungen von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit

Vom betriebsärztlichen Erstgespräch zum letzten Nachsorgegespräch berichteten die Teilnehmenden eine Verbesserung ihrer subjektiven Arbeitsfähigkeit um durchschnittlich 1,1 Punkte (Differenz = 1,05; 95-%-KI: −0,28 bis 2,37; d = 0,48) (Abbildung 2) und eine starke Veränderung ihrer allgemeinen Gesundheit um 1,5 Punkte (Differenz = 1,52; 95-%-KI: 0,37 bis 2,67; d = 0,97). Die körperliche Funktionsfähigkeit verbesserte sich um 3,7 Punkte (Differenz = −3,65; 95-%-KI: −6,33 bis −0,96; d = −0,64). Hinsichtlich der Arbeitsbedingungen zeigte sich im Zielkriterium Arbeitsplatzzufriedenheit eine moderate Verbesserung (Differenz = 17,2; 95-%-KI: 5,19 bis 29,22; d = 0,72). Zudem berichteten die Teilnehmenden eine leicht verringerte Arbeitsunfähigkeit (in Wochen) während der vorangegangen sechs Monate (Differenz = −1,06; 95-%-KI: −2,90 bis 0,77; d = −0,19) (Tabelle 6).

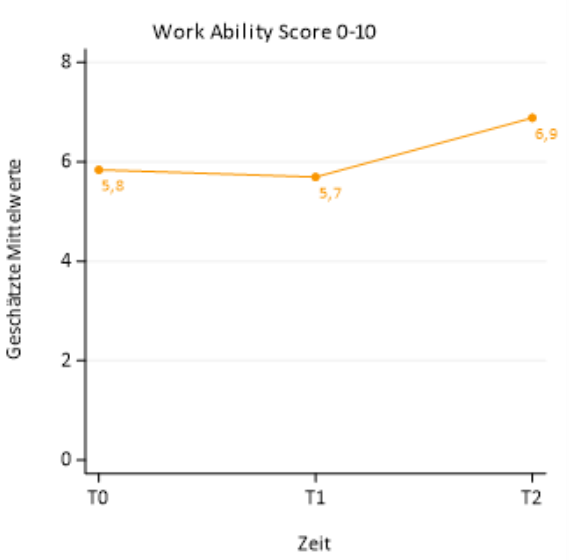


Abbildung 2:Work Ability Score (0-10) im Beobachtungszeitraum

Tabelle 6: Gesundheit und Arbeitsfähigkeit im Beobachtungszeitraum

Zielkriterien		**Differenz** T1−T0		**Effektstärke**
Messzeitpunkt	**GM (SF)**	T2−T0	**95 % KI**	**Cohens d**
Arbeitsfähigkeit (Work Ability Score. 0-10)				
Erstgespräch (T0)	5,84 (0,45)			
Erstes Nachsorgegespräch (T1)	5,70 (0,49)	−0,14	−1,15; 0,86	−0,07
Letztes Nachsorgegespräch (T2)	6,89 (0,66)	1,05	−0,28; 2,37	0,48
Allgemeine Gesundheit (0-10)				
Erstgespräch	5,24 (0,36)			
Erstes Nachsorgegespräch	5,60 (0,39)	0,36	−0,53; 1,25	0,23
Letztes Nachsorgegespräch	6,76 (0,54)	1,52	0,37; 2,67	0,97
Angst (0-6)				
Erstgespräch	2,03 (0,33)			
Erstes Nachsorgegespräch	1,90 (0,35)	−0,13	−0,71; 0,45	−0,07
Letztes Nachsorgegespräch	1,92 (0,44)	−0,11	−0,87; 0,66	−0,06
Depressivität (0-6)				
Erstgespräch	2,05 (0,30)			
Erstes Nachsorgegespräch	1,92 (0,33)	−0,14	−0,88; 0,60	−0,10
Letztes Nachsorgegespräch	1,69 (0,46)	−0,37	−1,34; 0,60	−0,28
Körperliche Funktionsfähigkeit (0-24)				
Erstgespräch	7,69 (1,07)			
Letztes Nachsorgegespräch	4,04 (1,49)	−3,65	−6,33; −0,96	−0,64
Physische Arbeitsbelastung (0-15)				
Erstgespräch	7,23 (0,92)			
Letztes Nachsorgegespräch	9,00 (1,18)	1,77	−0,10; 3,64	0,38
Psychische Arbeitsbelastung (0-100)				
Erstgespräch	54,3 (2,74)			
Letztes Nachsorgegespräch	51,1 (4,24)	−3,25	−12,04; 5,54	−0,25
Soziale Unterstützung im Beruf (0-100)				
Erstgespräch	62,0 (5,24)			

Zielkriterien Messzeitpunkt	GM (SF)	Differenz T1−T0 T2−T0	95 % KI	Effektstärke Cohens d
Letztes Nachsorgegespräch	69,4 (7,44)	7,42	−6,37; 21,22	−0,26
Arbeitsatmosphäre				
Erstgespräch	80,8 (3,27)			
Letztes Nachsorgegespräch	76,5 (4,72)	−4,24	−13,21; 4,72	−0,24
Jobunsicherheit (0-100)				
Erstgespräch	28,8 (5,33)			
Letztes Nachsorgegespräch	20,6 (6,71)	−8,29	−18,71; 2,14	−0,30
Arbeitsplatzzufriedenheit (0-100)				
Erstgespräch	63,0 (4,36)			
Letztes Nachsorgegespräch	80,2 (6,32)	17,2	5,19; 29,22	0,72
Arbeitsunfähigkeit der letzten sechs Monate in Wochen				
Erstgespräch	4,58 (1,06)			
Letztes Nachsorgegespräch	3,51 (1,29)	−1,06	−2,90; 0,77	−0,19

2.1.2 Abschlussberichte

Tabelle 7 zeigt eine Übersicht von Handlungsempfehlungen, die als Ergebnis aus dem zweitägigen Teilhabeassessment durch das multiprofessionelle Rehabilitationsteam abgeleitet wurden. Die Empfehlungen konnten überwiegend den übergeordneten Bereichen Empfehlungen zur Lebensstiländerung, Anpassungen am Arbeitsplatz und der Arbeitsorganisation sowie ambulante Therapieleistungen zugeordnet werden (Tabelle 7). Beispielhaft werden hier Handlungsempfehlungen einer Teilnehmerin dargestellt:

Für Frau S. ergaben sich folgende Empfehlungen:

- Aus psychotherapeutischer Sicht finden sich Einschränkungen hinsichtlich der Leistungsfähigkeit. Langfristig sollte zur Prävention einer weiteren Exazerbation der Erschöpfung bzw. aktuell vorliegenden depressiven Symptomatik mit deutlichen Schlafstörungen und einer daraus resultierenden emotionalen Labilisierung auf die Einhaltung von geregelteren Arbeitszeiten ggf. ausschließlich im Tagdienst geachtet werden.
- Betriebsärztliche Nachsorgegespräche sollten stattfinden mit dem Ziel der Erörterung der Möglichkeiten einer vorübergehenden Entlastung im Hinblick auf die anzustrebende Normalisierung der Schlafperiode und Stärkung der Resilienz und Ermöglichung einer strukturierten Einführung der lt. Probandin sich schnell ändernden technischen Ablaufprozesse.
- Eine Wiederaufnahme der Ergotherapie hinsichtlich der Fingermotorik ist angezeigt. Die Anbindung an eine Selbsthilfegruppe für Eltern von Kindern mit einer Behinderung wird empfohlen.

Tabelle 7:Übersicht der aus GIBI am häufigsten abgeleiteten Handlungsempfehlungen
Anmerkungen: k = Anzahl der Empfehlungen

Code Family	**Einzelcodes**
Zusammenfassung der Einzelcodes	aus Abschlussberichten (n = 27) entwickelt
Lebensstiländerungen (k = 62 Empfehlungen)	Sport und Bewegung (k = 22), Erlernen von Entspannungstechniken (k = 16), Reduktion des Körpergewichts (k = 7), Ernährungsberatung (k = 6), Besuch einer Selbsthilfegruppe (k = 3), Verbesserung der Schlafhygiene (k = 3), Rückenschule (k = 3), Präventionsangebote der Krankenkassen (k = 2)
Anpassungen am Arbeitsplatz und Arbeitsorganisation (k = 31)	Verhältnisergonomie (k = 11), Verhaltensergonomie (k = 6), Anpassung der Arbeitsanforderungen (k = 4), Anpassung von Arbeitszeiten (k = 3), Abteilungswechsel (k = 2), Innerbetriebliche Weiterbildung (k = 2), Berufliche Orientierung (k = 1), Verbesserung des Betriebsklimas (k = 1), Verbesserung der Arbeitsatmosphäre (k = 1)
Ambulante Therapieleistungen (k = 30)	Ambulante Psychotherapie (k = 15), Ambulante Physiotherapie (k = 12), Ambulante Ergotherapie (k = 1), Traumatherapie (k = 1), Verhaltenstherapie (k = 1)

2.1.3 Interviews mit Teilnehmenden

Beschreibung der Stichprobe

Alle Teilnehmenden wurden zu Beginn des zweitägigen Teilhabeassessment von den Studienkoordinatorinnen der Rehabilitationseinrichtungen mündlich und schriftlich über die Möglichkeit der Teilnahme und die Ziele der Interviews informiert. Bei Teilnahmeinteresse erfolgten die Interviews mindestens einen Monat nach Abschluss des Teilhabeassessments. Insgesamt wurden 18 leitfadengestützte Interviews mit Teilnehmenden der Machbarkeitsstudie geführt. Die interviewten Teilnehmenden waren zu 56 % weiblich und im Durchschnitt 45 Jahre alt (SD = 10,3). Die Hälfte der Teilnehmenden (n = 9) nahm das Teilhabeassessment in Aukrug, 5 Personen in Rostock und 4 Personen in Hamburg in Anspruch.

Ergebnisse

Als förderlich bei der Durchführung der Intervention beschrieben Teilnehmende die aktive Ansprache zur Teilnahme an GIBI durch Betriebsärzt*innen, die Ganzheitlichkeit des Ansatzes und die erbrachten Interventionsinhalte sowie die Unterstützung durch Betriebsärzt*innen bei der Umsetzung von Empfehlungen im Rahmen der Nachsorgegespräche. Eine mangelnde Individualisierung und ein fehlender Arbeitsplatzbezug wurden als hinderlich bei der Durchführung der Interventionsbestandteile bewertet. Zudem berichteten die Teilnehmenden fehlende Absprachen unter dem therapeutischen Personal während des Teilhabeassessments und einen verspäteten Start der betrieblichen Nachsorgegespräche.

Anpassungswünsche der Teilnehmenden betrafen die Bereitstellung von detaillierteren Informationen zum Ablauf des Teilhabeassessments, eine Erweiterung der interdisziplinären Diagnostik um weitere medizinische Fachbereiche (z. B. Innere Medizin), eine noch stärkere Individualisierung sowie eine flexibilisierte Aufenthaltsdauer in der Rehabilitationseinrichtung. Sie wünschen sich zudem eine Kontinuität der betrieblichen Nachsorge.

Die Teilnehmenden schilderten eine erhöhte Motivation für ihr gesundheitsbewusstes Verhalten und eine durch GIBI entstandene Hoffnung in Bezug auf die Klärung der eigenen gesundheitlichen Situation. Teilnehmende beschrieben einen Nutzen für die eigene Gesundheitskompetenz durch die Vermittlung von Perspektiven verschiedener medizinischer und therapeutischer Fachbereiche.

2.1.4 Fokusgruppen

Beschreibung der Stichprobe

Teilnehmende Personen waren die für GIBI zuständigen Koordinatorinnen, Mediziner*innen sowie therapeutische Mitarbeitende aus den Abteilungen Physiotherapie, Ergotherapie und Psychologie, die das zweitägige Teilhabeassessment umgesetzt haben. Für die Analyse wurden Daten aus drei Fokusgruppen mit insgesamt 19 Personen berücksichtigt (Aukrug: n = 7; Hamburg: n = 6; Rostock: n = 6). Die Fokusgruppen fanden aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie online statt. Die Umsetzung entsprach aktuellen Empfehlungen zur Durchführung von Online-Fokusgruppen [36].

Ergebnisse

In allen Fokusgruppen wurden interventionsbezogene Aspekte wie das interdisziplinäre Vorgehen bei der Diagnostik sowie das Anstoßen von Veränderungen, die umfassende Erhebung psychischer Belastungsfaktoren, aber auch der frühzeitige und präventive Ansatz als förderliche Faktoren bei der Umsetzung von GIBI benannt. Als förderliche personenbezogene Faktoren wurde für Patient*innen das Überwinden von Schwellenängsten und ausreichend Zeit, um sich auf die Intervention einzulassen als förderliche Faktoren genannt. Behandelnde Personen bewerteten die Abstimmung im Team über die Rollenverteilung positiv. Als förderliche organisatorische Faktoren wurde in allen Fokusgruppen der Austausch von Berichten zwischen Rehaklinik und Betriebsärzt*innen sowie das Vorwissen bzw. die Vorerfahrungen aus ähnlichen Interventionen als förderlich für die Umsetzung der Intervention genannt. Die Kürze der Intervention wurde einerseits als förderlicher Faktor benannt, der Personen die Teilnahme an GIBI ermöglicht. Auf der anderen Seite wurde die Kürze der Intervention als hinderlicher Faktor bei Diagnostik und Zielsetzung bewertet.

Als interventionsbezogene Faktoren, die für die Durchführung von GIBI hinderlich sind, wird ein hoher Durchführungsaufwand sowie das Fehlen von arbeitsplatzspezifischen Anforderungsprofilen in den Betrieben genannt. Als hinderliche personenbezogene Faktoren wurden mangelndes Vertrauen von Patient*innen zu Betriebsärzt*innen sowie auf Seiten Behandelnder ein mangelndes Verständnis für die Ziele von GIBI sowie die mangelnde Routine beim Umgang mit arbeitsplatzspezifischen Anforderungs- und Leistungsprofilen identifiziert. Als hinderliche organisatorische Faktoren wurden in allen Fokusgruppen die Knappheit zeitlicher Ressourcen benannt.

2.1.5 Interviews mit Betriebsärzt*innen

Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt wurden zwei leitfadengestützte Interviews mit Betriebsärzt*innen geführt, die in der Machbarkeitsstudie und randomisierten kontrollierten Studie an GIBI beteiligt waren. Beide Betriebsärzt*innen waren für mehrere Betriebe zuständig. Die Interviews fanden telefonisch statt.

Ergebnisse

Die Bestandteile der Intervention wurden von Betriebsärzt*innen, die an der Umsetzung von GIBI beteiligt waren, als sinnvoll wahrgenommen, auch wurde die Ganzheitlichkeit des Ansatzes positiv bewertet. Die Einschätzung der Rehabilitationskliniken wird als adäquat wahrgenommen, die Akzeptanz der Teilnehmenden für die Intervention wird ebenfalls als gut eingeschätzt.

Hinderlich bei der Umsetzung von GIBI wurde eine geringe Motivation zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens auf der Seite von Patient*innen beschrieben. Eine seltene Anwesenheit von Betriebsärzt*innen in Betrieben, die Betreuung und Organisation des Projekts in verschiedenen Betrieben sowie die Begrenztheit zeitlicher Ressourcen wurden ebenfalls als erschwerend bei der Umsetzung bewertet.

Der Mehrwert im Vergleich mit der Regelversorgung wird darin gesehen, dass das Eingangsgespräch eine niedrigschwellige Gelegenheit bietet, Veränderungen anzustoßen und Patient*innen bei der Entwicklung einer intrinsischen Motivation für gesundheitsbewusstes Verhalten zu unterstützten. Die Durchführung von Nachsorgegesprächen kann zudem nachhaltige Veränderungen bewirken.

Auch die Zusammenarbeit von Betrieb und Rehabilitationseinrichtungen wird als Mehrwert von GIBI im Vergleich zur aktuellen Regelversorgung erwähnt.

Betriebsärzt*innen sehen vorwiegend Verbesserungspotenziale, die sich auf die Intervention beziehen, etwa im Festlegen von Indikatoren zur Erkennung besonderer beruflicher Problemlagen, der Verbesserung der Nachsorge durch Unterstützung bei Verhaltensänderung, z. B. unter Einbezug des Züricher Ressourcenmodells und in der Berücksichtigung konkreter Empfehlungen zur Selbstfürsorge in den vorgeschlagenen Handlungsstrategien. Darüber hinaus wird empfohlen, die GIBI-Intervention in den Betrieben vermehrt mit Informationsmaterialien und -veranstaltungen zu bewerben.

2.2 Randomisierte kontrollierte Studie (RCT)

2.2.1 Beschreibung der Stichprobe

Im Rahmen der randomisierten kontrollierten Studie wurden 61 Personen von den beteiligten Betriebsärzt*innen identifiziert, in die Studie eingeschlossen und zufällig der Interventions- (n = 32) oder Kontrollgruppe (n = 29) zugewiesen (Abbildung 3). Zur Nachbefragung sechs Monate nach Studieneinschluss antworteten 45 Teilnehmende (74 %).

Teilnehmende waren zum Studieneinschluss zu 62 % männlich, im Durchschnitt 50 Jahre alt (SD = 9,8), eher vollzeitbeschäftigt (74 %) und berichteten hauptsächlich eine mäßige (50 %; 28-36 Punkte WAI) sowie kritische (35 %; 7-27 Punkte) subjektive Arbeitsfähigkeit. Durchschnittlich lag der Gesamtscore des WAI bei 30,0 (SD = 7,0). Teilnehmende berichteten im Durchschnitt Arbeitsunfähigkeitszeiten von 6,7 Wochen (SD = 7,8) in den letzten sechs Monaten. Der Großteil der Teilnehmenden arbeitete in Berufen mit fachlich ausgerichteten Tätigkeiten (Fachkräfte: 56 %). Tabelle 8 zeigt die Stichprobenmerkmale der Behandlungsgruppen. Zwischen den Gruppen zeigte sich beim Geschlecht ein signifikanter Unterschied (p = 0,037).

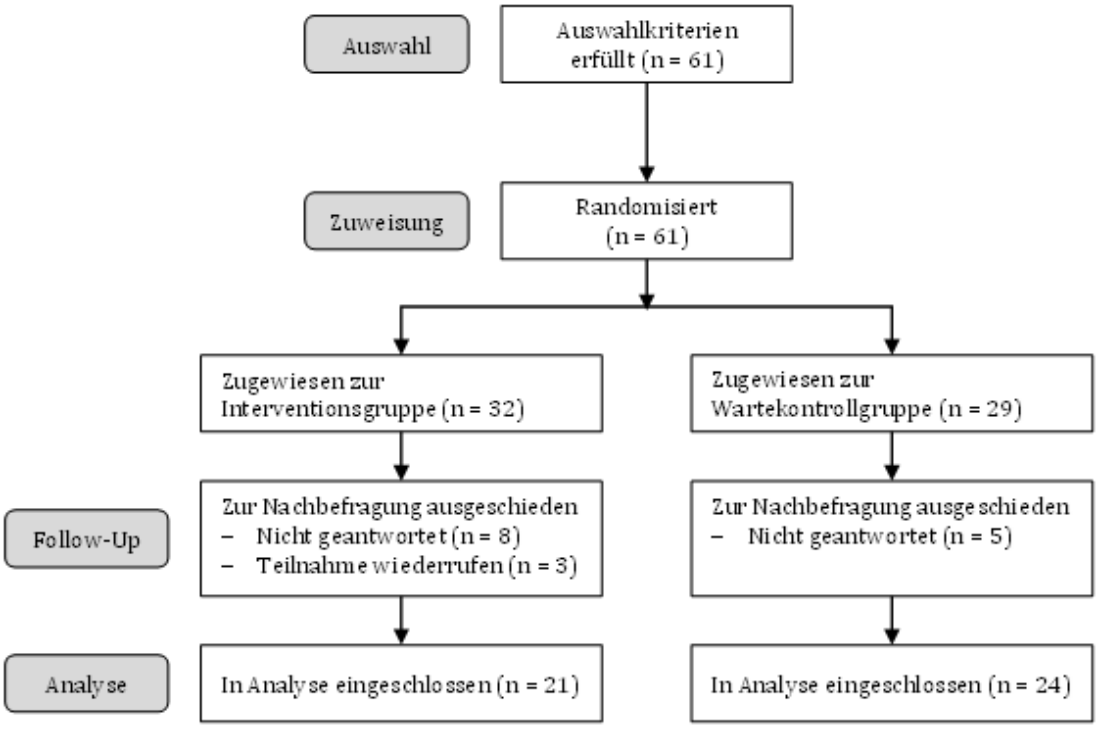


Abbildung 3: Flussdiagramm

Tabelle 8: Stichprobenbeschreibung
Anmerkungen: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Gültige Prozentangaben werden berichtet.

	Interventionsgruppe (n = 32)		**Kontrollgruppe (n = 29)**	
	n	**M (SD) oder %**	**n**	**M (SD) oder %**
Soziodemografie				
Alter in Jahren	32	49,3 (10,7)	29	51,2 (8,7)
Geschlecht				
weiblich	16	50,0	7	24,1
männlich	16	50,0	22	75,9
Bildungsniveau				
Niedrig	-	-	1	3,4
Mittel	22	68,8	18	62,1
Hoch	10	31,2	10	34,5
Erwerbstätigkeit				
Vollzeit > 35 Std.	22	68,8	23	79,3
Teilzeit 15-34 Std.	10	31,2	6	20,7
Komplexitätsniveau				
Helfer- und Anlerntätigkeiten	3	10,0	2	6,9
Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	16	53,3	17	58,6
Komplexe Spezialistentätigkeiten	8	26,7	7	24,1
Hoch komplexe Tätigkeiten	3	10,0	3	10,3
Unternehmensgröße				
Mittlere Unternehmen	5	15,6	4	13,8
Großunternehmen	27	84,4	25	86,2
Arbeitsfähigkeit und -belastungen				
Aktuelle Arbeitsunfähigkeit				
Ja	3	9,4	4	13,8
Nein	29	90,6	25	86,2
Arbeitsunfähigkeit (Wochen)	32	6,2 (6,9)	29	7,3 (8,8)

	Interventionsgruppe (n = 32)		Kontrollgruppe (n = 29)	
	n	M (SD) oder %	n	M (SD) oder %
Work Ability Score (0-10)	32	6,1 (1,7)	29	5,9 (2,0)
Work Ability Index (7-49)	32	30,9 (6,5)	28	28,9 (7,5)
Soziale Unterstützung im Beruf (0-100)	32	63,3 (25,6)	29	61,6 (26,1)
Arbeitsatmosphäre (0-100)	32	82,0 (19,3)	29	81,0 (15,9)
Physische Arbeitsbelastung (0-15)	32	9,2 (4,8)	27	9,3 (4,9)
Psychische Arbeitsbelastung (0-100)	32	46,9 (16,2)	29	52,3 (13,0)
Unsicherheit des Arbeitsplatzes (0-100)	32	32,4 (28,9)	29	36,6 (30,1)
Arbeitsplatzzufriedenheit (0-100)	32	59,5 (18,6)	28	64,5 (18,1)
Gesundheit				
Allgemeine Gesundheit (0-10)	32	5,7 (1,7)	29	5,8 (2,0)
Angst (0-6)	32	2,0 (1,4)	29	1,9 (1,6)
Depressivität (0-6)	32	2,3 (1,3)	29	2,2 (1,4)
Körperliche Funktionsfähigkeit (0-24)	32	6,2 (4,5)	29	7,0 (4,4)
Sportliche Aktivität (Min pro Woche)	32	80,3 (113,1)	29	73,9 (100,4)

2.2.2 Erbrachte Therapiedosis

Alle 61 in die Studie eingeschlossenen Personen erhielten ein betriebsärztliches Erstgespräch. Von den 32 der Interventionsgruppe zugewiesenen Personen nahmen 29 Personen das zweitägige Teilhabeassessment in Anspruch (Abbildung 4). Die durchschnittliche Therapiedosis des Teilhabeassessments lag bei 8,2 Stunden (SD = 1,6). Die Dauer vom betriebsärztlichen Erstgespräch zum Start des zweitägigen Teilhabeassessments betrug im Mittel rund 8 Wochen (SD = 4,1).

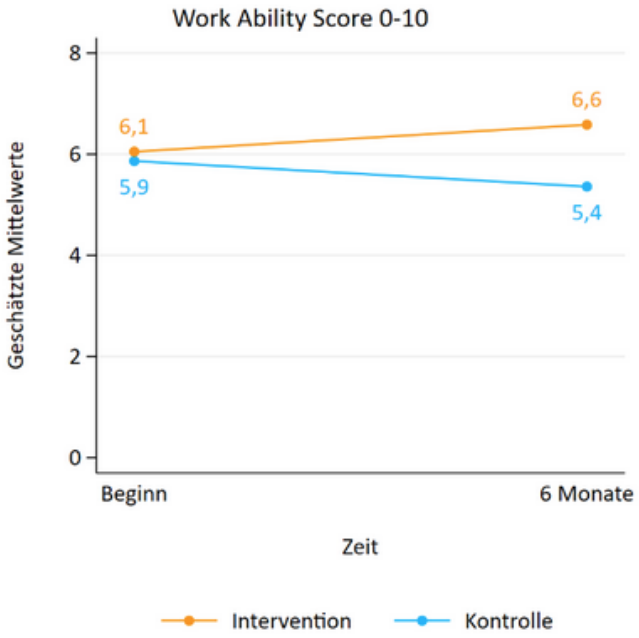


Abbildung 4: Primäres Zielkriterium Work Ability Score zu Beginn und nach sechs Monaten

2.2.3 Primäres Zielkriterium

Teilnehmende der Interventionsgruppe berichteten sechs Monate nach Studieneinschluss eine um 1,2 Punkte günstigere subjektive Arbeitsfähigkeit als Personen der Kontrollgruppe (Differenz = 1,15; 95-%-KI: −0,05 bis 2,35; p = 0,061) (Abbildung 4). Dieser Unterschied ist mit einer mittleren Effektstärke (SMD = 0,53) als klinisch bedeutsam einzustufen, jedoch statistisch nicht signifikant (Tabelle 9).

Ergänzend haben wir Teilnehmende beider Behandlungsgruppen kategorisiert in Personen, die sich von der Erst- zur Nachbefragung auf dem WAS verbessert haben (≥ 1 Punkt) und Personen, die auf gleichem Niveau verblieben oder die sich verschlechterten. Die Analyse zeigt, dass sich 62 % der Personen in der Interventionsgruppe und rund ein Drittel der Personen in der Kontrollgruppe verbesserten (Abbildung 5). Der Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen betrug 29 Prozentpunkte (Differenz = −0,29; 95-%-KI: −0,57 bis −0,01; p = 0,044). Dieser Unterschied war statistisch signifikant.

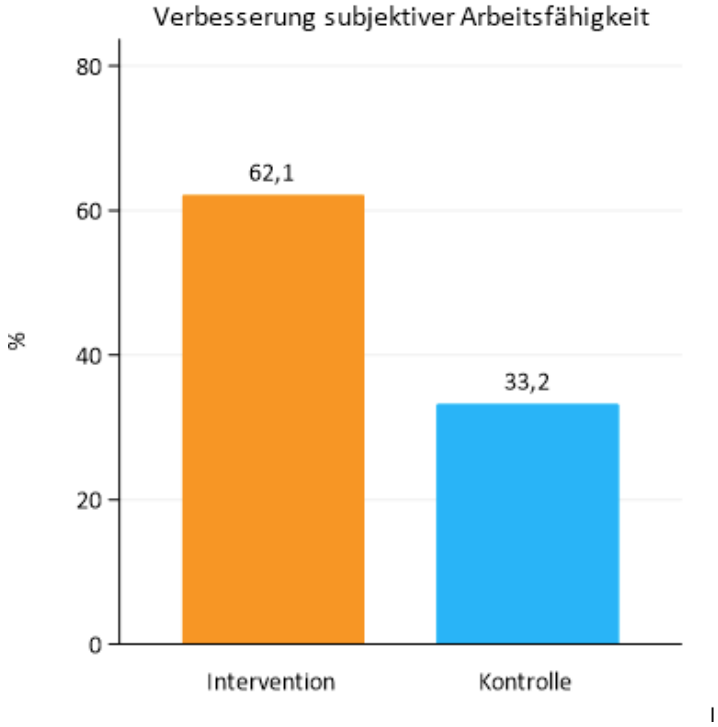


Abbildung 5: Verbesserung subjektiver Arbeitsfähigkeit von Beginn bis nach sechs Monaten

2.2.4 Sekundäre Zielkriterien

Für die sekundären Zielkriterien zeigten sich statistisch signifikante Vorteile mit mittleren Effektstärken zugunsten der Interventionsgruppe für Unsicherheit des Arbeitsplatzes (Differenz: −16,40; 95-%-KI: −29,82 bis −2,99; p = 0,017) (Tabelle 9). Personen der Interventionsgruppe berichteten rund vier Wochen kürzere Arbeitsunfähigkeit in den letzten sechs Monaten im Vergleich zu Personen der Kontrollgruppe (Differenz = −4,00: 95-%-KI: −7,49 bis −0,51; p = 0,025).

Zudem zeigte sich ein mittlerer Effekt zugunsten der Interventionsgruppe für allgemeine Gesundheit. Für die weiteren sekundären Zielkriterien wurden keine relevanten Unterschiede beobachtet (Tabelle 9).

Tabelle 9: Primäre und sekundäre Zielkriterien sechs Monate nach Studieneinschluss
Anmerkungen: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; AM = adjustierte Mittelwerte; SE = Standardfehler; KI = Konfidenzintervall; SMD = standardisierte Mittelwertdifferenz

		IG	KG				
	n	**AM (SE)**	**AM (SE)**	**b**	**95-%-KI**	**p**	**SMD**
Primäres Zielkriterium							
Work Ability Score (0-10)	45	6,59 (0,45)	5,44 (0,42)	1,15	−0,05;2,35	0,061	0,53
Sekundäre Zielkriterien							
Allgemeine Gesundheit (0-10)	44	6,39 (0,39)	5,47 (0,35)	0,92	−0,12; 1,96	0,082	0,48
Angst (0-6)	44	1,93 (0,32)	1,84 (0,30)	0,09	−0,78; 0,95	0,843	0,05
Depressivität (0-6)	45	1,93 (0,27)	1,77 (0,25)	0,16	−0,57; 0,88	0,670	0,11

		IG	KG				
	n	**AM (SE)**	**AM (SE)**	**b**	**95-%-KI**	**p**	**SMD**
Körperliche Funktionsfähigkeit (0-24)	45	4,85 (0,66)	6,05 (0,62)	−1,2	−2,98; 0,58	0,185	−0,28
Sportliche Aktivität	44	129,7 (44,5)	126,9 (40,6)	2,8	−115,6; 121,2	0,963	0,01
Physische Arbeitsbelastung (0-15)	40	9,87 (0,64)	9,26 (0,61)	0,62	−1,12; 2,35	0,485	0,14
Psychische Arbeitsbelastung (0-100)	44	49,77 (2,75)	52,97 (2,54)	−3,19	−10,35; 3,97	0,383	−0,22
Soziale Unterstützung im Beruf (0-100)	44	62,47 (5,32)	55,24 (4,86)	7,23	−6,89; 21,35	0,316	0,30
Arbeitsatmosphäre (0-100)	43	83,85 (4,62)	78,41 (4,11)	5,44	−6,69; 17,58	0,379	0,25
Unsicherheit des Arbeitsplatzes (0-100)	44	25,84 (6,38)	42,24 (6,22)	−16,40	−29,82; −2,99	**0,017**	−0,54
Arbeitsplatzzufriedenheit (0-100)	40	58,76 (5,36)	59,69 (5,09)	−0,94	−15,68; 13,81	0,901	−0,04
Arbeitsunfähigkeit der letzten sechs Monate in Wochen	44	3,41 (1,31)	7,41 (1,20)	−4,00	−7,49; −0,51	**0,025**	−0,52

2.2.5 Subgruppenanalysen

In den Subgruppenanalysen (Abbildung 6) zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe bei Personen mit Berufen auf dem Niveau von Helfer- und Anlerntätigkeiten und fachlich ausgerichteten Tätigkeiten (Differenz = 1,58; 95-%-KI: 0,14 bis 3,02; p = 0,031). Bei Personen mit komplexen und hochkomplexen Tätigkeiten zeigte sich kein Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen (Differenz = −0,08; 95-%-KI: −2,19 bis 2,04; p = 0,941).

Für weitere Subgruppen (Geschlecht und Unternehmensgröße) zeigten sich keine relevanten Unterschiede.



Abbildung 6: Primäres Zielkriterium Work Ability Score nach sechs Monaten für unterschiedliche berufliche Komplexitätsniveaus
Anmerkung: SMD = standardisierte Mittelwertdifferenzen; Niedrig = Helfer- und Anlerntätigkeiten und fachlich ausgerichtete Tätigkeiten; Hoch = komplexe Spezialistentätigkeiten und hochkomplexe Tätigkeiten

2.2.6 Abschlussberichte

Tabelle 10 zeigt kategorisierte Handlungsempfehlungen, die aus dem zweitägigen Teilhabeassessment durch das multiprofessionelle Rehabilitationsteam abgeleitet wurden. Die Empfehlungen konnten überwiegend den übergeordneten Bereichen Ambulante Interventionen, spezifisches Training, Anpassungen am Arbeitsplatz und der Arbeitsorganisation sowie dem Bereich ambulante Therapieleistungen zugeordnet werden.

Tabelle 10: Übersicht aus GIBI abgeleiteter Handlungsempfehlungen
Anmerkungen: k = Anzahl der Empfehlungen

Code Family	**Einzelcodes**
Zusammenfassung der Einzelcodes	aus Abschlussberichten (n = 55) entwickelt
Ambulante Interventionen (k = 114 Empfehlungen)	Stationäre Adipositasbehandlung (k = 1), ambulante psychotherapeutische Intervention (k = 21), fachärztliches Konsil (inkl. fachmedizinische Behandlung) (k = 48), medikamentöse Therapie (k = 4), ambulantes DRV-Programm (k = 20), Ernährungsschulung (k = 2), Logopädie/Ergo-/Physiotherapie (k = 14), Schmerztherapie (k = 2), kognitive Therapie (k = 2)
Spezifisches Training (k = 60)	Haltungsstabilisierendes Training (k = 13), Funktionstraining (k = 7), Eigenübungsprogramm (k = 8), Sport- und Bewegungstherapie (k = 32)

Code Family	Einzelcodes
Zusammenfassung der Einzelcodes	aus Abschlussberichten (n = 55) entwickelt
Anpassungen am Arbeitsplatz und Arbeitsorganisation (k = 41)	Hilfsmittel (k = 5), Betriebliches Gesundheitsmanagement (k = 5), Anpassungen Arbeitsplatzorganisation (k = 24), Arbeitszeitanpassung (k = 4), Klärung der Notwendigkeit einer Arbeitsschutzmaßnahme (k = 1), berufliche Neuorientierung (k = 2)
Unterstützungsangebote (k = 24)	Unterstützung bei Durchführung der Handlungsempfehlungen (k = 15), Unterstützung bei Abwägung eines operativen Eingriffs (k = 2), Unterstützung bei Aufnahme einer Rehabilitation (k = 1), Unterstützung bei Aufnahme einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung (k = 1), Unterstützung bei der Wiedereingliederung (k = 4), Selbsthilfegruppe (k = 1)
Lebensstilanpassungen (k = 23)	Gewichtsreduktion (k = 13), Tabakentwöhnung (k = 4), Freizeitaktivitäten (k = 3), Ernährungsumstellung (k = 3)
Schulungen (k = 23)	Präventionskurs (k = 3), Coaching (k = 2), Ergonomieschulung (k = 3), Stressbewältigungstraining (k = 14), Strategie für Beschwerdepersistenz (k = 1)
Rehabilitation (k = 20)	Psychosomatische Rehabilitation (k = 13), orthopädische Rehabilitation (k = 6), internistische Rehabilitation (k = 1)
Antragstellung und externe Beratung (k = 9)	Antragstellung (bspw. GDB) (k = 4), Sozialberatung (k = 3), Beantragung Gleichstellung (k = 1), Integrationsfachdienst (k = 1)

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-)Ansätzen und deren Wirkungen

Die wissenschaftliche Begleitung im Modellvorhaben GIBI umfasste eine beobachtende Mixed-Methods-Studie, die die Erprobung der Maßnahme analysierte sowie eine randomisierte kontrollierte Studie, die die Wirksamkeit der Maßnahme prüfte. Die Ergebnisse zeigen, dass das Modellvorhaben GIBI den Zugang zu einem vertrauensvollen, ganzheitlichen und arbeitsplatzorientierten Angebot bietet, das zur Verbesserung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit führen kann. Im Folgenden werden die Erkenntnisse bezogen auf die Rolle der Betriebsärzt*innen, auf das zweitägige Teilhabeassessment sowie auf die Gesamtstrategie diskutiert. Es folgt zudem eine Betrachtung des Nutzens von GIBI aus wirtschaftlicher Perspektive sowie eine Ergänzung der Limitationen und Stärken des Projektes.

3.1 Rolle der Betriebsärzt*innen

Ein wichtiger Indikator für eine erfolgreiche Implementierung ist die Erreichung der intendierten Zielgruppe, für die die Intervention entwickelt wurde [37], da Abweichungen die Wirksamkeit der Intervention reduzieren können [38]. Es zeigte sich, dass die Betriebsärzt*innen die für das Modellvorhaben intendierte Zielgruppe rekrutierten. Die Teilnehmenden berichteten überwiegend eine mäßige bis kritische subjektive Arbeitsfähigkeit und einen vergleichsweise eingeschränkten Gesundheitszustand [39]. Im Vergleich zu einer Kohortenstudie, in der Erwerbstätige im Alter von 45 bis 59 Jahren in Deutschland rekrutiert wurden, berichteten die Teilnehmenden von GIBI eine durchschnittlich um einen Punkt geringere subjektive Arbeitsfähigkeit (Work Ability Score) sowie allgemeine Gesundheit (COPSOQ) [40].

Neben der erreichten Zielgruppe ist die Umsetzung der Interventionsinhalte ein wichtiges Merkmal zur Bewertung der Implementierung von Interventionen [37]. Studien zeigen, dass der persönliche Kontakt mit Betriebsärzt*innen den Wiedereingliederungsprozess unterstützt. Zudem erleichtert die gemeinsame Identifizierung von Barrieren und unterstützenden Faktoren am Arbeitsplatz die Rückkehr in Arbeit und reduziert Fehlzeiten [2,41]. Die Teilnehmenden bewerteten die Interventionsbausteine und die Zusammenarbeit mit ihren Betriebsärzt*innen mit gut bis sehr gut. Die Inhalte der Interventionsbausteine wurden wie geplant umgesetzt. Dies zeigen die hohen Werte zur erhaltenen Therapiedosis und zur konsistenten Strategie der Intervention aus Sicht der Teilnehmenden. Entscheidend dafür war die gemeinsame Entwicklung der Intervention und die Durchführung von Schulungen aller beteiligter Personen zur Durchführung der Interventionselemente von GIBI. Weiterhin berichteten die Teilnehmenden hohe Werte in der interventionsspezifischen subjektiven Zielerreichung, die als Indikator für die Qualität der Intervention steht [37]. Zusammengefasst ermöglichte die gemeinsame Entwicklung der Interventionsinhalte und Durchführungsmaterialien sowie der enge Kontakt zu den Betriebsärzt*innen in der Erprobungsphase, Umsetzungsprobleme aufzudecken und diese für die nachfolgende randomisierte kontrollierte Studie zu berücksichtigen.

Auch aus den leitfadengestützten Interviews lassen sich Erkenntnisse hinsichtlich der Rolle der Betriebsärzt*innen bei der erfolgreichen Durchführung und dem Nutzen der Maßnahme ableiten. Als förderlich wurden die aktive Ansprache der Teilnehmenden und die vertrauensvolle Beziehung zwischen den Arbeitnehmer*innen und den Betriebsärzt*innen bewertet. Zudem erhöhte der wiederkehrende Austausch im betrieblichen Nachsorgegespräch die Motivation, sich mit der eigenen Gesundheit zu befassen und die Empfehlungen nachhaltig umzusetzen. Aus Sicht der Teilnehmenden ergaben sich aber auch Wünsche zur Anpassung und Weiterentwicklung der GIBI-Maßnahme. Im betriebsärztlichen Erstgespräch sollten bereits konkrete Vorabinformationen zur zweitägigen Diagnostik erläutert werden.

3.2 Zweitägiges Teilhabeassessment in Rehabilitationseinrichtungen

Durch die standardisierte Dokumentation der Ergebnisse der zweitägigen Diagnostik wurden aus GIBI abgeleitete Handlungsempfehlungen zusammengefasst, die unterschiedlichen Oberkategorien zugeordnet werden können. Für die Ableitung konkreter Handlungsempfehlungen war die psychosomatische Diagnostik zentral, die in vielen Fällen wesentlich zur Klärung der zugrundeliegenden gesundheitlichen Problematik beigetragen hat.

Die Analyse leitfadengestützter Interviews ergab, dass sich die Teilnehmenden den Einbezug weiterer medizinischer Fachdisziplinen wünschten, sowie einen noch stärkeren Arbeitsbezug, eine Flexibilität in der Therapieintensität und Aufenthaltsdauer in der Rehabilitationseinrichtung. Für die betriebliche Nachsorge betonten die Teilnehmenden den Mehrwert einer Fortsetzung der betriebsärztlichen Nachsorgegespräche in regelmäßigen Abständen.

Die Analyse der leitfadengestützten Fokusgruppen mit behandelnden Personen zeigte, dass eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Betriebsärzt*innen und Rehabilitationseinrichtungen zentral war. Voraussetzung für diese Zusammenarbeit war der Austausch von Informationen zur Schwerpunktsetzung der Therapie für die teilnehmenden Mitarbeitende sowie die Kommunikation mit den Studienkoordinatorinnen. In den Fokusgruppen wurde die Knappheit zeitlicher Ressourcen für GIBI, eine mangelnde Routine beim Umgang mit arbeitsplatzspezifischen Anforderungs- und Leistungsprofilen sowie das Verständnis für die Ziele der GIBI-Maßnahme als schwierig bei der Durchführung von GIBI beschrieben. Aus Sicht der Durchführenden der Intervention waren zusätzliche für die Maßnahme zur Verfügung gestellte zeitliche Ressourcen für eine erfolgreiche Umsetzung der Intervention erforderlich.

3.3 Gesamtstrategie

Die Ergebnisse der randomisierten kontrollierten Studie zeigen, dass Personen der Interventionsgruppe im Vergleich zu Personen der Kontrollgruppe sechs Monate nach Studieneinschluss deutlich geringere Fehlzeiten sowie eine geringere Unsicherheit am Arbeitsplatz berichteten. Zudem zeigte sich ein relevanter, jedoch statistisch nicht signifikanter, Unterschied im primären Zielkriterium subjektive Arbeitsfähigkeit zwischen den Behandlungsarmen.

Die Ergebnisse der Studie ähneln den Erkenntnissen einer Meta-Analyse, in der der Einfluss von Maßnahmen am Arbeitsplatz auf die subjektive Arbeitsfähigkeit untersucht wurde [42]. Oakman et al. [42] konnten einen kleinen Effekt von Maßnahmen am Arbeitsplatz zur Verbesserung von Arbeitsfähigkeit beobachten (13 Studien; n = 1119). Die analysierten Interventionen umfassten individuell ausgerichtete Strategien, z. B. Gesundheitsanalysen, die Förderung gesundheitsbedingter Verhaltensweisen oder betriebsärztliche Beratung. Interventionen am Arbeitsplatz zielten z. B. auf Veränderungen der Arbeitszeit, der Arbeitsumgebung und -gestaltung oder der Verringerung von Gefahren am Arbeitsplatz ab [42]. Eine randomisierte kontrollierte Studie aus den Niederlanden prüfte die Wirksamkeit eines arbeitsmedizinischen Interventionsprogramms (n = 160), das vergleichbare Bestandteile wie die von uns untersuchte Intervention aufwies [43]. Die durch Betriebsärzt*innen koordinierte Intervention umfasste eine betriebsmedizinische Untersuchung, Beratungsgespräche und die Entwicklung eines Handlungsplans unter Einbezug weiterer relevanter Akteur*innen (Vorgesetzte und Personalverantwortliche). Ziel war die Anpassung des Arbeitsplatzes und Sicherung beruflicher Teilhabe der Teilnehmenden. Die Ausgangswerte im Work Ability Index waren vergleichbar zu den Werten in unserer Studie. Nach sechs Monaten zeigte sich eine Verbesserung der subjektiven Arbeitsfähigkeit zugunsten der Interventionsgruppe [43]. In Deutschland analysierten Gutenbrunner et al. [44] ein ganzheitliches Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung, das nach einer ärztlichen Eingangsuntersuchung ein einwöchiges ambulantes Programm mit rehabilitativen Elementen, z. B. Bewegungstherapie, Arbeitsplatzanalyse und psychologische Gespräche, umfasst. Die Ausgangswerte zur subjektiven Arbeitsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeitsdauer waren vergleichbar mit den Kennwerten in unserer Stichprobe. Nach sechs Monaten zeigte sich in der nicht-kontrollierten Studie eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit und eine Reduzierung der Arbeitsunfähigkeitsdauer mit mittlerer Effektstärke [44].

Die Ergebnisse unserer Subgruppenanalyse deuten darauf hin, dass die Intervention ihre Wirkung vor allem bei Personen in Berufen mit weniger komplexen Anforderungen (Helfer- und fachlich ausgerichtete Tätigkeiten) entfalten kann. Dieser Unterschied kann auf den größeren Unterstützungsbedarf dieser Personen zurückgeführt werden. Zudem sind Anpassungen des Arbeitsplatzes und der Anforderungen in komplexen Berufen wahrscheinlich schwieriger umzusetzen. Im Vergleich zu einer bereits veröffentlichten Machbarkeitsstudie [32] zeigten sich u. a. Unterschiede in der Geschlechterverteilung (höherer Anteil an männlichen Teilnehmenden) und der Unternehmensgröße (keine Klein- und Kleinstunternehmen). Ein Grund für die beobachteten Unterschiede könnte die Erwerbstätigenstruktur und Branche der teilnehmenden Unternehmen sein (z. B. Maschinen- und Stahlbauunternehmen, die erst in der randomisierten kontrollierten Studie teilnahmen).

Zusammengefasst deuten die Ergebnisse der randomisierten kontrollierten Studie darauf hin, dass die Intervention mit betriebsärztlicher Einleitung, zweitägigem Assessment zur Ableitung von Strategien und betrieblicher Nachbetreuung zu einer Reduzierung von Arbeitsunfähigkeitszeiten und zu einer Verbesserung von Arbeitsfähigkeit und der wahrgenommenen Sicherheit am Arbeitsplatz führen kann. Die Wirksamkeit hängt wesentlich davon ab, ob sie den individuellen Bedarf und die Anforderungen am Arbeitsplatz berücksichtigen. Durch die Teilnahme an der Intervention erhielten die Teilnehmenden wertvolle Ratschläge sowie eine klare Struktur, um Diskrepanzen zwischen beruflichen Anforderungen und individueller Leistungsfähigkeit zu bewältigen.

In Tabelle 11 werden die Erreichung der im Vorfeld des Modellvorhabens formulierten Projektziele geprüft. Die Projektziele werden im Folgenden anhand der Ergebnisse und Datenerhebungen der Machbarkeitsstudie und der randomisierten kontrollierten Studie geprüft.

Tabelle 11: Gesamtziele und Zielerreichung

Zielformulierung	**Zielerreichung**
Ziel 1: Die anhand des Work Ability Score (0 bis 10 Punkte) operationalisierte subjektive Arbeitsfähigkeit ist sechs Monate nach Einschluss durch den Betriebs- und Werksärzt*innen in der Interventionsgruppe um einen Punkt höher als in der Kontrollgruppe.	Dieses Ziel wurde erreicht. In der randomisierten kontrollierten Studie betrug der Unterschied des Work Ability Score zwischen Interventions- und Kontrollgruppe sechs Monate nach Studieneinschluss rund 1,2 Punkte (Differenz = 1,15; 95-%-KI: −0,05 bis 2,35; p = 0,061).
Ziel 2: Sechs Monate nach Einschluss durch Betriebs- und Werksärzt*innen ist der Anteil arbeitsfähiger Teilnehmende der Interventionsgruppe (95 %) um 15 Prozentpunkte höher als in der Kontrollgruppe (80 %).	Dieses Ziel wurde nicht erreicht. In der randomisierten kontrollierten Studie betrug der Anteil aktuell arbeitsfähiger Teilnehmender in der Interventionsgruppe sechs Monate nach Studieneinschluss 75,9 %, in der Kontrollgruppe 70,1 %. Zwischen den Behandlungsgruppen zeigte sich jedoch ein deutlicher Unterschied in der Arbeitsunfähigkeitsdauer zugunsten der Interventionsgruppe.
Ziel 3: Die Zufriedenheit der Arbeitnehmer*innen mit den Inhalten und dem Ablauf des Aufenthalts in der Rehabilitationseinrichtung liegt auf einer Skala von 1 bis 5 (Schulnote) unter 2.	Dieses Ziel wurde erreicht. Im Rahmen der Machbarkeitsstudie bewerteten die Teilnehmenden das betriebsärztliche Erstgespräch mit 1,3, das zweitägige Teilhabeassessment mit 1,9 und die betrieblichen Nachsorgegespräche mit 1,8. Der Aufenthalt in der Rehabilitationseinrichtung wurde mit 1,9, die Fachkräfte mit 1,4 und die Inhalte des Teilhabeassessments mit 1,9 bewertet.

Zielformulierung	Zielerreichung
Ziel 4: Die Quote der Nicht-Antritte liegt unter 10 %.	Dieses Ziel wurde erreicht. Alle 61 in die Studie eingeschlossenen Personen hatten ein betriebsärztliches Erstgespräch. Von 32 in die Interventionsgruppe zugewiesenen Personen nahmen 29 Personen das zweitägige Teilhabeassessment in Anspruch (Quote Nicht-Antritt: 9,4 %).
Ziel 5: Die Betriebsärzt*innen bewerten die Angemessenheit der vorgeschlagenen Maßnahmen auf einer Skala von 1 bis 5 (Schulnote) mit einem Wert unter 2.	Dieses Ziel wurde erreicht. Insgesamt bewerteten Betriebsärzt*innen die Handlungsempfehlungen von 33 Teilnehmenden (Machbarkeitsstudie: n = 9; randomisier kontrollierte Studie: n = 24). Die Bewertung lag im Mittel bei 1,9. Die Rücklaufquote der Bewertungen von Betriebsärzt*innen war jedoch sehr gering und lag bei 33 von 82 Personen, die das Teilhabeassessment in Anspruch genommen haben (40,2 %).

3.4 Nutzen: Wenn 100 Erwerbstätige an GIBI teilnehmen

Welchen Nutzen kann die GIBI-Maßnahme in der Versorgungspraxis für Unternehmen und Mitarbeitende haben? Dieser Frage wurde sich anhand eines hypothetischen Szenarios genähert, in dem 100 Personen mit GIBI-Teilnahme, 100 Personen ohne Teilnahme vergleichend gegenübergestellt wurden. Würden die in Kapitel 2.2 berichteten Ergebnisse zur Arbeitsfähigkeit auf dieses Szenario übertragen, so erreichten durch GIBI von 100 Personen 62 Personen eine Verbesserung ihrer Arbeitsfähigkeit, während es ohne GIBI nur 33 Personen wären (Abbildung 7). Die Differenz dieser absoluten Risiken (0,62 − 0,33 = 0,29) kann genutzt werden, um die Number-needed-to-treat zu bestimmen (1 / 0,29 = 3,45). Die NNT beschreibt, wie viele Personen eine Maßnahme erhalten müssen, damit eine Person zusätzlich gegenüber der Vergleichsbedingung profitiert. Im Falle von GIBI müssten also rund drei bis vier Personen an GIBI teilnehmen, damit eine Person eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erfährt, die sonst nicht eingetreten wäre.

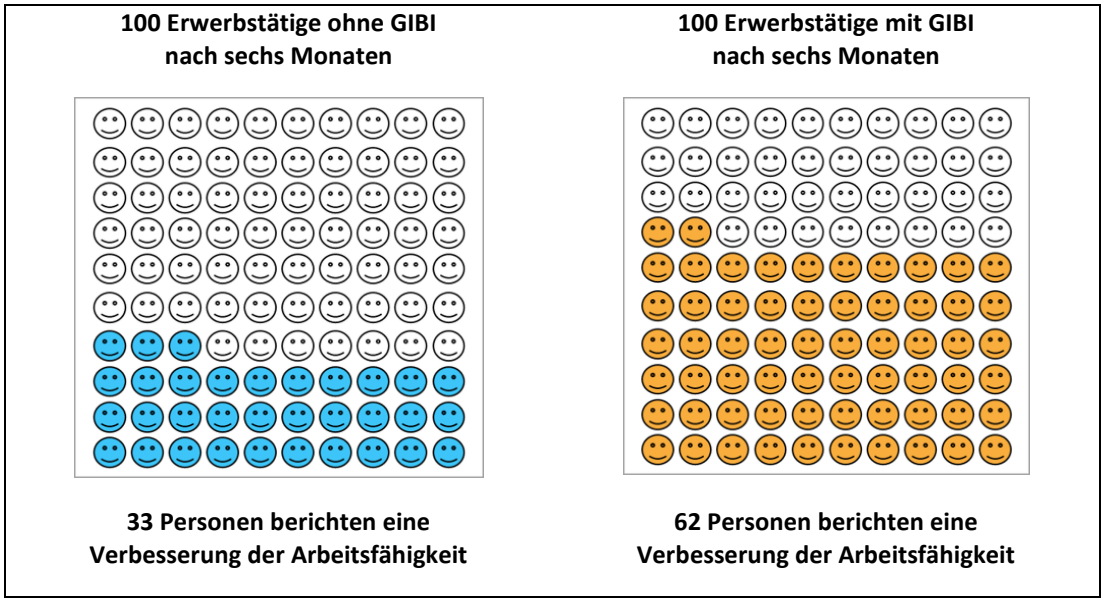


Abbildung 7: 100 Erwerbstätige mit und ohne GIBI

Neben einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zeigen die in Kapitel 2.2 berichteten Ergebnisse auch eine Reduktion der Arbeitsunfähigkeitsdauer durch GIBI. Der Unterschied in den durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitszeiten der letzten sechs Monate betrug rund vier Wochen (Interventionsgruppe: 3,4 Wochen = 17 Tage; Kontrollgruppe: 7,4 Wochen = 37 Tage). Über die Arbeitsunfähigkeitsdauer lassen sich im hypothetischen Szenario die Kosten des Produktionsausfalls für 100 Personen mit GIBI und 100 Personen ohne GIBI berechnen. Nimmt man die von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin geschätzten Produktionsausfallkosten von 133 € je Arbeitsunfähigkeitstag [45], ergäben sich ohne GIBI durchschnittliche Ausfallkosten von 4.921 € für die 37 Arbeitsunfähigkeitstage in sechs Monaten. Mit GIBI wären es durchschnittlich 2.527 €, wenn neben den 17 Arbeitsunfähigkeitstagen auch die zwei Interventionstage berücksichtigt würden. Würden zusätzlich noch die Interventionskosten von etwa 950 € hinzugezählt, ergäben sich innerhalb von sechs Monaten durchschnittliche Kosten von 3.477 €. Die Berechnung erfolgte anhand der Lohnkosten der Mitarbeitenden und der aufzuwendenden Zeit (Tarifvertrag für die Deutsche Rentenversicherung Bund, TV DRV-Bund vom 1. März 2024). Zusammengefasst zeigt sich, dass GIBI im Zeitraum von sechs Monaten die Kosten durch Produktionsausfall um durchschnittlich 1.444 € pro Mitarbeitenden mit eingeschränkter Arbeitsfähigkeit reduzieren würde. Tabelle 12 stellt die aus den Analysen ermittelte durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsdauer und die damit verbundenen Produktionsausfallkosten von Mitarbeitenden mit und ohne GIBI-Teilnahme gegenüber. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die GIBI-Teilnahme bei der Zielgruppe eine Verringerung der geschätzten Produktionsausfallkosten innerhalb von sechs Monaten um rund 30 % bewirken kann.

Tabelle 12: Geschätzte Produktionsausfallkosten von Mitarbeitenden mit und ohne GIBI

	Kosten ohne GIBI-Teilnahme	**Kosten mit GIBI-Teilnahme**
1 Mitarbeitender mit eingeschränkter Arbeitsfähigkeit	37 AU-Tage * 133 € = **4.921 €**	(17 AU-Tage + 2) * 133 € + 950 € = **3.477 €**
100 Mitarbeitende mit eingeschränkter Arbeitsfähigkeit	**492.100 €**	**347.700 €**

3.5 Limitationen / Stärken

Die Ergebnisse der Studie sind unter Berücksichtigung folgender Limitationen zu bewerten. Erstens wurde die im Studienprotokoll a priori geplante Stichprobengröße von 210 Personen (105 je Behandlungsarm) deutlich nicht erreicht. Gründe hierfür sind ein um fünf Monate verspäteter Rekrutierungsstart und das Ausscheiden einer Rehabilitationseinrichtung im Verlauf der Studie. Zudem konnten einige Betriebsärzt*innen trotz Schulung zur Durchführung der Studie, aufgrund der Auslastung durch pandemiebedingte Hygiene- und Impfkonzepten, keine Mitarbeitenden rekrutieren. Zudem wurde die Projektdurchführung sowohl von Personalwechseln in den teilnehmenden Rehabilitationszentren als auch von Standortwechseln und längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten von Betriebsärzt*innen beeinflusst. Weiterhin konnten die Studienkoordinatorinnen teilweise nicht in die interessierten Betriebe fahren, um das Modellvorhaben vorzustellen. Es gab außerdem Betriebe, die derzeit keine betriebsärztliche Anbindung hatten, was die Rekrutierung von Betrieben erschwerte. Für einzelne sekundäre Zielkriterien reichte die Stichprobengröße dennoch aus, um statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen nachzuweisen. Für die statistische Absicherung des beobachteten Effekts im primären Zielkriterium wäre eine Stichprobe von 114 Personen nötig gewesen. Zweitens waren Teilnehmende, Durchführende in den Einrichtungen und Betriebsärzt*innen nicht verblindet. Es ist nicht auszuschließen, dass die günstigeren Ergebnisse der Interventionsgruppe partiell durch das Wissen, dass an einem neuen Angebot teilgenommen wird, bedingt waren. Drittens konnten die Effekte nur im Rahmen der sechsmonatigen Wartezeit bewertet werden. Eine längere Nachbeobachtung (z. B. ein bzw. zwei Jahre nach Teilnahme) könnte klären, inwiefern die Effekte anhalten und ob weitere mit größeren Zeitabständen durchgeführte Nachsorgegespräche erforderlich sind. Viertens konnten keine detaillierten Angaben zu den Inhalten, der Anzahl und der Dauer der betrieblichen Nachsorgegespräche erfasst werden.

Diesen Limitationen stehen folgende Stärken gegenüber. Erstens handelt es sich um eine multizentrische Studie in drei Rehabilitationseinrichtungen. Dies stärkt die externe Validität der Ergebnisse. Zudem wurden unterschiedliche regionale Strukturen (z. B. in Hamburg oder Mecklenburg-Vorpommern) betriebsärztlicher Betreuung und Unternehmensdichte adressiert. Durch die transparente Darstellung der Maßnahme [32] kann der Ansatz in weiteren Rehabilitationseinrichtungen implementiert werden. Zweitens konnten durch eine Rekrutierungszeit von rund 1,5 Jahren jahreszeitliche Störeffekte minimiert werden.

4 Verstetigung vor Ort

4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung

Das Modellvorhaben GIBI verbindet betriebs- und rehabilitationsmedizinische Expertise in einer neuartigen, frühzeitigen Leistung zur Sicherung beruflicher Teilhabe.

Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung und der Deutschen Rentenversicherung Nord ist GIBI eine Intervention, die zu einer Verbesserung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Teilnehmenden beitragen kann und das rehabilitative Leistungsangebot erweitert. Das Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben - rehapro“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales bot neben der Finanzierung auch die rechtliche Grundlage für die Deutsche Rentenversicherung Nord, eine solche Leistung anzubieten. Derzeit prüft die Deutsche Rentenversicherung Nord, auf welcher rechtlichen Grundlage eine Maßnahme wie GIBI zukünftig finanziert werden könnte. Im Folgenden werden auf Basis der wissenschaftlichen Ergebnisse wirksame Teilansätze, förderliche und hinderliche Faktoren für eine potenzielle Verstetigung beschrieben sowie Empfehlungen zur Weiterentwicklung der GIBI-Intervention abgeleitet. Die Interventionsbausteine von GIBI wurden in Kapitel 1.2 transparent zur Reproduzierbarkeit beschrieben. Leitfäden zur Durchführung der Intervention wurden von der wissenschaftlichen Begleitung veröffentlicht. Interessierte können die Materialen für die Durchführung oder Weiterentwicklung der Maßnahmen nutzen.

4.1.1 Regionale Netzwerke

Im Modellvorhaben GIBI wurden regionale Netzwerke aus Betriebs- und Rehabilitationsmedizin aufgebaut. Die Betreuung der Netzwerke sollte im Falle einer Verstetigung fortgeführt werden und im Idealfall durch Koordinator*innen erfolgen sowie Unterschiede in der betriebsärztlichen Versorgungsdichte und -struktur berücksichtigen. Gemeinsame Ansprechpersonen, feste Dokumentationsvorlagen und Schulungen zur Anwendung sowie Absichtserklärungen stärken die Kooperation und Zusammenarbeit.

Empfehlung zur Verstetigung/Weiterentwicklung: Da der Einsatz von Netzwerk-Koordinatorinnen zwar empfehlenswert, aber ressourcenintensiv ist, können Informationsveranstaltungen zur GIBI-Intervention sowie regelmäßige stattfindende Betriebsbesuche - beispielsweise durch den Firmenservice der DRV durchgeführt - zur Präsentation der Ergebnisse mit den beteiligten Akteuren für die Aufrechterhaltung der Netzwerke förderlich sein.

Die in GIBI entstandenen Netzwerke können auch in anderen Versorgungsformen, z. B. medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, genutzt werden. Rehabilitationseinrichtungen könnten so – ähnlich wie sonderpädagogische Förderzentren – zu regionalen sozial- und rehabilitationsmedizinischen Kompetenzzentren weiterentwickelt werden.

Im Rahmen der Pilotierung konnten Klein- und Kleinstunternehmen mit engagierten Betriebsärzt*innen und weniger entwickeltem betrieblichem Gesundheitsmanagement erreicht werden. So bieten die Bestandteile von GIBI eine Chance zur Professionalisierung des betrieblichen Gesundheitsmanagements für Klein- und Kleinstunternehmen.

4.1.2 Zugang und Identifikation

Die Identifikation potenzieller Teilnehmender gestaltete sich sowohl in der Machbarkeitsstudie, als auch in der randomisierten kontrollierten Studie schwierig. Vor allem in der Studie der Wirksamkeitsprüfung konnte die vorab geschätzte Fallzahl deutlich nicht erreicht werden, was die Aussagekraft der Ergebnisse einschränkte.

Empfehlung zur Verstetigung/Weiterentwicklung: Um den Rekrutierungszugang zu verbessern, könnte eine Bedarfsfeststellung anhand von jährlichen, anonymen, webbasierten Befragungen von Mitarbeitenden der teilnehmenden Betriebe angeboten werden. Die Bedarfsfeststellung könnten z. B. anhand des Work Ability Scores erfolgen (moderate oder schlechte subjektive Arbeitsfähigkeit)

[20]. Nach angeleiteter Selbsteinschätzung könnten sich die Mitarbeitenden vertraulich an für GIBI zuständige Personen, z. B. Betriebsärzt*innen oder Mitarbeitenden des betrieblichen Gesundheitsmanagements wenden, die die Voraussetzungen prüfen und die Maßnahme einleiten. Weiterhin könnten regelmäßige Informationsveranstaltungen in den teilnehmenden Betrieben, z. B. durch Koordinator*innen, den Bekanntheitsgrad der Maßnahmen erhöhen. Auch die Veröffentlichung von Fallbeispielen von Personen, die durch die Maßnahme profitiert haben, könnte die Identifikation von Teilnehmenden unterstützen. Förderlich für die Identifikation von Mitarbeitenden waren neben objektiven Kriterien (z. B. häufige Arbeitsunfähigkeitszeiten) auch die betriebsärztliche Einschätzung, dass Leistungsfähigkeit und Anforderungen des Arbeitsplatzes auseinanderdriften, ohne dass der genaue Grund dafür klar ist. Diese Einschätzung könnte zukünftig auch von weiteren Stellen, z. B. Mitarbeitenden des betrieblichen Gesundheitsmanagements oder Personalabteilung, ausgehen. Auch Vorgesetzte könnten ein betriebsärztliches Eingangsgespräch zur Bedarfsfeststellung vorschlagen.

4.1.3 Durchführung der Intervention

Das zweitägige Teilhabeassessment in einer Rehabilitationseinrichtung bietet für Mitarbeitende eine Möglichkeit, sich mit der eigenen Gesundheit auseinanderzusetzen und rehabilitative Leistungen kennenzulernen. Sollte ein Rehabilitationsbedarf festgestellt werden, ist die Hürde der Antragsstellung ggf. geringer, da GIBI einen ersten Einblick vermittelt. Zudem erweitert das zweitägige Teilhabeassessment das Leistungsspektrum von Rehabilitationseinrichtungen. Es nutzt die rehabilitationsmedizinische Expertise außerhalb der medizinischen Rehabilitation und frühzeitiger im Erkrankungsverlauf. Die GIBI-Intervention stärkt den in den Zielen des Förderprogramms rehapro dargestellten Grundsatz „Prävention vor Rehabilitation“. Förderlich für die Durchführung von GIBI war die Nutzung des Dokumentationsverfahrens IMBA zum standardisierten Profilvergleich von individueller Leistungsfähigkeit und arbeitsplatzspezifischen Anforderungen.

Empfehlung zur Verstetigung und Weiterentwicklung: Für eine korrekte Umsetzung sollten in Zukunft an GIBI beteiligte Personen in den Rehabilitationseinrichtungen geschult und zusätzliche zeitliche Ressourcen für Erhebung, Vergleich und Dokumentation von Anforderungs- und Leistungsprofilen bereitgestellt werden. Hierfür müssten Ressourcen eingeplant werden. Durch Betriebsärzt*innen begleitete Betriebs- und Arbeitsplatzbesuche von Vertreter*innen der Rehabilitationseinrichtungen könnten die Bewertung arbeitsplatzspezifischer Anforderungen unterstützen. Zudem festigt ein gemeinsames Kennenlernen die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren. Das in den Interviews mit Teilnehmenden geschilderte Informationsbedürfnis im Vorfeld des zweitägigen Aufenthalts könnte mit einem Informationspaket adressiert werden, das die Rehabilitationseinrichtung, den konkreten Ablauf des Teilhabeassessments, die Zimmergröße und Ausstattung sowie die Anreise und die Parkmöglichkeiten beschreibt. Zudem wünschten sich die Teilnehmenden eine Verschriftlichung der vermittelten Inhalte, z. B. im begleiteten Training arbeitsbezogener Abläufe. Um die erlernten Übungen im Alltag zu integrieren, wäre eine schriftliche oder verbildlichte Anleitung in Form eines Übungsprogrammes hilfreich. Um einer mangelnden Individualisierung und fehlenden Ganzheitlichkeit entgegenzuwirken, formulierten Teilnehmende den Wunsch, weitere Disziplinen in den diagnostischen Prozess mit einzubeziehen und einen individuelleren Bezug zur Arbeit bei der Diagnostik herzustellen. Zukünftig könnte ein verpflichtendes einmaliges Gespräch zwischen Betriebsärzt*innen, Rehabilitationsmediziner*innen oder Koordinator*innen und Mitarbeitenden (z. B. im Rahmen des Arbeitsplatzbesuches) in die GIBI-Intervention integriert werden. Ambivalente Ergebnisse zeigten sich in Bezug auf die Dauer und Intensität des zweitägigen Teilhabeassessments. Einerseits betonten Teilnehmende die Kürze der Intervention als förderlichen Faktor für die Teilnahme, andererseits kritisierten die Durchführenden von GIBI die Dauer, um das Belastungs- und Leistungsprofil realistisch zu erfassen. Zur Weiterentwicklung könnte eine individuelle Anpassung der Aufenthaltsdauer erfolgen. Das zweitägige Assessment könnte z. B. je nach im betriebsärztlichen Erstgespräch deutlich gewordenen Anforderungsbedarf flexibel in einem Zeitraum von zwei bis vier Tagen mit angepasster Therapieintensität angeboten werden. Im Anschluss an das zweitägige Teilhabeassessment wünschten sich Teilnehmende eine regelmäßige und längerfristige betriebsärztliche Begleitung. Im betrieblichen Kontext könnten weitere Nachsorgegespräche in größeren Zeitabständen angeboten werden, um potenzielle Veränderungen in Gesundheit und Arbeitsfähigkeit zu erfassen und bei erneutem Handlungsbedarf Interventionsangebote anzubieten. Zusammengefasst zeigte sich, dass trotz einer Fluktuation von Mitarbeitenden in den Rehabilitationseinrichtungen über die Projektlaufzeit eine Weitergabe der GIBI-Expertise erfolgte und die Intervention erfolgreich durchgeführt werden konnte. Um die Akzeptanz der Intervention, sowohl auf betriebsärztlicher als auch auf Seite der Durchführenden in weiteren Rehabilitationseinrichtungen zu erhöhen, sollten Interventionsinhalte und -ziele sowie

Dokumentationsvorlagen gemeinsam in Workshops erarbeitet werden. Wichtig ist, die klinikeigenen Prozesse der Rehabilitationseinrichtung mit zu berücksichtigen, damit GIBI optimal in das Leistungsspektrum integriert werden und an bestehende Abläufe andocken kann. Für die Durchführung der GIBI-Intervention sind zusätzliche zeitliche und personelle Ressourcen in Rehabilitationseinrichtungen erforderlich.

4.2 Verstetigung bei der Deutschen Rentenversicherung Nord

Die dargestellten Ergebnisse zeigen: GIBI ist eine Intervention, die zu einer Verbesserung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Teilnehmenden beitragen kann und das rehabilitative Leistungsangebot erweitert.

4.2.1 Praktische Bedingungen

Die Durchführung im Modell zeigte, dass die praktische Umsetzung mit Herausforderungen verbunden ist: So konnte die Fallzahl deutlich nicht erreicht werden. Dies lag nicht an fehlendem Interesse oder Bedarf der angesprochenen Personen, sondern insbesondere an fehlenden Ressourcen sowohl auf Seite der Betriebsärzte/-ärztinnen aber auch auf Seiten der Reha-Einrichtungen. Für eine Verstetigung beim eigenen Rentenversicherungsträger wäre daher der Einsatz von Personal notwendig, um die Koordination und Netzwerkarbeit fortzuführen, weitere Betriebe und deren Betriebsärztinnen und -ärzte anzusprechen und für die Maßnahme zu gewinnen. Ggf. wäre eine Öffnung der Rekrutierung über andere Berufsgruppen in den Betrieben notwendig.

Denkbar für die notwendige Netzwerkarbeit wäre, den Firmenservice der Deutschen Rentenversicherung mit einzubinden oder diese Aufgabe im Querschnittsbereich Rehamanagement („Institutionelle Zusammenarbeit“) zu verorten. Hierfür müssten allerdings Ressourcen seitens des Rentenversicherungsträgers eingebracht werden. Auch wäre denkbar, die Koordination, wie im Modellvorhaben geschehen, an den Reha-Einrichtungen anzusiedeln. Auch hier müssten Ressourcen bei den Reha-Einrichtungen eingeplant werden, diese könnten beispielsweise über die Vergütung der GIBI-Maßnahme – aus dem Reha-Budget bei vorhandener gesetzlicher Grundlage oder aus Selbstzahler-Leistung durch die Betriebe - refinanziert werden. Hierfür müsste eine gewisse regelmäßige Fallzahl gewährleistet sein, damit dieses Modell für die Kliniken attraktiv ist. Sollte die Netzwerkarbeit Teil einer verhandelten Vergütung sein, müssten zudem Anforderungs- und Qualitätskriterien definiert werden, was als Netzwerkarbeit geleistet werden soll.

4.2.2 Gesetzliche Grundlage der Finanzierung

Des Weiteren ist die gesetzliche Grundlage für die Erbringung der Leistung aus dem Reha-Budget noch nicht geklärt. Bei der GIBI-Maßnahme handelt es sich nicht um eine präventive Maßnahme und nicht um eine Reha-Maßnahme. Zur Einführung von GIBI in das Leistungsangebot der Deutschen Rentenversicherung böte aus unserer Sicht § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB VI „Leistungen zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben, die von den Leistungen nach den §§ 14, 15, 15a, 16 und 17 sowie den ergänzenden Leistungen nach § 64 des Neunten Buches nicht umfasst sind“ die erforderliche gesetzliche Grundlage an. Allerdings regeln die Eingliederungsrichtlinien, dass eine solche Leistung nur in Zusammenhang mit einer Rehabilitation erbracht werden kann, zur Vorbereitung, oder wenn sie für den Erfolg der Rehabilitation erforderlich ist. Die GIBI-Maßnahme ist alleinstehend für sich konzipiert und mündet nur in Einzelfällen in eine medizinische Rehabilitation. Insofern könnte aus unserer Sicht der § 31 Abs. 1 Satz 1 die Durchführung von GIBI ermöglichen, nicht aber die dazu gehörigen Gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung. Diese müssten geändert werden und für sonstige Leistungen ohne unmittelbaren Bezug zu einer Regelleistung geöffnet werden.

Im Ergebnis sehen wir - für eine erfolgreiche Verstetigung des Projektes hinsichtlich der Finanzierung der Maßnahme als Regelleistung der DRV – gesetzlichen Regelungsbedarf in Form einer Anpassung der geltenden Eingliederungsrichtlinie.

4.2.3 GIBI als Selbstzahler-Leistung?

Derzeit könnte die Leistung als Selbstzahler-Leistung (Betriebe kommen für die betriebsärztlichen Kosten und für das zweitägige Assessment auf) angeboten werden. Einzelne Rückmeldungen von Betrieben, die Vorerfahrungen aus dem GABI-Projekt sowie die beispielhafte Berechnung aus Kapitel 3.4 deuten darauf hin, dass dies ein realistisches Szenario sein könnte. Bislang konnte jedoch noch keine Reha-Klinik gewonnen werden, die sowohl über eine somatische als auch psychosomatische Abteilung verfügt und zu einer Fortführung der Maßnahme bereit wäre. Gründe sind vor allem Personalengpässe. Eine im Modellvorhaben involvierte Einrichtung meldete zurück, die GIBI-Intervention sei zeitlich und vom Personalaufwand her eine Leistung, die aus dem Reha-Betrieb heraussticht. Es musste u.a. ein geeignetes Zimmer für die Übernachtung gefunden werden, da die Patientenzimmer durch ihre länger andauernde Belegung (3 bis 6 Wochen) für kurzfristige Übernachtungen nicht genutzt werden konnten. Für das Assessment wurden Ärzte/Ärztinnen und Therapeut*innen für Einzelstunden benötigt, die über die übliche Zeitdauer hinausgingen. Notwendig war zusätzlich eine Vor- und Nachbereitungszeit um die Unterlagen der betriebsärztlichen Dienste zu sichten und die Ergebnisse in den Abschlussbericht zu integrieren. Eine besondere Herausforderung ergab sich für die Therapieplanung, die die Therapeut*innen nicht zur Erfüllung der KTLs für Gruppenstunden des Reha-Betriebes einplanen konnten und so zeitweise eine Knappheit an Personal während des Assessments entstand. Außerdem war es notwendig, dass für die Fallbesprechung ein Zeitfenster gefunden wurde, an dem alle beteiligten Mitarbeitenden gleichzeitig eingeplant werden konnten. Positiv von seitens der Einrichtung wurde erwähnt, dass die Arbeit mit den GIBI Teilnehmenden und deren Motivation als sehr positiv von den Mitarbeitenden der Einrichtung wahrgenommen wurde.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass die Deutsche Rentenversicherung Nord eine Verstetigung von GIBI befürwortet, derzeit stehen aber vor allem praktische Hindernisse (kein Anbieter der Maßnahme vorhanden) einer Verstetigung vor Ort entgegen. Die Mitarbeitenden der Abteilung Rehamanagement der DRV Nord werden weiter Gespräche führen, um Anbieter und Interessenten für die Maßnahme zu gewinnen.

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweite Verstetigung

Mit der Aufbereitung und Kommunikation der Ergebnisse - auch im Rahmen dieses Ergebnisbandes – ist eine Grundlage geschaffen worden, das Wissen über die Intervention und ihre Wirksamkeit zu sichern und zur Verfügung zu stellen.

Unabhängig von der konkreten Verstetigung von Teilansätzen lassen sich aus dem Modellvorhaben zehn Impulse für Sozialversicherungsträger, Betriebsärzt*innen, wissenschaftliche Institutionen, Rehabilitationseinrichtungen, Unternehmen und Beschäftigte ableiten:

1. **Frühzeitige Gesundheitsmaßnahme:** Für Mitarbeitende mit eingeschränkter Gesundheit und Arbeitsfähigkeit trägt eine frühzeitige Maßnahme zur Reduzierung von Arbeitsunfähigkeitszeiten und Verbesserung der Arbeitsfähigkeit bei. Die Auswahl sollte sich auch anhand der subjektiven Befürchtung, dass Leistungsfähigkeit und Anforderungen des Arbeitsplatzes auseinanderdriften, orientieren.
2. **Flexibilisierung des Angebots:** Eine zweitägige diagnostische Leistung zur Klärung gesundheitlicher Probleme kann eine Erweiterung und Flexibilisierung des Leistungsangebots von Rehabilitationseinrichtungen sein. Für die Durchführung sollten Beteiligte geschult und zusätzliche zeitliche Ressourcen bereitgestellt werden.
3. **Vertrauensvolle Unterstützung für Beschäftigte:** Die Begleitung und Unterstützung von Mitarbeitenden bei der Verbesserung von Arbeitsfähigkeit und Gesundheit sollte vertrauensvoll sein. Betriebsärzt*innen können durch Kenntnisse über Mitarbeitende Angebote initiieren und begleiten.
4. **Verbesserung von Gesundheitskompetenz:** Die Ableitung von Handlungsempfehlungen zum Erhalt und zur Verbesserung der Gesundheit sowie die betrieblichen Nachsorgegespräche bieten eine Hilfestellung bei der Verbesserung der Gesundheitskompetenz.
5. **Arbeitsplatzorientierung:** Um Gesundheitsprobleme zu verstehen und passende Interventionen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit abzuleiten, ist ein standardisierter Abgleich von individueller Leistungsfähigkeit und arbeitsplatzspezifischen Anforderungen sinnvoll. Der Abgleich sollte anhand standardisierter Profilvergleichsverfahren (z. B. IMBA) erfolgen.
6. **Rehabilitation kennenlernen:** Ein zweitägiges Teilhabeassessment bietet für Mitarbeitende eine Möglichkeit, sich mit der eigenen Gesundheit auseinanderzusetzen und rehabilitative Leistungen kennenzulernen, ohne direkt eine zeitlich aufwändigere medizinische Rehabilitation zu beantragen. Sollte Rehabilitationsbedarf festgestellt werden, ist die Hürde der Antragsstellung ggf. geringer, da durch den zweitägigen Aufenthalt bereits ein erster Einblick in die Rehabilitation erfolgt ist.
7. **Chance für Klein- und Kleinstunternehmen:** Mit einem Angebot wie GIBI konnten auch Klein- und Kleinstunternehmen mit engagierten Betriebsärzt*innen und weniger entwickeltem betrieblichem Gesundheitsmanagement erreicht werden und Mitarbeitenden zur Sicherung der Arbeitsfähigkeit unterstützt werden.
8. **Erfolgreiche interdisziplinäre Zusammenarbeit:** Für die Schnittstelle von Rehabilitation und Betriebsmedizin können gemeinsame Ansprechpersonen, feste Dokumentationsvorlagen und Schulungen zur Anwendung sowie Absichtserklärungen die Zusammenarbeit stärken und für die Akteur*innen erkenntnisreich und gewinnbringend sein.
9. **Nutzung rehabilitativer Expertise:** In Rehabilitationseinrichtungen kann ein multiprofessionelles Team eine intensive, ganzheitliche und arbeitsplatzorientierte Diagnostik durchführen. Diese Expertise sollte auch außerhalb rehabilitativer Leistungen und frühzeitiger im Erkrankungsverlauf genutzt werden.
10. **Innovation durch regionale Netzwerke:** Der Aufbau und die Betreuung regionaler Netzwerke sollte durch zentrale Koordinator*innen erfolgen. Diese Netzwerke können auch in anderen Versorgungsformen, z. B. der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation genutzt werden. Rehabilitationseinrichtungen könnten so – ähnlich wie sonderpädagogische Förderzentren – zu regionalen rehabilitationsmedizinischen Kompetenzzentren weiterentwickelt werden. Die unterschiedliche betriebsärztliche Versorgungsstruktur (betriebsärztlicher Dienst mit einigen Betrieben oder direkte Anstellung im Betrieb), die geringe betriebsärztliche Versorgungsdichte in strukturschwachen Regionen und das Fehlen von Betriebsärzt*innen in Betrieben waren

besondere Herausforderungen bei der Durchführung von GIBI und für den Aufbau und die Betreuung regionaler Gesundheitsnetzwerke.

6 Anlagen

6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt

Übersichtskasten

Projekttitel	Ganzheitliche Klärung des Interventionsbedarfs bei gefährdeter beruflicher Intergration
Akronym	GIBI
Zuwendungsempfänger	Deutsche Rentenversicherung Nord
Projektbeteiligte	Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck
	Fachklinik Aukrug
	Zentrum für ambulante Rehabilitation Rostock
	RehaCentrum Hamburg
	Betriebsärzt*innen
	Betriebe
	Deutsche Rentenversicherung Bund
	Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
	Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover
Förderaufruf	Erster Förderaufruf
Projektzeitraum	01.01.2020 bis 31.12. 2024

6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis

/

6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen

Zeitschriftenpublikationen

Fauser D, Dötsch S, Roder J, Kleineke V, Feddersen D, Usdrowski G, Bethge M. From assessment to action: A randomised controlled trial of the effectiveness of a holistic diagnostic to enhance work ability. Eingereicht

Roder J, Fauser D, Lemke S, Dötsch S, Kindel C, Kleineke V, Langer C, Bethge M. Förderliche und hinderliche Faktoren bei der ganzheitlichen Klärung des Interventionsbedarfs bei eingeschränkter Arbeitsfähigkeit. Eine Fokusgruppenstudie. Eingereicht

Fauser D, Boos N, Dötsch S, Langer C, Kleineke V, Kindel C, Bethge M. Ganzheitliche Klärung des Interventionsbedarfs bei gefährdeter beruflicher Teilhabe an der Schnittstelle von Rehabilitation und Betriebsmedizin. Zbl Arbeitsmed 2023; 73: 147-59.

Fauser D, Dötsch S, Langer C, Kleineke V, Kindel C, Bethge M. A comprehensive diagnostic service to clarify intervention needs when work participation is at risk: study protocol of a randomized controlled trial (GIBI, DRKS00027577). BMC Health Serv Res 2022; 22: 1142.

Kleineke V, Fauser D. Innovative Ideen zur Sicherung beruflicher Teilhabe. ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2021; 56: 676-80.

Poster und Vorträge

Fauser D, Dötsch S, Roder J, Kleineke V, Bethge M. From assessment to action: Wirksamkeit eines ganzheitlichen Teilhabeassessments zur Verbesserung von Arbeitsfähigkeit (rehapro-Modellvorhaben GIBI). 34. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Nürnberg 2025 (Vortrag oder Poster)

Roder J, Boos N, Fauser D, Dötsch S, Kleineke V, Bethge M. Ganzheitliche diagnostische Klärung des Handlungsbedarfs bei gefährdeter beruflicher Teilhabe aus Sicht der Teilnehmenden: eine Interviewstudie. 34. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Nürnberg 2025 (Vortrag oder Poster)

Roder J, Fauser D, Lemke S, Dötsch S, Kindel C, Kleineke V, Langer C, Bethge M. Förderliche und hinderliche Faktoren bei der ganzheitlichen Klärung des Interventionsbedarfs bei eingeschränkter Arbeitsfähigkeit. Eine Fokusgruppenstudie. rehapro-Fachkonferenz, Duisburg 2024 (Vortrag)

Dötsch D, Fauser D, Kleineke V, Feddersen D, Roder J, Bethge M. Die Bedeutung eines ganzheitlichen Ansatzes bei der Klärung von Handlungsbedarf bei gefährdeter beruflicher Teilhabe: das rehapro-Modellvorhaben GIBI. 33. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Bremen 2024 (Poster)

Roder J, Fauser D, Lemke S, Dötsch S, Kindel C, Kleineke V, Langer C, Bethge M. Förderliche und hinderliche Faktoren bei der ganzheitlichen Klärung des Interventionsbedarfs bei eingeschränkter Arbeitsfähigkeit. Eine Fokusgruppenstudie. 33. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Bremen 2024 (Poster)

Dötsch S, Fauser D, Langer C, Kindel C, Kleineke V, Bethge M. Erprobung einer ganzheitlichen Klärung von Handlungsbedarf bei Erwerbstätigen mit gefährdeter beruflicher Teilhabe: das rehapro-Modellvorhaben GIBI. 32. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Hannover 2023 (Vortrag)

Fauser D, Dötsch S, Langer C, Kleineke V, Bethge M. Ganzheitliche Klärung von Handlungsbedarf zur Sicherung beruflicher Teilhabe: Pilotierungsergebnisse des rehapro-Modellvorhabens GIBI. rehapro-Fachkonferenz, Duisburg 2022 (Vortrag)

Dötsch S, Fauser D. Verbindung betriebsärztlicher und rehabilitativer Expertise zur Sicherung beruflicher Teilhabe: das rehapro Modellvorhaben GIBI. Rehabilitationswissenschaftliches Seminar Würzburg am 11.05.2022 (Vortrag)

Fauser D. Wartekontrollgruppen bei randomisierten kontrollierten Studien – Chancen und Herausforderungen: Das Modellvorhaben GIBI. Online-Workshop der rehapro-Programmevaluation, Online 2022 (Vortrag)

Fauser D, Kleineke V, Bethge M. Ganzheitliche Klärung des Interventionsbedarfs bei gefährdeter beruflicher Integration. 11. Reha-Symposium, Lübeck 2021 (Poster)

Öffentlichkeitsarbeit

Updates zum Modellvorhaben GIBI wurden in regelmäßigen Abständen auf der Projektwebsite https://www.gibi-rehapro.de/ veröffentlicht (Stand: Dezember 2024). Diese Website wurde nach Projektende abgeschaltet. Eine Projektbroschüre mit Ergebnissen wurde erstellt.

Open Science Framework & Hinweis auf den Bericht der wissenschaftlichen Begleitung

Zur Sicherung und freien Zugänglichkeit der Forschungsergebnisse und Projektexpertise wurde das Modellvorhaben GIBI von der wissenschaftlichen Begleitung der Universität zu Lübeck im Open Science Framework veröffentlicht. Das Open Science Framework ist eine Online-Plattform um den Forschungsprozess zu dokumentieren und transparent zu machen. Das Team der wissenschaftlichen Begleitung veröffentlichte anonymisierte Daten der primären Analyse zur Wirksamkeit von GIBI sowie die Abschlussbroschüre und den Abschlussbericht, auf deren Basis der vorliegenden Ergebnisband beruht. Die Inhalte und Materialien vom Modellvorhaben GIBI sind zugänglich unter folgendem Link und QR-Code:

https://osf.io/c3weu/



Impressum

Herausgeber:
Bundesministerium für Arbeit und Soziales
11017 Berlin

Stand: September 2026

Hier abonnieren Sie die Newsletter des BMAS: www.bmas.de/newsletter

Service für hörbeeinträchtigte und gehörlose Menschen:

E-Mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de
Gebärdentelefon: www.gebaerdentelefon.de/bmas

Satz/Layout: neues handeln AG
Fotos: Alle Fotos wurden vom Projekt zur Verfügung gestellt.

Wenn Sie aus dieser Publikation zitieren wollen, dann bitte mit genauer Angabe des Herausgebers, des Titels und des Stands der Veröffentlichung

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages