# WER ZUR Arbeit ZÜRUCKKEHRT UND WARUM

Erkenntnisse und Auswirkungen einer neuen Studie über Arbeitsunfähigkeit und Wiedereingliederung für die Politik

Eine Zusammenfassung

Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit
Forschungsprogramm

ISSA • AISS • IVSS

Das vorliegende Dokument fasst die Ergebnisse einer von der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) durchgeführten vergleichenden Studie über Arbeitsunfähigkeit und Wiedereingliederung zusammen und analysiert deren Bedeutung für die Politik. Ein vollständiger Bericht mit allen wichtigen Ergebnissen der Studie findet sich in der 2001 bei Transaction Publishers erschienenen Veröffentlichung **Who Returns to Work and Why? A Six-Country Study on Work Incapacity and Reintegration** (auf der Einbandrückseite finden Sie die vollständigen Publikationsdaten und das Inhaltsverzeichnis dieser Veröffentlichung).

Den Text dieser Zusammenfassung erstellte die von der amerikanischen Verwaltung für soziale Sicherheit zur IVSS abgeordnete Ilene Zeitzer mit Unterstützung von Joan Johnson vom kanadischen Ministerium für die Entwicklung von Humanressourcen als Lektorin. IVSS-Forschungsleiter Roland Sigg begleitete die Erstellung des Dokuments. Wir bedanken uns für Kommentare von Cathy Drummond, Frank Bloch und Boukje Cuelenaere.

Für weitere Informationen über das Projekt und für den Zugriff auf die Internationale WIR-Datenbank wenden Sie sich bitte an:

Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit
Forschungsprogramm
Postfach 1
CH-1211 Genf 22, Schweiz

Website: www.issa.int
Fax: +41 22 799 85 09
E-Mail: issa@ilo.org

Die hier ausgedrückten Meinungen sind die der Verfasser und entsprechen weder denen der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit noch denen einer anderen an der Studie beteiligten Trägereinrichtung der sozialen Sicherheit.

ISBN 92-843-7154-6

Diese Veröffentlichung ist auch auf Englisch und Französisch erhältlich.

Copyright © 2002 Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit, Genf

Gedruckt in der Schweiz

# WER ZUR ARBEIT ZURÜCKKEHRT UND WARUM

## Erkenntnisse und Auswirkungen einer neuen Studie über Arbeitsunfähigkeit und Wiedereingliederung für die Politik

## Kurzzusammenfassung

Arbeitsunfähigkeit ist in den meisten Industrieländern zu einem bedeutenden sozialen Problem geworden und hat steigende Sozialausgaben für Kranken- und Behindertenprogramme und sinkende Erwerbsquoten verursacht. **Die vorliegende Broschüre gibt einen Überblick über eine einzigartige vergleichende Untersuchung über Arbeitsunfähigkeit und berufliche Wiedereingliederung (WIR-Projekt), die Mitte der 1990er Jahre unter der Schirmherrschaft der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit durchgeführt wurde.** Das Projekt beruht auf Daten über Alltagspraxis und Erfahrungen, die in sechs Längsschnittuntersuchungen in Dänemark, Deutschland, Israel, den Niederlanden, Schweden und den Vereinigten Staaten gesammelt wurden, und **ermöglichte es den Forschern, die Wirkung von Faktoren wie der Dauer der Abwesenheit von der Arbeit, medizinischen und beruflichen Interventionen, arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen und Verfahren, und von anderen sozialen oder demografischen Aspekten, wie alleinstehend zu sein oder soziale Unterstützung zur Verfügung zu haben, zu messen.** Das Projekt untersuchte auch eine breite Palette von Interventionen bezüglich Arbeitsunfähigkeit und Reintegration, die zur Zeit von den Institutionen der sozialen Sicherheit, von Anbietern im Gesundheitswesen und von Arbeitgebern eingesetzt werden, um zwei entscheidende Fragen anzugehen: Bewirken die verschiedenen Interventionen (durch die Systeme der sozialen Sicherheit und des Gesundheitswesens) in den einzelnen Ländern unterschiedliche Trends bei der Wiederaufnahme der Arbeit? Und wenn ja, welches sind die effizientesten Maßnahmen?

**Die vorliegende Broschüre konzentriert sich auf mehrere Schlüsselergebnisse des WIR-Projekts und diskutiert die Bedeutung dieser Ergebnisse für die Politik.** In jedem der sechs an der Studie teilnehmenden Länder wurden während 2 Jahren zwischen 300 und 600 Personen beobachtet, die für wenigstens 3 Monate aufgrund von Schmerzen im unteren Rückenbereich (Dorsopathien) arbeitsunfähig waren. Am auffälligsten war der deutliche Unterschied zwischen den nationalen Kohorten beim Anteil der Personen, die die Arbeit wieder aufnahmen: Er reichte von 32 bis 73 Prozent

nach einem Jahr und von 35 bis 72 Prozent nach zwei Jahren. Weitere wichtige Beobachtungen betrafen die unterschiedlichen Muster bei der meist in frühen Phasen erfolgenden Wiederaufnahme der Arbeit, die großen Variationen der Einkommensersatzraten für Nichtarbeitende und der Umstand, dass ähnlich starke Schmerzen zu recht unterschiedlichen Rückkehrraten führen können. Diese und andere Ergebnisse sind von Bedeutung für die Politik: Im Gegensatz zur herrschenden Praxis ist ein frühzeitiges Eingreifen wesentlich für die erfolgreiche Wiederaufnahme der Arbeit; zwar erschweren ein höheres Alter und eine geringe Bildung die Wiederaufnahme der Arbeit, aber die Adaption des Arbeitsplatzes und flexible Arbeitszeiten sind signifikante Gesamtdeterminanten für eine bessere berufliche Wiedereingliederung; und während die Auswirkungen der Gesundheitsleistungen auf die berufliche Wiedereingliederung sehr beschränkt sind, erweist sich häufig eine frühzeitige Wiederaufnahme der Arbeit als beste Therapie.

**Die vorliegende Broschüre geht auch auf die zusätzliche Bedeutung des WIR-Projekts und den weiteren Forschungsbedarf ein.** So sollte etwa die Beziehung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber mehr Beachtung erhalten. Zudem könnte das Projekt die Untersuchung anderer Fragen der sozialen Sicherheit bereichern, wie die Integration von wenig qualifizierten Arbeitnehmern in den Arbeitsmarkt und die steigende Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitnehmer, und seine Ergebnisse ließen sich im Zusammenhang mit anderen Arten der Arbeitsunfähigkeit testen – insbesondere bei psychischen Beschwerden.

Das WIR-Projekt wurde so gestaltet, dass es nicht nur für Forscher, Ärzte und im Bereich der sozialen Sicherheit und Wiedereingliederung Tätige, sondern auch für politische Entscheidungsträger und Trägereinrichtungen interessant ist. Sämtliche Ergebnisse des Projekts finden sich in der 2001 bei Transaction Publishers erschienenen Veröffentlichung *Who Returns to Work and Why? A Six-Country Study on Work Incapacity and Reintegration* und in zahlreichen nationalen Veröffentlichungen, und seine internationale Datenbank steht für weitere Analysen zur Verfügung.

# Inhalt


## IDENTIFIZIERUNG DER FRAGEN

Warum eine vergleichende Untersuchung? | 7
Warum eine Untersuchung über Rückenprobleme? | 6

## DESIGN UND METHODIK DER UNTERSUCHUNG

Vorbehalte und Erläuterungen | 7
Art der Untersuchung | 8
Kohortenkriterien | 8
Unterschiede zwischen den Kohorten | 9
Gemessene Kohortenmerkmale | 9
Beobachtungszeitraum und Messzeitpunkte | 11

## DIE ERGEBNISSE UND IHRE BEDEUTUNG FÜR DIE POLITIK

Muster bei der Wiederaufnahme der Arbeit | 15
Leistungsstatus nach 1 und 2 Jahren | 16
Demografische Merkmale | 19
Gesundheitszustand | 21
Ergebnisse zu Leistungsanbietern und Maßnahmen im Bereich Gesundheit | 23
Arbeitsplatzsicherheit | 26
Angedrohte oder tatsächliche Entlassung | 28
Flexibilität der Arbeit | 30
Strategien frühzeitigen Eingreifens | 31
Wiedereingliederung in eine sich wandelnde Wirtschaft | 33

## WEITERE BEDEUTUNG FÜR DIE SOZIALPOLITIK UND VORSCHLÄGE FÜR KÜNFTIGE FORSCHUNG

Lehren für Arbeitgeber und Politikplaner | 37
Fragen zum Gesundheitszustand | 38
Die Frage des Alterns und der Behinderung | 38

# Nationale Sponsoren des WIR-Projekts

Dänisches Sozialforschungs-institut

Verband Deutscher Rentenver-sicherungsträger

Landesversicherungs-anstalt, Israel

Aufsichtsamt für soziale Sicherheit, Niederlande

Ministerium für soziale Angelegenheiten und Beschäftigung, Niederlande

Landesamt für Sozialversicherung, Schweden

Verwaltung für soziale Sicherheit, Vereinigte Staaten

# IDENTIFIZIERUNG DER FRAGEN

Die Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) veröffentlichte vor Kurzem *Who Returns to Work and Why?*, einen Bericht über eine vergleichende Sechs-Länder-Studie über die Wiederaufnahme der Arbeit nach Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Rückenproblemen. Diese Untersuchung wurde unter anderem darum vorgenommen, weil **viele Industrieländer einen starken Anstieg beim Langzeitbezug von Leistungen der sozialen Sicherheit infolge von Arbeitsunfähigkeit verzeichneten**. Wie die allgemeine Erfahrung außerdem zeigt, nehmen Invalidenrentenempfänger, wenn sie einmal als solche anerkannt sind, die Arbeit nur selten wieder auf. Aus Sicht der Sozialversicherungssysteme nach dem Umlageverfahren wirkt sich der Anstieg der Behindertenleistungen negativ auf das finanzielle Gleichgewicht des Systems aus und ist angesichts anderer verstärkender Faktoren wie insbesondere das steigende Alter der Arbeitnehmer und abnehmende Geburtenziffern um so alarmierender. Diese gemeinsamen Erfahrungswerte veranlassten die sozialpolitischen Entscheidungsträger in den Teilnehmerländern zur Suche nach effizienten Wiedereingliederungsmaßnahmen. Im Unterschied zu anderen Studien in diesem Forschungsfeld konzentrierte sich die vorliegende Untersuchung auf Interventionen, Anreize und Hemmnisse, die eine Rückkehr der Leistungsempfänger zur Arbeit zum Ziel haben. Ihr Forschungsziel war es, herauszufinden, **ob die verschiedenen Interventionen in den einzelnen Ländern zu Verhaltensunterschieden bei der Wiederaufnahme der Arbeit führen**, und wenn ja, **welches die besten Maßnahmen sind.**

Die vorliegende Broschüre fasst die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchung zusammen und analysiert die Folgen dieser Resultate vor allem für die sozialpolitischen Entscheidungsträger, aber auch für Anbieter von Gesundheitsleistungen, Arbeitgeber, Versicherer und andere Akteure im Bereich Rehabilitation und Wiedereingliederung.

Der Beitrag untergliedert sich in vier Abschnitte. Nach dieser Einleitung wird in Abschnitt 2 das Design und die Methodik der Sechs-Länder-Studie beschrieben, Abschnitt 3 gibt einen Überblick über die Ergebnisse der Studie und deren Bedeutung für die Politik und Abschnitt 4 befasst sich mit der weiteren Bedeutung für die Sozialpolitik und mit Vorschlägen für weitere Forschungsvorhaben.

## Warum eine vergleichende Untersuchung?

Sozialpolitische Trägereinrichtungen stützen sich bei der Beurteilung ihrer eigenen Fortschritte schon lange sowohl auf den vergleichenden Erfahrungsaustausch als auch auf quantitative Forschung. Bis jedoch die Internationale Vereinigung für Soziale

Sicherheit (IVSS) beschloss, das Projekt über Arbeitsunfähigkeit und berufliche Wiedereingliederung (Work Incapacity and Reintegration – WIR) zu starten, gab es nur wenige Versuche, wenn überhaupt, vergleichende Längsschnittforschung über die Wirksamkeit verschiedener Ansätze zur Lösung sozialpolitischer Probleme zu betreiben. Im Bereich der Wiederaufnahme der Arbeit waren mit Sicherheit wenige oder keine Anstrengungen zu Längsschnittuntersuchungen mit quantitativer Analyse in einem vergleichenden Rahmen unternommen worden. Es wurde sogar oft geltend gemacht, dass ein Vergleich gerade deshalb schwer falle, weil sich die Sozialversicherungsprogramme in den einzelnen Ländern so stark unterschieden. Bevor das Projekt eingehender diskutiert wird, soll weiter darauf eingegangen werden, warum die Teilnehmerländer und die IVSS zu dem Schluss kamen, ein solches Projekt könne sich lohnen.

## Warum eine Untersuchung über Rückenprobleme?

**In den Industrieländern sind Rückenprobleme (Dorsopathien) eindeutig die Hauptursache für den Bezug von Invalidenrenten infolge körperlicher Beschwerden und die zweitwichtigste aller Ursachen für Invalidenrenten überhaupt.**

Das Buch *Who returns to work and why?* erwähnt eine Vielzahl früherer Untersuchungen, die zu dem Ergebnis kommen, dass Rückenprobleme und ihre Auswirkungen auf die Erwerbsbevölkerung der Hauptgrund dafür sind, dass Symptome im Bereich des Rückens eines der teuersten Gesundheitsprobleme und die teuerste Berufserkrankung der industrialisierten Welt sind. In den meisten Ländern sind Rückenprobleme nach gewöhnlichen Erkältungen der zweithäufigste Grund für einen Arztbesuch und der häufigste Grund für eine Arbeitsunfähigkeit. Zwar sind die meisten Rückenprobleme nur von kurzer Dauer, aber für eine geringe Zahl der Erkrankten werden sie chronisch (d.h. sie dauern länger als 3 Monate). Anders als einige Krankheitsbilder, die sich im Allgemeinen mit der Zeit bessern, steht die Prognose einer Genesung von Rückenproblemen in einem Umkehrverhältnis zur Dauer, d.h. je länger die Probleme andauern, desto geringer sind die Aussichten auf eine vollständige Heilung. So überrascht es nicht, dass zwischen der Dauer von Rückenproblemen und ihren Kosten eine exponentielle Beziehung festgestellt wurde – die Langwierigkeit des Problems ist der stärkste Prädiktor für hohe Kosten. ■

# DESIGN UND METHODIK DER UNTERSUCHUNG

## Vorbehalte und Erläuterungen

Bevor die Ergebnisse und ihre Folgen für die Politik diskutiert werden, sind noch einige Erläuterungen und Vorbehalte angebracht. Die Sozialversicherungssysteme der Industrieländer unterscheiden sich deutlich und machen selbst beschreibende Vergleiche schwer und qualitative gefährlich. Die WIR-Projektforscher waren sich natürlich der Schwierigkeiten durchaus bewusst, aber sie waren der Meinung, dass der Wert dessen, was daraus gelernt werden könnte, und die Einzigartigkeit der gesammelten Daten die eingestandenen Risiken aufwiegen würden. Darum versuchten sie, eine Methodik zu entwerfen, die ein Forschungsdesign mit einem gemeinsamen Kern und einer Reihe von Mindestanforderungen vorsieht, so dass eine solide länderübergreifende Vergleichbarkeit der Resultate gewährleistet ist. Hierzu gehörten insbesondere (1) die Auswahl und Definition von Arbeitnehmerkohorten, die in die Studie einzubeziehen waren; (2) die Merkmale dieser Kohorten, die Interventionen, die Anreize und Hemmnisse, und die zu messenden Ergebnisse; und (3) der Beobachtungszeitraum, die Messzeitpunkte und die anzuwendende Methodik.

Das WIR-Projekt war auf die Untersuchung einer genau definierten Kategorie von Personen mit wiederholten Messungen ausgelegt, um Einsichten in die zeitliche Abfolge und Wirkung von Handlungen zur Wiedererlangung der Gesundheit und der Arbeitsfähigkeit zu gewinnen. Von Anfang an war es das Ziel, medizinische und berufliche Maßnahmen in einer länderübergreifenden Studie zu messen.

Da als Hauptziel der Studie herausgefunden werden sollte, wie der Prozess der Wiederaufnahme von Arbeit durch arbeitsunfähige Personen verbessert werden könnte, mussten unbedingt mehrere grundlegende Merkmale für ein gemeinsames Design identifiziert werden. Daher finden sich im Kern des Projekts folgende sechs Schlüsselelemente des Forschungsdesigns:

(1) Jede Studie musste prospektiv (und nicht retrospektiv) sein und die Dynamik von Interventionen in den Mittelpunkt ihrer Analyse stellen;

(2) Die zu untersuchende Kohorte musste in Bezug auf die grundlegende Krankheitsgeschichte bei Beginn der Studie homogen sein. Aufgrund ihrer Häufigkeit unter den Beziehern von Leistungen der sozialen Sicherheit wurden Beschwerden im unteren Rückenbereich (Dorsopathien) als medizinisches Kriterium gewählt;

(3) Die Kohorte musste aus Personen bestehen, die beschäftigt waren oder unmittelbar vor ihrer Arbeitsunfähigkeit beschäftigt waren und die außerdem bei Aufnahme in die Kohorte drei Monate in Folge arbeitsunfähig waren;

(4) Die Studie musste sämtliche Interventionen und Anreize erfassen, die von der sozialen Sicherheit, dem Gesundheitssystem und den Arbeitsämtern eingesetzt werden;

(5) Diese Eingriffe mussten in Einklang mit entscheidenden Indikatoren der sozialen Sicherheit wie der Wiederaufnahme der Arbeit oder der Inanspruchnahme von Geld- oder Sachleistungen bewertet werden;

(6) Es wurde ein Beobachtungszeitraum von zwei Jahren von Beginn der Arbeitsunfähigkeit an festgelegt, in dem für eine gültige Bewertung wenigstens drei Messungen vorgenommen werden mussten.

Institutionen aus sechs Ländern Dänemark, Deutschland, Israel, Niederlande, Schweden und Vereinigte Staaten – erklärten sich bereit, ihre eigenen nationalen Forschungsarbeiten finanziell zu unterstützen und an der länderübergreifenden Studie über Arbeitsunfähigkeit und berufliche Wiedereingliederung (WIR) mitzuwirken. Das Projekt wurde unter der Schirmherrschaft des Beratenden Ausschusses für Forschung in der sozialen Sicherheit der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit durchgeführt. Die Forschungsabteilung des IVSS-Sekretariats übernahm die Gesamtkoordinierung des Projekts und AS/tri Research and Consultancy Group, Leiden (Niederlande), war für die wissenschaftliche Koordinierung verantwortlich.

## Art der Untersuchung

Die Organisationen der sozialen Sicherheit und die Sozial- und Gesundheitsministerien der sechs genannten Länder arbeiteten gemeinsam am Profil der länderübergreifenden Studie. Die Teilnehmer entwickelten ein Kernkonzept, das prospektive zweijährige Studien von medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen und ihre Resultate anhand vergleichbarer, der Diagnose nach homogener Kohorten von Versicherten vorsah, die für einen Mindestzeitraum vollständig arbeitsunfähig waren. Das Kerndesign bestand im Wesentlichen aus einer Reihe von Anforderungen, die eine länderübergreifende Vergleichbarkeit gewährleisten sollten. Von Anfang an stand es jedoch jedem Land frei, mit seiner Untersuchung über die Mindestanforderungen des Konzepts hinauszugehen, um landesspezifische Ziele und Optionen zu berücksichtigen.

## Kohortenkriterien

Um in die Kohorte aufgenommen zu werden, mussten die Einzelpersonen vier Gruppen von Aufnahmekriterien erfüllen, die sich auf die ärztliche Diagnose, die Beschäftigungsbedingungen, die Arbeitsunfähigkeit und demografische Kriterien bezogen:

(1) Die Arbeitsunfähigkeit musste in erster Linie auf Schmerzen im unteren Rückenbereich zurückgehen, d.h. auf Schmerzen zwischen dem unteren Rand der 12. Rippe und den Gesäßfalten. Personen mit Wirbelsäulenfrakturen oder jeder Art von chirurgischen Eingriffen innerhalb der letzten 12 Monate wurden ausgeschlossen, ebenso wie Personen, deren Rückenschmerzen von Infektionen oder malignen Ursachen herrührten.

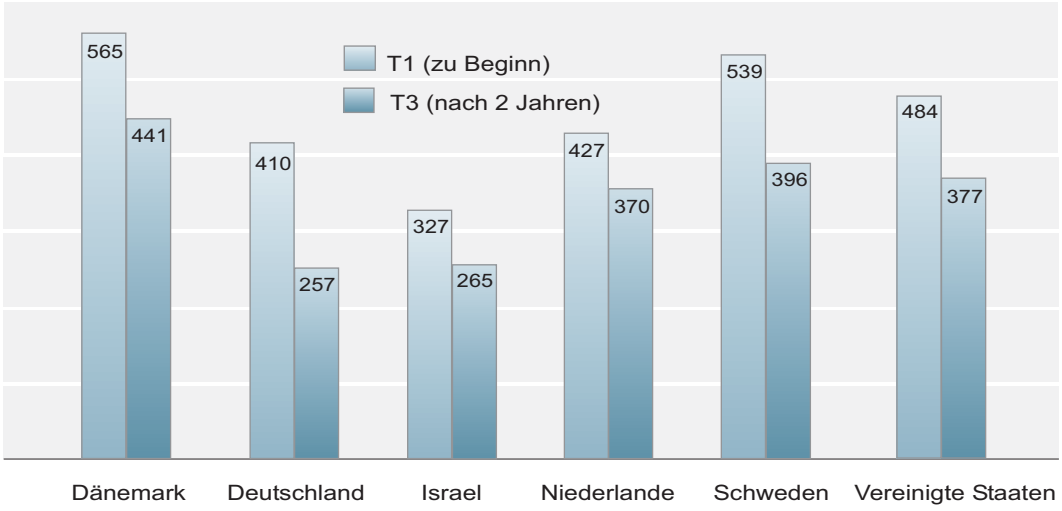
(2) Die Personen mussten bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit in einem Beschäftigungsverhältnis (in Voll- oder Teilzeit) stehen und über ihre Beschäftigung dem jeweiligen Sozialversicherungssystem für Kranken- oder Invalidenleistungen unterstehen.

(3) Die Personen mussten ihre Arbeit aufgrund der Rückenschmerzen 3 Monate vor Eintritt in die Kohorte unterbrochen haben, und

(4) die Personen mussten die Arbeit vollständig eingestellt haben (nicht nur für einen Teil der Arbeitszeit) und sie mussten für ihre berufliche Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig sein.

Die Wahl von drei Monaten für die Einbeziehung in die Kohorte erfolgte aus administrativen Gründen – es war der frühste Zeitpunkt, zu dem alle Länder entsprechende Versicherte identifizieren konnten. Aus demografischer Sicht mussten die Personen bei Aufnahme in die Kohorte zwischen 18 und 59 Jahre alt sein und sich in der Landessprache ausdrücken können. Jedes Land sollte darauf achten, dass wenigstens 300 Personen über den gesamten Beobachtungszeitraum von 21 Monaten teilnahmen.

**Zahl der Personen pro Kohorte**



## Unterschiede zwischen den Kohorten

Die Ansätze zur Rekrutierung der Kohorten unterschieden sich von Land zu Land. In Deutschland wurden zum Beispiel infolge der Zusammenarbeit von drei Trägern der sozialen Sicherheit hauptsächlich (Fach-)Arbeiter rekrutiert. In den Vereinigten Staaten wurden Versicherte aus zwei Bundesstaaten gewählt (Kalifornien und New Jersey), denn sie gehörten zu den wenigen fünf, die befristete Invalidenprogramme haben, so dass die Vereinigten Staaten hier Personen identifizieren konnten, die drei Monate lang arbeitsunfähig waren. Sonst wäre die Identifizierung der amerikanischen Kohorten problematischer geworden, denn das Invalidenversicherungsprogramm der Verwaltung für soziale Sicherheit verlangt, dass Einzelpersonen infolge der Beschwerden wenigstens 6 Monate ohne Arbeit sein müssen, bevor ein Antrag auf Invalidenleistungen bearbeitet werden kann. In Israel wurden die Teilnehmer aus dem Programm für Arbeitsverletzungen rekrutiert, das zwar zum Sozialversicherungssystem gehört, aber nicht das allgemeine Invalidenprogramm ist. Die Kohorten aus Dänemark, den Niederlanden und Schweden wurden aus dem allgemeinen Invalidenprogramm der Sozialversicherung genommen, was sie wenigstens in mancher Hinsicht einander ähnlicher machte. Kurz gesagt können die rekrutierten Kohorten nicht als voll repräsentative Beispiele der Arbeitnehmer des jeweiligen Landes gelten, sondern sie sollten als sechs verschiedene Kohorten betrachtet werden, die in Bezug auf bedeutende Variablen, welche bekanntermaßen die Arbeitsunfähigkeit beeinflussen, vergleichbar sind.

## Gemessene Kohortenmerkmale

Aus operativer Sicht verwendete die WIR-Studie ein einfaches Input-Prozess-Output-Modell. Der **Input** wurde durch die Merkmale des Versicherten bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit in folgenden Bereichen gemessen:

- Soziodemografische Merkmale, darunter Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, Haushaltszusammensetzung, Einkommen und Beruf. Es wurden auch Arbeitsmerkmale einbezogen wie Erwerbsbiographie und Arbeitsbedingungen. Die erfassten Merkmale des Gesundheitszustandes umfassten Lebensstil, risikobehaftete Gewohnheiten, sowie den genauen klinischen und subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand. Folgende soziopsychologische Aspekte wurden gemessen: Arbeitsmotivation, Einstellungen zu Arbeit und Gesundheit, Bewältigungsstrategien, und Meinungen zu positiven und negativen Anreizen im System der sozialen Sicherheit im Hinblick auf die Wiederaufnahme der Arbeit.

- Beschäftigungsmerkmale erfassten die lokale Arbeitsmarktlage, Größe und Branche der Arbeitgeberfirma, wirtschaftliche Aussichten des Betriebs, Strategien bei Absenzen, Wiedereingliederungsmaßnahmen, Arbeitsbedingungen und die Meinung des Arbeitgebers zu Interventionen, positiven und negativen Anreizen und Wiederbeschäftigung des Versicherten.

Der **Prozess** wurde in einer Reihe von medizinischen und beruflichen Maßnahmen gemessen. Eine eindeutige Liste medizinischer Interventionen mit dem Ziel der Genesung wurde geschaffen. Eine Aufstellung der beruflichen Interventionen ergab starke Variationen in den untersuchten Ländern. Anhand der von den nationalen Teams gesammelten Informationen wurde eine begriffliche Klärung entwickelt, die 26 berufliche Maßnahmen und (Negativ-)Anreize identifizierte. Letztere wurden in fünf Kategorien zusammengefasst:

- Umschulung und Weiterbildung (allgemein beruflich);
- Erleichterungen bei der Arbeit (z.B. Anpassungsmaßnahmen am Arbeitsplatz, Arbeitsweg, Arbeitszeit);
- Motivierer (z.B. Lohnsubventionen, Negativsanktionen);
- Beurteilung der Arbeitsfähigkeit/-unfähigkeit (einschließlich Rehabilitationprüfung); und
- Dienstleistungen (z.B. Arbeitssuche, Tagesbetreuung der Kinder).

Das Maß für den **Output bzw. Outcome** ist selbstverständlich eine vollständige oder partielle Wiederaufnahme der Arbeit. Auch der Bezug von Sozialleistungen durch den Versicherten war ein relevantes Ergebnis, das nicht unbedingt mit der Wiederaufnahme von Arbeit zusammenfiel. Zwar wurde das theoretische Modell durch den Umstand beeinflusst, dass die Kontexte von Gesundheit, sozialer Sicherheit und Arbeitsmarkt bei Arbeitsunfähigkeit und die Verwendung von Interventionen und (Negativ-)Anreizen zur Wiedereingliederung in mancher Hinsicht unter den am Projekt beteiligten Ländern variierten, jedoch stützt sich die Untersuchung vor allem auf die Vielzahl von Ähnlichkeiten bei den verschiedenen Länderansätzen.

## Beobachtungszeitraum und Messzeitpunkte

Als Beobachtungszeitraum wurden 24 Monate vom ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit an gewählt, um die Maßnahmen und ihre Ergebnisse für jede untersuchte Person zu beobachten. Da in den meisten Ländern Vorkehrungen für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit von weniger als einem Jahr bis zu 18 Monaten bestehen, werden die Maßnahmen und Ergebnisse im Rahmen dieser Systeme voll erfasst. Die Kohorten werden durch eine dreimonatige Arbeitsunfähigkeit definiert, einen Zeitraum, der – in mehreren Ländern – den Zeitpunkt für das Eingreifen der sozialen Sicherheit markiert.

Um eine angemessene Beurteilung der Maßnahmen und Ergebnisse in den Kohorten zu ermöglichen, wurden drei Messzeitpunkte verwendet:

- **Der erste (T1) wurde so bald wie möglich nach 3 Monaten Arbeitsunfähigkeit gemessen**. Er erfasst eine Reihe von Fragen und Variablen, darunter relevante retrospektive Daten über Beschäftigung, Gesundheit und die Arbeitsunfähigkeit in den ersten 3 Monaten. Die Messung war so eingerichtet, dass sie mit der Schaffung der Kohorte zusammenfiel. Die tatsächliche Erhebungszeit T1 weist infolge landesspezifischer Umstände, die zu längeren Zeiten für die Einbeziehung in die Kohorte führten, Unterschiede zwischen den Ländern auf.
  Gewöhnlich lag die Zeit zur Einbeziehung (und zur Messung von T1) zwischen 90 und 120 Tagen nach dem Datum, an dem die Betroffenen aufhörten zu arbeiten und krankheitshalber zu Hause blieben (als Krankschreibung bezeichnet), aber in einigen Ländern mussten Versicherte aus verwaltungstechnischen Gründen wesentlich später in die Kohorte aufgenommen werden. In diesen Ländern bemühte man sich, dem Versicherten klar zu machen, dass bestimmte Fragen (z.B. über den Gesundheitszustand) sich auf die Situation 90 Tage nach der Krankschreibung beziehen. Analysen der Auswirkungen eines späteren T1-Tests ergaben sehr wenige signifikante Abweichungen.

- **Der zweite Messzeitpunkt (T2) folgte etwa ein Jahr nach dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit**. Er befasste sich insbesondere retrospektiv mit durchgeführten Maßnahmen und Meinungen der Befragten zu Anreizen und Negativanreizen zwischen T1 und T2, sowie mit den Ergebnissen für T2.

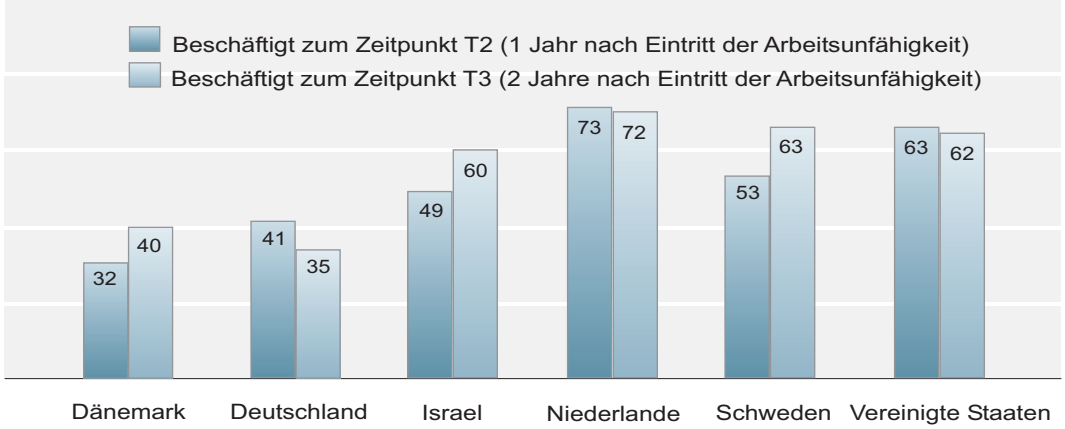
- **Die letzte Messung (T3) erfolgte schließlich etwa 2 Jahre nach dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit**. Sie ging auf die Maßnahmen im zweiten Jahr und deren Ergebnisse und die Ergebnisse früherer Maßnahmen sowie bestimmte andere Daten in Bezug auf den relevanten Sozialversicherungskontext ein. Das zweite Jahr befasste sich also hauptsächlich mit den Folgen der Maßnahmen aus dem ersten Jahr und mit den Maßnahmen zur Vermeidung von Langzeitbehinderung. ■

# DIE ERGEBNISSE UND IHRE BEDEUTUNG FÜR DIE POLITIK

Das auffälligste Ergebnis war der **deutliche Unterschied zwischen den nationalen Kohorten beim Anteil der Personen, die innerhalb des zweijährigen Beobachtungszeitrums die Arbeit wieder aufnahmen, nämlich**: **40 Prozent in Dänemark und Deutschland; 60 Prozent in Israel, Schweden und den Vereinigten Staaten; und mehr als 70 Prozent in den Niederlanden.** Selbst bei Berücksichtigung der Kohortenunterschiede ist klar, dass sich die unterschiedlichen Ergebnisse bei der Wiederaufnahme der Arbeit in den untersuchten Ländern mit einer Reihe von der Kohortenzusammensetzung unabhängiger Faktoren erklären lassen. Daher dürfte eine eingehende Untersuchung dieser Faktoren vor allem für all jene aufschlussreich sein, die sich für die Erleichterung einer Wiederaufnahme der Arbeit durch nichtarbeitende behinderte Personen interessieren.

Die nachfolgende Abbildung zeigt, welcher Anteil der Kohorte zu den Zeitpunkten T2 und T3 arbeitet.

**Arbeit wieder aufgenommen bei T2 und T3 (Prozent der Kohorte)**



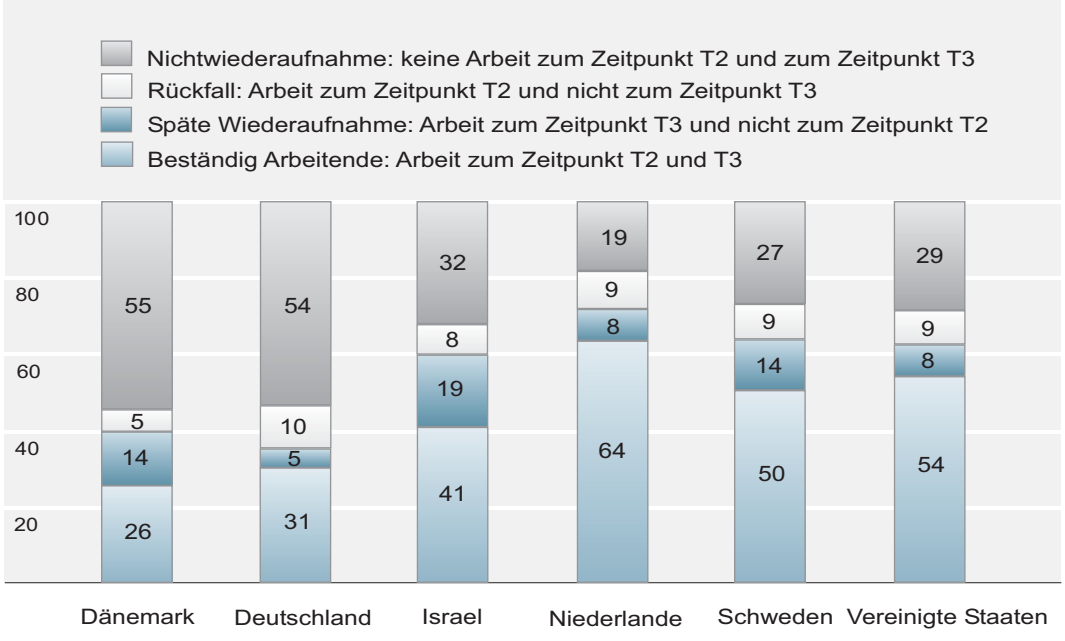

Wie ersichtlich beträgt der Anteil der ein Jahr nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit wieder Arbeitenden zwischen 32 Prozent in Dänemark und 73 Prozent in den Niederlanden, wobei die restlichen Länder zwischen 41 und 63 Prozent aufweisen. In Dänemark, Israel und Schweden stieg der Anteil der Arbeitenden zwei Jahre nach Beginn, während er in Deutschland, den USA und den Niederlanden etwas zurückging.

Wie obige Abbildung zeigt, bestand eine beachtliche Korrelation zwischen dem Arbeitsstatus bei T2 und T3, d.h., dass Personen, die nach einem Jahr wieder arbeiteten, mit größerer Wahrscheinlichkeit auch nach zwei Jahren noch arbeiteten. In Bezug auf Wiederaufnahme oder Nichtwiederaufnahme der Arbeit war insbesondere das erste Jahr relevant, während es im zweiten nur zu geringfügigen Verbesserungen kam. In dieser Hinsicht identifizierte die Untersuchung vier Muster bei der Wiederaufnahme der Arbeit.

- Beständig Arbeitende: Personen, die bereits bei T2 und dann bei T3 immer noch arbeiteten;
- Späte Wiederaufnahme: Personen, die bei T2 noch nicht, bei T3 aber wieder arbeiteten;
- Rückfall: Personen, die bei T2 arbeiteten, bei T3 aber nicht mehr;
- Nichtwiederaufnahme: Personen, die weder bei T2, noch bei T3 arbeiteten; (Anmerkung: Diese Muster beruhen auf Messungen zu zwei Zeitpunkten. Personen, die weder bei T2 noch bei T3 arbeiteten, können möglicherweise für einige Zeit im ersten oder zweiten Jahr gearbeitet, aber vor T2 oder T3 wieder aufgehört haben).

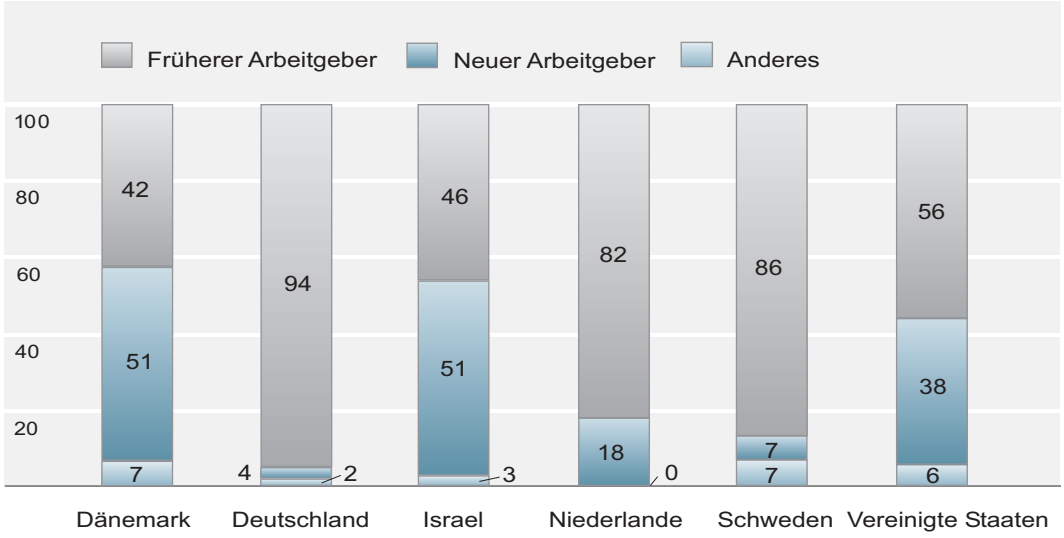
Die nachfolgende Abbildung zeigt die Verteilung dieser Muster bei der Wiederaufnahme der Arbeit für alle Kohorten. Nur ein geringer Prozentanteil der untersuchten Personen entfällt auf die Kategorien „späte Wiederaufnahme“ oder „Rückfall“. Die große Mehrheit der Untersuchten ist entweder der beständigen Rückkehr oder der beständigen Nichtwiederaufnahme zuzuordnen.

**Muster bei der Wiederaufnahme der Arbeit (Prozent der Kohorte)**



Ein weiterer bemerkenswerter Unterschied ergab sich dabei, ob die Wiederaufnahme der Arbeit beim früheren oder bei einem neuen Arbeitgeber erfolgte. In den Kohorten aus Dänemark oder Israel arbeiteten etwa 50 Prozent bei neuen Arbeitgebern. In den Vereinigten Staaten waren es fast 40 Prozent. Ein vollkommen anderes Bild ergab sich für die Kohorten aus den Niederlanden und Deutschland, wo 80 Prozent oder mehr der Personen, die die Arbeit wieder aufnahmen, zu ihrem früheren Arbeitgeber zurückkehrten. In Schweden nahmen etwa 70 Prozent die Arbeit bei ihrem früheren Arbeitgeber wieder auf. In den letztgenannten drei Ländern schaffen arbeitsrechtliche Bestimmungen oder Gepflogenheiten, die Personalverwaltungspolitik der Arbeitgeber oder Rehabilitationsdienste vermehrt Gelegenheiten für Arbeitnehmer mit Langzeitarbeitsunfähigkeit, ihren Arbeitsplatz zu behalten. Es gab auch Unterschiede zwischen den Ländern, was die Qualität der wiederaufgenommenen Arbeit betraf. So nahmen bestimmte Kategorien von Arbeitnehmern die Arbeit in Stellungen von geringerer Qualität wieder auf, als sie vor der Arbeitsunfähigkeit innehatten. Dies traf insbesondere auf die Kohorte aus Israel und in geringerem Maße auf die Kohorte aus Dänemark zu. In diesen Kohorten kehrten 55 beziehungsweise 33 Prozent an weniger qualifizierte Arbeitsstellen zurück.

**Wiederaufnahme der Arbeit nach Arbeitgeber (Prozent) bei T3**




## Muster bei der Wiederaufnahme der Arbeit

Es gab je nach Land signifikante Unterschiede in den Mustern bei der Wiederaufnahme der Arbeit. In den Niederlanden und in den Vereinigten Staaten waren die hohen Rückkehrraten bereits nach einem Jahr erreicht. In Deutschland, den Niederlanden und den Vereinigten Staaten war bei der Messung nach einem Jahr bereits die Höchstzahl der Wiederaufnahmen erreicht und im zweiten Jahr kam kein Nettogewinn mehr (und sogar

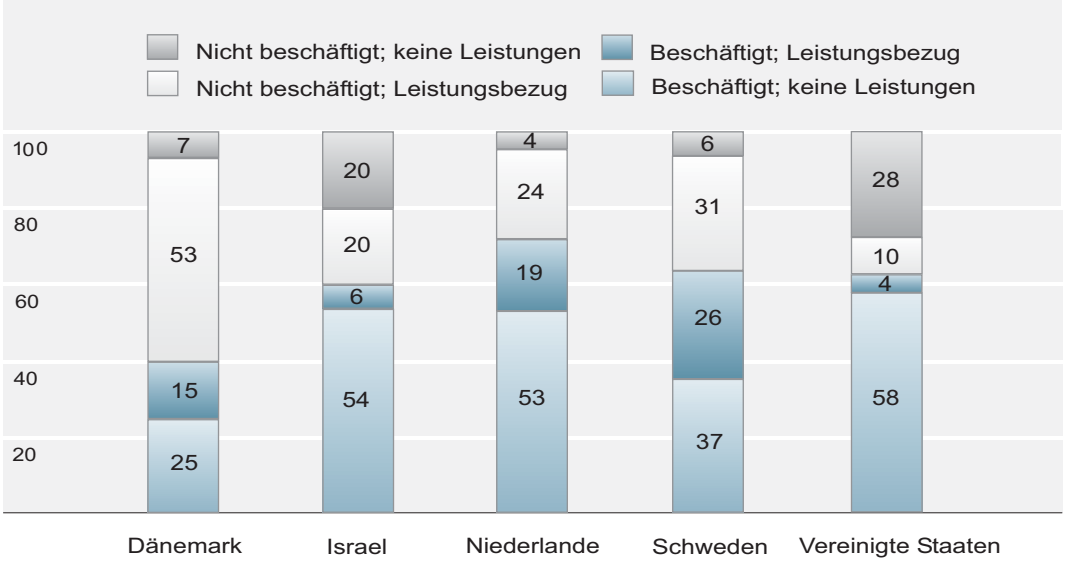
ein gewisser Verlust) hinzu. In Dänemark, Israel und Schweden jedoch war im zweiten Jahr ein weiterer Nettoanstieg der Rückkehrraten zu verzeichnen. Selbst bei Berücksichtigung von Kohortenunterschieden (z.B. Alter, Stellung) bleiben die Unterschiede bei Mustern zur Wiederaufnahme der Arbeit bemerkenswert.

> Die Ergebnisse scheinen eindeutig die Wichtigkeit eines frühen Eingreifens mit effizienten Strategien als bedeutungsvoll für die Politik zu unterstreichen. Die meisten Kohorten erzielten im zweiten Jahr nur wenig Fortschritte (und es kam sogar zu geringen Verlusten). Während es für die Untersuchung genauso wichtig war, wirksame Strategien zu identifizieren, wurde klar, dass Verzögerungen bei der Umsetzung dieser Strategien deren mögliche Erfolge verhindern können. Das Konzept und die Methodik waren so gewählt, dass der zweite und dritte Messzeitpunkt erst nach einem und zwei Jahren vorgesehen waren, so dass eine differenziertere Bestimmung des optimalen Eingriffszeitpunkts innerhalb des ersten Jahres Gegenstand weiterer Untersuchungen sein muss.

## Leistungsbezug nach 1 und 2 Jahren

Aus wirtschaftlicher Sicht ist der Leistungsbezug ein relevantes Ergebnis, das sich deutlich vom Arbeitsstatus unterscheidet. Da die Kohorten aus Arbeitnehmern gebildet wurden, die Krankenleistungsprogrammen unterstanden, kann davon ausgegangen werden, dass sie alle nach drei Monaten Krankheit diese Leistungen bezogen. Von größerem Belang ist jedoch die Frage ihres Leistungsstatus 1 oder 2 Jahre nach der

**Leistungsstatus bei T3 (Prozent der Kohorte)**




*Anmerkung:* keine Daten für Deutschland verfügbar.

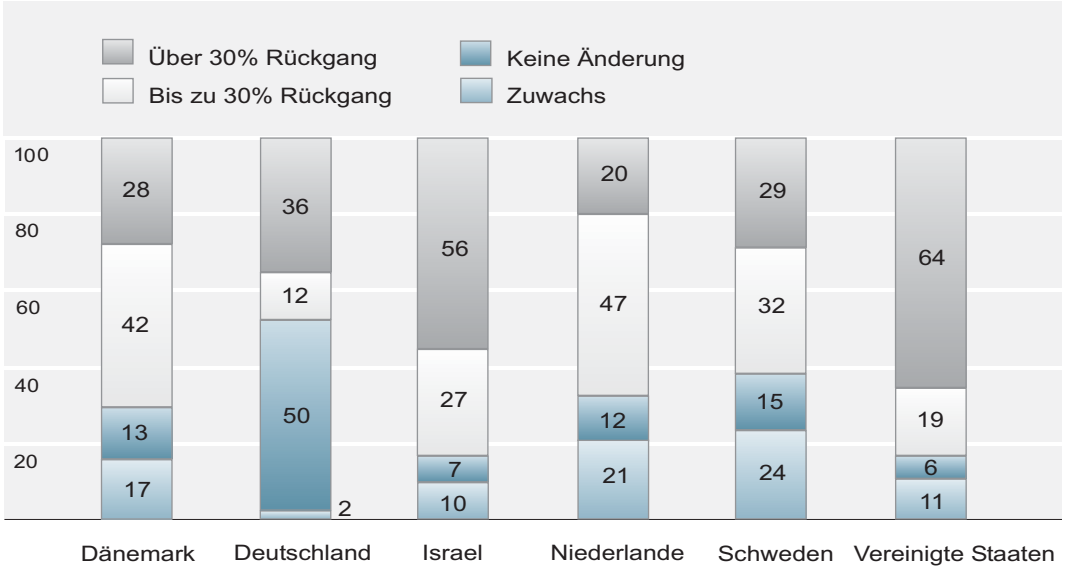
Krankschreibung. Aufgrund von Unterschieden zwischen den nationalen Versicherungssystemen kann der Leistungsstatus vom Arbeitsstatus recht unabhängig sein. In einigen europäischen Ländern kann ein Arbeitnehmer, der die Arbeit wieder aufnimmt, zugleich auch bestimmte Kranken-, Invaliden- oder Arbeitsunfallleistungen beziehen. Dies geht auf die Bereitstellung von Teilleistungen (d.h. eines Prozentsatzes der Leistung bei voller Invalidität) durch die entsprechenden Leistungssysteme für Personen zurück, die ihre Arbeitsfähigkeit teilweise (aber nicht ganz) behalten oder wiedererlangen. Eine solche Kombination aus Leistungen und Arbeit ist jedoch in den öffentlichen Programmen der sozialen Sicherheit in den Vereinigten Staaten und in Israel äußerst selten.[1]

Bei Nichtwiederaufnahme können verschiedene Leistungen in Anspruch genommen werden. Wenn die Betroffenen infolge der Rücken- oder anderer Gesundheitsprobleme nach wie vor nicht arbeiten können, können sie Kranken-, Invaliden- oder Arbeitsunfallleistungen beziehen. Andernfalls gelten sie möglicherweise als arbeitslos und können Arbeitslosenunterstützung oder Sozialhilfe beziehen. In einigen Ländern können mehrere Leistungen zusammenfallen. Die Untersuchung stellte große Unterschiede zwischen den Kohorten in Bezug auf den Leistungsstatus für nichtarbeitende Personen bei T3 fest. In den Vereinigten Staaten und in Israel erhielten die meisten keine der genannten Leistungen. In Dänemark, Schweden und den Niederlanden erhielten Personen, die nach zwei Jahren nicht arbeiteten, gewöhnlich Kranken- oder Invalidenleistungen. In den Niederlanden wurde bei einer erheblichen Zahl von Nichtwiederaufnahmen entweder Arbeitslosengeld oder eine Leistungskombination gewährt (gewöhnlich eine Kombination von Teilleistungen für Behinderung und Arbeitslosigkeit). Es überrascht nicht, dass sich Unterschiede bei der Abdeckung durch Leistungsprogramme im Falle der Nichtwiederaufnahme der Arbeit auch auf den Einkommensstatus der Betroffenen zum Zeitpunkt der Messung nach zwei Jahren auswirkten. Die nachstehende Abbildung zeigt Unterschiede bei Einkommensangaben nach zwei Jahren.

In den Kohorten der Vereinigten Staaten und Israels berichtete mehr als die Hälfte der befragten nichtarbeitenden Personen bei der letzten Messung einen Rückgang des persönlichen Einkommens im Vergleich zu ihrem Einkommen vor der Krankheit um mehr als 30 Prozent. Wie aus der obigen Abbildung hervorgeht, hatten die Nichtrückkehrer-Kohorten der Vereinigten Staaten und Israels mit 64 beziehungsweise 56 Prozent, die mehr als 30 Prozent ihres Einkommens verloren, am stärksten zu leiden. Die Einkommenseinbußen in den europäischen Kohorten fielen im Allgemeinen wesentlich geringer aus; nur ein Fünftel bis ein Drittel der nicht wieder arbeitenden Personen gab Einkommensverluste von mehr als 30 Prozent an. Mit anderen Worten sicherte die Verfügbarkeit von Leistungskombinationen in den europäischen Ländern behinderten Arbeitnehmern, die keine Arbeit mehr aufnehmen konnten, ein höheres Einkommensniveau. Zudem war ein Nominalzuwachs des persönlichen Einkommens vor allem in Schweden und den Niederlanden keineswegs außergewöhnlich.

1. Falls die Behinderung berufsbedingt ist, kann die Einzelperson arbeiten und zugleich eine Leistung zur Arbeitnehmerentschädigung *(Workers' Compensation)* beziehen.

**Entwicklung des persönlichen Gesamtnettoeinkommens von T0 bis T3 für nichtarbeitende Personen bei T3 (Prozent)**




Aus politischer Sicht sind diese Ergebnisse beunruhigend. Obwohl es allgemein als gute Sozialpolitik gilt, dass sich Arbeit lohnen soll – d.h. dass Arbeit gewinnbringender als der Empfang von Sozialleistungen sein sollte, beruht die Sozialversicherung doch auch auf den Grundsätzen der Gerechtigkeit und Angemessenheit. Ein Teil der Rechtfertigung öffentlicher Unterstützung für Systeme nach dem Umlageverfahren ist die Auffassung, dass Beiträge entrichtende Arbeitnehmer wissen, falls sie zu stark behindert für eine Beschäftigung werden, dass das System ihr Einkommen auf einem mit einem annehmbaren Lohn vergleichbaren Niveau ersetzt, und nicht auf dem Existenzminimum. Daher müssen die Planer erwägen, ob Ersatzquoten durch Sozialleistungen, die für erwerbsunfähige behinderten Arbeitnehmern Einkommenseinbußen von mehr als 30 Prozent mit sich bringen, mit den Grundsätzen der Angemessenheit und Gerechtigkeit vereinbar sind. Diese Frage ist besonders relevant, wenn das System infolge eines Alles-oder-Nichts-Ansatzes keine Teilzeitarbeit erlaubt und Arbeitnehmer, die keine Vollzeitbeschäftigung ausüben können, dazu zwingt, überhaupt nicht zu arbeiten und dann von niedrigen Sozialleistungen zu leben.[2]

2. Die Problematik der Höhe des Ersatzeinkommens wird noch weiter verschärft, wenn man berücksichtigt, dass es für das von den Sozialversicherungsprogrammen gedeckte Einkommen eine Obergrenze gibt. Personen, die vorher mehr als die Obergrenze verdienten, würden einen noch stärkeren Einkommensrückgang erfahren.

# Demografische Merkmale

Die Untersuchung berücksichtigte auch eine Reihe von Hintergrundfaktoren in Zusammenhang mit dem Arbeitsstatus zwei Jahre nach Einsetzen der Krankheit. Die Studie untersuchte insbesondere, ob deutliche Unterschiede bei der Wiederaufnahme der Arbeit in Zusammenhang mit demografischen Merkmalen, Gesundheit und (früherer) Beschäftigung stehen. Die meisten Merkmale wiesen wenigstens in einigen der untersuchten Länder gewisse Zusammenhänge mit dem Arbeitsstatus bei T3 auf.

Nachstehend eine Zusammenfassung der Muster bei Zusammenhängen zwischen demografischen Merkmalen und Arbeitsstatus, die sich in allen oder den meisten Kohorten ergaben:

- *Alter*. In allen Kohorten (mit Ausnahme der Niederlande) arbeitete die älteste Gruppe (55 und älter) mit geringerer Wahrscheinlichkeit bei T3, in mehreren Kohorten galt dies auch für die nächstälteste Gruppe (45-54). Im Allgemeinen ergaben sich die höchsten Anteile bei der Wiederaufnahme der Arbeit nicht in der jüngsten (unter 24), sondern in den beiden darauffolgenden Altersgruppen (25-44).

- *Geschlecht*. In den meisten Kohorten erreichten Frauen geringere Rückkehrraten als Männer.

- *Bildungsniveau*. Ein niedriges Bildungsniveau (untere Sekundarstufe oder darunter) ging mit geringeren Rückkehrraten einher.

- *Zusammensetzung des Haushalts.* Alleinlebende Befragte wiesen durchgehend unterdurchschnittliche Rückkehrraten auf. Für andere Arten von Haushaltszusammensetzung (d.h. nur mit einem Partner; nur mit Kindern; mit Partner und Kindern; und andere) ergaben sich für die Kohorten weniger konsistente Zusammenhänge mit dem Arbeitsstatus.

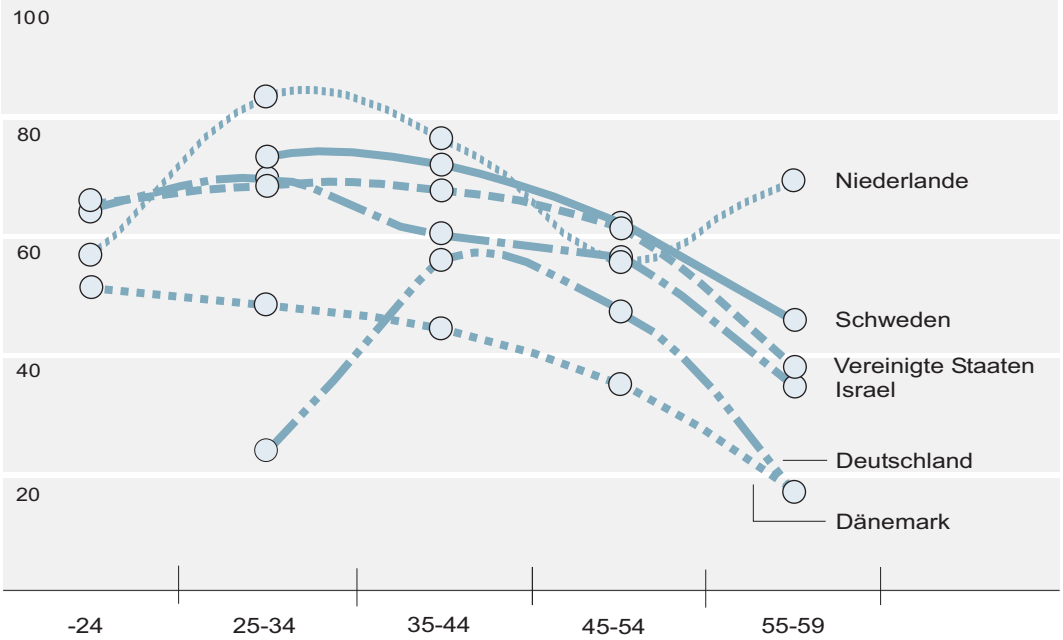
Die meisten der Untersuchungsergebnisse in Bezug auf die demografischen Merkmale waren insofern nicht allzu überraschend, als in allen Kohorten die Altersgruppen 55 und älter mit der geringsten Wahrscheinlichkeit die Arbeit wieder aufnahmen; als Frauen mit weniger Wahrscheinlichkeit die Arbeit wieder aufnahmen als Männer; als niedrige Bildungsniveaus mit geringen Rückkehrraten einhergingen und als das Alleinleben die Wiederaufnahme der Arbeit beeinträchtigte. Trotz der anscheinend universellen Ausrichtung dieser Zusammenhänge bestanden zwischen den Ländern große Unterschiede bei der Wiederaufnahme der Arbeit innerhalb von Subgruppen. Selbst zwischen Subgruppen mit den niedrigsten Wiederaufnahmezahlen innerhalb der Kohorten unterschieden sich die Rückkehrraten erheblich. Zum Beispiel:

- In der ältesten Gruppe (älter als 55) reichten die Rückkehrraten von 17 Prozent in der deutschen Kohorte bis zu 68 Prozent in der niederländischen Kohorte;

- Innerhalb der Gruppe mit der niedrigsten Bildung reichten die Raten von 31 Prozent in Dänemark bis zu 68 Prozent in den Niederlanden;

- Unter den Alleinlebenden reichten die Raten von 13 Prozent in Deutschland bis zu 55 Prozent in Schweden.

**Alter bei T1 und Wiederaufnahme der Arbeit bei T3 (Prozent der Kohorte)**




*Anmerkung:* für die Altersgruppe unter 24 in Deutschland und Schweden: nicht aufgeführt, da weniger als 10 Beobachtungen vorlagen.

Aus Sicht der politischen Planung kann das Ergebnis, dass die jüngste Altersgruppe (unter 24) bei der Wiederaufnahme der Arbeit nicht so gut abschnitt wie die nächste Altersgruppe (25-44), durchaus Anlass zu Besorgnis bieten. Natürlich klingt es als mögliche Erklärung logisch, dass die jüngere Alterskohorte wahrscheinlich über weniger Berufserfahrung verfügt, aus der sie schöpfen kann, und deshalb verständlicherweise mehr Probleme hat, eine passende neue Arbeit zu finden, nachdem sie eine Behinderung erlitten hat. Die letztlichen Folgen dieser Schwierigkeiten deuten jedoch auf ernste Folgen für die Sozialversicherungssysteme ebenso wie für die betroffenen Einzelpersonen hin. Die finanziellen Auswirkungen für Sozialversicherungen, wenn junge Arbeitnehmer nicht wieder in eine Beschäftigung zurückkehren, sind zweifacher Art. Erstens muss das System die unter 24-jährigen Invalidenleistungsbezieher wahrscheinlich für etwa 40 Jahre unterstützen, bevor sie ins Altersrentensystem eintreten. Da Systeme nach dem Umlageverfahren auf Beiträgen der derzeitigen Arbeitnehmer an Rentner beruhen

und viele Länder bereits ein geringes Verhältnis von Arbeitnehmern zu Leistungsbeziehern haben, bedeutet jede junge Person außerhalb der Arbeitnehmerschaft einen Langzeitbeitragszahler für das System weniger. Politikplaner müssen sich sehr bemühen, wirksame Strategien für die Wiederaufnahme der Arbeit zu entwikkeln, die insbesondere auf die Bedürfnisse dieser jungen Bevölkerungsgruppe eingehen.

In ähnlicher Weise sollten die Ergebnisse über Geschlechterunterschiede auf die Ursachen hin untersucht werden. Sind Frauen nach Einsetzen einer Behinderung, in geringerem Maße bereit, die Arbeit wieder aufzunehmen, weil ihre Partner arbeiten; schaffen sie es nicht ihre Aufgaben im Haushalt mit einer Beschäftigung zu vereinen; oder sind sie weniger qualifiziert oder erfahren als Männer ihrer Alterskohorten, was den Übergang zu einer anderen Arbeit erschwert; oder werden Frauen mit Behinderungen von Arbeitgebern stärker diskriminiert als behinderte Männer? Keine dieser Antworten lässt sich aus der Untersuchung ablesen, aber die Ergebnisse sollten zu weiterer Forschung in diesem Sinn ermutigen, auf die sich dann zukünftige Maßnahmen zur Wiederaufnahme der Arbeit stützen könnten.

## Gesundheitszustand

Alle Zusammenhänge zwischen Gesundheitsindikatoren bei Behinderungsbeginn und Arbeitsstatus zwei Jahre später waren durchgehend linear: Je weniger Schmerzen und je besser die Funktionskapazität zu Beginn, desto höher die Rückkehrrate in allen Kohorten. **Allerdings ist interessant, dass die Intensität des Schmerzes das einzige Merkmal war, das in allen Kohorten einen hochsignifikanten Zusammenhang auswies.** Nichtsdestoweniger bestanden deutliche Unterschiede zwischen den Kohorten, was die Rückkehrraten bei gleicher Schmerzintensität und Funktionskapazität betrifft. **In einigen Ländern lag die Rückkehrrate bei Personen mit starken Schmerzen und geringer Funktionskapazität bei Beginn doppelt so hoch als in anderen**. Bei Befragten mit starken Rückenschmerzen (bei T1) reichten die Rückkehrraten von 27 Prozent bis zu 54 Prozent und bei solchen mit geringer Funktionskapazität von 28 Prozent bis zu 59 Prozent (in Dänemark beziehungsweise den Niederlanden). Die Studie untersuchte auch andere Faktoren, die Rückkehrraten beeinflussen könnten, darunter Merkmale der Arbeitsstelle wie körperliche Anstrengung und Arbeitsstress (definiert als Ungleichgewicht zwischen soziopsychologischen Anforderungen und Kontrollmöglichkeiten). Die Ergebnisse überraschen wiederum insofern nicht, als gemäß Studie in allen Kohorten bei geringeren körperlichen Anforderungen die Rückkehrraten höher waren und der geringste Arbeitsstress mit den höchsten Rückkehrraten einherging.

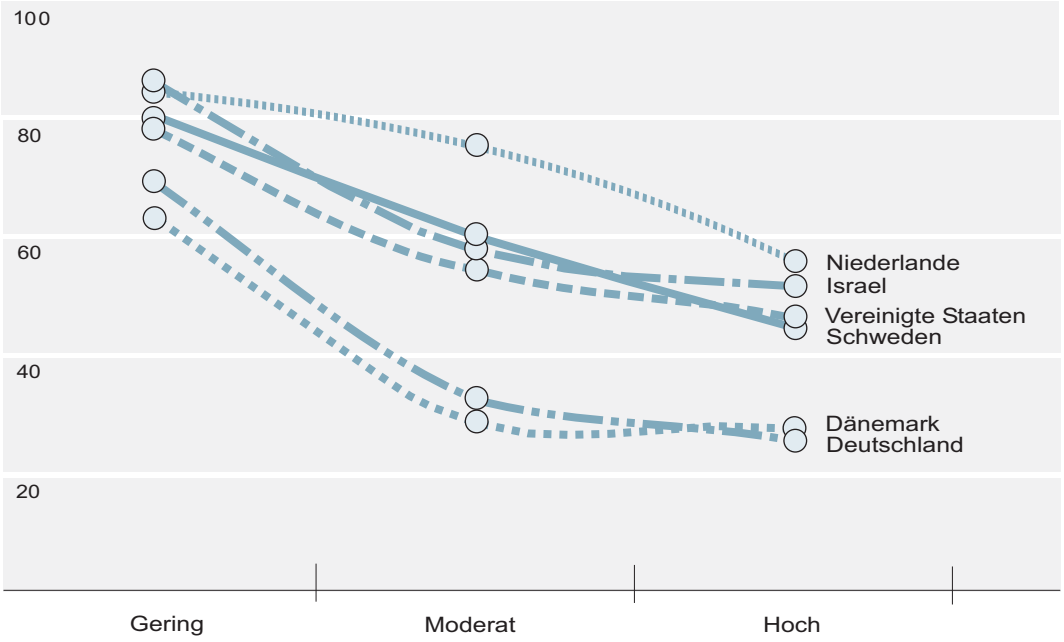
Die Bedeutung für die Politik der Ergebnisse bezüglich des Gesundheitszustandes vermag auf den ersten Blick nicht sonderlich zu überraschen – je weniger Schmerz und je besser die Funktionskapazität, desto höher die Rückkehrrate in allen Kohorten. Wesentlich weniger logisch sind die Ergebnisse, wonach bei glei-

cher Schmerzintensität und Funktionskapazität deutliche Unterschiede bei den Rückkehrraten bestanden. Zudem gab es wie erwähnt in Subgruppen große länderübergreifende Unterschiede.

Daher führen die durch diese Ergebnisse ans Licht gebrachten Unterschiede unweigerlich zu neuen Fragen, warum solche Unterschiede in Bezug auf die Wiederaufnahme zwischen Kohorten und Subgruppen bestehen, wenn der Gesundheitszustand gleich ist. Daraus folgt, dass weitere Untersuchungen zum besseren Verständnis der Schmerzbewältigung und der Rolle der persönlichen Motivation bei der Schmerzverarbeitung nötig sind. Natürlich kann die Wiederaufnahme der Arbeit bei Personen mit höherer Schmerzintensität und stärker eingeschränkter Funktionskapazität auch durch nichtmedizinische Faktoren positiv oder negativ beeinflusst werden wie Flexibilität der Arbeit, Einstellungen des Arbeitgebers und Erleichterungen.

Zusammenfassend variierten die Ergebnisse bezüglich Wiederaufnahme der Arbeit unter den sechs Kohorten erheblich. Obwohl einige „Grundvariabeln“ in allen Kohorten in einem konsistenten Zusammenhang mit den Rückkehrraten standen, erklären diese Gesetzmäßigkeiten nicht die Unterschiede zwischen den Ländern: Auch innerhalb soziodemografischer Subgruppen variierten die Rückkehrraten unter den Kohorten erheblich. Daher war die nächste Frage, ob die Unterschiede zwischen den Kohorten bei der Wiederaufnahme der Arbeit sich auf die Palette der in den sechs Kohorten durchgeführten Maßnahmen zurückführen lassen.

**Schmerzintensität bei T1 und Wiederaufnahme der Arbeit bei T3 (Prozent der Kohorte)**

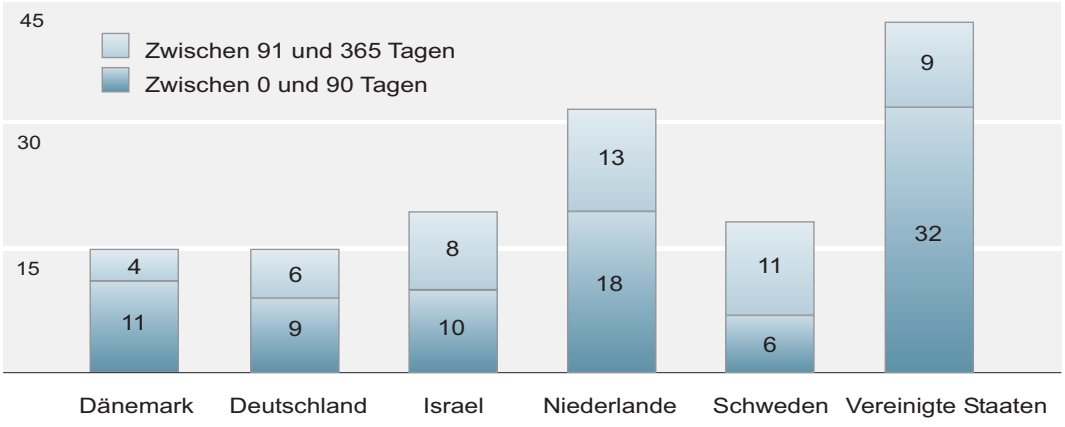


# Ergebnisse zu Leistungsanbietern und Maßnahmen im Bereich Gesundheit

Neben der Existenz einer „Plattform“ von Krankenleistungen, die die Wiederaufnahme der Arbeit begünstigt, galten lange Zeit die Art der ärztlichen Behandlung und deren Anbieter als entscheidende Faktoren für Erfolge bei der Wiederaufnahme der Arbeit. Daher wurden den Teilnehmern der Untersuchung mehrere Fragen gestellt, um festzustellen, (1) wer die Behandlung durchführte; (2) welche ärztlichen Behandlungen in Anspruch genommen wurden; und (3) welche Behandlung oder Folgen von Behandlungen am erfolgreichsten schienen. Die Einzelpersonen wurden gefragt, bei welchen Gesundheitsanbietern (Hausarzt, Betriebsarzt, Facharzt oder Physiotherapeut) sie mit ihrem Rückenproblem waren. Die Antworten waren für jede Kohorte recht ähnlich, was die Verteilung der zum Messzeitpunkt T3 Arbeitenden betrifft. Die einzigen Unterschiede waren, dass bei der Wiederaufnahme der Arbeit in der deutschen Kohorte ein Besuch beim Betriebsarzt wahrscheinlicher war, während dies in der dänischen und amerikanischen Kohorte weniger verbreitet war.

Die in den untersuchten Ländern verwendeten ärztlichen Diagnosen und Behandlungen umfassten eine Reihe geläufiger Ansätze wie unter anderem Röntgenuntersuchungen, Einweisung ins Krankenhaus, Rückenoperationen, Akupunktur, schmerzlindernde Injektionen/Arzneimittel und Muskeltraining/Bewegungstherapie. **Im Allgemeinen konnte die Art der medizinischer Maßnahmen nur wenig mehr erklären, als bereits durch den anfänglichen Gesundheitszustand und einige bedeutende Grundmerkmale vorhergesagt wurde. Es stellte sich heraus, dass mit einer Ausnahme kein signifikanter Zusammenhang zwischen ärztlichen Behandlungen und der Wiederaufnahme der Arbeit bestand.** Die Verfasser weisen jedoch darauf hin, dass dies keinen Beweis für die Unwirksamkeit medizinischer Maßnahmen gelten darstellet. Vielmehr kann die schlechtere Rückenfunktion ein Grund für und nicht eine Folge von der Behandlung gewesen sein; wenn dies zutrifft, kann selbst eine wirksame Maßnahme zu einer scheinbar unbedeutenden Funktions verbesserung führen.

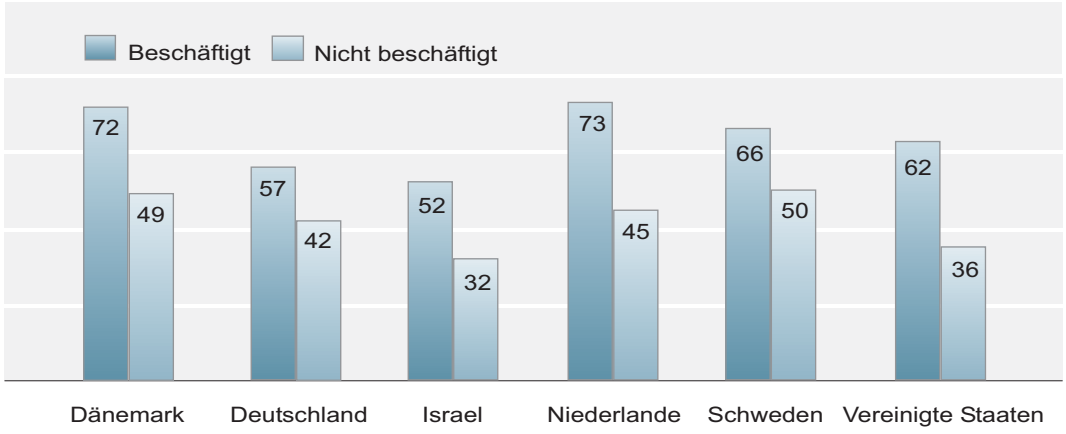
**Häufigkeit chirurgischer Eingriffe (Prozent der Kohorte)**



Die einzige positive Wirkung von medizinischen Maßnahmen wurde in der schwedischen Kohorte gefunden, wo eine Operation in den ersten 3 Monaten eine geringe Verbesserung der Rückenfunktion zur Folge hatte. Interessanterweise hatten die Schweden von allen sechs Kohorten die geringste Häufigkeit bei frühen chirurgischen Eingriffen – dies könnte bedeuten, dass der Auswahlprozess für Rückenoperationen in Schweden erfolgreicher ist. Der geringe, aber erfolgreiche Einsatz von Rückenoperationen in der schwedischen Kohorte stand in krassem Gegensatz zu deren Einsatz in der amerikanischen Kohorte – im gleichen Zeitraum fanden an den Personen aus den Vereinigten Staaten fünf Mal mehr chirurgische Eingriffe statt als an den Schweden, ohne jedoch bessere Resultate aufzuweisen.

In Schweden werden beispielsweise akute Operationen nur in den wenigen Fällen in Betracht gezogen, in denen der Schmerz unerträglich ist oder zusammen mit ernsten neurologischen Behinderungen auftritt. Die geringe Zahl chirurgischer Eingriffe in Schweden, Deutschland und Dänemark könnte die Folge einer generellen Tendenz sein, erst einmal abzuwarten, ob die Symptome zurückgehen oder auf einem einen chirurgischen Eingriff erfordernden Niveau bleiben. Als Obergrenze für einen solchen Abwarteansatz gelten weniger als 3 Monate.

**Rückenfunktion ADL-Wert (Durchschnitt) und Arbeitsstatus bei T2**




Das Buch *Who returns to work and why?* zitiert medizinische Fachliteratur mit Ergebnissen, dass chirurgische Eingriffe weniger günstig ausfallen, wenn sie nach mehr als drei Monaten durchgeführt werden. Wenigstens hypothetisch gibt es einige mögliche Erklärungen für die große Häufigkeit chirurgischer Eingriffe in den Vereinigten Staaten und in den Niederlanden. Eine Erklärung könnte sein, dass die Indikatoren für chirurgische Eingriffe zwischen den Ländern nicht übereinstimmen. Eine weitere Erklärung könnte sein, dass die Kohorten verschiedene Bevölkerungsteile repräsentieren und dass für eine größere Zahl von Personen in diesen Ländern, ein chirurgischer Eingriff und nicht das Warten darauf der entscheidende Grund für die Arbeitsunfähigkeit war.

Eine dritte Erklärung könnten schließlich die unterschiedlichen wirtschaftlichen Anreize der einzelnen Gesundheitssysteme sein. In einem privatisierten System wie in den Vereinigten Staaten können sehr wohl größere finanzielle Anreize für Orthopäden bestehen, einen chirurgischen Eingriff zu empfehlen, als in einem System wie dem schwedischen, wo Ärzte mit größerer Wahrscheinlichkeit ein festes Monatsgehalt beziehen.

Wie aus obiger Abbildung deutlich wird, hatten in allen sechs Kohorten Personen, die nach einem Jahr die Arbeit wieder aufgenommen hatten, eine statistisch signifikant bessere Rückenfunktion als solche, die nicht arbeiteten.

Der ADL[3]-Wert, bei dem höhere Werte einen besseren Status wiedergeben, reichte bei Personen, die nach einem Jahr wieder arbeiteten, von 52 in der israelischen Kohorte bis hin zu 73 in der niederländischen, und bei Personen, die nach einem Jahr nicht wieder arbeiteten, von 32 in der israelischen bis hin zu 50 in der schwedischen Kohorte. Die einzige erkennbare positive Zusammenhang für Personen, die arbeiteten und ihre Rückenfunktion verbessert hatten, war bei Personen festzustellen, die sich in Schweden einer Rückenoperation unterzogen hatten und wieder arbeiteten. In Schweden, Deutschland und den Vereinigten Staaten war der allgemeine Gesundheitszustand unter Personen besser, die die Arbeit innerhalb eines Jahres wieder aufgenommen hatten, als unter denjenigen, die dies nicht getan hatten. Eine Wirkung der medizinischen Behandlung lag auf der Hand: In jeder Kohorte führte nämlich eine medizinische Behandlung meist zu einer Verbesserung des subjektiv empfundenen Gesundheitszustandes. Dies entsprach jedoch nicht unbedingt einer relativen Verbesserung der Rückenfunktion und der Schmerzintensität, den beiden Indikatoren, die in engstem Zusammenhang mit der Wiederaufnahme der Arbeit standen.

Die politische Bedeutung der Ergebnisse in Bezug auf medizinische Maßnahmen ist sehr überraschend und lohnt weitere Untersuchungen. Die schwedische Kohorte hatte am wenigsten chirurgische Eingriffe und doch die besten Ergebnisse bei solchen Eingriffen, was die Wiederaufnahme der Arbeit betrifft. Es scheint, als sei in der Auswahlprozess für gute Operationskandidaten und/oder der Art ihrer Verabreichung perfekter organisiert als in anderen Ländern, so dass sich eine positive Wirkung bei der Verbesserung der Gesundheit zeigt. Die amerikanische Kohorte hatte eine fünf Mal größere Wahrscheinlichkeit für eine Rückenoperation als die schwedische, aber nicht mit besseren Resultaten. Angesichts dessen, dass die Vereinigten Staaten mehrere Prozentpunkte (des Bruttoinlandprodukts) mehr und in einigen Fällen doppelt so viel für die Gesundheitsversorgung ausgeben als jedes andere Land in der WIR-Studie, scheint es angebracht, die Effizienz einer Gesundheitspolitik zu hinterfragen, die chirurgische Eingriffe als häufig verwendete Maßnahmen bei einfachen Erkrankungen wie

3. ADL bezieht sich auf die Hannover-Skala für Verrichtungen des täglichen Lebens (*Activities of Daily Living* – ADL), die vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von Rückenschmerzen in 12 täglichen Verrichtungen erfasst. Die Werte der Skala reichen von 0 (größtmögliche Beeinträchtigung) bis 100 (keine Beeinträchtigung). Ein Wert von 70 Punkten oder weniger gilt als klinisch relevant.

Rückenproblemen befürwortet. Letzteres ist umso signifikanter, als aus der Untersuchung deutlich wird, dass in allen sechs Kohorten Personen, die nach einem Jahr die Arbeit wieder aufgenommen hatten, eine statistisch bedeutend bessere Rückenfunktion hatten als solche, die nicht arbeiteten. Solche Ergebnisse sprechen nicht nur für verstärkte medizinische und berufliche Anstrengungen insbesondere im ersten Jahr nach Behinderungsbeginn, sondern auch für arbeitsmarktpolitische Maßnahmen zur Offenhaltung der Stelle für diesen Zeitraum.

Schließlich war die Zahl der den Teilnehmern verabreichten Behandlungen signifikant. Selbst Personen, die nach einem Jahr von keinem besseren Gesundheitszustand zu berichten wussten, erhielten weiterhin zahlreiche Behandlungen. Während dieser Ansatz angesichts des Ausbleibens einer Besserung einerseits vernünftig erscheint, fällt andererseits auf, dass so viele Behandlungen und Maßnahmen keine günstige Wirkung auf die Gesundheit zeigen konnten. Aus gesundheitspolitischer Sicht legen diese Ergebnisse nahe, dass mehr Forschung im Bereich der Messung der Wirksamkeit oder Unwirksamkeit medizinischer Maßnahmen sowie über den effizientesten Zeitpunkt für solche Maßnahmen notwendig ist.

## Arbeitsplatzsicherheit

Neben anderen Faktoren wie dem Gesundheitszustand der Beschäftigten, den Arbeitsbedingungen oder der Funktionsweise des Leistungssystems ergab die Studie, dass der Umstand, **ob Arbeitnehmer die Arbeit bei ihrem früheren Arbeitgeber wieder aufnahmen, entscheidend durch die Sicherheit ihres Arbeitsplatzes mit beeinflusst wurde**. Es geht dabei um das Recht krankgeschriebener Angestellter, ihre Stelle zu behalten, oder umgekehrt um das Recht des Arbeitgebers, einen Arbeitnehmer wegen langen krankheits- oder behinderungsbedingten Fehlens zu entlassen. Die WIR-Studie deckte nicht nur auf, dass diesbezüglich beträchtliche Unterschieden zwischen den untersuchten Ländern bestanden, sondern auch dass sich die Stärke oder Schwäche des Schutzes als sehr signifikant für die Resultate erwies.

In den Vereinigten Staaten, Dänemark und Israel ist die Entlassung während einer Arbeitsunfähigkeit (krankheitsbedingte Fehlzeit) erlaubt. In Dänemark hat der Arbeitgeber für mehrere Kategorien von Arbeitnehmern das Recht, sie nach 120 Tagen krankheitsbedingter Abwesenheit in einem Jahr zu entlassen (seit 1997 gilt dies nicht mehr für Arbeitnehmer des öffentlichen Sektors). In den Vereinigten Staaten genießen Angestellte keine Schutzbestimmungen im Sinne einer Lohnfortzahlung, oder in Verbindung mit häufigen oder langdauernden krankheitsbedingten Abwesenheiten. In den Vereinigten Staaten sieht die Family and Medical Leave Act von 1993 einen zentralen Schutz der Arbeitsstelle vor, indem es bis zu 12 Wochen Urlaub in einem 12-Monatszeitraum zulässt, falls der Arbeitnehmer infolge ernster Gesundheitsprobleme nicht arbeiten kann. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass es sich um unbezahlten Urlaub handelt, so dass der Schutz nur gegen eine Entlassung in diesen 12 Wochen besteht.

Andererseits stehen die Bestimmungen und Handhabung bezüglich Entlassungen infolge Krankheit in den übrigen drei untersuchten Ländern deutlich dazu im Gegensatz. In diesen drei Ländern geniessen kranke oder arbeitsunfähige Arbeitnehmer vollen Schutz. So kann der Arbeitgeber in Deutschland Bestimmungen in den Arbeitsvertrag aufnehmen, die die Entlassung infolge von Fehlzeiten aufgrund von Krankheit regeln, aber im Wesentlichen besteht wenigstens eine gewisse Arbeitsplatzsicherheit für arbeitsunfähige Arbeitnehmer. In den Niederlanden ist es verboten, krankgemeldete Mitarbeiter während der ersten beiden Jahre nach Beginn der Krankheit oder Arbeitsunfähigkeit zu entlassen. Das niederländische öffentliche Arbeitsamt hat das Recht, die Legitimität einer jeden geplanten Entlassung zu untersuchen, wenn der Hauptentlassungsgrund die organisatorischen und wirtschaftlichen Folgen häufiger Abwesenheit ist („Störung des Produktionsprozesses"). In Schweden schließlich ist eine Entlassung nur unter gewissen Umständen zulässig, d.h. erst nachdem alle Rehabilitationsmöglichkeiten und die Wiederaufnahme der Arbeit am ursprünglichen Arbeitsplatz ohne Erfolg versucht wurden (dies gilt insbesondere für große Arbeitgeber).

Zusammenfassend zeigten die Resultate**, dass der Umstand, ob ein krankheits- oder behinderungsbedingt arbeitsunfähiger Arbeitnehmer die Arbeit bei seinem früheren Arbeitgeber wieder aufnimmt, signifikant von der Sicherheit seines Arbeitsplatzes beeinflusst wird.** Wie die Untersuchung herausfand, griffen die Arbeitgeber in Ländern, wo sie das Recht hatten, Arbeitnehmer nach einer relativ kurzen Zeit zu entlassen, im Allgemeinen auch zu diesem Mittel, was die Möglichkeit für die Arbeitnehmer, je wieder eine Arbeit aufzunehmen, negativ beeinflusste.

Aus Sicht der Politik ist der Frage der Arbeitsplatzsicherheit sogar noch mehr Bedeutung beizumessen, wenn die oben erwähnten Ergebnisse berücksichtigt werden, d.h. dass Personen, die die Arbeit innerhalb eines Jahres wieder aufgenommen hatten, statistisch eine wesentlich bessere Rückenfunktion aufwiesen als die anderen. Bestimmungen, die eine rasche Entlassung erleichtern, können sicher jede Möglichkeit einer Wiederaufnahme der Arbeit beim aktuellen Arbeitgeber ausschließen, aber wie die Ergebnisse zeigen, können sie auch zu Verzögerungen und geringeren Quoten bei der Wiederaufnahme der Arbeit überhaupt führen. Andererseits wiesen die US-Ergebnisse insgesamt eine eher hohe Rückkehrrate auf (62 Prozent, davon 35 Prozent beim früheren Arbeitgeber, 24 Prozent bei einem neuen; und 3 Prozent selbständig), die sich trotz oder wegen der bei US-Arbeitgebern üblicheren raschen Entlassung ergeben hat. Es sollte daher darüber nachgedacht werden, ob die Arbeitgeber in ihrer Eile, kranke Arbeitnehmer zu entlassen und zu ersetzen, nicht sowohl den Arbeitnehmern als auch sich selbst einen schlechten Dienst erweisen. Für Arbeitnehmer erschwert oder verhindert solches Verhalten eine Wiederaufnahme der Arbeit, da sie die Suche nach einem neuen Arbeitgeber erfordert – eine Situation, die nach Eintreten einer Behinderung besonders problematisch werden kann. Zudem könnte sich eine rasche Entlassung auch aus Sicht des Arbeitgebers als schlechte Politik erweisen, weil er erfahrene Mitarbeiter verliert, die, wenn sie etwas mehr Zeit bekämen, die Arbeit wieder aufnehmen könnten und deren Genesung durch die Arbeit beschleunigt werden könnte.

Aus diesen Ergebnissen können Arbeitgeber die Lehre ziehen, dass sie sich überlegen sollten, ob nicht eine abwartende Haltung bei krankheits- oder behinderungsbedingtem Fehlen eines wertvollen Mitarbeiters wenigstens für ein Jahr nach der ersten Absenz günstiger ist. Selbstverständlich sollten die Arbeitgeber falls nötig auf Zeitarbeiter und Aufgabenverlagerung zurückgreifen, anstatt zu rasch zu entlassen, denn jede Einstellung eines Ersatzes, dessen Schulung und die Dauer, bis seine Produktivität das Niveau des Entlassenen erreicht, dies alles ist mit definitiven Kosten verbunden. Auf makroökonomischer Ebene können Länder, deren Arbeitspolitik den Arbeitgebern eine liberale Entlassungspolitik ermöglicht, unversehens zum Anstieg ihrer eigenen Behindertenzahlen beitragen, wenn Gelegenheiten für kranke oder arbeitsunfähige Arbeitnehmer, eine Wiederaufnahme der Arbeit mit Erleichterungen oder Anpassungen insbesondere während des ersten Jahres nach Krankheitsbeginn zu versuchen, verloren gehen.

## Angedrohte oder tatsächliche Entlassung

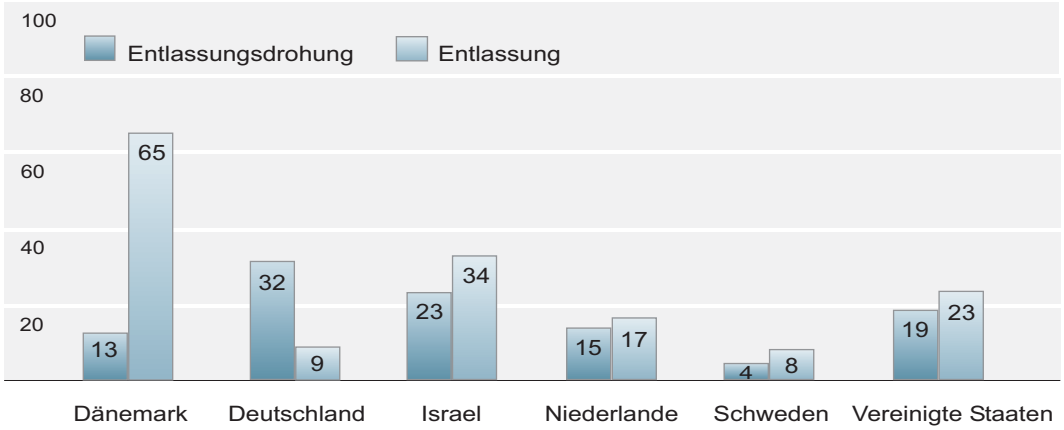
Die Untersuchung ergab, dass **der Arbeitgeber relativ oft mit einer Entlassung drohte und dass dies die Wiederaufnahme der Arbeit beschleunigte.** In Deutschland war die Androhung einer Entlassung während der zweijährigen Beobachtungszeit relativ häufig – 32 Prozent der Versicherten mussten dies erfahren. Überraschenderweise wurden allerdings die meisten Entlassungsdrohungen in Deutschland nicht wirklich umgesetzt – nur 9 Prozent der Kohorte wurden tatsächlich entlassen. Auch in Israel und den Vereinigten Staaten wurde relativ häufig gedroht – etwa einem Fünftel wurde eine mögliche Entlassung in Aussicht gestellt. In Dänemark und den Niederlanden erhielten 13-15 Prozent Drohungen, in Schweden aber nur 4 Prozent.

Diese Ergebnisse zeigten auch, dass die angedrohte Entlassung die erhoffte Wirkung zeigte – d.h. wenn mit Entlassung gedroht wurde, ohne die Drohung wahr zu machen, war am Ende des Beobachtungszeitraums eine höhere Rückkehrrate zu verzeichnen. In Dänemark, Israel und den Vereinigten Staaten kam es im ersten Jahr zu den meisten Drohungen und tatsächlichen Entlassungen (Median bis zu 5 Monate). In Schweden erfolgten alle der wenigen Drohungen und Entlassungen im zweiten Jahr. Tatsächlich entlassen wurde häufig in der dänischen Kohorte, wo 65 Prozent in den zwei Jahren nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit davon betroffen waren. Auch in den israelischen und amerikanischen Kohorten wurde eine erhebliche Zahl von Personen entlassen (34 Prozent beziehungsweise 23 Prozent).

Andererseits zeigten die Ergebnisse der WIR-Studie auch den Wert von Maßnahmen zum Schutz des Arbeitsplatzes gegenüber einer liberalen Entlassungspolitik am Beispiel sehr verschiedener Resultaten für zwei ansonsten sehr ähnliche Länder.

Insbesondere die unterschiedlichen Resultate für die niederländischen und die dänischen Kohorten in der Studie sind äußerst aufschlussreich. Unter Verwendung von Cluster-Analysen ergab sich, dass die beiden Kohorten in den Niederlanden und in Dänemark als „Länderpaar“ angesehen werden können, d.h. sie weisen die größte

**Entlassungsdrohung und Entlassung bei T2 oder T3 (Prozent der Kohorte)**




Ähnlichkeit bei den meisten Variablen auf, darunter Alter, Bildungsniveau, durchschnittliche Anzahl Jahre an der aktuellen Arbeitsstelle, Funktionsbeeinträchtigungen und Schmerzintensität. Infolge des oben erwähnten Arbeitgeberrechtes, Mitarbeiter nach 120 Tagen krankheitsbedingter Abwesenheit zu entlassen, gerieten 62 Prozent der dänischen Kohorte im ersten Jahr in Arbeitslosigkeit und mussten eine neue Stelle finden oder umschulen. Daraus ergab sich, dass von den Personen, die nach zwei Jahren in Dänemark wieder arbeiteten, nur 44,6 Prozent bei ihrem früheren Arbeitgeber blieben. Dieses Ergebnis stand in krassem Gegensatz zu den Niederlanden, wo im gleichen Zeitraum 81,9 Prozent zu ihrem früheren Arbeitgeber zurückkehrten. **Der Schutz in den Niederlanden trug nicht nur zu einen größeren Erfolg bei der Rückkehrrate bei (71,6 Prozent im Vergleich zu 39,7 Prozent in Dänemark), sondern er erreichte dies sogar schon im ersten Jahr nach Krankheitsbeginn.**

Aus Sicht der Politik besteht eine bedeutender Unterschied zwischen Entlassungsdrohungen, insbesondere wenn der Arbeitgeber vermutet, dass der Arbeitnehmer simuliert, und einer tatsächlichen Entlassung. Darüber hinaus ist der Zeitpunkt einer tatsächlichen Entlassung besonders entscheidend für die Ergebnisse in Bezug auf eine Wiederaufnahme der Arbeit. Es gibt allerdings auch zu erwägende Folgen für die Politik bei Entlassungsdrohungen, insbesondere wenn der Mitarbeiter nach wie vor die Arbeit nicht wieder aufnehmen kann oder sie ohne gesundheitliche Besserung wieder aufnimmt. Einerseits deuten die schwedischen Ergebnisse an, dass die beste Therapie die Arbeit selbst sein kann. Andererseits bergen Entlassungsdrohungen die Gefahr, zu einer feindlichen Beziehung zwischen Arbeitgebern und Mitarbeitern zu führen. Offensichtlich heißt die ideale Antwort Zuckerbrot, und Peitsche nur wenn nötig. Entlassungsdrohungen müssen Angebote zur Rehabilitation, Erleichterungen und Anpassungen vorangehen und sie müssen maßvoll eingesetzt werden, sonst schwächen sie die Beziehung Arbeitgeber-Mitarbeiter und wirken sich negativ auf die Ergebnisse bei der Wiederaufnahme der Arbeit aus.

# Flexibilität der Arbeit

Die tatsächlichen Ergebnisse der Kohorten in dieser Untersuchung zeigen, dass die allgemeine Flexibilität des niederländischen Systems bei Bemühungen um die Wiederaufnahme der Arbeit zu helfen scheint. Die Wiederaufnahme der Arbeit in der niederländischen Kohorte war häufig von temporären oder dauerhaften Maßnahmen begleitet. Die Niederländer schienen insbesondere das überaus erfolgreich zu nutzen, was die Untersuchung mit „therapeutische“ Wiederaufnahme der Arbeit bezeichnet. Therapeutische Wiederaufnahme der Arbeit bedeutet, die Arbeit mit Schulungen und zunächst mit Ausgleichszahlungen für weniger Wochenarbeitsstunden wieder aufzunehmen. Die Deutschen nennen dieses System „stufenweise Wiederaufnahme der Arbeit“, was hießt, dass die Arbeitsstunden mit der Verbesserung der Kapazität des Betroffenen schrittweise erhöht werden.

Allerdings gibt es einen möglichen Vorbehalt, der die sehr hohen Wiederaufnahmeergebnisse der niederländischen Kohorte in der vorliegenden Studie erklären könnte. Die niederländische Kohorte enthielt möglicherweise mehr Fälle von „langwierigen Kurzzeitkranken“ als die Kohorten der anderen Länder. Mit anderen Worten können Fälle von Arbeitsunfähigkeit, die in den anderen Ländern bereits nach 90 Tagen hätten abgeschlossen sein können, in den Niederlanden wegen des schutzbietenden und relativ entgegenkommenden Systems länger gedauert haben. In der Tat zeigten Vergleiche, soweit Statistiken verfügbar waren, dass die Niederlande einen sehr hohen Anteil von 3-monatigen Fehlzeiten bei Arbeitnehmern aufweisen. Diese häufigeren Langzeitabsenzen in den Niederlanden könnten bedeuten, dass die niederländische Kohorte in Wirklichkeit in geringerem Maße gesundheitlich eingeschränkt war als die Kohorten der anderen Länder.

Die Niederländer unterstützen auch die Wiederaufnahme der Arbeit durch Anpassungen des Arbeitsplatzes und Änderungen des Anforderungsprofils, falls nötig. Zudem ergab die Untersuchung, dass die Erleichterungen der Arbeit insgesamt (einschließlich Adaptionen des Arbeitsplatzes, Anpassung der Arbeitszeit, Neugestaltung der Arbeit oder Wechsel des Arbeitsplatzes sowie therapeutische Wiederaufnahme der Arbeit) in den Niederlanden am frühsten einsetzten (nach etwa 6 Monaten) und in den Vereinigten Staaten am spätesten (nach etwa 9 Monaten). Für Deutschland sind keine Angaben verfügbar, aber in den anderen Ländern erfolgten solche Maßnahmen üblicherweise nach etwa 7 Monaten, wobei allerdings nur die Niederlande und Schweden die therapeutische Wiederaufnahme der Arbeit als Strategie angaben.

Die Untersuchungsergebnisse brachten die Flexibilität der Arbeitsgesetze und insbesondere der Arbeitgeberpraxis in Bezug darauf, wie den Arbeitnehmern durch das bestehende System bei der Wiederaufnahme der Arbeit geholfen wurde oder nicht, deutlich zum Vorschein. Besonders interessant war der Gegensatz zwischen dem Arbeitgeberverhalten in den Niederlanden und dem der dänischen Arbeitgeber. Trotz großer Ähnlichkeit zwischen den beiden Kohorten nahmen 72 Prozent der Niederländer die Arbeit wieder auf, während es bei den Dänen nur etwa 40 Prozent waren.

Aus politischer Sicht sind diese Ergebnisse recht überraschend. Dabei scheint nicht nur der Schutz des Arbeitsplatzes eine bedeutende Rolle für die Erklärung dieser Ergebnisse zu spielen, sondern es scheint auch äußerst wichtig zu sein, ob angemessene Unterstützungen bestehen. Die Ergebnisse zeigen, dass das niederländische System eine Reihe von unterstützenden Maßnahmen vorsieht, die es dem Arbeitnehmer ermöglichen, die Arbeit allmählich wieder aufzunehmen und die benötigte Unterstützung in Anspruch zu nehmen, unter die nicht nur die typischen Erleichterungen bei der Arbeit fallen, sondern auch angepasste Arbeitszeiten, Wechsel des Arbeitsplatzes, Neugestaltung der Anforderungsprofils und so weiter.

Die niederländischen Reformen der 1990er Jahre brachten nicht nur den Schutz des Arbeitsplatzes und eine Verlagerung der Finanzlast vom öffentlichen Sektor auf die Arbeitgeber mit sich, sondern wiesen den Arbeitgebern auch eine aktive Rolle bei der Wiedereingliederung krankgeschriebener Mitarbeiter zu. Die Arbeitgeber müssen über formale Regelungen zur Krankheitsvorbeugung und für Absenzen verfügen und sind verantwortlich dafür, Wiedereingliederungspläne für arbeitsunfähige Mitarbeiter zu entwerfen und im Rahmen ihrer Möglichkeiten alles zu tun, um sie wieder in den Betrieb einzugliedern. Der Arbeitgeber muss eine staatlich anerkannte privatisierte Beraterfirma damit beauftragen, die Umsetzung einer Präventions- und Wiedereingliederungspolitik zu unterstützen.

Daraus wird ersichtlich, dass die niederländische Situation, in der die Arbeitgeber die Stelle frei halten und die Leistungen für die kranken oder verletzten Arbeitnehmer bezahlen, auch weitgehend die Beibehaltung der Stelle begünstigt, indem sie die Zusammenarbeit und Flexibilität zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer fördert. In Systemen, in denen der kranke oder verletzte Mitarbeiter gezwungen ist, die Stelle aufzugeben und Arbeit bei einer anderen Firma zu finden, ist dagegen die Wahrscheinlichkeit, dass der neue Arbeitgeber sich bereitwillig flexibel in Bezug auf eine schrittweise Wiederaufnahme der Arbeit oder mit geringeren Anforderungen zeigt, äußerst gering oder dies wäre im bestenfalls wahrscheinlich nur von kurzer Dauer. Arbeitspolitiken, die eine frühzeitige Entlassung von kranken oder behinderten Mitarbeitern erlauben und/oder begünstigen wie in Dänemark, können die Möglichkeit versperren, dass der Arbeitnehmer die Arbeit beim früheren Arbeitgeber wieder aufnimmt. Darüber hinaus können Invalidenprogramme der Sozialversicherung in Ländern wie den Vereinigten Staaten, die die Beendigung des Arbeitsverhältnisses mit dem früheren Arbeitgeber als Voraussetzung für den Anspruch auf Invalidenleistungen verlangen, ungewollt zu den Problemen von Arbeitnehmern mit schweren Krankheiten oder Behinderungen bei der beruflichen Wiedereingliederung beitragen.

## Strategien frühzeitigen Eingreifens

Ein weiterer anerkannter Grundsatz für eine gute Wiedereingliederungspolitik ist die frühzeitige Erkennung und gegebenenfalls ein frühzeitiges Eingreifen. Daher bestimmt

der formale Prozess des Bezugs von Krankenleistungen üblicherweise auch den Zeitpunkt. In allen untersuchten Ländern mussten die Arbeitnehmer ihre Arbeitgeber bei Beginn über ihre Abwesenheit infolge Arbeitsunfähigkeit unterrichten. Außerdem war in allen Ländern außer den Niederlanden irgendwann in dem Prozess ein ärztliches Attest erforderlich, typischerweise bald nach Beginn. Zwar scheint ein gewisser gemeinsamer Ansatz beim Attestverfahren zu bestehen, aber es muss eingeräumt werden, dass solche Anforderungen reine Verwaltungsformalitäten sind und die Wahrscheinlichkeit einer Wiederaufnahme der Arbeit nur wenig berühren. In Wirklichkeit geht es hier um die Verfügbarkeit von Rehabilitationsmaßnahmen und deren Zeitplanung. Die Untersuchung ergab, dass das soziale Sicherungssystem in Schweden das Rehabilitationsprogramm zusammen mit dem Arbeitgeber von der 8. Woche an koordiniert und plant. In den Niederlanden überwacht das soziale Sicherungssystem Rehabilitationsbestrebungen durch den Arbeitgeber von der 13. Woche an. In Dänemark wurde das Rehabilitationspotenzial durch das soziale Sicherungssystem 3 Monate nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit beurteilt, geplant und finanziert. In Deutschland leitet die Sozialversicherung die Rehabilitation bei Beginn der Sozialversicherungsleistungen ein. In Israel beginnt die staatlich finanzierte Rehabilitation erst, nachdem Invalidenrenten zuerkannt werden.

Die Folgen der Kopplung von Entscheidungen über die Bereitstellung von Rehabilitationsleistungen mit jenen über den Leistungsbezug können nicht überschätzt werden. In mehreren untersuchten Ländern war die Bereitstellung von Leistungen zur beruflichen Wiedereingliederung Bestandteil des Leistungsgewährungsprozesses und die Verantwortung dafür lag meist beim gleichen Träger, der auch die Geldleistungen auszahlt. In derart integrierten Modellen besteht ein bedeutendes finanzielles Interesse, dass der Leistungsempfänger möglichst rasch die Arbeit wieder aufnimmt. Daher weisen Länder mit solchen Systemen auch die Tendenz auf, die Bedeutung von frühzeitiger Erkennung zu verstehen und entsprechende Maßnahmen anzuwenden.

Solche Strategien frühzeitigen Eingreifens stehen in deutlichem Gegensatz zur Situation in Ländern, in denen die Bereitstellung von beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahmen von Geldleistungen unabhängig ist und/oder die Verantwortung dafür bei einem anderen Träger liegt, der keine Kranken- oder Invalidenleistungen auszahlt. Die Folgen dieser Struktur- oder Verwaltungspraxis für die Politik lassen sich an der Situation in den Vereinigten Staaten illustrieren, wo die Verwaltung für soziale Sicherheit keine Verantwortung für die Bereitstellung von Rehabilitationsleistungen trägt. Alle Entscheidungen über die Zahlung von Invalidenrenten erfolgen vor und unabhängig von der möglichen Wirksamkeit von Rehabilitationsleistungen. Die Folgen für die Politik des Beispiels Vereinigte Staaten liegen auf der Hand – die Verwaltung für soziale Sicherheit kann ihre Antragsteller nur auf die Rehabilitation hinweisen, aber die eigentliche Entscheidung über die Bereitstellung entsprechender Leistungen obliegt einer anderen Trägereinrichtung. Wenn es zu Rehabilitationsmaßnahmen kommt, dann erst nachdem der Antragsteller infolge einer schweren Behinderung für permanent und voll arbeitsunfähig erklärt wurde. Zudem können, wie bereits festgestellt,

Antragsteller auf Invalidenrenten nicht arbeiten, während ihr Antrag läuft, womit jede Möglichkeit einer beruflichen Wiedereingliederung beim aktuellen Arbeitgeber nach der Rehabilitation ausgeschlossen ist. Die Untersuchungsergebnisse für die Vereinigten Staaten erscheinen wahrscheinlich positiver, als sie für die meisten amerikanischen Bundesstaaten ausgefallen wären, denn die beiden in der Studie untersuchten Staaten – Kalifornien und New Jersey – haben Invalidenprogramme, die zeitlich befristete Krankengelder bezahlen. Im Falle New Jerseys werden diese Gelder für die ersten 26 Wochen bezahlt, und in Kalifornien für die ersten 52 Wochen. Somit ist die Funktionsweise der beiden bundesstaatlichen Modelle dem ihrer ausländischen Pendants insofern ähnlicher, als sie Gelegenheit zum Versuch einer Rehabilitation oder anderer Maßnahmen geben, während der arbeitsunfähige Arbeitnehmer für wenigstens 26 Wochen und möglicherweise ein ganzes Jahr in seinem Arbeitsverhältnis gehalten wird. Insgesamt ist es sehr wahrscheinlich, dass die Ergebnisse der amerikanischen Kohorte wesentlich weniger erfolgreich gewesen wären, wenn die Teilnehmer aus den 45 Staaten gekommen wären, die keine solche Gelegenheit der Wiedereingliederung in die frühere Arbeitsstelle oder beim früheren Arbeitgeber vorsehen.

## Wiedereingliederung in eine sich wandelnde Wirtschaft

Wie bereits erwähnt, vertrat die in Deutschland teilnehmenden Krankenkassen Rentenkasse überwiegend (Fach-)Arbeiter. Darüber hinaus wies die deutsche Kohorte ein im Durchschnitt wesentlich niedrigeres Bildungsniveau und ein wesentlich höheres Alter (um 10 Jahre) auf als die Kohorten der anderen Länder.

Es ist es deshalb häufig schwierig, Aussagen aus den Ergebnissen des insgesamt schwachen Abschneidens der deutschen Kohorte abzuleiten. Lässt sich die niedrige Rückkehrrate durch das fortgeschrittene Alter erklären? Dies ist durchaus möglich, aber wie erklärt angesichts der Bedeutung des Alters sich der Umstand, dass in der Altersgruppe 55 und älter nur 17 Prozent der deutschen Arbeitnehmer die Arbeit wieder aufnahmen, während es bei den Niederländern 68 Prozent waren? Ähnlich große Unterschiede zwischen Ländern ergaben sich bei Vergleichen des Bildungsniveaus. Kurz gesagt konnten aufgrund der besonderen Merkmale der deutschen Kohorte die entsprechenden Variablen nur schlecht gemessen werden, da schwer festzustellen war, welche Faktoren signifikant waren und welche nicht.

Wahrscheinlich sind die schlechten deutschen Ergebnisse in Wirklichkeit eine **Kombination** aus mehreren Faktoren – d.h. höheres Alter, geringere Bildung und die körperliche Arbeit, die gewöhnlich anstrengender ist. Arbeitnehmer mit Rückenproblemen können solche Arbeit mit geringerer Wahrscheinlichkeit weiter verrichten, die niedrigen Bildungsniveaus würden möglicherweise einen Wechsel in Büroarbeit oder mehr sitzende Tätigkeiten ausschließen und ihr hohes Alter könnte die Bemühungen des Sozialversicherungsträgers um eine berufliche Wiedereingliederung beeinträchtigen.

Obwohl Verallgemeinerungen stets gefährlich sind, ist es wahrscheinlich, dass die Merkmalkombination der deutschen Kohorte bei Kohorten vieler anderer Länder zu ähnlichen Resultaten geführt hätte. Insbesondere angesichts der Tatsache, dass das deutsche System seit langem dafür bekannt ist, der Wiedereingliederung vor Gewährung einer Rente Vorrang zu geben, ergeben sich aus den negativen Ergebnissen dieser Kohorte ernstzunehmende Folgen für die Politik der Sozialversicherungssysteme allerorten.

**Was geschieht beispielsweise aus Personen mit geringer Bildung während des Voranschreitens der technologischen Revolution, die Arbeitnehmer mit besserer Bildung und Berufsausbildung benötigt?** Darüber hinaus hat sich unter dem Druck der Globalisierung die Art der Produktion in den Industrieländern drastisch verändert. Viele westliche Länder haben buchstäblich das Verschwinden ganzer Gewerbe erlebt, wie etwa die Textil- und Schuhfabrikation, die lange Zeit Beschäftigung für Personen mit geringerer Bildung boten. In ähnlicher Weise verlieren gutbezahlte Arbeiter in Schwerindustrien wie Stahl- und Automobilherstellung Arbeitsstellen an den technologischen Fortschritte etwa in der Robotik, zu deren Bedienung besser qualifizierte Kräfte benötigt werden. Das rasche Wachstum der Computerindustrie und insbesondere des Bereichs Informationstechnologie verlangt von jedem Einzelnen eine ständige Aktualisierung ihrer Fähigkeiten, um auf dem Laufenden zu bleiben. Für Personen mit geringer Ausbildung oder Qualifikation bietet zur Zeit der sich ausweitende Dienstleistungssektor eine Alternative. Solche wenig qualifizierten Arbeitsstellen im Dienstleistungsbereich sind jedoch eine kaum gangbare Option für ältere Arbeitnehmer mit Rückenproblemen, denn diese Stellen sind gewöhnlich körperlich anstrengend oder erfordern viel Ausdauer und sie sind tendenziell schlecht bezahlt.

Zudem geben viele Forscher neuer Besorgnis Ausdruck, dass die rasante Globalisierung in Entwicklungsländern häufig eine Nachfrage nach billigen Arbeitskräften schafft, zur Bildung einer neuen Unterschicht führt. Oft wird argumentiert, dass die Globalisierung die Ungleichheit zwischen den weniger qualifizierten Personen und den hoch qualifizierten Fachkräften sowohl in Entwicklungs- als auch in Industrieländern verstärkt.

Es wird geltend gemacht, dass der zunehmende Handel zwischen Industrie- und Entwicklungsländern die Nachfrage nach wenig qualifizierten Arbeitnehmern in Industrieländern senkt. Somit konzentrieren sich die Entwicklungsländer auf die Warenproduktion mit wenig qualifizierten, billigen Arbeitskräften, während die Industrieländer sich auf die Warenproduktion mit hochqualifizierten Fachkräften bei höheren Löhnen spezialisieren. In Industrieländern mit flexiblen Arbeitsmärkten sinken die Löhne für wenig qualifizierte Arbeitnehmer, während in solchen mit starren Arbeitsmärkten die Arbeitslosigkeit steigt.

Ob solch düstere Vorhersagen über die Wirkung der Globalisierung zutreffen oder nicht, die Sozialversicherungssysteme müssen darauf vorbereitet sein, die Entstehung neuer, Risiken ausgesetzter Arbeitnehmergruppen zu bewältigen. Einige werden zwar die eingeschränkte wissenschaftliche Aussagekraft der Ergebnisse kritisieren, die sich

aus der Tatsache ergab, dass die deutsche Kohorte dem Untersuchungskonzept weniger genau entsprach als beabsichtigt, aber dieser Umstand könnte sich als Glücksfall für die politischen Entscheidungsträger herausstellen.

Die politische Bedeutung der enttäuschenden Ergebnisse bei der Wiederaufnahme der Arbeit in der deutschen Kohorte ist ein klares Warnsignal, vor allem für die Industrieländer, dass neue Strategien entworfen werden müssen, um Arbeitnehmer mit geringer Bildung oder beschränkten Fähigkeiten für sinnvolle und beständige Berufe auszubilden oder umzuschulen. Maßnahmen, die die Kenntnisse und das Know-how älterer Arbeitnehmer berücksichtigen, müssen entwikkelt und so gestaltet werden, dass sie solche Qualifikationen auf neue Art oder zur Ausbildung jüngerer Arbeitnehmer nutzen. Ältere Arbeitnehmer mit geringem Bildungsniveau könnten zum Beispiel durchaus in der Lage sein, jüngere Arbeitnehmer in Handwerken wie Maurer, Zimmermann, Möbelschreiner, Metallarbeiter und so weiter auszubilden. Die Gewerkschaften sollten eine größere Rolle bei Bemühungen, ältere Arbeitnehmer als Ausbilder oder Mentoren zu halten, wenn ihre Behinderungen sie an der regelmäßigen Ausübung ihrer beruflichen Aufgaben hindern. Solche Maßnahmen könnten den doppelten Zweck erfüllen, ältere Arbeitnehmer im Erwerbsleben zu halten und wertvolle Fähigkeiten weiterzugeben.

Außerdem muss in einigen Ländern bei der Art, wie mit Einwanderern oder früheren Sozialleistungsempfängern umgegangen wird, besonders auf die Bedeutung für die Politik geachtet werden, sonst erfahren diese Gruppen ähnliche Probleme.

Zur Zeit widmen mehrere der Industrieländer (zum Beispiel die Vereinigten Staaten, Großbritannien und Australien) der Entwicklung von Beschäftigungsprogrammen für Empfänger von Sozialhilfe erhebliche Finanzmittel und Anstrengungen. Die sozialen und wirtschaftlichen Ziele, Personen aus der Sozialleistungsabhängigkeit heraus und in Beschäftigung zu führen, mögen zwar allgemein gutgeheißen werden, jedoch sollten die politischen Entscheidungsträger darauf achten, nicht auf einfache, provisorische Lösungen zu setzen. Besonders in Zeiten einer hohen Nachfrage nach Personen, die gering qualifizierte Arbeit annehmen, muss darauf geachtet werden, sie nicht in eine Sackgasse zu führen, wenn sie älter oder behindert werden. In den Industrieländern sind die Einwanderer eine diesbezüglich besonders gefährdete Gruppe. Einwanderer verfügen oft über keine grundlegenden Lese- und Schreibkenntnisse für die Landessprache(n) ihrer Wahlheimat, was sie oft auf körperliche Arbeit beschränkt. Länder, die sich für solche Arbeiten auf jüngere, gesunde Einwandern verlassen, ohne heute ihre Weiterbildung zu sichern, werden später eine Vielzahl ihrer in den Invaliden- oder Arbeitslosensystemen zu bewältigen haben. **Insgesamt sollte die Erfahrung mit der Merkmalkombination, die zu schlechten Ergebnissen bei der Wiederaufnahme der Arbeit in der deutschen Kohorte führte, eine Musterlektion für Träger und Programmspezialisten in Bezug auf andere gefährdete Arbeitnehmergruppen sein.** ■

# WEITERE BEDEUTUNG FÜR DIE SOZIALPOLITIK UND VORSCHLÄGE FÜR KÜNFTIGE FORSCHUNG

Wie bereits erwähnt, ist das Einmalige der vorliegenden Untersuchung ihr methodologischer Ansatz mit länderübergreifenden Vergleichen von Verfahren zur Wiederaufnahme der Arbeit in sechs Industrieländern. Zusätzlich zu den Untersuchungsergebnissen selbst produzierte die Forschungsarbeit eine Fülle von Daten, die zu anderen Zwecken weiter ausgewertet oder als Hintergrund für andere Forschungsarbeiten verwendet werden könnten. Zusätzlich zu den länder- und kohortenübergreifenden Vergleichen wurden im Rahmen des Projekts auch nationale Berichte erstellt. Wie nicht anders zu erwarten stellten diese nationalen Berichte die „heimische" Kohorte im Kontext der nationalen Politik bei Sozialschutz, Prävention und Wiedereingliederung in den Vordergrund. Die nationalen Studien können auch Schlussfolgerungen oder Bestimmungsfaktoren (Prädiktoren) für die Wiederaufnahme der Arbeit oder die Auswirkungen der Maßnahmen bieten, deren Gültigkeit von Interesse für Leser in bestimmten Ländern sein könnten. Außerdem enthält eine abfragbare CD-ROM die internationale Datenbasis.

Darüber hinaus bargen viele der länderübergreifenden Resultate Überraschungen, allen voran die mit 72 Prozent überaus positiven Ergebnisse bei der Wiederaufnahme der Arbeit für die niederländische Kohorte – eine wesentlich höhere Rate als in allen anderen untersuchten Ländern. Die Niederländer hatten von einigen Sozialökonomen das Etikett „kranker Mann Europas" verpasst bekommen und ihr Invalidenprogramm galt wegen der Vielzahl von Kranken- und Invalidenleistungsempfänger als „Niederländische Krankheit". Die Ergebnisse der WIR-Studie scheinen nun jedoch die Wirksamkeit der politischen Bemühungen der letzten Jahre um ihr Invalidenprogramm zu bestätigen. Zwar kehrten ihre Teilnehmer nicht unbedingt in Vollzeitbeschäftigung zurück, aber die Resultate waren trotzdem überaus gültig und lehrreich. **Vor allem belegen die niederländischen Ergebnisse die Wichtigkeit der Beziehung zwischen dem Arbeitgeber und dem Mitarbeiter für eine erfolgreiche Wiederaufnahme der Arbeit.** Der Umstand, dass Arbeitgeber kranke oder behinderte Arbeitnehmer nicht rasch entlassen können, scheint zusammen mit einer flexibleren Atmosphäre für eine allmähliche Wiederaufnahme der Arbeit den Unterschied zwischen den Erfolgsquoten der ansonsten recht ähnlichen niederländischen und dänischen Kohorten zu erklären.

## Lehren für Arbeitgeber und Politikplaner

Die Notwendigkeit von Flexibilität von Seiten des Arbeitgebers kann sogar noch stärker auf Länder zutreffen, die keine besonders guten Resultate bei der Wiederaufnahme der Arbeit vorweisen konnten. Zwar ist die Versuchung groß, schlechtere Wiedereingliederungsergebnisse auf die Zusammensetzung der Kohorte zurückzuführen (d.h. sie sind älter, weniger gebildet, weniger qualifiziert, usw.), aber eine solche Erklärung geht aus politischer Sicht an der eigentlichen Frage vorbei. Mit anderen Worten stehen alle untersuchten Länder mehr oder weniger vor dem Problem einer alternden Arbeitnehmerschaft.

Blickt man hinter die Ergebnisse der deutschen Kohorte, erkennt man zum Beispiel, dass Maßnahmen zu medizinischer Rehabilitation und beruflicher Wiedereingliederung in dieser Kohorte recht zurückhaltend eingesetzt und somit wahrscheinlich zu wenig genutzt wurden. Zusammen mit der Erkenntnis, dass fast alle Personen der deutschen Kohorte, die die Arbeit wieder aufnahmen, dies im ersten Jahr taten, veranlassten die Ergebnisse die Forscher des Landes zu der Empfehlung, (1) **dass der Zugang zu medizinischen Rehabilitationsleistungen im deutschen Gesundheitssystem kritisch überprüft werden sollte** und (2) **dass Rehabilitationsmaßnahmen so früh wie möglich getroffen werden sollten**. Die Leser mögen abwägen, inwieweit solche Lehren auch auf bestimmte Bevölkerungsgruppen in ihrem eigenen Land zutreffen. Wie in der Diskussion der deutschen Kohorte oben erwähnt, führen die kombinierten Wirkungen von Alter, geringer Bildung und beschränkte Fähigkeiten als Arbeiter, die weder in ihrem gegenwärtigen Arbeitsumfeld eingesetzt noch an einer neuen Stelle gebraucht werden können, zu besonderen Herausforderungen bei der Wiederaufnahme der Arbeit. Entscheidungsträger der Sozialpolitik in den meisten Industrieländern müssen sich dieses Problems bewusst sein und mehr Forschung über diese besondere Faktorenkonstellation fördern.

Darüber hinaus legen die Ergebnisse, insbesondere Deutschlands und Israels nahe, dass der **Zeitpunkt für medizinische und berufliche Maßnahmen eine entscheidende Rolle die erfolgreiche Wiederaufnahme der Arbeit spielt**. Außerdem scheint in einigen Ländern wie den Vereinigten Staaten die Bereitstellung von Erleichterungen bei der Arbeit, Umschulung und/oder beruflicher Bildung in einer positiven Beziehung zur erfolgreichen Wiedereingliederung zu stehen.

Im Allgemeinen erwiesen sich Erleichterungen bei der Arbeit in Kohorten mit hohen Rückkehrraten als relevante Unterstützungsmaßnahmen. Wie bereits diskutiert, zeigt mit Sicherheit die Flexibilität des Arbeitgebers in Bezug auf Erleichterungen bei Arbeitszeiten einschließlich schrittweiser Wiederaufnahme der Arbeit und Teilzeitbeschäftigung große Wirkung. Die Verwirklichung dieser Art von Maßnahmen erfordert Bereitschaft und Engagement auf Seiten des Arbeitgebers, was bedeutet, dass solche Maßnahmen voraussichtlich besonders gut greifen, wenn die Arbeitsbeziehungen gut sind.

## Fragen zum Gesundheitszustand

Die WIR-Untersuchung beschränkte sich ausschließlich auf Arbeitnehmer, die sich infolge von Rückenproblemen krank meldeten. Es triff zwar zu, dass Rückenprobleme in den meisten Industrieländern eine sehr wichtige Ursache für Fehlzeiten und Arbeitsunfähigkeit sind, aber es gibt auch andere Gesundheitsprobleme, die für die Invalidenprogramme der Sozialversicherungssysteme fast genauso problematisch oder sogar noch problematischer geworden sind. Insbesondere psychische Leiden sind in vielen Industrieländern zur Hauptursache von Arbeitsunfähigkeit geworden. **Die Frage lautet nun, inwieweit sich die Ergebnisse und Lehren aus der Rückenstudie auf Bemühungen um die Wiederaufnahme der Arbeit beispielsweise bei psychischen Krankheiten anwenden lassen. Könnten einige der Maßnahmen und Techniken, die bei Personen mit Rückenproblemen eine positive Wirkung zu haben schienen, auch bei psychischen Krankheiten funktionieren oder erfordert die andere Art des Problems ganz andere Strategien und Lösungen?** Auch für die Untersuchung dieser Fragen ist mehr Forschung notwendig.

Dementsprechend sollte die gesamte Frage des Gesundheitszustandes in Bezug auf Langzeitarbeitsunfähigkeit in künftiger Forschung neu bedacht werden. Sogar bei einer Messung mit international festgelegten Instrumenten erwies sich der Gesundheitszustand nicht als uneingeschränkter Indikator für die Wahrscheinlichkeit einer Wiederaufnahme der Arbeit. In Wirklichkeit **erfolgte die Wiederaufnahme der Arbeit** in mehreren Kohorten **ohne wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes**. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass Gesundheit, Arbeitsumgebung, Fähigkeiten und Einstellungen allesamt wichtige Determinanten für die Arbeitsfähigkeit sind. Ein Schlüssel zur Frage der Arbeitsfähigkeit ist die Einstellung des Arbeitnehmers zur subjektiv wahrgenommenen Fähigkeit zu arbeiten. Obwohl Änderungen in der Motivation und anderen Aspekten der Arbeitsprognose als Nebenwirkungen von medizinischen oder beruflichen Maßnahmen eintreten können, stehen bei keinen Maßnahmen die Einstellungen direkt im Mittelpunkt. **Relevante Themen für weitere Forschungsvorhaben könnten die Rolle der Motivation und Arten der Motivationsbeeinflussung bei Arbeitnehmern und Arbeitgebern sein.**

## Die Frage des Alterns und der Behinderung

Gerade so wie die Zunahme der registrierten Behinderten das Ergebnis vieler komplexer wirtschaftlicher und demografischer Faktoren ist, so sind auch die Auswirkungen auf die Sozialversicherungssysteme äußerst vielschichtig und bisweilen widersprüchlich. Zum Beispiel aus den oben erwähnten demografischen und Haushaltsgründen haben mehrere Länder bereits die Altersgrenze für den Bezug einer vollständigen Altersrente angehoben oder sind dabei, es zu tun. Es entbehrt nicht einer gewissen Ironie, dass die Zahl der registrierten Behinderten in den Industrieländern trotz des ständigen medizinischen Fortschritts anstieg, der zu einem besseren Gesundheitszustand führte und die Lebenserwartung der Bevölkerung erhöhte. Einige Wissen-

schaftler argumentieren sogar, dass **sich nicht nur der Gesundheitszustand der älteren Menschen gebessert habe, sondern dass es immer mehr Hinweise auf rückläufige Behindertenzahlen unter der älteren Bevölkerung gebe.**

Obwohl ältere Bevölkerungsgruppen eindeutig nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung sind, sei die Forschung auf diesem Gebiet als Beispiel für den bisweilen widersprüchlichen Druck und Einfluss auf Planer der Sozialpolitik erwähnt. Der Bezug von Sozialversicherungsleistungen bei Behinderung lässt zumindest nicht darauf schließen, dass die Menschen in den Industrieländern mit weniger Behinderungen oder ähnlichen Krankheitsbildern leben. Mit Sicherheit besteht kein Nettofortschritt im Sinne einer geringeren Zahl von Invalidenrentnern in diesen Ländern. **Selbst falls es zutreffend sein sollte, dass die allgemeinen Behindertenzahlen unter älteren Bevölkerungsgruppen zurückgehen, so ist die Quote der Personen im Erwerbsalter und unter jüngeren Bevölkerungsgruppen, die Invalidenrenten beziehen, stark gestiegen**. Darüber hinaus hat sich die Natur von Behinderung in den letzten Jahren geändert, insbesondere in den entwickelten Volkswirtschaften. So nimmt zum Beispiel der Anteil von Personen mit psychischen Krankheiten unter Invalidenrentenbeziehern in Industrieländern zu; psychische Krankheiten sind auch die am schnellsten ansteigenden Ursachen für den Bezug von Invalidenrenten unter jüngeren Arbeitnehmern.

Zusammenfassend ist anzumerken, dass die Industrieländer mit verschiedenen sich verschiebenden Demografie- und Arbeitsmarktfaktoren kämpfen. Die Bevölkerungen altern, die Arbeit wird komplexer und erfordert neue Arten von Fähigkeiten und Wissen, während früher gut bezahlte wenig qualifizierte Tätigkeiten im Gefolge der Globalisierung verschwinden. Zugleich steigt die Lebenserwartung an, das Rentenalter werden angehoben, Personen leben relativ gut mit früher tödlichen Krankheiten und in vielen Industrieländern müssen Arbeitgeber darum kämpfen, gute, qualifizierte Mitarbeiter zu finden und zu halten. **Die Planer der Sozialpolitik zeigen sich besorgt über die steigenden Zahlen von Invalidenrentenempfängern, während sie sich der anerkannten Zusammenhang zwischen Alterung und Behinderung bewusst sind**. Alle diese Fragen sind komplex und miteinander verzahnt und erfordern wohl überlegte Lösungen, die sich auf solide Forschungsergebnisse stützen. Das Projekt über Arbeitsunfähigkeit und berufliche Wiedereingliederung ist ein hervorragender erster Schritt in diese Richtung und dürfte den Weg für mehr derart umfassende, vergleichende, tiefgreifende und methodisch solide Forschungsarbeit ebnen. ■

Weitere Informationen über dieses Projekt finden Sie in:

## Who Returns to Work and Why?
### A Six-Country Study on Work Incapacity and Reintegration

Frank S. Bloch & Rienk Prins, Herausgeber
2001, xxiii + 306 Seiten, 134 Tabellen und Abbildungen

**Inhalt**


Foreword
Preface
Note to Readers

1. **Work Incapacity and Reintegration: History and Aim of the WIR Project**
   Frank S. Bloch & Rienk Prins
2. **Social Security, Work Incapacity, and Reintegration**
   Rienk Prins & Frank S. Bloch
3. **Work Incapacity and Reintegration: A Literature Review**
   Jan Høgelund
4. **Research Design and Methodology**
   Jockel Wolf
5. **Cohorts Compared: Cross-national Similarities and Differences**
   Andreas Weber
6. **Work Status and Benefit Status**
   Theo J. Veerman
7. **The Role of Medical Interventions**
   Tommy Hansson & Elisabeth Hansson
8. **Vocational and Other Non-medical Interventions**
   Sisko Bergendorff & Dalia Gordon
9. **A Closer Look at Work Resumption**
   John Kearny
10. **Work Resumption and the Role of Interventions**
    Theo J. Veerman & Edward Palmer
11. **Factors Influencing Work Resumption: A Summary of Major Findings**
    Boukje Cuelenaere & Rienk Prins


**Zu bestellen bei:**

*(ausgenommen Europa)*
Transaction Publishers
390 Campus Drive
Somerset, NJ 08873, Vereinigte Staaten
Fax: +1-732 748 9801
E-Mail: orders@transactionpub.com
**Website: www.transactionpub.com**

*(nur Europa)*
Transaction Publishers (UK)
c/o EDS, 3 Henrietta Street
Covent Garden, London WC2E 8LU
Vereinigtes Königreich
Fax: +44-20 7379 0609
E-Mail:orders@edspubs.co.uk
**Website: www.eurospan.co.uk**

# WER ZUR Arbeit ZÜRUCKKEHRT UND WARUM

**Diese einzigartige Untersuchung über Behinderung, Arbeitsunfähigkeit und Wiederaufnahme der Arbeit bietet neue Erkenntnisse zu Erfolg oder Misserfolg der beruflichen Wiedereingliederung durch medizinische und berufliche Rehabilitation in sechs Industrieländern.**

- Wer nimmt die Arbeit wieder auf und wer nicht?
- Gibt es signifikante Unterschiede bei der Wiederaufnahme der Arbeit in den verschiedenen Ländern?
- Welches sind die Prädiktoren für Erfolg oder Misserfolg?
- Wie wirkt sich der Faktor Zeit auf die Wahrscheinlichkeit der Wiederaufnahme der Arbeit nach einem Rückenleiden aus? Ist ein frühzeitiges Eingreifen von Bedeutung?
- Welche Maßnahmen werden eingesetzt und welche sind wirksam?
- Welche Bestimmungsfaktoren machen ein Krankheitsbild zu einer so starken Behinderung, dass die Betroffenen keine Arbeit mehr aufnehmen können oder dies zumindest unwahrscheinlich ist?
- Wie lassen sich die Unterschiede im Ergebnis erklären, und was läßt sich daraus für die Politik schließen?

**Diese und viele andere Fragen wurden in dem einzigartigen länderübergreifenden Projekt untersucht und, was noch wichtiger ist, gemessen. Die Resultate sind oft überraschend und die Ergebnisse entzaubern allgemein für gültig gehaltene Wahrheiten und werden viele herrschende Verfahrensweisen in Frage stellen.**

---

Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit
Forschungsprogramm
Postfach 1, CH-1211 Genf 22

Website: www.issa.int
Fax: +41 22 799 85 09
E-Mail: issa@ilo.org