

Aus dem Institut für Rehabilitationsmedizin
der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
(Direktor: Prof. Dr. med. W. Mau)

**Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und
berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen –
Ergebnisse einer Verlaufsbeobachtung**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Medizin (Dr. med.)

vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Isabel Eysel (geb. Faulstich)
geboren am 13. Juni 1978 in Reutlingen

Gutachter:

Prof. Dr. med. W. Mau (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg)

Prof. Dr. J. Behrens (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg)

Prof. Dr. med. U. C. Smolenski (Friedrich-Schiller-Universität Jena)

Eröffnung des Promotionsverfahrens: 31.01.2012

Datum der öffentlichen Verteidigung: 01.10.2012

Referat

Zielsetzung: Ziel der vorliegenden Arbeit war die Evaluation eines von der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland (DRV-MD) im Jahr 2005 initiierten Projekts zur Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen (Projekt VMB) in Sachsen und Sachsen-Anhalt. Im Vordergrund stand dabei die Untersuchung der Prozesse sowie des gesundheitlichen und sozialmedizinischen Verlaufs der Rehabilitationsteilnehmer. Auf Grundlage der Auswertungsergebnisse sollten gegebenenfalls Maßnahmen zur verbesserten Verzahnung medizinischer und berufsbezogener Rehabilitationsleistungen abgeleitet werden.

Methoden: Die Untersuchung erfolgte als retrospektive Kohortenstudie mittels einer Fragebogenerhebung bei den Teilnehmern des Verzahnungsprojektes im Mittel 10±5 Monate nach der medizinischen Rehabilitation. Zusätzlich wurden strukturierte Interviews mit dem beteiligten Fachpersonal der Rehabilitationskliniken, der Berufsförderungswerke sowie der DRV-MD durchgeführt. Rehabilitandenspezifische Informationen wurden anhand der Versichertenakten der DRV-MD dokumentiert. Die Informationen aus den drei Quellen wurden miteinander verknüpft. Die Ergebnisse wurden deskriptiv und anhand von Gruppenvergleichen dargestellt.

Ergebnisse: 186 von 264 Rehabilitanden (70%) aus fünf verschiedenen Rehabilitationskliniken willigten in die Studienteilnahme ein. Vor der medizinischen Rehabilitation waren 61% der Teilnehmer erwerbstätig. Sie wurde in den meisten Fällen wegen muskuloskelettaler Erkrankungen (66%) durchgeführt, gefolgt von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (36%). Insgesamt wurden 158 Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) gestellt. 123 Rehabilitanden (66%) haben mindestens eine berufsbezogene Leistung erhalten. 16 Teilnehmer (9%) brachen eine bereits begonnene Leistung überwiegend aus gesundheitlichen Gründen ab. Bei der Befragung waren 35% der Teilnehmer erwerbslos, 28% erwerbstätig und 18% nahmen noch an einer andauernden berufsbezogenen Rehabilitationsleistung teil. Trotz überwiegender Zufriedenheit mit den berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen wurde die Erwerbsprognose von den Rehabilitanden vielfach negativ eingeschätzt. Das beteiligte Personal wünscht sich mehr Informationen und Erfahrungsaustausch im Verzahnungsprojekt.

Schlussfolgerungen: Bei der relativ geringen Wiedereingliederungsquote müssen regionale, indikationsspezifische und persönliche Faktoren berücksichtigt werden. Abzuwarten bleibt, wie hoch die Wiedereingliederungsrate der noch in einer beruflichen Rehabilitationsleistung befindlichen Rehabilitanden sein wird. Eine Langzeitbeobachtung wäre sinnvoll, da bisher nur kurz- bis mittelfristige Ergebnisse vorliegen.

Eysel, Isabel: Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen – Ergebnisse einer Verlaufsbeobachtung. Halle, Univ., Med. Fak., Diss., 78 Seiten, 2012

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----|
| Abkürzungsverzeichnis | IV |
| Abbildungsverzeichnis | VI |
| Tabellenverzeichnis | VII |
| 1 Einleitung | 1 |
| 2 Wissenschaftlicher Hintergrund..... | 3 |
| 2.1 Behinderung und Teilhabe..... | 3 |
| 2.2 Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitation)..... | 3 |
| 2.2.1 Definitionen und gesetzliche Grundlagen | 3 |
| 2.2.2 Medizinische Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) | 4 |
| 2.2.3 Weiteres berufliches Wiedereingliederungsmanagement | 6 |
| 2.3 Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen..... | 7 |
| 2.3.1 Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) | 7 |
| 2.3.2 Ausgewählte Modellprojekte zur MBOR | 8 |
| 3 Ziele der Arbeit..... | 11 |
| 4 Material und Methodik | 12 |
| 4.1 Studiendesign | 12 |
| 4.2 Beschreibung des Projekts zur Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland..... | 12 |
| 4.3 Probanden..... | 16 |
| 4.4 Datenschutz und Ethikkommission | 16 |
| 4.5 Datenquellen | 16 |
| 4.5.1 Rehabilitandenfragebogen | 18 |
| 4.5.2 Dokumentation der Versichertenakten..... | 19 |
| 4.5.3 Halbstrukturiertes Interview | 19 |
| 4.6 Qualitätssicherung in der Rehabilitation..... | 19 |
| 4.7 Zielgrößen | 21 |
| 4.8 Datenbank und statistische Auswertung | 21 |
| 4.8.1 Umgang mit fehlenden oder widersprüchlichen rehabilitandenspezifischen Daten in Fragebogen und Akte | 21 |
| 4.8.2 Zuordnung der einzelnen berufsbezogenen Leistungen | 22 |
| 5 Ergebnisse | 23 |
| 5.1 Ausgangsgruppe und Merkmale der Stichprobe..... | 23 |

| | | |
|--------|--|----|
| 5.1.1 | Soziodemographische Merkmale der Stichprobe | 24 |
| 5.1.2 | Krankheitsmerkmale und Gesundheitszustand der Rehabilitanden..... | 25 |
| 5.2 | Berufliche Vorgeschichte der Probanden..... | 27 |
| 5.3 | Anträge auf Leistungen zur beruflichen Wiedereingliederung bzw. auf Verrentung | 28 |
| 5.3.1 | Empfehlung und Antrag auf LTA | 28 |
| 5.3.2 | Ablehnungsgründe bei der Beantragung von LTA..... | 28 |
| 5.3.3 | Verzögerungen beim Erhalt einer berufsbezogenen Rehabilitationsleistung..... | 30 |
| 5.3.4 | Beantragung von Renten..... | 31 |
| 5.4 | Inanspruchnahme von berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen | 31 |
| 5.4.1 | Initiierte Leistungen in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus vor der medizinischen Rehabilitation | 31 |
| 5.4.2 | Untersuchung möglicher Indikatoren für den Erhalt einer berufsbezogenen Rehabilitationsleistung | 32 |
| 5.4.3 | Leistungsabbrüche nach der medizinischen Rehabilitation..... | 33 |
| 5.4.4 | Wünsche der Rehabilitanden in Bezug auf die berufliche Tätigkeit | 34 |
| 5.5 | Verlauf der Erwerbstätigkeit nach Entlassung aus der medizinischen Rehabilitation | 35 |
| 5.5.1 | Erwerbsstatus zum Zeitpunkt der Rehabilitandenbefragung..... | 35 |
| 5.5.2 | Einschätzung des Erwerbsverlaufs durch die Rehabilitanden..... | 36 |
| 5.5.3 | Bedeutung der LTA bzw. der berufsbezogenen Rehabilitations- leistung aus Sicht der Rehabilitanden | 38 |
| 5.6 | Berufliche Wiedereingliederung der Gesamtstichprobe | 39 |
| 5.7 | Einflussfaktoren auf einen günstigen bzw. ungünstigen Erwerbsverlauf | 40 |
| 5.7.1 | Soziodemographische und gesundheitsbezogene Einflussfaktoren auf den Erwerbsstatus | 40 |
| 5.7.2 | Interventionsbezogene Einflussfaktoren auf den späteren Erwerbsstatus | 41 |
| 5.8 | Mögliche Gründe für die Erwerbslosigkeit aus Rehabilitandensicht..... | 42 |
| 5.9 | Zufriedenheit der Rehabilitanden | 44 |
| 5.10 | Bundeslandvergleich | 47 |
| 5.10.1 | Merkmale der Rehabilitanden..... | 47 |
| 5.10.2 | Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Bundeslandvergleich | 48 |
| 5.10.3 | Zeitspannen | 48 |

| | | |
|--------|---|----|
| 5.10.4 | Erhalt einer berufsbezogenen Rehabilitationsleistung und Erwerbsverlauf in Bezug zum Arbeitsverhältnis vor der medizinischen Rehabilitation | 49 |
| 5.10.5 | Zufriedenheit der Rehabilitanden | 50 |
| 5.11 | Ergebnisse der Mitarbeiterinterviews | 50 |
| 5.11.1 | Kriterien für die Rehabilitandenauswahl..... | 50 |
| 5.11.2 | Beteiligte Mitarbeiter | 51 |
| 5.11.3 | Zeitpunkt und Dauer des Beratungsgesprächs..... | 51 |
| 5.11.4 | Bewertung des Datenerhebungsbogens..... | 52 |
| 5.11.5 | Subjektive Erwartungen an das Verzahnungsprojekt | 52 |
| 5.11.6 | Einschätzung der Erwerbsprognose, förderliche und hinderliche Aspekte bei der beruflichen Integration nach Angaben von Kliniken, Rentenversicherung und Berufsförderungswerken..... | 52 |
| 5.11.7 | Erwünschte zusätzliche Kenntnisse für die eigene Arbeit und das Verzahnungsprojekt..... | 53 |
| 6 | Diskussion..... | 54 |
| 6.1 | Erhebungsinstrumente..... | 54 |
| 6.2 | Vergleichbarkeit der Stichprobe aufgrund der Eingangsmerkmale | 54 |
| 6.3 | Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung | 56 |
| 6.3.1 | Bewilligung und Inanspruchnahme von berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen..... | 56 |
| 6.3.2 | Abbrecherquote | 57 |
| 6.3.3 | Indikatoren für die Inanspruchnahme berufsbezogener Rehabilitationsleistungen..... | 57 |
| 6.3.4 | Zeitspannen | 58 |
| 6.4 | Verlauf der Wiedereingliederung..... | 59 |
| 6.5 | Regionale Besonderheiten in Mitteldeutschland | 60 |
| 6.6 | Limitierungen und Stärken der Arbeit..... | 60 |
| 6.7 | Schlussfolgerungen und Empfehlungen..... | 61 |
| | Literaturverzeichnis..... | 64 |
| | Thesen | 75 |
| | Lebenslauf..... | i |
| | Selbstständigkeitserklärung..... | ii |
| | Danksagung..... | iv |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|----------|--|
| AHB | Anschlussheilbehandlung |
| AOK | Allgemeine Ortskrankenkasse |
| AU | Arbeitsunfähigkeit |
| AV | Arbeitsverhältnis |
| BAR | Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation |
| BayStMAS | Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales |
| BEM | Betriebliches Eingliederungsmanagement |
| BfA | Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (heute: DRV Bund) |
| Bfw | Berufsförderungswerk |
| BGBI. | Bundesgesetzblatt |
| BKK | Betriebskrankenkasse |
| BMAS | Bundesministerium für Arbeit und Soziales |
| BOPE | Berufliche Orientierung und praktische Erprobung |
| BOR | Beruflich orientierte Rehabilitation |
| BT | Bundestag |
| CM | Case-Management |
| DIMDI | Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information |
| DIN | Deutsches Institut für Normung |
| DM | Disability Management |
| DRV | Deutsche Rentenversicherung |
| DRV-MD | Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland |
| GdB | Grad der Behinderung |
| ICF | International Classification of Functioning, Disability and Health |
| IKK | Innungskrankenkasse |
| IRES-3 | Fragebogen „Indikatoren des Reha-Status“ (Version 3) |
| LTA | Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben |
| LVA | Landesversicherungsanstalt (heute: Regionalträger der DRV) |
| MBO | Medizinisch-berufliche Orientierung |
| MBOR | Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation |
| MW | Mittelwert |
| n. s. | nicht signifikant |
| SD | Standardabweichung |
| SF-36 | Fragebogen „Short Form Health Survey“ |
| SGB | Sozialgesetzbuch |
| SMS | Sächsisches Staatsministerium für Soziales |

| | |
|------|---|
| SPSS | Statistical Package for the Social Sciences (Statistiksoftware) |
| VDR | Verband Deutscher Rentenversicherungsträger |
| VMB | Verzahnung von medizinischer und berufsbezogener Rehabilitation |
| WHO | World Health Organization bzw. Weltgesundheitsorganisation |

Abbildungsverzeichnis

| | | |
|----------|--|----|
| Abb. 1: | Ablauf des Verzahnungsprojekts..... | 15 |
| Abb. 2: | Stichprobenverteilung nach Bundesland, Rücklaufquote und Rehabilitationskliniken | 23 |
| Abb. 3: | Anregung zum LTA-Antrag (n=118, Mehrfachnennungen möglich)..... | 30 |
| Abb. 4: | Erhalt einer Intervention bei bestehendem/nicht bestehendem Arbeitsverhältnis vor der medizinischen Rehabilitation (n=183; p=0.057) | 32 |
| Abb. 5: | Einschätzung der Erwerbstätigkeit in einem Jahr (n=164) | 37 |
| Abb. 6: | Einschätzung der Erwerbstätigkeit in einem Jahr, aufgeschlüsselt nach dem Erwerbsstatus zum Zeitpunkt der Nachbefragung (n=164)..... | 37 |
| Abb. 7: | Beurteilung der Wichtigkeit der LTA/berufsbezogenen Leistung in Bezug auf die aktuelle oder letzte Tätigkeit | 38 |
| Abb. 8: | Bedeutung der LTA/berufsbezogenen Leistung für die derzeitige Tätigkeit (n=48) | 39 |
| Abb. 9: | Gründe für die Erwerbslosigkeit aus Sicht der Rehabilitanden | 43 |
| Abb. 10: | Zufriedenheit der Rehabilitanden mit der LTA/berufsbezogenen Leistung ... | 44 |
| Abb. 11: | Beurteilung des Ablaufs im Zusammenhang mit der rehabilitativen Versorgung insgesamt (n=163) | 45 |
| Abb. 12: | Erwerbsperspektive und Chancen auf dem Arbeitsmarkt aus Rehabilitandensicht im Vergleich zum Zeitpunkt vor der medizinischen Rehabilitation (n=182)..... | 46 |

Tabellenverzeichnis

| | | |
|----------|--|----|
| Tab. 1: | Übersicht der Rehabilitationskliniken | 14 |
| Tab. 2: | Inhaltsbereiche der Datenerhebungsinstrumente | 17 |
| Tab. 3: | Gründe für die Nichtteilnahme (n=76) | 23 |
| Tab. 4: | Soziodemographische Merkmale der Stichprobe zum Befragungszeitpunkt (n=186)..... | 24 |
| Tab. 5: | Krankheitsmerkmale der Probanden anhand der Fragebogenangaben und der Angaben im SF-36 zum Zeitpunkt der Nachbefragung im Vergleich zu einer alters- und geschlechtsspezifischen Normpopulation (n=186)..... | 26 |
| Tab. 6: | Erwerbsbezogene Merkmale der Rehabilitanden vor Beginn der medizinischen Rehabilitation (n=186) | 27 |
| Tab. 7: | Gründe gegen die Beantragung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bzw. berufsbezogenen Leistungen (Mehrfachnennungen möglich) (n=28) | 29 |
| Tab. 8: | Ablehnungsgründe einer beantragten LTA/berufsbezogenen Leistung durch den Rehabilitationsträger (n=11)..... | 29 |
| Tab. 9: | Gründe für Verzögerungen (n=12)..... | 30 |
| Tab. 10: | Initiierte Leistungen in Bezug zum Erwerbsstatus vor der medizinischen Rehabilitation (n=123, Mehrfachnennungen möglich) | 32 |
| Tab. 11: | Durchschnittliches Alter der Interventionsteilnehmer in Abhängigkeit von der Art der berufsbezogenen Rehabilitationsleistung (n=123) | 33 |
| Tab. 12: | Leistungsabbrüche nach Schulabschluss (n=103)..... | 34 |
| Tab. 13: | Wünsche der Versicherten bezüglich beruflicher Tätigkeiten (n=106, Mehrfachnennungen möglich) | 34 |
| Tab. 14: | Erwerbsstatus zum Zeitpunkt der Rehabilitandenbefragung (n=186) | 35 |
| Tab. 15: | Erwerbsverlauf in Bezug zum Erhalt einer Intervention bei initial Erwerbstätigen (n=111) | 36 |
| Tab. 16: | Erwerbsverlauf in Bezug zum Erhalt einer Intervention bei initial Nicht-Erwerbstätigen (n=72) | 36 |
| Tab. 17: | Günstiger und ungünstiger Erwerbsverlauf zum Nachbefragungszeitpunkt (n=186)..... | 40 |
| Tab. 18: | Dauer der Arbeitsunfähigkeit in Tagen pro Monat in Bezug zum Erwerbsstatus zum Nachbefragungszeitpunkt (n=127) | 41 |
| Tab. 19: | Unterschiedliche Interventionen und späterer Erwerbsstatus (n=182)..... | 42 |

| | |
|---|----|
| Tab. 20: Verbesserungsvorschläge aus Rehabilitandensicht (n=27, Mehrfachnennungen möglich) | 45 |
| Tab. 21: Situation in einem Jahr (n=169) | 47 |
| Tab. 22: Probandenmerkmale zum Zeitpunkt der Nachbefragung im Bundeslandvergleich (n=186)..... | 47 |
| Tab. 23: Bundeslandvergleich bezüglich der LTA-Anträge und des Erhalts einer Leistung (n=186)..... | 48 |
| Tab. 24: Zeitliche Zusammenhänge von Beantragung, Bewilligung und Leistungsbeginn im Bundeslandvergleich (Tage) | 49 |
| Tab. 25: Erhalt einer Intervention im Bundeslandvergleich in Bezug zum Arbeitsverhältnis vor der medizinischen Rehabilitation (n=183)..... | 49 |
| Tab. 27: Förderliche und hinderliche Aspekte bei der beruflichen Integration nach Angaben von Kliniken, DRV und Bfw | 53 |

1 Einleitung

Die Häufigkeit chronischer Krankheiten hat in Deutschland in den zurückliegenden Jahrzehnten erheblich zugenommen – nicht zuletzt aufgrund der steigenden Lebenserwartung (Schavan & Rische, 2009). Nach der 11. koordinierten Bevölkerungsvorberechnung des statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2006 wird die Zahl der 60-Jährigen und Älteren bis zum Jahr 2030 um knapp acht Millionen steigen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2007). Das steigende Alter wird künftig zu einem höheren Anteil an Patienten mit rehabilitationsbedürftigen Erkrankungen und deren Folgeerscheinungen führen (Rose et al., 2002). Als Ursachen für die Zunahme chronischer Erkrankungen werden neben der Alterung der Gesellschaft auch der Wandel in der Lebensführung (z. B. Ernährungsgewohnheiten), das längere Überleben auch lebensbedrohlicher Erkrankungen durch den technischen Fortschritt in der Akutmedizin sowie ungünstige ökonomische Rahmenbedingungen angenommen, die einen erheblichen Einfluss auf die Lebensführung des Einzelnen ausüben können (Morfeld & Koch, 2007). Steigende Prävalenzen chronischer Krankheiten in der Bevölkerung sind insofern nicht in erster Linie ein Ausdruck einer sich verschlechternden Gesundheitslage dieser Bevölkerungen, sondern zunächst lediglich eine Konsequenz der Erhöhung der Lebenserwartung (Radoschewski, 2009). Ein weiterer bedeutender Faktor ist die Zunahme psychischer und mentaler Belastungen durch die allgemeinen Lebensbedingungen und die Arbeitswelt (Hartung, 1998). Zu beachtlichen volkswirtschaftlichen Krankheitsfolgen führen auch Leiden des Muskel- und Skelettsystems, beispielsweise chronische Rückenschmerzen und Arthrose (Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt, 2006).

Die berufliche Integration und deren Erhalt bei chronischen Erkrankungen und Behinderungen ist eine wesentliche Aufgabe von Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung (Neuderth & Vogel, 2000; Karoff & Kittel, 2006; Keck, 2006). Die Zunahme chronischer Krankheiten in Verbindung mit der demographischen Entwicklung einerseits und der vom Gesetzgeber beschlossenen verlängerten Lebensarbeitszeit andererseits (sogenanntes „Gesetz zur Anpassung der Regelaltersgrenze an die demographische Entwicklung und zur Stärkung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung“ [RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz], BGBl. I 2007, S. 554 ff.) halten die Rehabilitationsträger an, sich noch stärker als bisher auf eine berufliche Orientierung in der Rehabilitation zu fokussieren. Ein entsprechendes Behandlungsangebot in der Rehabilitation ist ein wichtiger Beitrag und eine der zentralen Herausforderungen der Deutschen Rentenversicherung, um frühzeitig Maßnahmen zum Erhalt der Erwerbstätigkeit durchzuführen (Rische, 2006). Um die Effektivität und Effizienz von verschiedenen Behandlungsleistungen insbesondere der medizinischen und

beruflichen Rehabilitation zu steigern, müssen diese verstärkt aufeinander abgestimmt und miteinander verknüpft werden (Steinke & Philgus, 2005). Die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland (DRV-MD) initiierte zu diesem Zweck im Jahr 2005 ein Projekt zur Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen (Projekt VMB), das mit der vorliegenden Arbeit evaluiert wurde.

2 Wissenschaftlicher Hintergrund

2.1 Behinderung und Teilhabe

Eine weitgefassete Definition von Behinderung orientiert sich am bio-psycho-sozialen Konzept der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (DIMDI, 2005). Die ICF ist eine Klassifikation zur Beschreibung der „funktionalen Gesundheit“, die verschiedene Dimensionen beinhaltet. Diese Dimensionen umfassen „Körperfunktionen und -strukturen“, „Aktivitäten“ und „Partizipation an Lebensbereichen“. Zusätzlich werden sogenannte Kontextfaktoren wie Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren einbezogen, sodass der Zustand der funktionalen Gesundheit einer Person als das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen ihrem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren aufgefasst werden kann (Hüller & Schuntermann, 2005). Nach der ICF wird jede Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit eines Menschen als Behinderung angesehen (Mau, 2007).

In der deutschen Gesetzgebung sind nach der Definition in § 2 Abs. 1 SGB IX „Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist“.

Nach dem „Eckpunktepapier für eine integrationsorientierte Gesundheitsreform aus Sicht chronisch kranker und behinderter Menschen“ vom August 2002 (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, 2002) steht der deutsche Begriff Teilhabe für „participation“, dem Zentralbegriff der von der WHO im Mai 2001 beschlossenen ICF. Teilhabe (Partizipation) bedeutet nach der ICF das „Einbezogensein in eine Lebenssituation“.

2.2 Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitation)

2.2.1 Definitionen und gesetzliche Grundlagen

Zentrales Ziel von Rehabilitation ist die Wiederherstellung oder die wesentliche Besserung der Funktionsfähigkeit zur möglichst weitgehenden Teilhabe des behinderten bzw. von Behinderung bedrohten Menschen am Leben in der Gesellschaft (Stähler, 2005). Die Weltgesundheitsorganisation definiert den Begriff der Rehabilitation folgendermaßen: „Rehabilitation umfasst alle Maßnahmen, die das Ziel haben, den Einfluss von Bedingungen, die zu Einschränkungen oder Benachteiligungen führen, abzuschwächen und die eingeschränkten oder benachteiligten Personen zu befähigen, eine sozia-

le Integration zu erreichen. Rehabilitation zielt nicht nur darauf ab, eingeschränkte und benachteiligte Personen zu befähigen, sich ihrer Umwelt anzupassen, sondern auch darauf, in ihre unmittelbare Umgebung und die Gesellschaft als Ganzes einzugreifen, um ihre soziale Integration zu erleichtern“ (WHO, 1998; zitiert in: Morfeld & Koch, 2007).

Unter Leistungen zur Teilhabe werden alle Leistungen verstanden, die der Sozialstaat erbringt, um behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Im Mittelpunkt politischer und gesellschaftlicher Anstrengungen stehen daher die selbstbestimmte Teilhabe von behinderten Menschen am gesellschaftlichen Leben und die Beseitigung der Hindernisse, die ihrer Chancengleichheit entgegenstehen (Drucksache des Deutschen Bundestags 14/2913, 2000).

Die gesetzliche Grundlage für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen ist u. a. im SGB IX festgehalten. Zusätzliche Regelungen finden sich auch in den Sozialgesetzbüchern V bis VIII und im SGB XII. Um eine Leistung zur Rehabilitation zu erhalten, ist deren Beantragung und Bewilligung durch einen Rehabilitationsträger erforderlich. Leistungen zur Rehabilitation werden je nach gesundheits- und sozialpolitischer Funktion und Zielsetzung der Rehabilitation unterschiedlich auf die Rehabilitationsträger verteilt (Schliehe & Sulek, 2007) und entsprechend ihrer Zuständigkeit erbracht. Zu den Trägern der Rehabilitation gehören die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzlichen Krankenkassen, die Bundesagentur für Arbeit, die gesetzliche Unfallversicherung, die Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge, die öffentliche Jugendhilfe sowie die Sozialhilfe. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, auf die der größte Teil der Rehabilitationsleistungen der Erwerbsbevölkerung entfällt, erbringen neben Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Leistungen zur Teilhabe umfassen nach § 4 SGB IX Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Dabei hat die Rentenversicherung die Aufgabe, den Auswirkungen einer Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder zu überwinden und die Versicherten möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben zu integrieren.

2.2.2 Medizinische Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)

Die *medizinische Rehabilitation* dient der Abwendung von Behinderungen und chronischen Krankheiten sowie der Vermeidung von Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit

und Pflegebedürftigkeit. Zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zählen nach § 26 SGB IX unter anderem die ärztliche Behandlung sowie die Behandlung durch Angehörige anderer Heilberufe unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung, Hilfsmittel sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie (während einer medizinischen Rehabilitation). Als Teil der medizinischen Rehabilitation stellt die *stufenweise Wiedereingliederung* eine weitere Leistung nach § 28 SGB IX für arbeitsunfähige Rehabilitanden dar. Diese dient dazu, arbeitsunfähige Versicherte nach länger andauernder, schwerer Krankheit bzw. im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation (als Teil der medizinischen Rehabilitation) schrittweise an die volle Arbeitsbelastung am bisherigen Arbeitsplatz heranzuführen und so den Übergang zur vollen Berufstätigkeit zu erreichen. „Durch eine individuell angepasste Steigerung von Arbeitszeit und Arbeitsbelastung im Rahmen eines medizinisch, arbeitsphysiologisch und psychologisch begründeten sowie ärztlich überwachten Wiedereingliederungsplans (Stufenplan) wird angestrebt, den Genesungs- und Rehabilitationsprozess günstig zu beeinflussen“ (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2004).

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) dienen dazu, die durch die Erkrankung entstandene Diskrepanz zwischen Anforderungen des Arbeitsplatzes bzw. der Tätigkeit (Anforderungsprofil) und dem Fähigkeitsprofil von Rehabilitanden zu vermindern oder zu beseitigen (Beck & Mau, 2007). LTA beinhalten insbesondere Leistungen zur Erhaltung oder zur Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich vermittlungsunterstützender Leistungen, zur beruflichen Anpassung und Weiterbildung, zur Berufsvorbereitung, zur individuellen betrieblichen Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung, Fortbildung, Ausbildung und Umschulung sowie finanzielle Hilfen zur Anschaffung eines Kraftfahrzeuges (einschließlich behindertengerechter Zusatzausstattung) (DRV Bund, 2005). Aus- und Weiterbildungen (Dauer von bis zu zwei Jahren) haben eine neue Berufsausbildung zum Ziel. Qualifizierungsleistungen bauen auf der vorhandenen Berufsausbildung oder -erfahrung auf und stellen Teilausbildungen (Dauer von mehreren Monaten) dar. Integrationsmaßnahmen dauern je nach individuellem Bedarf etwa sechs bis neun Monate und haben die berufliche Wiedereingliederung mit Hilfe von Praktika etc. zum Ziel (Erbstößer et al., 2008). Seit Ende 2008 zählt außerdem die individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Gesetz zur Einführung Unterstützter Beschäftigung, BGBl. I 2008, S. 2969 ff.). Nach § 38a Abs. 1 SGB IX ist das Ziel der Unterstützten Beschäftigung, behinderten Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf eine angemessene, geeignete und sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu ermöglichen und zu erhalten. Unterstützte Beschäftigung umfasst eine individuelle betriebliche Qualifizierung und bei Bedarf Berufsbegleitung.

Synonym zur relativ neuen Bezeichnung „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ werden zum Teil auch ältere Begriffe wie berufliche Rehabilitationsleistungen, berufliche Maßnahmen oder berufsfördernde Leistungen verwendet.

2.2.3 Weiteres berufliches Wiedereingliederungsmanagement

Weitere Möglichkeiten für ein berufliches Wiedereingliederungsmanagement stellen Case-Management (CM) und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) dar. Laut Faßmann et al. (2004) wurde Ende der 70er Jahre in den angelsächsischen Ländern das Case-Management als neue Methode der Sozialarbeit entwickelt: Dabei handelt es sich im Allgemeinen um eine am Einzelfall ausgerichtete Arbeitsweise, in deren Rahmen geklärt, geplant, umgesetzt, koordiniert, überwacht und bewertet wird, was an Dienstleistungen zur individuellen Bedarfsdeckung notwendig und im Hinblick auf die verfügbaren Ressourcen qualitäts- und kostenbewusst erreichbar ist. Anliegen eines Case-Managements ist primär, bestehende Beschäftigungsverhältnisse gesundheitlich beeinträchtigter Erwerbstätiger und Auszubildender langfristig zu erhalten. Dabei sollen Art und Umfang einer am individuellen Bedarf orientierten Rehabilitationsmaßnahme festgestellt und deren zügige Umsetzung gewährleistet werden (Mühlum & Gödecker-Geenen, 2003). CM dient dabei als „Einzelfallmanagement“ mit dem Fokus auf den Leistungsempfänger selbst. Im Gegensatz zum BEM gibt es für CM keine gesetzliche Verankerung. Voraussetzung für ein berufsbezogenes CM ist, dass das jeweilige Beschäftigungsverhältnis der Zielperson noch besteht, die bisherige Tätigkeit gesundheitsbedingt nur noch eingeschränkt oder nicht mehr ausgeübt werden kann und der betroffene Versicherte zur Kooperation bereit ist und seine Einwilligung zur Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber erteilt (BAR, 2005). Der Zugang zum Case-Management erfolgt möglichst frühzeitig über Rehabilitationsträger, Ärzte und Kliniken oder durch Eigeninitiative der Arbeitnehmer oder Arbeitgeber (Brader et al., 2004). Allerdings soll darauf hingewiesen werden, dass auch unter Fachleuten keineswegs Übereinstimmungen im Hinblick auf die Inhalte des Begriffs des Case-Managements selbst sowie synonym gebrauchter Fachausdrücke (wie z. B. Fallmanagement, Unterstützungsmanagement) oder benachbarter Konzepte (Sozialmanagement, Disease Management, Care Management, Pflegemanagement, Disability Management, Rehabilitationsmanagement, Eingliederungsmanagement, Managed Care) bestehen (Faßmann et al., 2004).

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) wurde 2004 mit dem Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen eingeführt. Laut § 84 Abs. 2 SGB IX ist der Arbeitgeber zum betrieblichen Eingliederungsmanagement verpflichtet, wenn Mitarbeiter innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen

ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind. BEM dient dazu, Arbeitsunfähigkeit (AU) zu überwinden, erneuter AU vorzubeugen und den Arbeitsplatz zu erhalten. Zum BEM gehören alle Leistungen – einschließlich der Einleitung einer Prüfung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – die geeignet sind, die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit gesundheitlichen Problemen oder Behinderungen nachhaltig zu sichern (BAR, 2005). Am BEM sind die Interessenvertretungen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, bei schwerbehinderten Menschen auch die Schwerbehindertenvertretung und, soweit erforderlich, der Werks- oder Betriebsarzt mit zu beteiligen. Gemeinsame Servicestellen oder Integrationsämter können bei Leistungen zur Teilhabe oder begleitenden Hilfen im Arbeitsleben hinzugezogen werden. Das gemeinsame Ziel von Case-Management und Betrieblichem Eingliederungsmanagement ist der Erhalt der Erwerbstätigkeit bei vorhandenem Arbeitsverhältnis. Abweichungen bestehen in der Umsetzung der beiden Verfahren: Im Unterschied zum Case-Management erfolgt die Einleitung des betrieblichen Eingliederungsmanagements aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung durch den Arbeitgeber.

2.3 Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen

2.3.1 Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)

Die im vorherigen Abschnitt geschilderten Leistungsarten stellen wesentliche Aspekte des Rehabilitationsprozesses dar und sollten nach Maßgabe des Gesetzgebers möglichst nahtlos ineinander übergehen, miteinander verknüpft und aufeinander bezogen werden (vgl. § 11 SGB IX). Um diesem Anspruch gerecht zu werden, beschäftigte sich die Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) schon 1991 mit den berufsbezogenen Aufgaben und ihrer Entwicklung innerhalb der medizinischen Rehabilitation (Hansmeier & Radoschewski, 2007). Um die Erfolgsrate nachhaltiger beruflicher Integration zu erhöhen, sind gerade in den letzten Jahren die Bemühungen verstärkt worden, die berufliche Orientierung der medizinischen Rehabilitation weiter auszubauen (Hansmeier, 2006). Ein Ansatz für die Vernetzung von medizinischer Rehabilitation und berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen ist die sogenannte „Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation“ (MBOR). Die MBOR umfasst mit ihren Leistungen ein breites Spektrum berufsbezogener Diagnostik und Therapie. Sie richtet sich an Erwerbsfähige mit gesundheitlichen Einschränkungen und besonderen beruflichen Problemlagen (Müller-Farnow & Radoschewski, 2006) und zeichnet sich durch die stärkere Fokussierung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung des Patienten auf seine individuellen beruflichen Anforderungen aus (Streibelt et al, 2005).

Verschiedene Modellprojekte und Kooperationen im Bereich der Rentenversicherung wurden bereits auf diese enge Verzahnung medizinischer Rehabilitation und berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen sowie auf eine verstärkte Orientierung der medizinischen Rehabilitation auf berufsbezogene Probleme ausgerichtet (VDR, 1997; Slesina et al., 2004; Greitemann, 2006). Diesem Zweck dient auch das in der vorliegenden Arbeit evaluierte Projekt zur Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen der DRV-MD für die Regionen Sachsen-Anhalt und Sachsen. In dieser Arbeit werden neben Strukturen vor allem Prozesse des Projekts sowie der gesundheitliche und sozialmedizinische Verlauf der Teilnehmer untersucht (vgl. Abschnitt 4.2).

2.3.2 Ausgewählte Modellprojekte zur MBOR

Ein wichtiges Thema für die DRV ist insbesondere, die MBOR zu stärken und weiter auszubauen. Entsprechend hat sie Modellprojekte zur MBOR initiiert und wissenschaftliche Studien gefördert (Hibbeler, 2006). Im Folgenden werden sechs Projekte vorgestellt.

1. Das „Bad Krozinger Modell“ (Kinne et al., 2002) fand im Rahmen einer Kooperation zwischen der Theresienklinik II und dem Bildungszentrum Beruf und Gesundheit in Bad Krozingen statt. Teilnehmer waren orthopädische und kardiologische Patienten (Alter unter 50, ausschließlich BfA¹-Versicherte), deren Erwerbsfähigkeit aufgrund ihrer Erkrankung gefährdet war. Mit Hilfe einer regionalen Vernetzung von medizinischen und beruflichen Leistungsträgern sollte eine flexible und individuelle Integration berufsorientierter Maßnahmen in die medizinische Rehabilitation ermöglicht werden. Ziel des Modellprojektes war eine frühzeitige Klärung der Motivation, der beruflichen Belastbarkeit, Eignung und Neigung, um den Beginn beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen und die berufliche Wiedereingliederung zu beschleunigen. Innerhalb eines Jahres haben 30 Patienten an dem Modellprojekt teilgenommen, von denen bei 24 Patienten berufliche Qualifizierungsmaßnahmen empfohlen wurden. Fast 90% der Teilnehmer waren mit der Maßnahme zufrieden bis sehr zufrieden. Ein Fallbeispiel aus dieser Patientengruppe zeigte, dass durch die Teilnahme am Modellprojekt die Wartezeit von der Klinikentlassung bis zum Beginn einer berufsbezogenen Rehabilitationsleistung nur vier Monate betrug und die Empfehlung des Bildungszentrums (in diesem Fall zu einer Qualifizierungsmaßnahme im kaufmännisch-verwaltenden Bereich) vom Kostenträger umgesetzt wurde. Im Vergleich dazu wurde in einer Stichprobe eine durchschnittliche

¹ Seit dem 01.10.2005 wurden die Landesversicherungsanstalten (LVA) in die jeweiligen Regionalträger (z. B. DRV Mitteldeutschland) umbenannt. Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) wird seitdem unter dem Namen Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) geführt.

Wartezeit zwischen der Entlassung aus der Rehabilitationsklinik und dem Erstkontakt zu einem Berufsförderungswerk von 13,5 Monaten ermittelt (Fraisie et al., 1997).

2. Im Rahmen einer Interventionsstudie von Haase et al. (2002) wurden Arbeitnehmer der AUDI AG Ingolstadt, bei denen eine berufliche Problematik aufgrund gesundheitlicher Schädigung vorlag, mit einer historischen Kontrollgruppe verglichen. Ziel des Projektes war es zu prüfen, ob die berufliche Wiedereingliederung eines Rehabilitanden durch eine systematische Kooperation zwischen Reha-Arzt und Betriebsarzt beschleunigt und verbessert werden kann. Es zeigte sich, dass die betriebliche Reintegration in der Interventionsgruppe durch eine drastische Verkürzung der Zeitspannen vom Abschluss der Rehabilitation bis zur Vorstellung beim Betriebsarzt und auch bis zum Beginn einer evtl. nötigen betrieblichen Arbeitsplatzmaßnahme deutlich schneller gelang. Die durchschnittliche Dauer bis zur Rückkehr in den Betrieb im Jahr nach der Rehabilitation betrug im Median zehn Tage in der Interventionsgruppe (44 Tage in der Kontrollgruppe). Die Gesamtzahl der Arbeitsunfähigkeitstage in den ersten zwölf Monaten nach der Rehabilitationsmaßnahme in der Interventionsgruppe lag mit 43 Tagen deutlich unter der der Kontrollgruppe mit 117 Tagen.

3. Anhand einer Studie von Budde et al. (2002) wurde untersucht, ob durch eine enge Kooperation von Rehabilitationsklinik und Berufsförderungswerk (Bfw) eine Verbesserung der beruflichen Eingliederung von kardiologischen „Risikopatienten“ zu erzielen ist. „Risikopatienten“ waren als Patienten definiert, die sich durch zu erwartende Schwierigkeiten bei der Wiedereingliederung in das Arbeitsleben, durch die Anzahl der Krankheitstage innerhalb des vergangenen Jahres und ein erhöhtes Ausmaß an Angst und Depressivität auszeichneten. Patienten mit klinisch relevanter Angst- und/oder Depressivitätssymptomatik, nach eigener oder Arzt-Einschätzung „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu erwartenden Problemen bei der beruflichen Wiedereingliederung“ bzw. in Arbeitslosigkeit nahmen an einer „Beruflichen Orientierung und praktischen Erprobung“ (BOPE) in einem Bfw teil. Die BOPE-Teilnehmer befanden sich sechs Monate nach einer Anschlussheilbehandlung (AHB) häufiger im Erwerbsleben als Nicht-BOPE-Teilnehmer.

4. Bereits seit 1998 erfolgt die Durchführung eines Modellprojekts von Schutzeichel und Hirschler (2004) in Kooperation mit der ehemaligen LVA Hannover, der BfA und dem Reha-Zentrum Bad Eilsen, bei dem die Rehabilitanden eine Beruflich Orientierte Rehabilitation (BOR) im Bfw Bad Pyrmont erhalten haben. Einschlusskriterien dabei waren ein Alter ≤ 45 Jahre und Eigenmotivation (Fremdeinschätzung durch das Bfw). Bis Mitte 1999 hatten von den durchschnittlich 30 bis 40 Jahre alten Rehabilitanden 58% noch eine Beschäftigung, 41% waren arbeitslos und 1% selbstständig. Es wurde bei den Teilnehmern, deren Daten aufgenommen und mit früheren Kohorten verglichen

wurden, eine Verkürzung der Bewilligungsverfahren für berufsfördernde Leistungen um ca. 50% von 187 auf 98 Tage festgestellt.

5. Trowitzsch et al. (2006) analysierten Patienten, denen wegen krankheitsbedingtem Missverhältnis zwischen arbeitsplatzbezogenem Anforderungsprofil und körperlichem Leistungsprofil die Teilnahme an einer Komplexrehabilitation empfohlen wurde. 70 Patienten (durchschnittlich 40 Jahre alt) nahmen noch während der medizinischen Rehabilitation für vier Tage an einer beruflichen Neuorientierung bzw. medizinisch-beruflichen Orientierung (MBO) im Bfw Goslar teil. Es konnte belegt werden, dass durch umgehend einsetzende berufsbezogene Rehabilitationsmaßnahmen zwei Jahre danach eine Frühverrentung bei 65 bis 72% der Fälle verhindert werden konnte.

6. Von Januar 2002 bis Juni 2004 wurde im Auftrag der DRV Westfalen und der Klinik Niedersachsen in Bad Nenndorf die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation der Reha-Klinik Niedersachsen durch Streibelt et al. (2005) evaluiert. Es erfolgte ein Wirksamkeitsvergleich dieser MBOR und der herkömmlichen in der Reha-Klinik angebotenen orthopädischen Rehabilitation mittels eines randomisierten Studiendesigns. Die MBOR-Bedarfsfeststellung wurde im Aufnahmegespräch durch die Ärzte anhand vorgegebener Kriterien diagnostiziert. Die Ergebnisse zeigten, dass die MBOR der herkömmlichen orthopädischen Rehabilitation überlegen ist, wenn sie bei Patienten mit einem diagnostizierten MBOR-Bedarf durchgeführt wird. Patienten mit MBOR-Bedarf wiesen mittelfristig eine höhere Belastbarkeit auf und wanderten weniger in die Arbeitslosigkeit, Frührente oder sonstige Erwerbslosigkeit ab.

3 Ziele der Arbeit

Wie dargestellt, ist es für die Deutsche Rentenversicherung ein großes Anliegen, die Verknüpfung von medizinischen und berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen zu fördern und auszudehnen. Die vorliegende Studie dient der Analyse eines Projekts zur Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland (DRV-MD). Im Auftrag der DRV-MD erfolgte die Untersuchung des Verzahnungsprojekts im Hinblick auf Strukturen und vor allem Prozesse sowie den gesundheitlichen und sozialmedizinischen Verlauf der Teilnehmer. Außerdem sollten Unterschiede und/oder Gemeinsamkeiten in den beiden Bundesländern Sachsen-Anhalt und Sachsen bezüglich Durchführung und Ablauf des Verzahnungsprojekts ermittelt werden. In der Studie werden Sachverhalte untersucht, die den Prozess dieser Verzahnung vom Beginn der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme bis zur – im optimalen Fall – erfolgten beruflichen (Wieder-)Eingliederung betreffen. Dabei dient die Evaluation nicht der Wirksamkeitsuntersuchung des Projekts VMB, sondern der Analyse des Verlaufs und der darauf wirkenden Faktoren, um Verbesserungsmöglichkeiten abzuleiten. Dazu sollten verschiedene Erhebungsquellen (vgl. Abschnitt 4.5) genutzt werden.

4 Material und Methodik

4.1 Studiendesign

Die Studie wurde als retrospektive Kohortenstudie mit einer Fragebogenerhebung bei Teilnehmern des Projekts zur Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland durchgeführt. Zusätzlich erfolgten halbstrukturierte Interviews des Fachpersonals der beteiligten Kooperationspartner. Weiterhin wurden von den Projektteilnehmern relevante Informationen aus den Versichertenakten der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland gesammelt. Die Angaben aus den verschiedenen Quellen wurden zur Analyse miteinander verknüpft.

4.2 Beschreibung des Projekts zur Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland

Nach §§ 10 bis 13 SGB IX sind die Rehabilitationsträger im Rahmen der durch Gesetze, Rechtsverordnungen oder allgemeine Verwaltungsvorschriften getroffenen Regelungen verantwortlich, dass die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich – „wie aus einer Hand“ – erbracht werden (BAR, 2004). Das Projekt VMB der DRV-MD soll die Ziele der Nahtlosigkeit zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation sowie der zügigen Leistungserbringung erfüllen. Daher soll bereits in der Rehabilitationsklinik ein beruflicher Rehabilitationsbedarf durch die Verzahnung frühzeitig erkannt, der Rehabilitationsprozess ohne Zeitverlust bei Bedarf in eine angrenzende berufsbezogene Rehabilitationsleistung weitergeführt und die Motivation der Rehabilitanden für die Teilnahme an der Wiedereingliederung ins Erwerbsleben aufrechterhalten bzw. gestärkt werden. Ein wichtiger Aspekt dabei ist die qualifizierte Vorbereitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit Hilfe von Assessments oder Leistungstests, um das Ziel – die Verkürzung der Abstände zwischen Inanspruchnahme von medizinischer Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – zu erlangen.

Auf Anregung der DRV-MD wird von den beteiligten Rehabilitationskliniken in Sachsen-Anhalt und Sachsen² in Zusammenarbeit mit den Berufsförderungswerken Sachsen-Anhalt und Leipzig ein Konzept angeboten, das zur Optimierung der Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen beim Wiedereingliederungsprozess für Rehabilitanden in das Erwerbsleben führen soll. Dies soll durch ein eigens entwickeltes „Kurzprofilung“-Konzept erreicht werden. Das Kurzprofilung dient der Erfassung der Thematik „Beruf

² Die ebenfalls zur DRV Mitteldeutschland gehörende ehemalige Landesversicherungsanstalt Thüringen war an dem Projekt nicht beteiligt.

und Arbeit“, der Vorbereitung einer erwerbsbezogenen Analyse sowie der Orientierung auf LTA schon während des Aufenthaltes in der Rehabilitationsklinik. Das zentrale Steuerungselement dabei ist ein gemeinsam von den Berufsförderungswerken entwickelter Datenerhebungsbogen. Mit diesem Bogen sollen persönliche Angaben erfasst werden, die auf erwerbsbezogene Merkmale wie zum Beispiel Schul-/ Berufsausbildung, zusätzliche Qualifikationen und Angaben zur aktuellen beruflichen Situation fokussiert sind. Außerdem werden eigene Wünsche, Vorstellungen und Aktivitäten von Rehabilitanden in Bezug auf ihre weitere berufliche Tätigkeit aufgegriffen, und anschließend wird die Notwendigkeit einer diagnostischen berufsbezogenen Rehabilitationsleistung überprüft.

Das Kurzprofiling basierte anfangs auf Informationen aus dem Datenerhebungsbogen und zusätzlich auf Angaben des Rehabilitanden, die in einem strukturierten Interview auf der Grundlage eines standardisierten Interviewleitfadens erhoben wurden. Rückmeldungen aus den Kliniken hinsichtlich des Zeitaufwands für die Interviews machten erforderlich, den Umfang der Unterlagen noch vor Beginn der Evaluation zu reduzieren. Daher wurde ein neuer, kürzerer Dokumentationsbogen entwickelt. Am Prozedere änderte sich dadurch nichts.

Die Auswahl der teilnehmenden Rehabilitanden findet in den beteiligten Kliniken durch ein interdisziplinäres Team von Klinikärzten und Sozialarbeitern statt (Abb. 1). Entscheidend sind dabei das durch das Ärzteteam erstellte medizinische Leistungsbild und der aktuelle berufliche Erwerbsstatus. Eine zusätzliche Voraussetzung für die Aufnahme der Patienten in das Projekt ist das Einverständnis der Rehabilitanden mit der Teilnahme an der Studie. Jeder Teilnehmer erhält ein Gespräch bei der Sozialberatung in der jeweiligen Rehabilitationsklinik. Im Rahmen dieses Gesprächs wird der Datenerhebungsbogen ausgefüllt, mit Hilfe dessen während des Beratungsgesprächs für das weitere Vorgehen erforderliche Angaben des Rehabilitanden erfasst und dem zuständigen Reha-Fachberater übergeben werden. Der Datenerhebungsbogen kann dabei bei zügiger Entscheidung für die Beantragung von Leistungen zur Teilhabe durch den Rehabilitanden gleichzeitig als Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben dienen. Bei allen Teilnehmern erfolgt dann noch möglichst während der medizinischen Rehabilitation in der Rehabilitationsklinik ein Beratungsgespräch mit dem Reha-Fachberater der DRV-MD zur weiteren Klärung der erforderlichen berufsbezogenen Rehabilitationsleistung.

Das Projekt VMB startete am 1. Oktober 2005 nach intensiven Vorbereitungen durch die DRV-MD und die Berufsförderungswerke. Am Projekt beteiligt wurden fünf Rehabilitationskliniken in Mitteldeutschland, davon liegen zwei Kliniken in Sachsen und drei in Sachsen-Anhalt (vgl. Tab. 1). In Sachsen-Anhalt liegt der Schwerpunkt auf orthopädi-

schen und psychosomatischen Erkrankungen, in Sachsen werden zusätzlich kardiologische und onkologische Patienten betreut.

Tab. 1: Übersicht der Rehabilitationskliniken

| Klinik | Schwerpunkte | Bundesland | Bettenanzahl |
|---------------|---|-------------------|---------------------|
| A | Kardiologie und Onkologie | Sachsen | 210 |
| B | Orthopädie, Rheumatologie, Psychosomatik und Psychotherapie | Sachsen | 237 |
| C | Orthopädie und Rheumatologie | Sachsen-Anhalt | 178 |
| D | Orthopädie und Psychosomatik | Sachsen-Anhalt | 239 |
| E | Orthopädie und Psychosomatik | Sachsen-Anhalt | 192 |

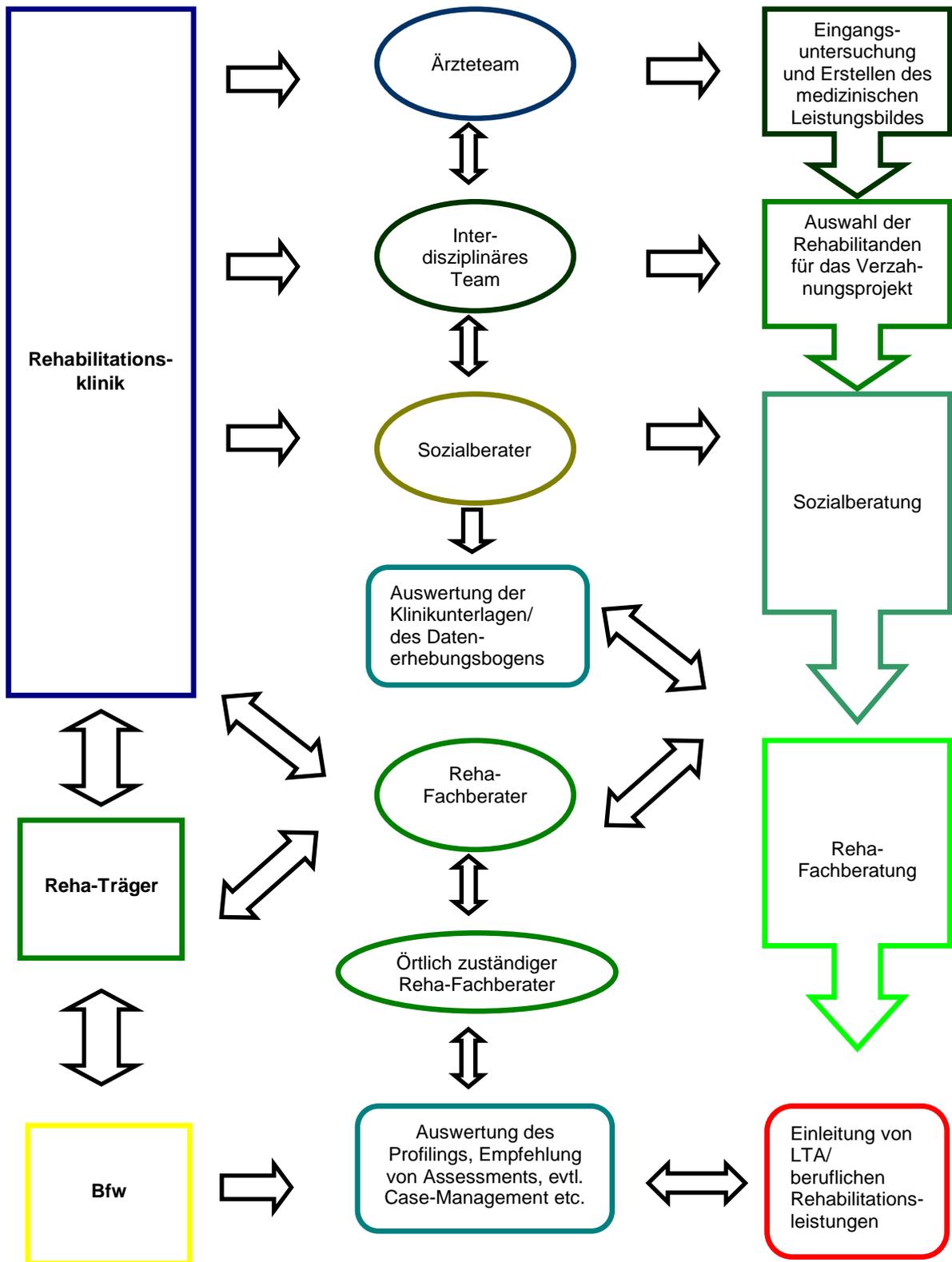


Abb. 1: Ablauf des Verzahnungsprojekts

4.3 Probanden

Im Oktober 2007 wurden 264 Versicherte der DRV-MD, die im Zeitraum vom 01.07.2005 bis 30.06.2007 in das Verzahnungsprojekt aufgenommen wurden, angeschrieben und gebeten, an der Evaluationsstudie und der Auswertung der entsprechenden Versichertenakten im Rahmen des Dissertationsprojektes teilzunehmen. Eine Beschreibung der Charakteristika der Probanden erfolgt in Abschnitt 5.2. und 5.3.

4.4 Datenschutz und Ethikkommission

Alle Probanden wurden schriftlich über die Studie aufgeklärt und gebeten, ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Befragung, der Aktendokumentation und der elektronischen Datenverarbeitung zu geben. Hierzu erhielten sie neben dem Fragebogen eine zu unterzeichnende Einwilligungserklärung und einen frankierten adressierten Rückumschlag. Der Versand der Fragebögen erfolgte über die DRV-MD. Die Fragebögen wurden mit einer Pseudonymisierungsnummer versehen, für die ein Zuordnungsschlüssel zur Identifikation innerhalb der DRV-MD zur korrekten Zusendung der Fragebögen und zur Dokumentation von Akteninformationen erstellt und dort verwahrt wurde. Sowohl die Aktendokumentation als auch die Interviews erfolgten durch die Doktorandin. Zur Einhaltung des Datengeheimnisses bei der Aktendokumentation unterzeichnete die Doktorandin eine Verschwiegenheitserklärung für die DRV-MD. Alle Erhebungen und die Evaluationsstudie betreffende Vorgänge wurden vor Beginn des Forschungsvorhabens mit dem Datenschutzbeauftragten der DRV-MD, dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales (SMS) und der Ethikkommission der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg abgestimmt und von diesen genehmigt.

4.5 Datenquellen

Für die Evaluation wurden wie erwähnt drei verschiedene Datenquellen (Tab. 2) verwendet, um eine möglichst umfangreiche Auswertungsgrundlage zu schaffen. Neben der schriftlichen Befragung wurden die zusätzlichen Informationen aus den zugehörigen Versichertenakten der DRV-MD anhand eines dafür angefertigten Dokumentationsbogens erfasst. Die halbstrukturierten Interviews wurden mit den am Verzahnungsprojekt beteiligten Sozialarbeitern und Ärzten der jeweiligen Kliniken, Reha-Fachberatern der DRV-MD und Mitarbeitern der Berufsförderungswerke durchgeführt. Dadurch werden unterschiedliche Perspektiven, nämlich die der Leistungsempfänger selbst, die des Leistungsträgers (DRV-MD) und die der zusätzlich beteiligten Mitarbeiter der jeweiligen Einrichtung beleuchtet. Für die Durchführung der Interviews wurde ein Leitfaden entworfen.

Tab. 2: Inhaltsbereiche der Datenerhebungsinstrumente

| Erhebungsinstrumente | Ziel | Bereiche und Parameter |
|------------------------------|--|---|
| Rehabilitandenfragebogen | Erfassen von Angaben aus Patientensicht | <p>I Aktueller körperlicher und psychischer Gesundheitszustand: Dauer der Beschwerden, Art der Erkrankung (Fragebogen zur berufl. Rehabilitation), Allgemeiner Gesundheitszustand (SF-36), Arbeitsunfähigkeitszeiten seit Reha, Grad der Behinderung (IRES-3)</p> <p>II Erwerbsvorgeschichte: Arbeitssituation vor Reha, Betriebsgröße, Betriebsarztkontakt, Arbeitsunfähigkeitszeiten vor Reha, Berufliche Stellung vor Reha (IRES-3)</p> <p>III Berufliche Leistungen nach der Rehabilitation: aktuelle Erwerbssituation, genaue Tätigkeit, Befristung, Veränderung der beruflichen Situation seit Reha (Fragebogen zur berufl. Rehabilitation), Empfehlung/Antragstellung LTA</p> <p>IV Details zu LTA: Anregung/Bewilligung LTA, Widerspruch, Art der LTA, Bedeutung der LTA (Fragebogen zur berufl. Rehabilitation), Verzögerungen bei LTA, Zufriedenheit</p> <p>V Berufliche Wiedereingliederung: Art der neuen Tätigkeit, Unterstützung bei der Tätigkeitssuche, Gründe gegen LTA, Gründe für Erwerbslosigkeit (Fragebogen zur berufl. Rehabilitation), Maßnahmen für Arbeitsplatzergänzung</p> <p>VI Persönliche Einschätzung über die Entwicklung der Erwerbstätigkeit: subjektive Meinung über Möglichkeiten des Arbeitsplatzergänzungs, Verbesserungsvorschläge, Einschätzung der Erwerbsperspektive (Fragebogen zur berufl. Rehabilitation), Berufstätigkeit/Situation in einem Jahr (IRES-3)</p> <p>VII Soziodemographie: Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Familienstand, Hauptverdiener im Haushalt, Anzahl Personen im Haushalt, Schulbildung (IRES-3), Berufsausbildung (DRV-Schriften – soziodemographischer Kerndatensatz)</p> <p>VIII Beurteilung der Befragung/Kommentare: Meinung über Fragebogen, Ausfülldauer u. -datum, weitere Bemerkungen (IRES-3)</p> |
| Versichertenakten | Erfassen rehabilitationspezifischer Informationen zum Rehabilitationsprozess | <p>Angaben zur med. Behandlung: Diagnosen, AU-Zeiten, Ort und Dauer der medizinischen Rehabilitation inkl. Eilverfahren, Neuerkrankungen nach medizinischer Rehabilitation</p> <p>Soziodemographie: Geburtsjahr, Geschlecht, abgeschlossene Berufsausbildung und Abbrüche, beruflicher Hintergrund und bisherige Tätigkeitsbereiche, Krankenkasse</p> <p>Details bzgl. beruflicher Leistungen: relevante Gespräche mit Fachberatern inkl. Klärungsschritten, LTA-Antrags- und Bewilligungsdatum, Art und Dauer der bewilligten Leistung, ggf. durchgeführte Eignungstests, ggf. Abbrüche von Leistungen inkl. Gründen, evtl. Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Leistungen, Weiterverweisungen an andere Reha-Träger, ggf. Wünsche des Versicherten bzgl. der Leistungserbringung, Sonstiges (z. B. Rentenantrag, -ablehnung, -widerspruch)</p> |
| Halbstrukturiertes Interview | Erfassen von Informationen über Strukturen und Prozesse des Projekts aus Sicht der beteiligten Mitarbeiter | <p>A Einleitung: Informationen zur Tätigkeit der Befragten</p> <p>B Verzahnungsprojekt: einrichtungsinterne Strukturen und Prozesse</p> <p>C Einbindung der Befragten in das Verzahnungsprojekt</p> <p>D Arbeit mit dem Datenerhebungsbogen</p> <p>E Durchführung des Beratungsgesprächs</p> <p>F Kooperation mit anderen Einrichtungen</p> <p>G Verbleib der Teilnehmer im Verzahnungsprojekt</p> <p>H Optimierungsmöglichkeiten/Lösungsvorschläge</p> |

4.5.1 Rehabilitandenfragebogen

Der Fragebogen besteht aus 22 Seiten mit 65 Fragen und gliedert sich in acht inhaltliche Bereiche (vgl. Tab. 2). Für die Durchführung der Rehabilitandenbefragung wurden überwiegend standardisierte Instrumente verwendet.

Zunächst wurde der allgemeine Gesundheitszustand anhand des Short-Form Health Survey (SF-36) erfasst (Bullinger & Kirchberger, 1998). Der SF-36 besteht aus insgesamt 36 Items zur Erfassung der subjektiven Gesundheit bzw. gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die zu acht Skalen aus je zwei bis zehn Items zusammengefasst werden. Die Skalen umfassen Körperliche Funktionsfähigkeit (10 Items), Körperliche Rollenfunktion (4 Items), Körperliche Schmerzen (2 Items), Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (5 Items), Vitalität (4 Items), Soziale Funktionsfähigkeit (2 Items), Emotionale Rollenfunktion (3 Items) und Psychisches Wohlbefinden (5 Items). Ein Einzel-Item misst die Veränderung der Gesundheit gegenüber dem Vorjahr. Die Items sind dichotom oder mehrstufig nach Likert (Schnell et al., 2008) skaliert. Die Skalenwerte reichen von 0 bis 100, wobei höhere Werte einen besseren Gesundheitszustand bedeuten. Die SF-36-Dimensionen werden im Vergleich zu einer alters- und geschlechtsspezifischen Normpopulation dargestellt.

Fragen, die sich insbesondere auf berufliche Aspekte beziehen, stammen größtenteils aus dem „Fragebogen zur beruflichen Rehabilitation“ (Hansmeier & Radoschewski, 2005), einem Instrument zur Qualitätssicherung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Verwendet wurden beispielsweise Fragen zur aktuellen Erwerbssituation, zur beruflichen Wiedereingliederung, zum Zeitverlauf der Berufstätigkeit nach der Rehabilitation, zur Bedeutung und zur Zufriedenheit mit der LTA, zur Einschätzung der Erwerbsperspektive und der Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Die Antwortkategorien sind ebenfalls nach Likert in fünf Stufen von „Trifft überhaupt nicht zu“ bis „Trifft voll und ganz zu“ skaliert. Ein Teil der Fragen wurde hier ergänzend zur Untersuchung der besonderen Zielsetzung berufsbezogener Rehabilitationsleistungen eigenständig in Absprache mit der DRV-MD entworfen. Dabei handelt es sich hauptsächlich um detaillierte Angaben zu den berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen nach der medizinischen Rehabilitation.

Weiterhin verwendet wurde der Patientenfragebogen „Indikatoren des Reha-Status“ (IRES Version 3, Bührlen et al., 2002). Der IRES-3 ist ein rehabilitationsspezifisches Instrument zur Erfassung des Rehabilitationsstatus von Individuen und Gruppen für diagnostische und evaluative Zwecke. Verwendet wurden Fragen aus den Bereichen berufliche Stellung, Grad der Behinderung, Berufstätigkeit und voraussichtliche Situati-

on in einem Jahr, Anzahl der Personen im Haushalt, Schulbildung und Beurteilung der Befragung.

Außerdem wurde der soziodemographische Kerndatensatz aus den Empfehlungen der Arbeitsgruppe Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung zur Erfassung der Berufsausbildung eingesetzt (Deck & Röckelein, 1999).

4.5.2 Dokumentation der Versichertenakten

Rehabilitandenspezifische Informationen wurden anhand der Versichertenakten der DRV-MD dokumentiert. Dabei handelt es sich insbesondere um zusätzliche medizinische und behandlungsbezogene Detailangaben (z. B. genaue Diagnosen, Daten der Arbeitsunfähigkeitszeiten, Ort und Dauer der medizinischen Rehabilitation sowie dokumentierte Nachsorgeleistungen) und um Details bezüglich der Planung, Einleitung und Durchführung von berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen (z. B. Zeitpunkt und Inhalt der Gespräche mit dem Reha-Fachberater, Antrags- und Bewilligungsdatum sowie Art und Dauer der berufsbezogenen Rehabilitationsleistung/LTA, zusätzliche Eignungstests oder Assessmentverfahren) (vgl. Tab. 2).

4.5.3 Halbstrukturiertes Interview

Zur Information über einrichtungsinterne und -übergreifende Abläufe der jeweiligen beteiligten Institutionen wurden Sozialarbeiter und Ärzte der beteiligten Kliniken, Reha-Fachberater der DRV-MD beider Bundesländer und Mitarbeiter der Berufsförderungswerke Sachsen-Anhalt und Sachsen befragt. Anhand des in acht inhaltliche Bereiche gegliederten halbstrukturierten Interviews wurden Informationen über Strukturen und Prozesse des Verzahnungsprojekts erhoben (vgl. Tab. 2). Die Interviews wurden zum Großteil vor Ort in den beteiligten Einrichtungen (Rehabilitationskliniken, Berufsförderungswerke bzw. DRV-MD) durchgeführt, ein Teil der Gespräche fand telefonisch statt.

4.6 Qualitätssicherung in der Rehabilitation

Einen eigenen Teil der vorliegenden Arbeit nimmt die Evaluation der Qualitätssicherung ein. Üblich ist eine Einteilung der Qualität in die drei Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die auf den amerikanischen Professor für Public Health Avedis Donabedian (1919–2000) zurückgeht und auch im Gesundheitswesen Anwendung findet.

Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementmaßnahmen stellen einen festen Bestandteil der rehabilitativen Versorgung dar. Während Strukturqualität sich auf die strukturellen Merkmale einer Klinik (z. B. Personalstärke, technische Ausstattung) bezieht, fokussiert die Prozessqualität die in der Klinik umgesetzten Behandlungsprozesse (z. B. diagnostische und therapeutische Abläufe). Ergebnisqualität schließlich um-

fasst die durch die Maßnahme erzielten Behandlungsergebnisse und -effekte (Glattacker & Jäckel, 2007).

Zur Erfassung der Strukturqualität werden von der Rentenversicherung seit 1996 in mehrjährigen zeitlichen Abständen Strukturerhebungen durchgeführt (Quelle: DRV Bund). In der vorliegenden Arbeit wurde daher die Strukturqualität nur am Rande untersucht. Mit dem sogenannten „Berliner Fragebogen“ von Hansmeier & Radoschewski (2005) erfolgt seit Juli 2006 die Befragung von Teilnehmern berufsbezogener Bildungsmaßnahmen mit dem Ziel einer einrichtungsvergleichenden Darstellung der Prozess- und Ergebnisqualität berufsbezogener Bildungsleistungen aus Teilnehmersicht. Die vorliegende Arbeit geht dabei stärker in die Tiefe, indem die Sichtweise der Leistungserbringer und -empfänger berücksichtigt und mit Zusatzinformationen aus den Versichertenakten verknüpft wird. Die dadurch erreichte große Auswertungsgrundlage dient der Analyse sowohl personen- und einrichtungsspezifischer als auch externer Faktoren (wie z. B. Standortbedingungen), um eventuelle Defizite aufzuzeigen und gegebenenfalls Optimierungsmöglichkeiten abzuleiten.

Entscheidende Zielgrößen der Rehabilitation stellen nach Hansmeier et al. (2002) die Wiedereingliederung und der Verbleib im Erwerbsleben dar. Für die Messung des Erfolgs der Rehabilitation wird häufig die berufliche Wiedereingliederung nach der Maßnahme in den ersten Arbeitsmarkt als ein wesentliches Kriterium herangezogen (Köster et al., 2007). Eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung kann beispielsweise nach Bürger et al. (2001) folgendermaßen definiert werden: Patienten, die ihre Erwerbstätigkeit wieder aufgenommen haben, Fehlzeiten von unter 12 Wochen aufweisen, nicht berentet sind, keinen Rentenantrag gestellt haben und keinen stellen wollen. Nach Plath und Blaschke (1999) ist die berufliche Eingliederungsrate als Indikator für die Qualität der durchgeführten Bildungsmaßnahme jedoch wenig geeignet, da die Eingliederungsquote auch Einflüssen unterliege, auf die die Bildungseinrichtung und ihre Maßnahme keinen Einfluss haben, wie z. B. die Arbeitsmarktsituation. Außerdem ist nach Beiderwieden (2001) für den Erfolg von beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen nicht nur von Bedeutung, wie viele Absolventen nach Beendigung der Rehabilitationsleistung eine Erwerbstätigkeit gefunden haben, sondern auch die Stabilität und die Qualität dieser Erwerbstätigkeit. Es zeigt sich, dass es bisher keine allgemein anerkannte Definition für den Eingliederungserfolg gibt. Bei der Analyse des Eingliederungserfolgs im hier evaluierten Projekt findet eine eigene Einteilung in einen günstigen bzw. ungünstigen Erwerbsverlauf Anwendung (s. Abschnitt 4.7.).

4.7 Zielgrößen

Als zentrale Outcomes für die Evaluation des Projekts VMB wurden für die zwei Qualitätsdimensionen Prozess- und Ergebnisqualität folgende Zielgrößen untersucht: Im Rahmen der Prozessqualität wurden Zugang, Inanspruchnahme und Art der Leistung sowie Zeitspannen (z. B. zwischen Beantragung und tatsächlichem Erhalt einer Leistung) untersucht, um die Forderung nach Nahtlosigkeit und zügiger Leistungserbringung zu überprüfen. Zur Beurteilung der Ergebnisqualität wurden zwei zentrale Kriterien untersucht: Zum einen wurde das Beschäftigungsverhältnis zum Nachbefragungszeitpunkt und zum anderen die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit der Rehabilitationsleistung als Leistungsempfänger herangezogen.

Für die Analysen wurden zur Auswertung des Erwerbsverlaufs der einzelnen Rehabilitanden bestimmte Begriffsdefinitionen festgelegt. Ein günstiger Erwerbsverlauf wird definiert als Erwerbstätigkeit bzw. intaktes Arbeitsverhältnis zum Nachbefragungszeitpunkt, auch wenn eine Arbeitsunfähigkeit besteht. Dagegen wird ein ungünstiger Erwerbsverlauf bestimmt als Arbeitslosigkeit, Erwerbsminderungsrente, Rente auf Zeit oder noch andauernde Arbeitsunfähigkeit ohne intaktes Arbeitsverhältnis. Eine dritte Gruppe bilden die Rehabilitanden, die an noch andauernden berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen wie zum Beispiel Aus- und Weiterbildung, Integrations- oder Qualifizierungsmaßnahmen teilnahmen, sodass der Erwerbsverlauf zum Zeitpunkt der Datenanalyse noch nicht endgültig abgesehen werden konnte.

4.8 Datenbank und statistische Auswertung

Aus den Daten der Fragebögen und der Versichertenakten wurde mit Hilfe des Softwarepaketes SPSS eine Datenbank erstellt. Die Daten wurden miteinander verknüpft und ausgewertet. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt primär anhand von Verfahren der deskriptiven Statistik. Gruppenvergleiche erfolgten mittels T-Test und Chi-Quadrat-Test. Das Signifikanzniveau wurde auf $\alpha=0,05$ festgelegt. Die Auswertung der Interviews erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (2000), nach der Kategorien definiert und gebildet wurden.

4.8.1 Umgang mit fehlenden oder widersprüchlichen rehabilitandenspezifischen Daten in Fragebogen und Akte

Sowohl in den Angaben der Fragebögen als auch in den Angaben der analysierten Versichertenakten traten fehlende oder unplausible Werte auf. Da es zwischen beiden Erhebungsinstrumenten zum Teil inhaltliche Überschneidungen gab, wurde in solchen Fällen so weit wie möglich versucht, die fehlende Angabe einer Datenquelle aus der jeweils anderen Datenquelle zu ersetzen und scheinbar widersprüchliche Angaben

inhaltlich plausibel zu integrieren. Sofern widersprüchliche Angaben nicht aufgelöst werden konnten, wurden sie als fehlende Werte (missing values) gewertet.

Unter Berücksichtigung des Umgangs mit widersprüchlichen und fehlenden Daten sowie der Tatsache, dass einige Fragen im Fragebogen nur von bestimmten Teilnehmern beantwortet werden konnten bzw. sollten („Springer-Fragen“), variieren die Teilnehmerzahlen im Folgenden. Diese Teilnehmerzahlen (n-Zahlen) sind den Tabellen- und Abbildungsbeschriftungen zu entnehmen.

4.8.2 Zuordnung der einzelnen berufsbezogenen Leistungen

Die einzelnen Leistungsarten der Rehabilitation mit dem Ziel der beruflichen (Wieder-) Eingliederung wurden in den Auswertungen unter dem Oberbegriff „berufsbezogene Leistungen“ zusammengefasst. Zu den berufsbezogenen Leistungen zählen LTA, stufenweise Wiedereingliederung, betriebliches Eingliederungsmanagement, Case-Management sowie vorbereitende Maßnahmen wie Assessments, Berufsfindung und Arbeitserprobung und Reha-Vorbereitungslehrgänge.

5 Ergebnisse

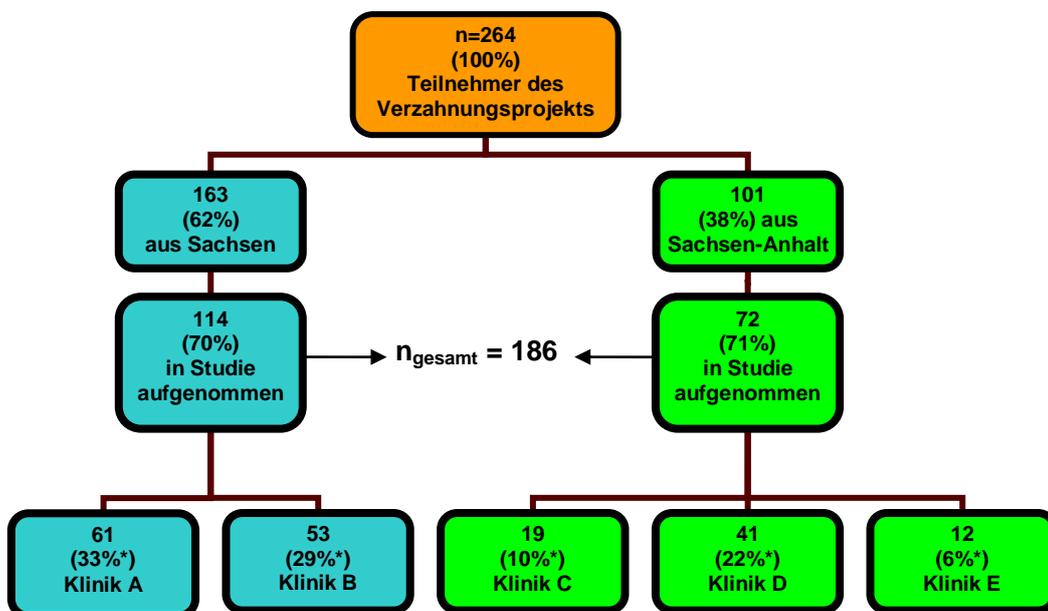
5.1 Ausgangsgruppe und Merkmale der Stichprobe

Von insgesamt 264 angeschriebenen Rehabilitanden erteilten 188 (71%) ihre Einwilligung zur Teilnahme an der Befragung und der elektronischen Datenverarbeitung und sendeten den ausgefüllten Fragebogen zurück. Sie gaben die durchschnittliche Zeit für das Ausfüllen des Fragebogens mit 42 ± 27 Minuten an. In Tab. 3 sind einige Gründe für die Nichtteilnahme dargestellt, überwiegend lag jedoch keine Rückmeldung vor.

Tab. 3: Gründe für die Nichtteilnahme (n=76)

| | n | Anteil |
|---|----|--------|
| Unbekannt verzogen | 5 | (7%) |
| Telefonische Mitteilung über Nichtteilnahme ohne Begründung | 6 | (8%) |
| Keine Einwilligungserklärung | 3 | (4%) |
| Aktueller Krankenhausaufenthalt | 1 | (1%) |
| Unausgefüllter Fragebogen | 1 | (1%) |
| Verstorben | 1 | (1%) |
| Keine Rückmeldung | 59 | (78%) |

Bei zwei der 188 Teilnehmer waren die Versichertenakten nicht verfügbar und konnten deshalb nicht dokumentiert werden. Beide Teilnehmer wurden daher aus der weiteren Analyse ausgeschlossen. Die endgültige Stichprobe umfasst somit n=186. Die Verteilung der untersuchten Stichprobe in Abhängigkeit vom Bundesland, von der Rücklaufquote und von den Rehabilitationskliniken zeigt Abb. 2.



*Anteil von insgesamt 186 aufgenommenen Teilnehmern verteilt auf die jeweiligen Kliniken.

Abb. 2: Stichprobenverteilung nach Bundesland, Rücklaufquote und Rehabilitationskliniken

5.1.1 Soziodemographische Merkmale der Stichprobe

Die Rehabilitandenbefragung fand durchschnittlich 10 ± 5 Monate nach dem Ende der medizinischen Rehabilitation statt. Der Großteil der Rehabilitanden (63%) erhielt im Rahmen des Aufenthaltes in der Rehabilitationsklinik eine Anschlussrehabilitation, 37% nahmen an einem medizinischen Heilverfahren teil. Bei der Hälfte der Rehabilitanden (51%) dauerte der Aufenthalt drei Wochen, 42% verbrachten vier Wochen und die restlichen 7% mehr als fünf Wochen in der Klinik. Durchschnittlich betrug die Dauer der medizinischen Rehabilitation 4 ± 1 Wochen. Ein Überblick über die soziodemographischen Merkmale der Stichprobe wird in Tab. 4 dargestellt.

Tab. 4: Soziodemographische Merkmale der Stichprobe zum Befragungszeitpunkt (n=186)

| Alter bei Reha-Beginn | 47 ± 9 Jahre (Range: 20–62) | n | Anteil |
|--|--|-----|--------|
| Geschlecht | männlich | 145 | (78%) |
| Staatsangehörigkeit* | deutsch | 180 | (97%) |
| Familienstand* | ledig | 34 | (18%) |
| | verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft | 124 | (67%) |
| | verwitwet | 2 | (1%) |
| | geschieden/getrennt lebend | 23 | (12%) |
| Anzahl Personen im Haushalt* | eine | 31 | (17%) |
| | zwei | 77 | (41%) |
| | drei | 48 | (26%) |
| | ≥ vier | 26 | (14%) |
| Anzahl Personen unter 18 Jahre im Haushalt* | keine | 138 | (74%) |
| | eine | 30 | (16%) |
| | zwei | 10 | (5%) |
| | ≥ drei | 2 | (2%) |
| Hauptverdiener* | selbst | 82 | (44%) |
| | Partner | 60 | (32%) |
| | selbst und Partner zu gleichen Teilen | 38 | (20%) |
| | jemand anderes | 1 | (1%) |
| Höchster Schulabschluss* | Volks-/Hauptschulabschluss | 18 | (10%) |
| | Mittlere Reife, Realschulabschluss | 23 | (12%) |
| | Polytechnische Oberschule | 127 | (68%) |
| | Anderer Schulabschluss | 15 | (9%) |
| Höchste Berufsausbildung* | Lehre | 155 | (84%) |
| | Fachschule | 13 | (7%) |
| | Andere Berufsausbildung | 5 | (4%) |
| | Keine Berufsausbildung | 9 | (5%) |

* Missing values: max. 3%

Die untersuchten Rehabilitanden waren durchschnittlich 47 Jahre alt. Die größte Altersgruppe (37%) bildeten Rehabilitanden im Alter zwischen 51 und 60 Jahren. Über drei Viertel sind Männer. Fast alle Teilnehmer (97%) hatten die deutsche Staatsangehörigkeit. Der Großteil der Rehabilitanden (46%) war bei der AOK versichert, an zwei-

ter Stelle stand mit 27% die IKK, gefolgt von der BKK (12%). Die restlichen 15% verteilten sich auf unterschiedliche Ersatzkassen. Die meisten Teilnehmer (67%) waren verheiratet, insgesamt lebten 73% in einer festen Partnerschaft. Die Haushaltsgröße lag zu 41% bei zwei Personen, zum Großteil (74%) lebten keine Personen unter 18 Jahre im Haushalt. Hauptverdiener waren zu 44% die Befragten selbst, zu 20% verteilte sich der Verdienst zu gleichen Teilen auf Partner und Befragte. Die meisten Rehabilitanden haben die polytechnische Oberschule (10. Klasse) abgeschlossen. Die höchste Berufsausbildung der Befragten bestand zum größten Teil (84%) in einer Lehre. Die erlernten Berufe verteilten sich zu 85% auf Handwerksberufe. 6% der Teilnehmer gingen Dienstleistungsberufen und 3% landwirtschaftlichen Berufen nach. Ein Teilnehmer (1%) war Akademiker, 5% hatten keine Berufsausbildung abgeschlossen. In insgesamt 32 von 186 Fällen (17%) war kein Datenerhebungsbogen in der Versichertenakte vorhanden, davon kamen 19 Teilnehmer (59%) aus Sachsen-Anhalt und 13 (41%) aus Sachsen.

5.1.2 Krankheitsmerkmale und Gesundheitszustand der Rehabilitanden

Eine Auskunft über die Krankheitsmerkmale und die Lebensqualität der Rehabilitanden zum Nachbefragungszeitpunkt, dargestellt im Vergleich zur alters- und geschlechtsspezifischen Normpopulation, gibt Tab. 5. Die häufigsten Primärdiagnosen als Anlass für die medizinische Rehabilitation machten Erkrankungen des muskuloskelettalen Systems aus. An zweiter Stelle standen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems. Eine Komorbidität wiesen 45 Teilnehmer (24%) auf, mit über 60% handelte es sich dabei am häufigsten um Erkrankungen des Muskel-/Skelettsystems in Verbindung mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die durchschnittliche Dauer der Beschwerden betrug 4 ± 5 Jahre. Fast ein Viertel der Rehabilitanden besaß bereits einen (Schwer-)Behindertenausweis, weitere 36% hatten einen Antrag auf Festsetzung des Grades der Behinderung (GdB) gestellt. Von den Teilnehmern mit festgestelltem GdB wiesen 18 Teilnehmer (44%) eine Schwerbehinderung auf ($\text{GdB} \geq 50$), 13 Teilnehmer (32%) haben eine Erhöhung des GdB beantragt.

Die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten vor Antritt der medizinischen Rehabilitation wurde mit 14 ± 17 Wochen angegeben. Bei fast der Hälfte (48%) lag die AU-Dauer im Jahr vor der medizinischen Rehabilitation bei über sechs Wochen.

Der Großteil der Patienten (76%) gab an, dass die Erkrankung, wegen der die rehabilitative Leistung notwendig geworden war, ursächlich für die Arbeitsunfähigkeitszeiten nach der medizinischen Rehabilitation war.

Tab. 5: Krankheitsmerkmale der Probanden anhand der Fragebogenangaben und der Angaben im SF-36 zum Zeitpunkt der Nachbefragung im Vergleich zu einer alters- und geschlechtsspezifischen Normpopulation (n=186)

| Anlass der med. Rehabilitation | | n | Anteil |
|---|---|----------|---------------|
| Erkrankungen | Muskel-/Skelett-System | 122 | (66%) |
| (Mehrfachnennungen möglich) | Herz-Kreislauf-System | 67 | (36%) |
| | Sinnesorgane/Nervensystem | 7 | (4%) |
| | Onkologische Erkrankungen | 11 | (6%) |
| | Seelische/psychische Erkrankungen | 15 | (8%) |
| Besitz eines (Schwer-)Behindertenausweises¹ | | | |
| | Nein | 76 | (41%) |
| | Nein, aber beantragt | 65 | (36%) |
| | Ja | 41 | (22%) |
| AU-Zeiten 12 Monate vor med. Reha² | | | |
| | keine | 47 | (25%) |
| | <3 Wochen | 15 | (8%) |
| | 3–6 Wochen | 17 | (9%) |
| | >6 Wochen | 89 | (48%) |
| AU-Zeiten nach med. Reha³ | | | |
| | keine | 31 | (17%) |
| | <3 Wochen | 17 | (9%) |
| | 3–6 Wochen | 16 | (9%) |
| | >6 Wochen | 97 | (52%) |
| Gleiche Diagnose bei der Reha als Grund für AU nach Reha | | ja | 142 (76%) |
| SF-36-Dimension | Anteil der Teilnehmer des Verzahnungsprojekts mit einer Abweichung von mindestens einer SD von der Normpopulation ohne chronische Erkrankungen | | |
| Körperliche Funktionsfähigkeit | | 120 | (65%) |
| Körperliche Rollenfunktion | | 146 | (80%) |
| Körperliche Schmerzen | | 134 | (72%) |
| Allgemeine Gesundheitswahrnehmung | | 126 | (69%) |
| Vitalität | | 110 | (60%) |
| Soziale Funktionsfähigkeit | | 106 | (57%) |
| Emotionale Rollenfunktion | | 86 | (49%) |
| Psychisches Wohlbefinden | | 104 | (57%) |

¹⁻³ Missing values: ¹4 Teilnehmer (2%); ²18 Teilnehmer (10%); ³25 Teilnehmer (13%).

In allen acht Dimensionen des SF-36 schnitten die Teilnehmer schlechter ab als die Normpopulation. Insbesondere bei der körperlichen Rollenfunktion, die das Ausmaß

der Beeinträchtigungen bei der Arbeit oder anderen täglichen Aktivitäten beschreibt, beträgt der Anteil der Teilnehmer, der mindestens eine Standardabweichung (SD) von der Normpopulation abweicht, 80%. Die geringste Diskrepanz fand sich in der Skala „emotionale Rollenfunktion“. Die Veränderung der Gesundheit gegenüber dem Vorjahr, die anhand eines Einzel-Items gemessen wurde, wurde von 63 Teilnehmern (35%) mit „etwas oder viel besser als vor einem Jahr“ angegeben, 66 (36%) Rehabilitanden ging es „derzeit etwas oder viel schlechter als vor einem Jahr“ und 52 Teilnehmer (29%) fühlten sich „etwa so wie vor einem Jahr“.

5.2 Berufliche Vorgeschichte der Probanden

Probandenmerkmale mit Bezug zur Erwerbstätigkeit sind in Tab. 6 dargestellt. Insgesamt waren 114 Rehabilitanden (61%) vor der medizinischen Rehabilitation erwerbstätig, 72 Teilnehmer (39%) waren zu diesem Zeitpunkt nicht erwerbstätig. 92% der vor Beginn der medizinischen Rehabilitation erwerbstätigen Rehabilitanden waren in Vollzeit beschäftigt, nur wenige (8%) waren teilzeit- bzw. geringfügig beschäftigt. Insgesamt waren 37% aller Rehabilitanden zu diesem Zeitpunkt arbeitslos. Ein Teilnehmer befand sich bereits in einer Umschulung und zwei Teilnehmer waren arbeitsunfähig, ohne eine Angabe über den aktuellen Erwerbsstatus gemacht zu haben. Diese drei Rehabilitanden wurden als „kein Arbeitsverhältnis (AV)“ gewertet.

Tab. 6: Erwerbsbezogene Merkmale der Rehabilitanden vor Beginn der medizinischen Rehabilitation (n=186)

| | | n | Anteil |
|---|---|-----|--------|
| Bestehendes AV vor med. Reha | | 114 | (61%) |
| Berufliche Stellung | Gelernter Arbeiter oder Facharbeiter | 104 | (56%) |
| | Un- oder angelernter Arbeiter | 39 | (21%) |
| | Vorarbeiter, Kolonnenführer, Meister etc. | 20 | (11%) |
| | Angestellter | 13 | (7%) |
| | Selbstständiger | 4 | (2%) |
| | Sonstiges | 6 | (3%) |
| Betriebsgröße im aktuellen bzw. letzten Betrieb | <10 Mitarbeiter | 28 | (15%) |
| | 11–20 Mitarbeiter | 38 | (21%) |
| | 21–100 Mitarbeiter | 47 | (25%) |
| | >100 Mitarbeiter | 41 | (22%) |
| | Kein Betrieb/keine Kenntnis über Größe | 32 | (17%) |
| Kontakt zum Betriebs-/Werksarzt vor medizinischer Rehabilitation | ja | 25 | (13%) |

Über die Hälfte aller Rehabilitanden (57%) waren, unabhängig vom Erwerbsstatus vor der medizinischen Rehabilitation, Arbeiter bzw. Facharbeiter. 61% aller Teilnehmer waren in Betrieben mit maximal 100 Mitarbeitern beschäftigt, also vorwiegend in kleinen und mittleren Unternehmen. Von 25 Personen, die Kontakt zum Betriebsarzt bzw. Werksarzt hatten, waren elf Personen (44%) in Betrieben mit über 100 Mitarbeitern beschäftigt.

5.3 Anträge auf Leistungen zur beruflichen Wiedereingliederung bzw. auf Verrentung

5.3.1 Empfehlung und Antrag auf LTA

134 Teilnehmer (72%) erhielten nach ihren Angaben aus dem Fragebogen eine Empfehlung, einen LTA-Antrag zu stellen. Insgesamt haben noch etwas mehr, nämlich 158 Teilnehmer (85%) tatsächlich einen LTA-Antrag gestellt. Von den 158 Antragstellern haben 147 (93%) eine Bewilligung für eine LTA erhalten. Bei drei Rehabilitanden (2%) stand die Entscheidung über die Bewilligung des LTA-Antrags zum Zeitpunkt der Nachbefragung bzw. Aktendokumentation noch aus. Letztendlich haben 123 Antragsteller (66% aller Rehabilitanden) eine berufsbezogene Rehabilitationsleistung erhalten. Die Dauer zwischen einem LTA-Antrag und dessen Bewilligung betrug insgesamt durchschnittlich 24 ± 35 Tage (Range 0–178 Tage).

5.3.2 Ablehnungsgründe bei der Beantragung von LTA

Ein bereits gestellter LTA-Antrag wurde bei elf aller 186 Rehabilitanden (6%) durch die DRV abgelehnt, bei sieben Teilnehmern (4%) durch den Rehabilitanden selbst zurückgezogen und bei 14 Rehabilitanden (28%) aus nicht eindeutig zuzuordnenden Gründen abgewiesen. Insgesamt 28 Projektteilnehmer (15%) wiesen von vornherein die Beantragung einer LTA zurück. Die Gründe dieser Rehabilitanden gegen die Antragstellung sind in Tab. 7 dargestellt.

Elf (7%) von insgesamt 158 Antragstellern erhielten keine Leistung wegen Nicht-Bewilligung eines LTA-Antrags durch den Rehabilitationsträger. Davon gaben drei Teilnehmer an, dass sie Widerspruch gegen die Ablehnung des LTA-Antrags eingelegt haben, weitere zwei Teilnehmer hatten noch vor, Widerspruch einzulegen. Tab. 8 zeigt einen Überblick über die Ablehnungsgründe von LTA oder einer berufsbezogenen Rehabilitationsleistung durch den Rehabilitationsträger.

Tab. 7: Gründe gegen die Beantragung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bzw. berufsbezogenen Leistungen (Mehrfachnennungen möglich) (n=28)

| Gründe gegen eine innerbetriebliche Maßnahme | n |
|--|----------|
| Veränderung im Betrieb nicht möglich | 6 |
| Wunsch, die bisherige Tätigkeit weiter auszuüben | 4 |
| Keine Unterstützung vom Arbeitgeber | 4 |
| Sorge, dadurch den Arbeitsplatz zu verlieren | 3 |
| Gründe gegen eine außer- bzw. überbetriebliche Maßnahme | |
| Angst, trotz LTA keinen geeigneten Arbeitsplatz zu finden | 6 |
| Verschieben der LTA auf einen späteren Zeitpunkt | 1 |
| Schwierigkeiten, einen Platz für eine LTA zu bekommen | – |
| Zu große Entfernung zum Wohnort | – |
| Weitere Gründe | |
| Nicht ausreichende körperliche Belastbarkeit | 7 |
| Tätigkeitswechsel nicht zutrauen | 1 |
| Maßnahme für nicht notwendig halten | 1 |
| Verfahren von Antragstellung bis Bewilligung zu langwierig | 1 |
| Familiäre Gründe | 1 |
| Bearbeitung nicht möglich wegen noch offenem Teilrentenantrag | 1 |
| Schwierigkeiten beim Ausfüllen der Formulare | – |
| Schwierigkeiten, die zuständige Stelle zu finden | – |

Tab. 8: Ablehnungsgründe einer beantragten LTA/berufsbezogenen Leistung durch den Rehabilitationsträger (n=11)

| | n |
|---|----------|
| Keine Gefährdung der Erwerbstätigkeit feststellbar | 5 |
| Rentenantragsverfahren | 2 |
| Andere Trägerzuständigkeit (Agentur für Arbeit) | 2 |
| LTA-Antrag nicht sinnvoll wegen zu geringer Belastbarkeit oder keinem Interesse | 2 |

Angaben darüber, wer die Beantragung einer LTA angeregt hat, machten 118 (75%) von 158 Antragstellern. Am häufigsten gaben die Mitarbeiter der DRV (67%) die Anregung zu einem LTA-Antrag, gefolgt von den Sozialarbeitern in der Rehabilitationsklinik (57%) (Abb. 3).

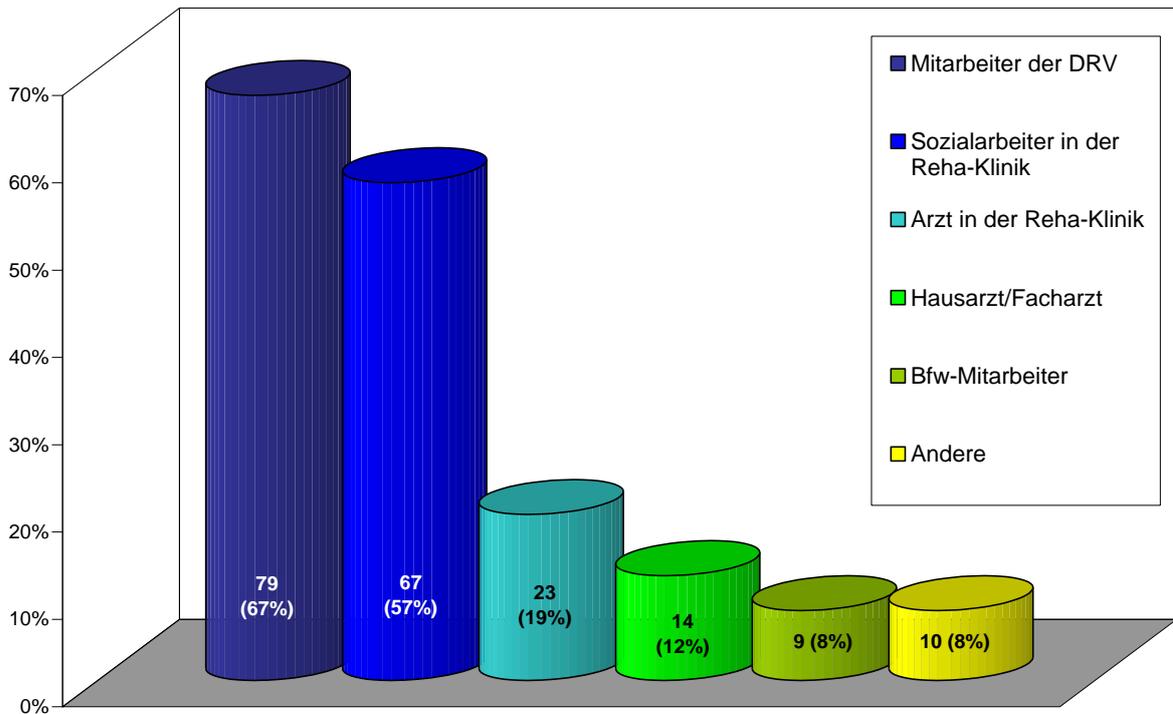


Abb. 3: Anregung zum LTA-Antrag (n=118, Mehrfachnennungen möglich)

5.3.3 Verzögerungen beim Erhalt einer berufsbezogenen Rehabilitationsleistung

Von den 123 Rehabilitanden, die eine LTA oder eine andere berufsbezogene Rehabilitationsleistung erhalten haben, gaben zwölf Teilnehmer (10%) im Rehabilitandenfragebogen an, dass es beim Beginn oder beim Erhalt ihrer LTA bzw. berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen aus ihrer Sicht Verzögerungen gab. Die angegebenen Gründe sind in Tab. 9 dargestellt.

Tab. 9: Gründe für Verzögerungen (n=12)

| | n |
|--|---|
| Lange Bearbeitungsdauer | 3 |
| Späte Zahlung von Übergangsgeld | 2 |
| Gesundheitliche Gründe | 1 |
| Lange Dauer bis zum Beginn der medizinischen Rehabilitation | 1 |
| Mangelnde Zusammenarbeit der unterschiedlichen Ämter | 1 |
| Kein Ansprechpartner bei den Leistungsträgern | 1 |
| Lehrmittel nicht vorhanden zu Beginn der Rehabilitationsleistung | 1 |
| Sonstige Gründe | 2 |

5.3.4 Beantragung von Renten

Von allen 186 Rehabilitanden haben insgesamt 38 (20%) einen Rentenantrag gestellt, davon 21 (55%) initial Erwerbstätige. Von diesen 38 Rentenantragstellern sind aktuell 26 (68%) arbeitslos, fünf (13%) Rentenempfänger, vier (11%) arbeitsunfähig (davon drei Teilnehmer mit AV und ein Teilnehmer ohne AV), zwei (5%) erwerbstätig und ein Teilnehmer (3%) in Ausbildung bzw. Umschulung.

5.4 Inanspruchnahme von berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen

5.4.1 Initiierte Leistungen in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus vor der medizinischen Rehabilitation

Von 147 Rehabilitanden, bei denen eine LTA bzw. berufsbezogene Rehabilitationsleistung bewilligt worden war, erhielten 123 Rehabilitanden (84%) mindestens eine berufsbezogene Rehabilitationsleistung. Von diesen 123 Rehabilitanden waren vor der medizinischen Rehabilitation 81 Teilnehmer erwerbstätig (66%) und 42 nicht erwerbstätig (34%) (Abb. 4). Die initiierten Leistungen in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus vor der medizinischen Rehabilitation sind in Tab. 10 im Detail dargestellt. Dabei ist der Erhalt einer berufsbezogenen Intervention im Gruppenvergleich unabhängig vom Arbeitsverhältnis vor der medizinischen Rehabilitation ($p=0.057$), jedoch erhalten Rehabilitanden mit bestehendem AV vor der medizinischen Rehabilitation tendenziell eher eine berufsbezogene Leistung als Rehabilitanden ohne bestehendes AV. Die drei Rehabilitanden, bei denen die Entscheidung über die Bewilligung einer Leistung noch ausstand, wurden dabei nicht berücksichtigt, so dass sich die Teilnehmerzahl auf 183 reduzierte. Für insgesamt 81 (71%) der 114 initial erwerbstätigen Teilnehmer wurde mindestens eine berufsbezogene Leistung veranlasst. Bei den LTA handelt es sich in den meisten Fällen um Assessments (28%), gefolgt von Ausbildungen bzw. Umschulungen (21%). Bei 39 initial Erwerbstätigen (48%) erfolgte eine stufenweise Wiedereingliederung, 18 (22%) erhielten ein betriebliches Eingliederungsmanagement. Von den befragten initial Erwerbstätigen haben 16 (9%) den Tätigkeitsbereich innerhalb ihres Betriebes und 25 (13%) den Arbeitgeber gewechselt bzw. einen neuen Arbeitgeber gefunden.

In der Gruppe der initial Nicht-Erwerbstätigen erhielten 42 (58%) eine Leistung. Dabei handelte es sich vorwiegend um Assessments (60%), Ausbildungen bzw. Umschulungen (31%) und Integrationsmaßnahmen (22%). Insgesamt waren die meisten initiierten Leistungen vorbereitende Leistungen wie Assessments und Reha-Vorbereitungslehrgänge (zusammen 39%). In 27% wurden Integrations- oder Qualifizierungsmaßnahmen eingeleitet, zu 24% erhielten die Teilnehmer eine Ausbildung oder Umschulung.

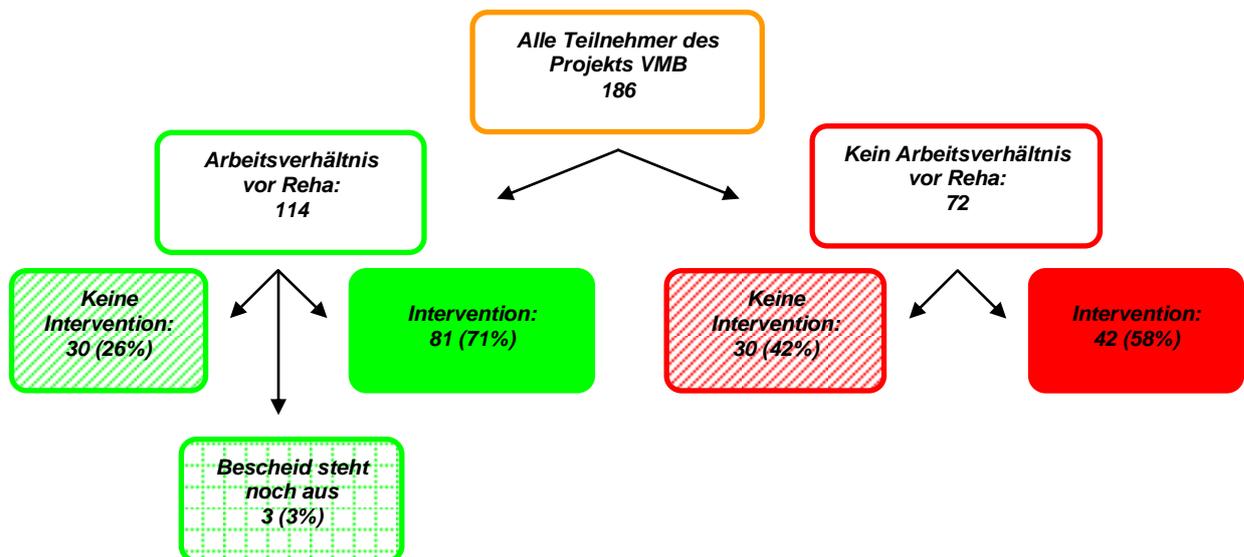


Abb. 4: Erhalt einer Intervention bei bestehendem/nicht bestehendem Arbeitsverhältnis vor der medizinischen Rehabilitation (n=183; p=0.057)

Tab. 10: Initiierte Leistungen in Bezug zum Erwerbsstatus vor der medizinischen Rehabilitation (n=123, Mehrfachnennungen möglich)

| LTA | Erwerbstätige (n=81) | | Erwerbslose (n=42) | |
|--|----------------------|--------|--------------------|--------|
| | n | Anteil | n | Anteil |
| Assessment | 23 | (28%) | 25 | (60%) |
| Reha-Vorbereitungslehrgang | 11 | (14%) | 8 | (19%) |
| Integrationsmaßnahme | 13 | (16%) | 9 | (22%) |
| Innerbetriebliche Umsetzung | 13 | (16%) | – | – |
| Qualifizierungsmaßnahme | 4 | (5%) | 7 | (17%) |
| Ausbildung/Umschulung | 17 | (21%) | 13 | (31%) |
| Hilfsmittel am Arbeitsplatz | 3 | (4%) | – | – |
| Sonstige Leistungen | | | | |
| Stufenweise Wiedereingliederung | 39 | (48%) | – | – |
| Betriebliches Eingliederungsmanagement | 18 | (22%) | – | – |
| Case-Management | 27 | (33%) | 2* | (5%) |

* Nach Angaben aus der Aktendokumentation: 1x Überprüfung der Möglichkeiten für ein Case-Management, 1x Probebeschäftigung mit nachfolgender Übernahme.

5.4.2 Untersuchung möglicher Indikatoren für den Erhalt einer berufsbezogenen Rehabilitationsleistung

Zwischen folgenden Rehabilitandenmerkmalen und dem Erhalt einer berufsbezogenen Leistung konnte kein Zusammenhang nachgewiesen werden: Weder soziodemographische Merkmale (Geschlecht, Familienstand und Partnerschaft, Hauptverdiener, Schul- und Berufsabschluss) noch gesundheitsbezogene Merkmale (Arbeitsunfähig-

keitszeiten, Art der Erkrankung, Gesundheitszustand im Allgemeinen, Grad der Behinderung) übten einen Einfluss auf den Erhalt einer Intervention aus. Jedoch zeigte sich, dass der Erhalt einer berufsbezogenen Leistung abhängig vom Bundesland ist: In Sachsen haben 82 Rehabilitanden (72%) eine Intervention erhalten, in Sachsen-Anhalt waren es 41 Rehabilitanden (57%) ($p=0.044$). Tendenziell zeichneten sich Interventionsteilnehmer durch ein niedrigeres Alter aus und waren im Schnitt 1,8 Jahre jünger als Nichtteilnehmer (n. s.). Einen Überblick über das durchschnittliche Alter der Interventionsteilnehmer in Abhängigkeit von der Art der erhaltenen berufsbezogenen Rehabilitationsleistung gibt Tab. 11. Es zeigte sich, dass Teilnehmer länger andauernder berufsbezogener Rehabilitationsleistungen wie z. B. Ausbildungen oder Umschulungen durchschnittlich jünger waren als Teilnehmer von kürzer andauernden Leistungen wie z. B. Qualifizierungs- oder Integrationsmaßnahmen. Am ältesten waren Teilnehmer, die ein Case-Management erhalten haben.

Tab. 11: Durchschnittliches Alter der Interventionsteilnehmer in Abhängigkeit von der Art der berufsbezogenen Rehabilitationsleistung (n=123)

| | Alter (MW \pm SD) |
|--|---------------------|
| LTA | |
| Assessment | 41 \pm 9 |
| Reha-Vorbereitungslehrgang | 37 \pm 9 |
| Integrationsmaßnahme | 45 \pm 7 |
| Innerbetriebliche Umsetzung | 47 \pm 8 |
| Qualifizierungsmaßnahme | 42 \pm 10 |
| Ausbildung/Umschulung | 38 \pm 8 |
| Sonstige Leistungen | |
| Stufenweise Wiedereingliederung | 45 \pm 8 |
| Betriebliches Eingliederungsmanagement | 46 \pm 10 |
| Case-Management | 50 \pm 9 |

5.4.3 Leistungsabbrüche nach der medizinischen Rehabilitation

Insgesamt haben 16 Teilnehmer eine berufsbezogene Rehabilitationsleistung abgebrochen, das entspricht 13% aller bewilligten und auch erhaltenen Interventionen. Davon befanden sich sieben Teilnehmer (44%) vor der medizinischen Rehabilitation in einem Arbeitsverhältnis, neun Teilnehmer (56%) waren nicht erwerbstätig bzw. arbeitslos. Die Gründe für den Abbruch waren hauptsächlich gesundheitlicher Art (69%). Weiterhin im Fragebogen genannt wurden zum Beispiel „das Gefühl, der Herausforderung nicht gewachsen zu sein“ oder „Abbruch wegen eines Aufhebungsvertrags mit dem Arbeitgeber“. Die Abbruchquote bei den Leistungen zeigt weder zum Geschlecht noch

zum Alter einen Zusammenhang. Die Berufsausbildung, das Bundesland und die Art der Erkrankung haben ebenfalls keinen Einfluss. Im Gegensatz dazu lässt sich aber ein Zusammenhang zwischen der Abbruchquote und dem Schulabschluss nachweisen (Tab. 12). Teilnehmer mit dem Abschluss an einer Polytechnischen Oberschule (10. Klasse) brachen seltener eine Leistung ab als Teilnehmer mit geringer qualifizierenden Schulabschlüssen ($p=0.007$).

Tab. 12: Leistungsabbrüche nach Schulabschluss (n=103)

| | Teilnehmer | Abbruch |
|---|------------|----------|
| Volks- oder Hauptschulabschluss | 10 | 3 (30%) |
| Mittlerer Reife bzw. Realschulabschluss | 13 | 2 (15%) |
| Polytechnische Oberschule | 72 | 8 (11%) |
| Abitur/Hochschulreife | 0 | 0 (0%) |
| Anderer Schulabschluss | 2 | 1 (50%) |
| Kein Schulabschluss | 2 | 2 (100%) |

5.4.4 Wünsche der Rehabilitanden in Bezug auf die berufliche Tätigkeit

Eigene Wünsche, Vorstellungen und Aktivitäten bezüglich der beruflichen (Wieder-)Eingliederung wurden mittels Datenerhebungsbogen dokumentiert (Tab. 13). Unter „Sonstiges“ wurde beispielsweise „Arbeiten im Grünen“, „Arbeiten mit Tieren“, „Arbeiten im sozialen Bereich“ oder lediglich „leichtere Arbeit“ wie zum Beispiel an der Rezeption bzw. Pforte genannt. 48 (26%) aller Teilnehmer haben keine Angaben über ihre Wünsche und Vorstellungen im Datenerhebungsbogen gemacht, bei 32 Teilnehmern (17%) lag – wie in Abschnitt 5.1.1. erwähnt – kein Datenerhebungsbogen vor.

Tab. 13: Wünsche der Versicherten bezüglich beruflicher Tätigkeiten (n=106, Mehrfachnennungen möglich)

| | n | Anteil |
|-----------------------------|----|--------|
| Hausmeistertätigkeit | 21 | (11%) |
| Innerbetriebliche Umsetzung | 17 | (9%) |
| Lagerarbeiten | 14 | (8%) |
| Rente | 8 | (4%) |
| Umschulung/Weiterbildung | 7 | (4%) |
| Arbeiten am PC | 5 | (3%) |
| Sonstiges | 43 | (23%) |

5.5 Verlauf der Erwerbstätigkeit nach Entlassung aus der medizinischen Rehabilitation

5.5.1 Erwerbsstatus zum Zeitpunkt der Rehabilitandenbefragung

Zum Zeitpunkt der Rehabilitandenbefragung waren von 186 Teilnehmern 52 (28%) erwerbstätig, davon 42 (81%) ganztags und 10 (19%) teilzeit- oder geringfügig beschäftigt (Tab. 14). Sechs Teilnehmer (3%) waren zwischenzeitlich berufstätig gewesen, hatten ihre Arbeit aber wieder verloren. Bei acht erwerbstätigen Teilnehmern (15%) handelte es sich um ein zeitlich befristetes Arbeitsverhältnis. In Ausbildung bzw. Umschulung befanden sich 33 Teilnehmer (18%). Die meisten Teilnehmer (35%) waren arbeitslos. Von den 23 Teilnehmern, die nach ihren eigenen Angaben zum Zeitpunkt der Rehabilitandenbefragung noch arbeitsunfähig (12%) waren, hatten 91% nach den Angaben aus der Versichertenakte ein intaktes Arbeitsverhältnis.

Tab. 14: Erwerbsstatus zum Zeitpunkt der Rehabilitandenbefragung (n=186)

| | n | Anteil |
|---------------------------------------|----|--------|
| erwerbs-/arbeitslos | 65 | (35%) |
| erwerbstätig | 52 | (28%) |
| Ausbildung/Umschulung | 33 | (18%) |
| erwerbstätig, aber arbeitsunfähig | 21 | (11%) |
| Rente | 9 | (5%) |
| Kein Vermerk über den Erwerbsstatus | 4 | (2%) |
| arbeitsunfähig ohne weitere Zuordnung | 2 | (1%) |

Nach der Aufnahme in das Verzahnungsprojekt waren 38 (33%) von 114 initial erwerbstätigen Rehabilitanden weiterhin im Erwerbsleben, 19 (17%) nahmen noch an einer beruflichen Intervention teil. Von den 32 nicht mehr erwerbstätigen Rehabilitanden waren 25 (78%) arbeitslos geworden und sieben (12%) bezogen eine Rente.

Den Erwerbsstatus in Bezug zu einer erhaltenen Intervention zeigen Tab. 15 und Tab. 16. Die drei Teilnehmer, bei denen die Entscheidung über die Bewilligung einer berufsbezogenen Rehabilitationsleistung noch ausstand, wurden bei der Darstellung des Erwerbsverlaufs nicht berücksichtigt, sodass sich die Zahl der initial erwerbstätigen Teilnehmer auf 111 Teilnehmer reduzierte.

Tab. 15: Erwerbsverlauf in Bezug zum Erhalt einer Intervention bei initial Erwerbstätigen (n=111)

| | Intervention (n=81) | | Keine Intervention (n=30) | |
|---------------------------------|---------------------|-------|---------------------------|-------|
| erwerbstätig | 28 | (35%) | 10 | (33%) |
| AV, aber arbeitsunfähig | 16 | (20%) | 4 | (13%) |
| laufende Intervention | 19 | (23%) | – | – |
| nicht erwerbstätig | 17 | (21%) | 16 | (54%) |
| Kein Vermerk über Erwerbsstatus | 1 | (1%) | – | – |

Von den 72 initial Nicht-Erwerbstätigen haben zwölf Rehabilitanden (17%) wieder eine Erwerbstätigkeit aufgenommen, davon acht nach einer berufsbezogenen Intervention. Insgesamt 14 (19%) nehmen noch an einer berufsbezogenen Rehabilitationsleistung teil (Tab. 16). Von den 42 nicht erwerbstätigen Rehabilitanden waren 40 (95%) arbeitslos und zwei (5%) bezogen eine Rente. Bei insgesamt drei Teilnehmern fand sich kein Vermerk über den aktuellen Erwerbsstatus.

Tab. 16: Erwerbsverlauf in Bezug zum Erhalt einer Intervention bei initial Nicht-Erwerbstätigen (n=72)

| | Intervention (n=42) | | Keine Intervention (n=30) | |
|---------------------------------|---------------------|-------|---------------------------|-------|
| erwerbstätig | 8 | (19%) | 4 | (14%) |
| laufende Intervention | 14 | (33%) | – | – |
| nicht erwerbstätig | 18 | (43%) | 25 | (83%) |
| Kein Vermerk über Erwerbsstatus | 2 | (5%) | 1 | (3%) |

Betrachtet man nur die 123 Leistungsempfänger (66% aller Projektteilnehmer), waren zum Befragungszeitpunkt 38 (31%) noch bzw. wieder erwerbstätig, 49 (41%) nicht oder nicht mehr erwerbstätig und 33 (28%) nahmen noch an einer andauernden berufsbezogenen Rehabilitationsleistung teil³. Im Vergleich zu den Leistungsempfängern waren von den übrigen 63 Rehabilitanden, die keine Leistung erhalten haben, 14 Rehabilitanden (23%) noch bzw. wieder erwerbstätig und 48 Rehabilitanden (77%) nicht oder nicht mehr erwerbstätig⁴.

5.5.2 Einschätzung des Erwerbsverlaufs durch die Rehabilitanden

Auf die Frage, wie sie ihre Erwerbstätigkeit in einem Jahr einschätzen würden, antworteten 164 (88%) aller Rehabilitanden (Abb. 5). Etwas mehr als die Hälfte (56%) glaubte, dass eine Erwerbstätigkeit in einem Jahr „eher, ziemlich oder sehr unwahrscheinlich“ sei.

³ Missing values: 3 Teilnehmer (2%) von 123 Leistungsempfängern.

⁴ Missing value: 1 Teilnehmer (2%) von 63 Rehabilitanden ohne Erhalt einer Leistung.

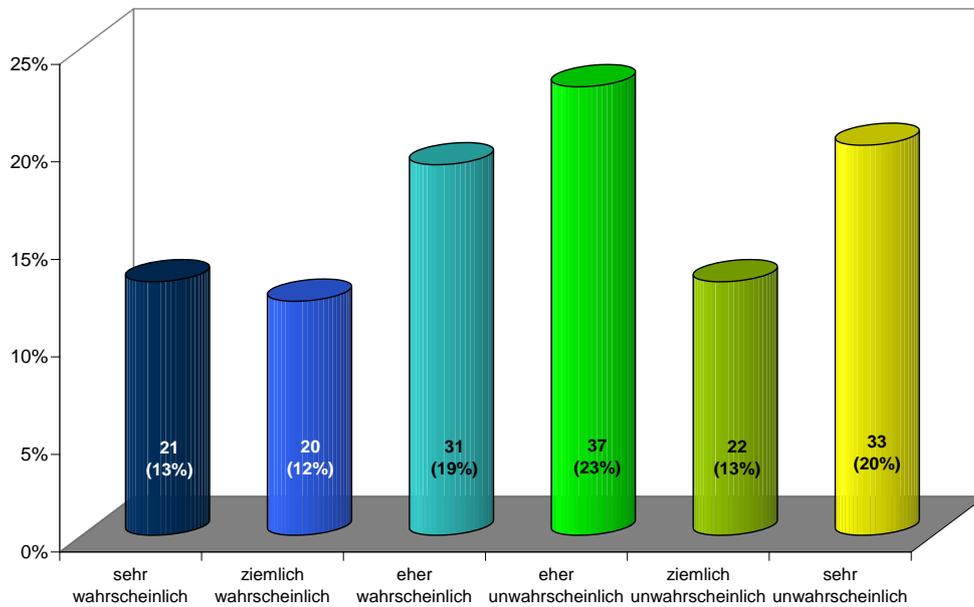


Abb. 5: Einschätzung der Erwerbstätigkeit in einem Jahr (n=164)

Nichterwerbstätige schätzten zum Zeitpunkt der Nachbefragung ihre Chancen auf eine Erwerbstätigkeit in einem Jahr zu 21% als „sehr, ziemlich oder eher wahrscheinlich“ ein (Abb. 6). Bei der Einschätzung von erwerbstätigen und in einer Maßnahme befindlichen Rehabilitanden gab es keine nennenswerten Unterschiede: Die Rehabilitanden, die noch an einer andauernden berufsbezogenen Rehabilitationsleistung teilnahmen, schätzten ihre Chancen auf eine Erwerbstätigkeit in einem Jahr zu 72% als „sehr, ziemlich oder eher wahrscheinlich“ ein, die Erwerbstätigen zu 68%.

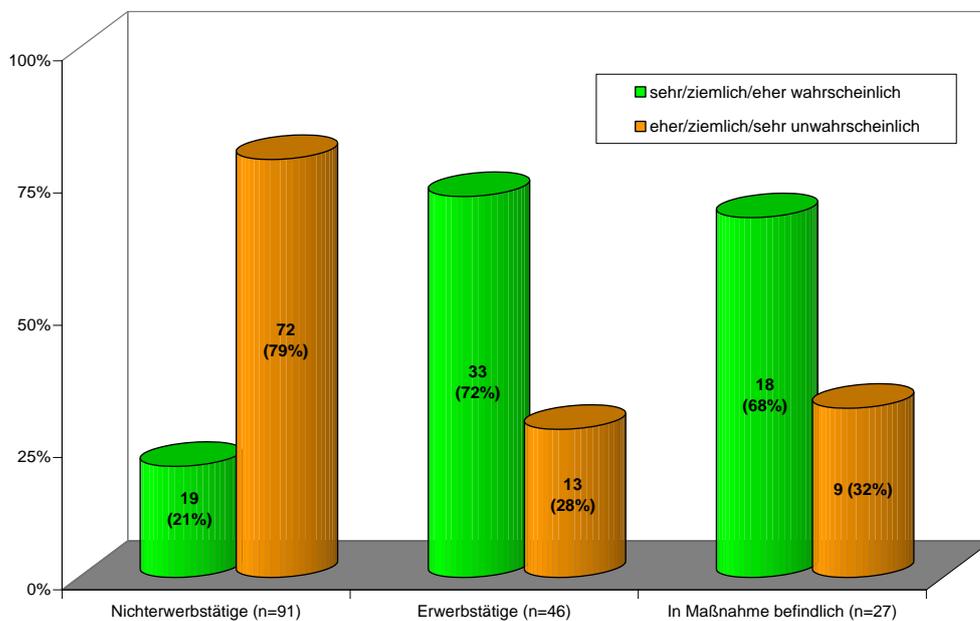


Abb. 6: Einschätzung der Erwerbstätigkeit in einem Jahr, aufgeschlüsselt nach dem Erwerbsstatus zum Zeitpunkt der Nachbefragung (n=164)

5.5.3 Bedeutung der LTA bzw. der berufsbezogenen Rehabilitationsleistung aus Sicht der Rehabilitanden

Die nachfolgenden Ergebnisse betreffen nur Rehabilitanden, die nach der medizinischen Rehabilitation eine LTA bzw. eine andere berufsbezogene Rehabilitationsleistung erhalten haben und aktuell (wieder) erwerbstätig sind. Die Beurteilung der Wichtigkeit der LTA bzw. der berufsbezogenen Rehabilitationsleistung für die gegenwärtige berufliche Tätigkeit zeigt Abb. 7. Die Abbildung verdeutlicht, dass 58% der Rehabilitanden der Meinung waren, das erlernte Wissen umfassend anwenden zu können. 47% glaubten, dass sie ohne die LTA bzw. berufsbezogene Rehabilitationsleistung diesen Job nicht bekommen hätten. Lediglich 18% waren der Ansicht, dass sie diese Tätigkeit auch ohne die Leistung hätten durchführen können.

Auf die Frage nach der Bedeutung der LTA bzw. berufsbezogenen Rehabilitationsleistung für die Rehabilitanden, die nach der medizinischen Rehabilitation wieder berufstätig sind (52 Teilnehmer) bzw. zwischenzeitlich berufstätig waren (sechs Teilnehmer), antworteten 48 Teilnehmer (Abb. 8). Für die meisten Rehabilitanden (63%) war die LTA bzw. berufsbezogene Rehabilitationsleistung eine wichtige Hilfe oder eine notwendige Voraussetzung für die aktuelle Tätigkeit. Ein Viertel der Teilnehmer gab an, das nicht einschätzen zu können. Nur ein kleiner Teil (12%) glaubte, dass die LTA bzw. berufsbezogene Rehabilitationsleistung von geringer oder ohne Bedeutung für die derzeitige Tätigkeit sei.

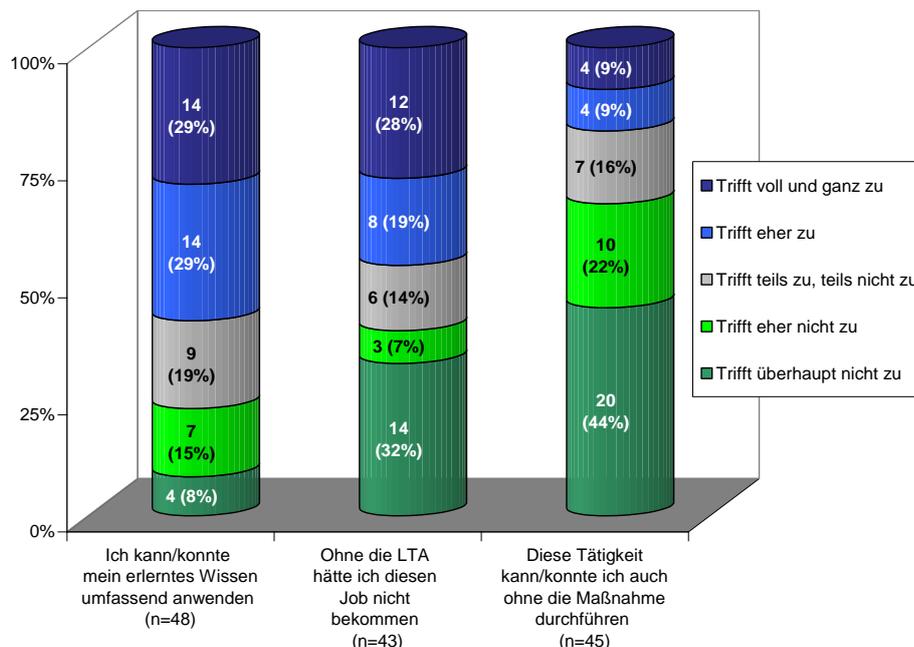


Abb. 7: Beurteilung der Wichtigkeit der LTA/berufsbezogenen Leistung in Bezug auf die aktuelle oder letzte Tätigkeit

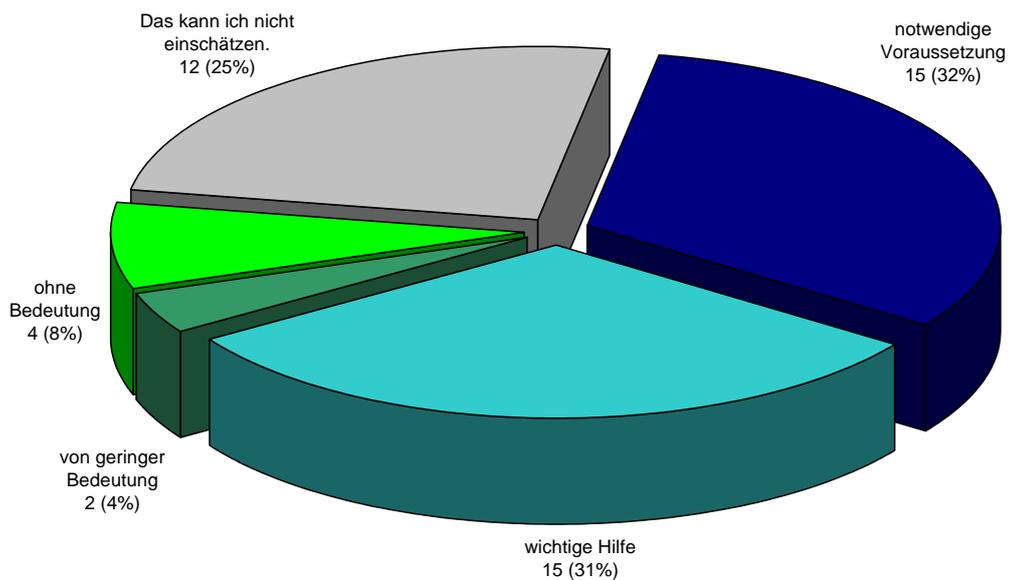


Abb. 8: Bedeutung der LTA/berufsbezogenen Leistung für die derzeitige Tätigkeit (n=48)

Auskünfte zu fortbestehenden gesundheitlichen Problemen bei der aktuellen oder letzten Tätigkeit machten 58 (31%) aller Teilnehmer. Davon gaben 28 Teilnehmer (48%) an, weiterhin Einschränkungen durch gesundheitliche Probleme zu haben, für elf Teilnehmer (19%) traf dies „teils zu, teils nicht zu“, bei 19 (33%) Teilnehmern gab es „eher keine“ oder „überhaupt keine“ gesundheitlichen Einschränkungen. Durch die gesundheitlichen Einschränkungen benachteiligt fühlten sich 19 von 48 Rehabilitanden (40%), bei neun Teilnehmern (19%) traf das „teils zu, teils nicht zu“ und 20 (41%) Teilnehmer fühlten sich „eher nicht oder überhaupt nicht“ benachteiligt.

5.6 Berufliche Wiedereingliederung der Gesamtstichprobe

Von den drei Teilnehmern, bei denen zum Zeitpunkt der Rehabilitandenbefragung die Entscheidung über die Bewilligung einer LTA bzw. berufsbezogenen Leistung noch ausstand (vgl. Abb. 4), waren zum Nachbefragungszeitpunkt zwei Teilnehmer arbeitslos und ein Teilnehmer teilzeit- bzw. geringfügig beschäftigt. Bei vier aller Rehabilitanden (2%) lag kein Vermerk über den aktuellen Erwerbsstatus vor (vgl. Tab. 15 bzw. Tab. 16). 33 Rehabilitanden (18%) nahmen noch an einer andauernden berufsbezogenen Rehabilitationsleistung teil, daher konnte keine Prognose über den Erwerbsverlauf gemacht werden. Insgesamt wiesen 72 Teilnehmer (39%) einen günstigen und 77 Teilnehmer (41%) einen ungünstigen Erwerbsverlauf auf (Tab. 17).

Tab. 17: Günstiger und ungünstiger Erwerbsverlauf zum Nachbefragungszeitpunkt (n=186)

| | n | Anteil |
|--|-----------|--------------|
| Günstiger Erwerbsverlauf | 72 | (39%) |
| Erwerbstätig | 52 | (28%) |
| AV, aber arbeitsunfähig | 20 | (11%) |
| Ungünstiger Erwerbsverlauf | 77 | (41%) |
| Arbeitslos | 68 | (36%) |
| Erwerbsminderungsrente/Rente auf Zeit | 9 | (5%) |
| Andauernde berufliche Leistung | 33 | (18%) |
| Kein Vermerk über Erwerbsstatus | 4 | (2%) |

5.7 Einflussfaktoren auf einen günstigen bzw. ungünstigen Erwerbsverlauf

5.7.1 Soziodemographische und gesundheitsbezogene Einflussfaktoren auf den Erwerbsstatus

Verschiedene erhobene Merkmale aus den Bereichen Soziodemographie und Gesundheitszustand wurden auf einen Zusammenhang mit dem Verlauf der Erwerbstätigkeit im Rahmen des Verzahnungsprojekts überprüft. Das Bundesland, die soziodemographischen Merkmale (Geschlecht, Bildungsabschluss, Anzahl der Kinder, Form des Zusammenlebens), die berufliche Stellung vor der Rehabilitation und der Grad der Behinderung zeigten keinen Einfluss auf den späteren Erwerbsstatus. Tendenziell waren die Teilnehmer mit einem günstigen Erwerbsverlauf mit 47 ± 8 Jahren durchschnittlich zwei Jahre jünger als Teilnehmer mit einem ungünstigen Erwerbsverlauf (49 ± 9 Jahre) (n. s.). Rehabilitanden, die noch an einer andauernden berufsbezogenen Rehabilitationsleistung teilnehmen, sind durchschnittlich 39 ± 9 Jahre alt. Arbeitsunfähige Rehabilitanden wiesen das höchste Alter mit 52 ± 5 Jahren auf, arbeitslose Teilnehmer waren durchschnittlich 48 ± 10 Jahre und erwerbstätige bzw. berentete Teilnehmer 47 ± 8 Jahre alt.

Für einen günstigen Erwerbsverlauf erwiesen sich als relevante Einflussfaktoren ein guter allgemeiner Gesundheitszustand im SF-36 ($p < 0.001$) und eine kürzere Arbeitsunfähigkeit vor der medizinischen Rehabilitation ($p < 0.05$). Einen Überblick über die Dauer der Arbeitsunfähigkeit sowohl zwölf Monate vor als auch durchschnittlich zehn Monate nach der medizinischen Rehabilitation (in Tagen pro Monat⁵) in Bezug zum Erwerbsstatus zum Nachbefragungszeitpunkt gibt Tab. 18. Es zeigte sich, dass erwerbstätige Rehabilitanden kürzere AU-Zeiten sowohl zwölf Monate vor ($p < 0.001$) als auch zehn

⁵ Aus Gründen der besseren Vergleichbarkeit bei unterschiedlichen Zeiträumen zwölf Monate vor bzw. durchschnittlich zehn Monate nach der medizinischen Rehabilitation wurden die Arbeitsunfähigkeitszeiten in Tagen pro Monat dargestellt.

Monate nach ($p < 0.05$) der medizinischen Rehabilitation aufweisen als nicht erwerbstätige Rehabilitanden.

Tab. 18: Dauer der Arbeitsunfähigkeit in Tagen pro Monat in Bezug zum Erwerbsstatus zum Nachbefragungszeitpunkt (n=127)

| | nicht erwerbstätig (n=77) | erwerbstätig (n=52) |
|--|---------------------------------|------------------------|
| AU-Dauer vor der medizinischen Rehabilitation (Tage/Monat)* | 2 ± 1,7 | 1 ± 1 |
| AU-Dauer nach der medizinischen Rehabilitation (Tage/Monat)* | 6 ± 13 | 2 ± 1,4 |

*AU vor med. Reha und Erwerbstätigkeit: $p < 0.001$; AU nach med. Reha und Erwerbstätigkeit: $p < 0.05$

5.7.2 Interventionsbezogene Einflussfaktoren auf den späteren Erwerbsstatus

Probanden, die innerbetriebliche Maßnahmen wie eine stufenweise Wiedereingliederung, ein betriebliches Eingliederungsmanagement oder eine innerbetriebliche Umsetzung erhalten haben, waren häufiger (wieder) erwerbstätig als Probanden mit anderen berufsbezogenen Leistungen ($p < 0.05$). Über Integrations- und Qualifizierungsmaßnahmen bzw. Ausbildungen und Umschulungen konnte bezüglich des späteren Erwerbsstatus noch keine Aussage gemacht werden, da diese Leistungen zum Zeitpunkt der Auswertungsarbeiten bei 57% der Teilnehmer von Integrations- und Qualifizierungsmaßnahmen bzw. Ausbildungen und Umschulungen noch andauerten.

Bei 39 (32%) von 123 Leistungsempfängern wurde eine stufenweise Wiedereingliederung durchgeführt, bei der bei 21 (54%) Rehabilitanden die angestrebte Beschäftigung folgte und die bei acht (20%) Rehabilitanden noch nicht abgeschlossen war. Zehn (26%) der Rehabilitanden mit stufenweiser Wiedereingliederung wurden arbeitslos. 18 Rehabilitanden erhielten ein betriebliches Eingliederungsmanagement, welches in 50% der Fälle zur Wiedereingliederung führte und bei fünf Teilnehmern (28%) noch andauert. Zwei Rehabilitanden (11%) sind weiterhin arbeitsunfähig bei vorhandenem Arbeitsverhältnis, ein Rehabilitand (6%) erhält Rente auf Zeit und ein weiterer Rehabilitand (6%) wurde arbeitslos. Eine innerbetriebliche Umsetzung durchliefen insgesamt 13 (11%) von 123 Leistungsempfängern, wovon neun Rehabilitanden (69%) zum Zeitpunkt der Rehabilitandenbefragung erwerbstätig waren, zwei Teilnehmer (15%) arbeitsunfähig mit intaktem Arbeitsverhältnis laut Versichertenakte, ein Teilnehmer (8%) bezog Rente auf Zeit und ein Rehabilitand (8%) wurde arbeitslos.

Insgesamt haben 29 (24%) von 123 Rehabilitanden mit bewilligter berufsbezogener Leistung ein Case-Management erhalten. Zum Zeitpunkt der Nachbefragung waren von diesen Rehabilitanden 13 (45%) erwerbstätig (davon drei noch arbeitsunfähig), fünf (17%) arbeitslos, drei (10%) nahmen an weiteren Leistungen teil (jeweils einmal

Qualifizierungsmaßnahme, Integrationsmaßnahme, Umschulung) und ein Teilnehmer (3%) erhielt Rente auf Zeit. Bei einem Teilnehmer (3%) bestand die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung, das Resultat lag zum Zeitpunkt der Auswertung jedoch nicht vor. Bei einem anderen Teilnehmer musste das Case-Management wegen eines erneuten Krankenhausaufenthaltes vorzeitig beendet werden, bei den restlichen fünf Rehabilitanden lag kein Vermerk über den Erfolg bzw. den Verlauf des Case-Managements vor.

Länger andauernde berufsbezogene Leistungen wie Ausbildung bzw. Umschulung, Integrationsmaßnahmen oder Qualifizierungsmaßnahmen erhielten insgesamt 63 (51%) aller Leistungsempfänger. Bei 35 dieser Rehabilitanden (57%) waren diese Leistungen zum Zeitpunkt der Auswertungsarbeiten noch nicht abgeschlossen.

Von den Teilnehmern mit abgeschlossener Ausbildung bzw. Umschulung waren vier (13%) arbeitslos und fünf (17%) erwerbstätig, bei den übrigen 21 (70%) war die Ausbildung bzw. Umschulung noch nicht beendet. Die 22 Teilnehmer von Integrationsmaßnahmen waren zu 36% wieder erwerbstätig, zu 36% nicht erwerbstätig und zu 28% dauerte die Integrationsmaßnahme noch an. Von den elf Teilnehmern, die eine Qualifizierungsmaßnahme erhielten, wurden zwei (18%) arbeitslos, ein Rehabilitand (9%) war wieder erwerbstätig und acht (73%) hatten die Leistung noch nicht abgeschlossen. Eine Auflistung der einzelnen Interventionen mit Bezug zum späteren Erwerbsstatus gibt Tab. 19.

Tab. 19: Unterschiedliche Interventionen und späterer Erwerbsstatus (n=182)

| | n | Erwerbsstatus | | | | Intervention | |
|--|----|---------------|-------|--------------------|-------|--------------------------|-------|
| | | erwerbstätig | | nicht erwerbstätig | | noch nicht abgeschlossen | |
| Stufenweise Wiedereingliederung | 39 | 21 | (54%) | 10 | (26%) | 8 | (20%) |
| Betriebliches Eingliederungsmanagement | 18 | 9 | (50%) | 4 | (22%) | 5 | (28%) |
| Innerbetriebliche Umsetzung | 13 | 11 | (85%) | 2 | (15%) | 0 | - |
| Case-Management | 29 | 10 | (35%) | 18 | (62%) | 1 | (3%) |
| Ausbildung/Umschulung | 30 | 5 | (17%) | 4 | (13%) | 21 | (70%) |
| Integrationsmaßnahme | 22 | 8 | (36%) | 8 | (36%) | 6 | (28%) |
| Qualifizierungsmaßnahme | 11 | 1 | (9%) | 2 | (18%) | 8 | (73%) |

5.8 Mögliche Gründe für die Erwerbslosigkeit aus Rehabilitandensicht

Mögliche Gründe für die Erwerbslosigkeit aus Sicht der Rehabilitanden sind in Abb. 9 dargestellt. Es äußerten sich 56 (30%) aller Teilnehmer zu ihrer beruflichen Qualifikati-

on. Etwa ein Drittel (34%) fand es „voll und ganz“ (23%) bzw. „eher“ (11%) zutreffend, dass seine berufliche Qualifikation derzeit wenig gefragt sei. Für 39% von 61 Probanden traf es „voll und ganz“ und für 26% von 61 „eher“ zu, dass die Stellenangebote in ihrer Region besonders gering waren. Dabei stammen die Rehabilitanden, die aussagten, dass die Stellenangebote in ihrer Region besonders gering sind, zu 58% aus Sachsen und waren zu 53% gelernte Arbeiter oder Facharbeiter. 33 von 77 Rehabilitanden (43%) hielten es für „voll und ganz zutreffend“ und 22 von 77 Rehabilitanden (29%) für „eher zutreffend“, dass sich ihre gesundheitliche Situation verschlechtert hat. Die soziale bzw. familiäre Situation spielte dagegen eine untergeordnete Rolle. 18 Teilnehmer (28%) fanden es „voll und ganz zutreffend“ und 15 (23%) „eher zutreffend“, dass sie zu alt seien, um auf dem Arbeitsmarkt noch eine Chance zu haben. Der Großteil davon (n=26) war 51 Jahre alt oder älter.

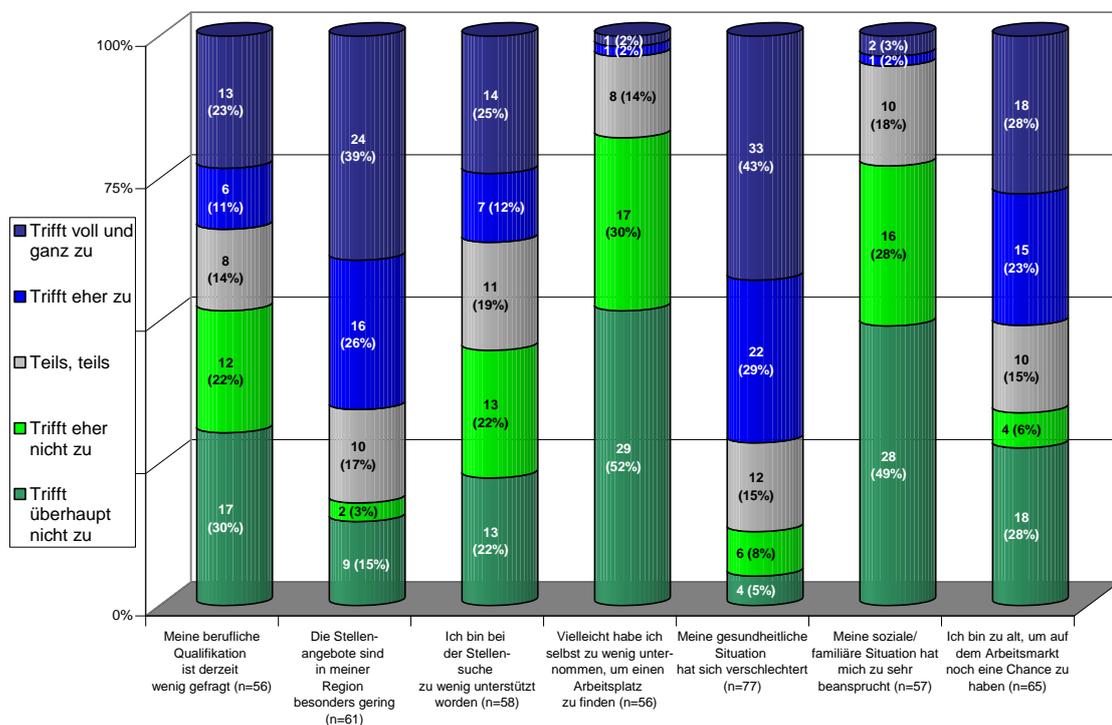


Abb. 9: Gründe für die Erwerbslosigkeit aus Sicht der Rehabilitanden

5.9 Zufriedenheit der Rehabilitanden

Insgesamt waren die Teilnehmer von LTA bzw. berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen mit verschiedenen Aspekten der berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen überwiegend zufrieden oder sehr zufrieden (s. Abb. 10). Die höchste Zufriedenheit der Rehabilitanden wurde mit jeweils 79% bei der Betreuung durch die Sozialarbeiter in der Rehabilitationsklinik und bei der Organisation bzw. Durchführung durch den Kostenträger erreicht. Auch mit der Wahl der LTA bzw. berufsbezogenen Leistung waren die Teilnehmer zu 56% zufrieden und zu 16% sehr zufrieden. Am wenigsten zufrieden waren die Teilnehmer mit den Vermittlungsaktivitäten der Bildungseinrichtung bzw. Berufsförderungswerke (28% unzufrieden bzw. 7% sehr unzufrieden).

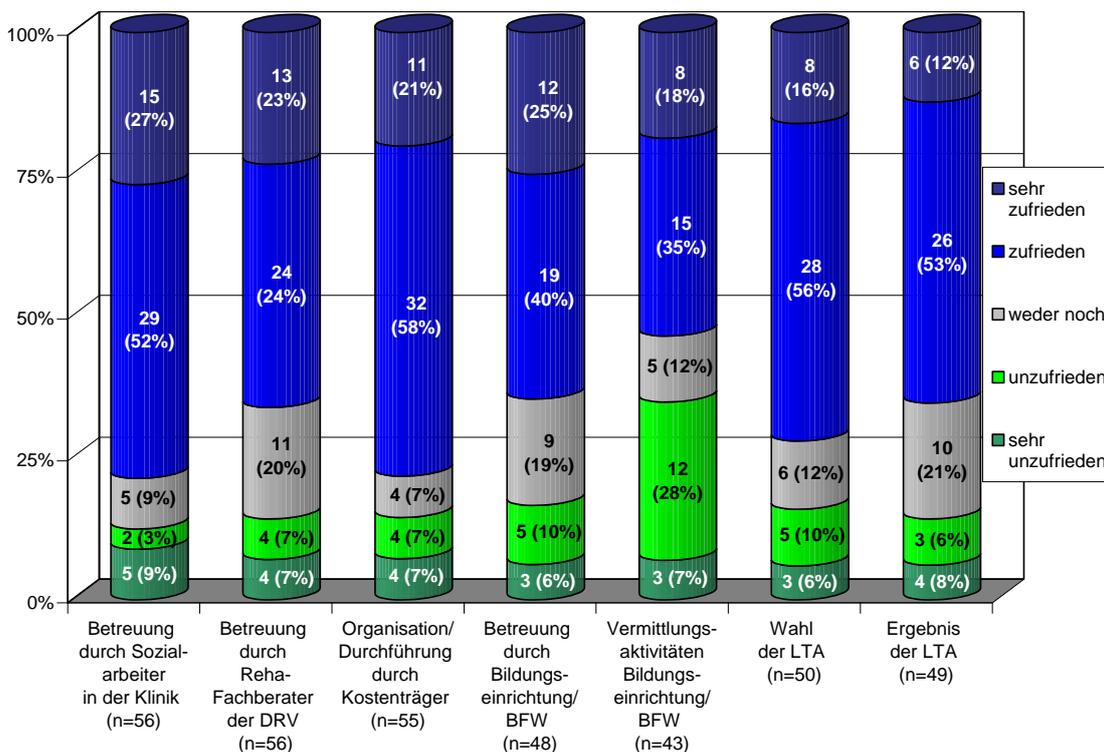


Abb. 10: Zufriedenheit der Rehabilitanden mit der LTA/berufsbezogenen Leistung

66 (35%) von 186 Teilnehmern waren der Meinung, dass nicht alle Möglichkeiten für einen Arbeitsplatz erhalten ausgeschöpft worden seien, während 60 Rehabilitanden (32%) dachten, dass alles dafür getan worden sei. Insgesamt 27 aller Teilnehmer (15%) nannten Verbesserungsvorschläge (Tab. 20): Unter nicht primär projektbezogene Angaben fallen beispielsweise „Schaffung von mehr Arbeitsplätzen“, „generelle Bereitstellung von Arbeitsplätzen für Behinderte“ und „Schaffung von Schonplätzen in jedem Betrieb“.

Tab. 20: Verbesserungsvorschläge aus Rehabilitandensicht (n=27, Mehrfachnennungen möglich)

| | n | Anteil |
|--|---|--------|
| Mehr Unterstützung bzw. Betreuung durch Reha-Träger | 9 | (33%) |
| Nicht unmittelbar auf das Projekt bezogene Vorstellungen | 6 | (22%) |
| Mehr Zusammenarbeit der Institutionen untereinander | 4 | (15%) |
| Bürokratie abbauen/Unterlagen erleichtern | 4 | (15%) |
| Bessere Therapie durch den behandelnden Arzt | 3 | (11%) |
| Bessere Unterstützung durch den Arbeitgeber | 3 | (11%) |
| Finanzielle Unterstützung | 1 | (4%) |
| Verkürzung der Bearbeitungsdauer | 1 | (4%) |

Angaben zum Ablauf im Zusammenhang mit der rehabilitativen Versorgung insgesamt machten 163 (88%) von 186 Teilnehmern (Abb. 11). Auch hier waren die Teilnehmer vor allem mit der Betreuung durch die Reha-Fachberater (69%) bzw. die Sozialarbeiter (86%) sehr zufrieden bzw. zufrieden. Auch mit der Organisation bzw. Durchführung durch den Kostenträger waren 40 Teilnehmer (24%) sehr zufrieden und 99 Teilnehmer (61%) zufrieden. Die Abstimmung der Rehabilitationsziele mit den persönlichen Vorstellungen und der Erfolg der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme wurden von den Rehabilitanden etwas schlechter bewertet.

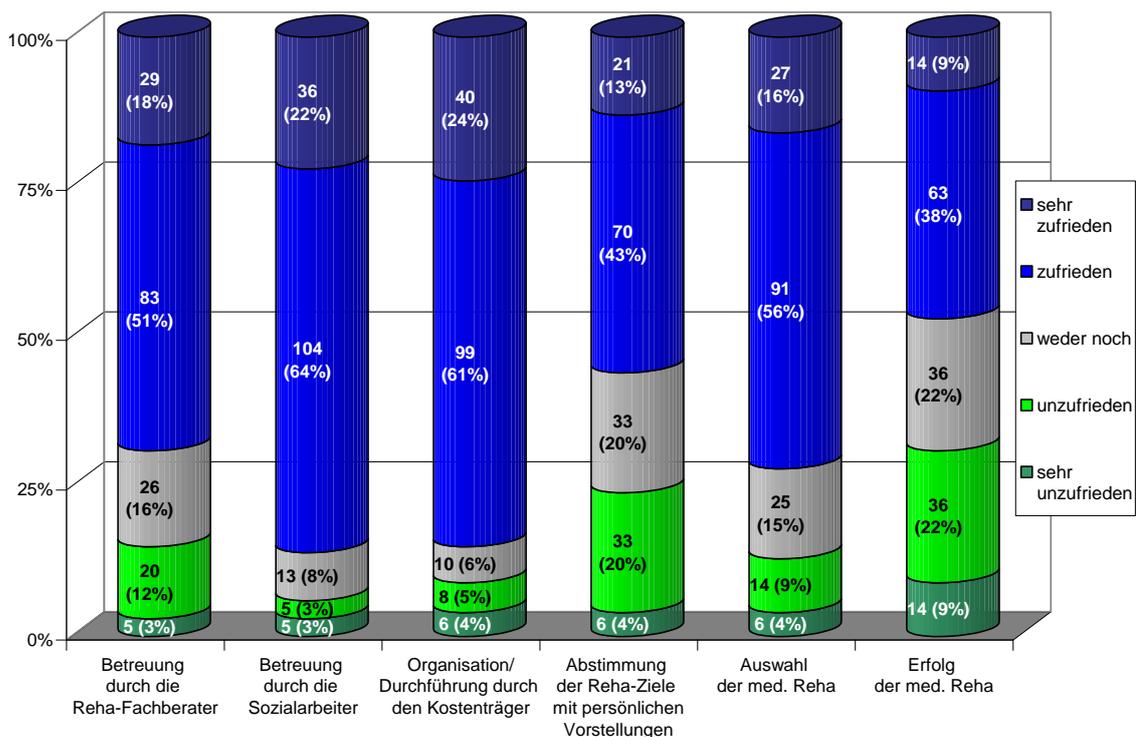


Abb. 11: Beurteilung des Ablaufs im Zusammenhang mit der rehabilitativen Versorgung insgesamt (n=163)

Die Einschätzung der Erwerbsperspektive und der Chancen auf dem Arbeitsmarkt zum Nachbefragungszeitpunkt im Vergleich zu der Zeit vor der medizinischen Rehabilitation aller Rehabilitanden zeigt Abb. 12. Circa zwei Drittel sehen eine Verschlechterung der persönlichen Voraussetzungen bzw. der Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Die 33 Teilnehmer (18%), die sich noch in einer Maßnahme befanden, hielten ihre Chancen zu 38% für „etwas oder viel schlechter“ und zu 15% für „etwas oder viel besser“.

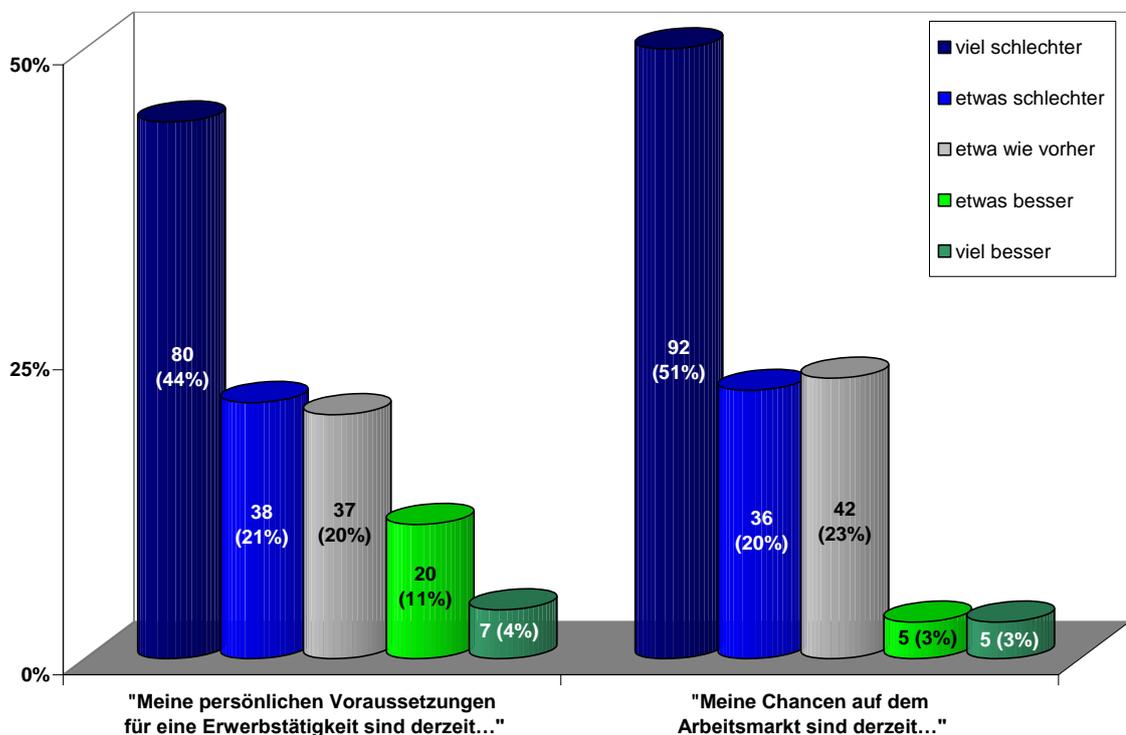


Abb. 12: Erwerbsperspektive und Chancen auf dem Arbeitsmarkt aus Rehabilitandensicht im Vergleich zum Zeitpunkt vor der medizinischen Rehabilitation (n=182)

61 (36%) der Rehabilitanden glaubten, dass sie in einem Jahr entweder in Vollzeit (28%) oder in Teilzeit erwerbstätig (8%) sein werden (Tab. 21). Während 26 Teilnehmer (15%) annahmen, in Ausbildung oder Umschulung zu sein, erwarteten 32 Rehabilitanden (19%), in einem Jahr eine Rente (überwiegend Erwerbsminderungsrente) zu erhalten. Unter „Sonstiges“ fällt die Angabe „Hausfrau/Hausmann“ und dass die Rehabilitanden keine Vorstellungen von ihrer Situation in einem Jahr hatten.

Tab. 21: Situation in einem Jahr (n=169)

| | Nicht- erwerbstätige | | Erwerbstätige | | In Leistung befindlich | |
|---|-------------------------|--------|---------------|--------|---------------------------|--------|
| | n | Anteil | n | Anteil | n | Anteil |
| In einem Jahr werde ich vermutlich ... | 92 | | 44 | | 33 | |
| voll erwerbstätig/teilzeiterwerbstätig sein | 17 | (18%) | 33 | (75%) | 11 | (33%) |
| arbeitslos sein | 35 | (38%) | 7 | (16%) | 2 | (6%) |
| in Ausbildung oder Umschulung sein | 6 | (7%) | – | – | 20 | (61%) |
| in Rente sein (EM- oder Altersrente) | 31 | (34%) | 1 | (2%) | – | – |
| Sonstiges | 3 | (3%) | 3 | (7%) | – | – |

5.10 Bundeslandvergleich

5.10.1 Merkmale der Rehabilitanden

Eine Unterteilung der soziodemographischen und erwerbsbezogenen Stichprobenmerkmale mit den auffälligsten Unterschieden zwischen den beiden Bundesländern zum Zeitpunkt der Rehabilitandenbefragung zeigt Tab. 22. In Sachsen-Anhalt sind die Teilnehmer durchschnittlich fünf Jahre jünger. Der Frauenanteil in Sachsen-Anhalt ist mit 33% im Vergleich zu Sachsen (15%) mehr als doppelt so hoch. Bei den Merkmalen Familienstand, Anzahl der Personen und Anzahl der Personen unter 18 Jahre im Haushalt, Hauptverdiener, höchster Schulabschluss sowie höchste Berufsausbildung zeigten sich keine auffälligen Unterschiede zwischen den beiden Bundesländern.

Tab. 22: Probandenmerkmale zum Zeitpunkt der Nachbefragung im Bundeslandvergleich (n=186)

| Soziodemographische Merkmale* | Sachsen-Anhalt (n=72) | | Sachsen (n=114) | |
|---|------------------------------|-------|------------------------|-------|
| Alter bei Reha-Beginn (Jahre) | 44 ± 9 (Range: 28–61) | | 49 ±9 (Range: 20–62) | |
| männlich | 48 | (67%) | 97 | (85%) |
| deutsch | 69 | (96%) | 111 | (99%) |
| Erwerbsbezogene Merkmale* | | | | |
| Bestehendes AV vor Reha | 49 | (68%) | 65 | (57%) |
| Berufliche Stellung* | | | | |
| Gelernter Arbeiter/Facharbeiter | 35 | (49%) | 69 | (61%) |
| Un-/angelernter Arbeiter | 20 | (28%) | 19 | (17%) |
| Vorarbeiter/Kolonnenführer/Meister etc. | 5 | (7%) | 15 | (13%) |
| Angestellter | 8 | (11%) | 5 | (4%) |
| Selbstständiger | - | - | 4 | (4%) |
| Sonstiges | 4 | (6%) | 2 | (2%) |

*n. s.

In Sachsen-Anhalt hatten 11% mehr Rehabilitanden ein bestehendes Arbeitsverhältnis vor der medizinischen Rehabilitation als in Sachsen. In Sachsen waren 12% mehr Rehabilitanden gelernte Arbeiter bzw. Facharbeiter, in Sachsen-Anhalt waren es hingegen mehr un- bzw. angelernte Arbeiter und mehr Angestellte als in Sachsen. Die einzelnen Merkmalsunterschiede sind im Bundeslandvergleich allerdings nicht signifikant.

5.10.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Bundeslandvergleich

Einen Überblick über die Verteilung der LTA-Anträge einschließlich der Bewilligungen bzw. Ablehnungen und dem Erhalt einer Leistung im Bundeslandvergleich gibt Tab. 23. Es konnte kein Unterschied bei der Empfehlung für die Beantragung einer LTA sowie dem tatsächlichen Erhalt einer Leistung zwischen Sachsen-Anhalt und Sachsen nachgewiesen werden (n. s.). Im Gegensatz dazu besteht ein Zusammenhang zwischen der Beantragung und Bewilligung einer LTA und dem Bundesland: In Sachsen wurde signifikant häufiger eine LTA beantragt ($p=0.001$) und auch bewilligt ($p<0.001$) als in Sachsen-Anhalt.

Tab. 23: Bundeslandvergleich bezüglich der LTA-Anträge und des Erhalts einer Leistung (n=186)

| | n | Sachsen-Anhalt | | Sachsen | |
|--|------------|----------------|--|------------|--|
| Teilnehmer insgesamt | 186 | 72 | | 114 | |
| Empfehlung für einen LTA-Antrag | 134 | 48 (67%) | | 86 (75%) | |
| LTA-Antrag gestellt ¹ | 158 | 52 (72%) | | 106 (93%) | |
| Bewilligung eines LTA-Antrags ² | 147 | 46 (64%) | | 101 (89%) | |
| ausstehende Entscheidung über die Bewilligung | 3 | 1 (1%) | | 2 (2%) | |
| Ablehnung LTA bzw. LTA-Antrag insgesamt | 60 | 43 (60%) | | 17 (15%) | |
| Tatsächlicher Erhalt einer Leistung ³ | 123 | 42 (58%) | | 81 (71%) | |

¹ $p=0.001$; ² $p<0.001$; ³ $p=0.044$ (vgl. 5.4.2.)

5.10.3 Zeitspannen

Den Vergleich der unterschiedlichen Zeiträume zwischen Sachsen-Anhalt und Sachsen zeigt Tab. 24. Die Dauer zwischen LTA-Antrag und Bewilligung wurde in Sachsen signifikant kürzer angegeben ($p<0.001$) als in Sachsen-Anhalt, da die Bewilligung der LTA-Anträge in Sachsen in den meisten Fällen schon während des Beratungsgesprächs durch den Reha-Fachberater erfolgt ist. Dagegen ist die Dauer zwischen LTA-Antrag und tatsächlichem Beginn der Leistung in beiden Bundesländern nahezu iden-

tisch. Auch zwischen Bewilligung und Antritt der Leistung zeigt sich kein signifikanter Unterschied.

Tab. 24: Zeitliche Zusammenhänge von Beantragung, Bewilligung und Leistungsbeginn im Bundeslandvergleich (Tage)

| Dauer zwischen ... | Sachsen-Anhalt | | Sachsen | |
|--------------------------------------|----------------|-----------|---------|----------|
| | n | MW ± SD | n | MW ± SD |
| LTA-Antrag und Bewilligung* | 42 | 42 ± 39 | 96 | 16 ± 30 |
| Bewilligung und Antritt der Leistung | 24 | 81 ± 121 | 56 | 88 ± 80 |
| LTA-Antrag und Beginn der Leistung | 24 | 103 ± 121 | 56 | 102 ± 83 |

*p<0.001

5.10.4 Erhalt einer berufsbezogenen Rehabilitationsleistung und Erwerbsverlauf in Bezug zum Arbeitsverhältnis vor der medizinischen Rehabilitation

Der Erhalt einer berufsbezogenen Rehabilitationsleistung in Bezug zum Arbeitsverhältnis vor der medizinischen Rehabilitation und dem Erwerbsverlauf im Bundeslandvergleich ist in Tab. 25 dargestellt. Da in Sachsen-Anhalt bei einem initial Erwerbstätigen und in Sachsen bei zwei initial Erwerbstätigen die Entscheidung über die Bewilligung einer Leistung noch ausstand (vgl. Abschnitt 5.3.1), reduzierte sich die Zahl der Teilnehmer auf 183 Rehabilitanden. Vergleicht man die Bundesländer Sachsen-Anhalt und Sachsen, ist der Erhalt einer Intervention unabhängig vom Arbeitsverhältnis vor der medizinischen Rehabilitation (Sachsen-Anhalt p=0.109; Sachsen p=0.690).

Tab. 25: Erhalt einer Intervention im Bundeslandvergleich in Bezug zum Arbeitsverhältnis vor der medizinischen Rehabilitation (n=183)

| | Sachsen-Anhalt (n=71) | | Sachsen (n=112) | |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|
| | AV vor Reha | kein AV vor Reha | AV vor Reha | kein AV vor Reha |
| | 48 | 23 | 63 | 49 |
| Intervention | | | | |
| ja | 32 (67%) | 10 (43%) ¹ | 47 (75%) | 34 (69%) ² |
| Erwerbsstatus nach Reha | | | | |
| erwerbstätig | 15 (31%) | 5 (22%) | 25 (40%) | 10 (20%) |
| arbeitsunfähig/nicht erwerbstätig | 23 (48%) | 13 (59%) | 29 (46%) | 31 (63%) |
| in Leistung befindlich | 10 (21%) | 5 (22%) | 9 (14%) | 8 (16%) |

¹p=0.109 für Sachsen-Anhalt; ²p=0.690 für Sachsen

5.10.5 Zufriedenheit der Rehabilitanden

Die Angaben zur Zufriedenheit aller Rehabilitanden zeigten ebenso wie die Einschätzung der persönlichen Voraussetzungen und der Wahrscheinlichkeit für eine Erwerbstätigkeit in einem Jahr im Bundeslandvergleich keinen signifikanten Unterschied. Auch bei der Einschätzung der Chancen auf dem Arbeitsmarkt im Vergleich zu der Zeit vor der medizinischen Rehabilitation ließ sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Bundesländern nachweisen.

5.11 Ergebnisse der Mitarbeiterinterviews

Zur Ergänzung der Informationen über Strukturen und Prozesse des Projekts VMB wurden verschiedene Mitarbeiter der teilnehmenden Rehabilitationskliniken, der Berufsförderungswerke und der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland aus beiden Bundesländern anhand eines halbstrukturierten Interviews befragt. Insgesamt wurden acht Interviews durchgeführt, davon sechs Interviews vor Ort in der beteiligten Einrichtung⁶ und zwei Interviews telefonisch jeweils anhand des halbstrukturierten Interview-Leitfadens. Der zeitliche Umfang betrug durchschnittlich 50 Minuten pro Interview. Einen Überblick über die Gesprächspartner der durchgeführten Interviews gibt Tab. 26:

Tab. 26: Interviewteilnehmer

| Sachsen | | Sachsen-Anhalt | |
|----------|--|----------------|--|
| Klinik A | 2 Sozialarbeiter/-innen 1 Arzt/Ärztin | Klinik C | 2 Sozialarbeiter/-innen |
| Klinik B | 1 Sozialarbeiter/-in 2 Ärztinnen/-e | Klinik D | 2 Sozialarbeiter/-innen |
| Bfw | 1 Mitarbeiterin/-in | Bfw | 1 Mitarbeiter(in) |
| DRV-MD | 1 Reha-Fachberater/-in | DRV-MD | jeweils 1 Reha-Fachberater/-in in zwei unterschiedlichen Regionen |

5.11.1 Kriterien für die Rehabilitandenauswahl

Um Informationen über die Ein- bzw. Ausschlusskriterien für die Auswahl der Teilnehmer am Verzahnungsprojekt zu erhalten, wurden die jeweiligen Mitarbeiter zu den Auswahlkriterien befragt. Nach Angaben der Klinikmitarbeiter, der Reha-Fachberater und der Mitarbeiter der Berufsförderungswerke sind für die Aufnahme der Rehabilitanden in das Projekt keine strengen Kriterien festgelegt. Einflussvariablen wie z. B. Moti-

⁶ Mit Klinik E konnte nur zu Beginn der Evaluation ein telefonisches Gespräch geführt werden, das aufgrund mehrmaliger personeller Umstrukturierungen nicht als halbstrukturiertes Leitfaden-Interview zu den Inhalten des Projektes VMB wiederholt werden konnte.

vation des Rehabilitanden und das vom Arzt erstellte medizinische Leistungsbild können die Auswahl der Teilnehmer positiv beeinflussen, während Langzeitarbeitslosigkeit, starkes Rentenbegehren oder andere Trägerzuständigkeiten einer Aufnahme in das Projekt eher entgegenstehen. Im Allgemeinen erfolgt die Auswahl der Rehabilitanden „großzügig“. In den Rehabilitationskliniken sind es durchschnittlich ca. drei bis vier Rehabilitanden pro Woche, die in das Verzahnungsprojekt aufgenommen werden. Der geschätzte Anteil der Verzahnungsteilnehmer zu den anderen Rehabilitanden in der Klinik variiert von 2% bis zu 20–30%.

5.11.2 Beteiligte Mitarbeiter

Um einen Überblick über das am Verzahnungsprojekt beteiligte Personal in der jeweiligen Institution zu bekommen, wurden die Gesprächspartner befragt, welche Mitarbeiter innerhalb der jeweiligen Einrichtung das Projekt VMB kennen und damit vertraut sind. In den Rehabilitationskliniken handelt es sich dabei um die Ärzte und die Sozialarbeiter. In den Berufsförderungswerken sind die Geschäftsleitungen und jeweils ein Mitarbeiter am Projekt beteiligt. Bei der DRV-MD gibt es Unterschiede zwischen den beiden Bundesländern: In Sachsen-Anhalt sind alle Reha-Fachberater am Projekt beteiligt, während das Projekt in Sachsen durch einen zentralen Reha-Fachberater mit einem Mitarbeiter gesteuert wird.

Als zusätzliche außerhalb der befragten Einrichtung beteiligte Mitarbeiter bzw. Institutionen wurden von den Klinikmitarbeitern nur externe Reha-Fachberater der DRV-MD angegeben, während die Mitarbeiter der DRV-MD noch Krankenkassen, Betriebsärzte, Arbeitgeber (bei Case-Management) und Integrationsämter als Beteiligte aufführten. Die Mitarbeiter der Berufsförderungswerke nannten ebenfalls Betriebsärzte, Arbeitgeber, DRV-MD und Krankenkassen sowie Fachdienste und Selbsthilfegruppen als weitere Beteiligte.

5.11.3 Zeitpunkt und Dauer des Beratungsgesprächs

Der Zeitpunkt des Beratungsgesprächs mit dem Sozialarbeiter in der Rehabilitationsklinik liegt in der Regel in der zweiten Woche der medizinischen Rehabilitation. Die durchschnittliche Betreuungszeit eines Rehabilitanden in der Rehabilitationsklinik durch die Sozialarbeiter wurde mit ca. zwei bis drei Stunden angegeben. Dabei entfallen etwa eine halbe bis eine Stunde auf das Ausfüllen des Datenerhebungsbogens, eine Stunde auf das Beratungsgespräch selbst und eine Stunde für Terminkoordinationen, Rücksprache mit den zuständigen Ärzten und Kommunikation mit dem Reha-Fachberater. Das Beratungsgespräch mit dem Reha-Fachberater der DRV-MD dauert in der Regel

ungefähr eine weitere Stunde und findet eher gegen Ende der medizinischen Rehabilitation nach dem Erstkontakt mit dem Sozialarbeiter statt.

5.11.4 Bewertung des Datenerhebungsbogens

Die Gesprächspartner wurden im weiteren Verlauf des Interviews gebeten, den von den Berufsförderungswerken entwickelten und bereits überarbeiteten Datenerhebungsbogen zu bewerten. Im Durchschnitt erhielt der Bogen 5,75 Punkte (von 10 erreichbaren Punkten). Positiv angemerkt wurde zum Beispiel, dass durch die Überarbeitung bzw. Kürzung eine Verbesserung eingetreten sei, dass der Datenerhebungsbogen eine gute Informationsgrundlage über die berufliche Situation des Rehabilitanden biete und eine gute Vorbereitung für den Reha-Fachberater bilde. Negativ sei, dass die Rehabilitanden schlecht mit dem Datenerhebungsbogen zurechtkämen und oft nicht verstünden, wozu die Angaben gebraucht würden. Des Weiteren sei die Arbeitsplatzbeschreibung zu allgemein gehalten und es sei ein Informationsverlust durch die Kürzung des Bogens entstanden.

5.11.5 Subjektive Erwartungen an das Verzahnungsprojekt

Um möglicherweise Änderungsbedarf oder Vorschläge zu Optimierungsmöglichkeiten im Rahmen des Verzahnungsprojekts ableiten zu können, wurden die Gesprächspartner zu ihren eigenen Erwartungen an das Verzahnungsprojekt befragt. Die Mitarbeiter erwarteten eine schnellstmögliche Verkürzung der Zeitspannen bis zum Erhalt einer LTA bzw. berufsbezogenen Leistung (2x) sowie der Zeit zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation, eine schnellere und effektivere Umsetzung der (Wieder-)Eingliederung (2x), das Erreichen vieler junger Leute sowie die Stärkung von Motivation und Selbstwirksamkeit der Patienten für berufsbezogene Rehabilitationsleistungen.

5.11.6 Einschätzung der Erwerbsprognose, förderliche und hinderliche Aspekte bei der beruflichen Integration nach Angaben von Kliniken, Rentenversicherung und Berufsförderungswerken

Die erwartete Erwerbstätigkeit der Teilnehmer am Verzahnungsprojekt nach einem Jahr wurde von den interviewten Mitarbeitern sehr unterschiedlich eingeschätzt. Die geschätzte Wiedereingliederungsquote reicht dabei von 15 bis 80% und beträgt im Mittel ca. 46%. Als förderliche bzw. hinderliche Faktoren für eine erfolgreiche bzw. nicht erfolgreiche (Wieder-)Eingliederung wurden ähnliche Aspekte wie bei der Auswahl der Teilnehmer für das Verzahnungsprojekt genannt (Tab. 27).

Tab. 27: Förderliche und hinderliche Aspekte bei der beruflichen Integration nach Angaben von Kliniken, DRV und Bfw

| Förderliche Faktoren | Hinderliche Faktoren |
|--|--|
| Hohe Motivation des Rehabilitanden | Schwere körperliche Arbeit |
| Örtliche Flexibilität, Mobilität | Schlechte Arbeitsmarktsituation |
| Soziale und fachliche Kompetenz | Sehr kleine Firmen |
| Selbstwirksamkeit | Lange Arbeitslosigkeit |
| Guter Gesundheitszustand | Schlechter Gesundheitszustand |
| Familiäre Unterstützung | Familiäre Belastungen (z. B. Pflege Angehöriger) |
| Gute Schulbildung, Berufserfahrung, Berufsausbildung | Kein Schulabschluss, keine Berufsausbildung |

5.11.7 Erwünschte zusätzliche Kenntnisse für die eigene Arbeit und das Verzahnungsprojekt

Folgende Wünsche bezüglich zusätzlicher Kenntnisse für die eigene Tätigkeit wurden angegeben:

1. Informationen über die Arbeitsmarktlage,
2. mögliche Alternativen zu verschiedenen Berufsfeldern,
3. genaue Beschreibung der Arbeitsplatzsituation,
4. regelmäßige Schulungen und Weiterbildungen.

Des Weiteren wurden Wünsche bezüglich regelmäßiger Treffen und Informationsveranstaltungen im Rahmen des Verzahnungsprojekts geäußert.

6 Diskussion

Das in der vorliegenden Arbeit evaluierte Projekt der DRV-MD wurde anhand von drei verschiedenen Erhebungsquellen untersucht. Dabei wurden nicht nur einzelne Aspekte, sondern der gesamte Prozess der Verzahnung analysiert. Des Weiteren wurden Zusammenhänge von Indikatoren für den Verlauf der Erwerbstätigkeit in den beiden Bundesländern Sachsen-Anhalt und Sachsen untersucht.

6.1 Erhebungsinstrumente

Um eine umfassende Datengrundlage für die Evaluation des Projekts VMB zu erhalten, wurden für die Datenerfassung drei verschiedene Erhebungsinstrumente entwickelt. Im Rehabilitandenfragebogen wurden überwiegend standardisierte Fragen aus anderen Instrumenten verwendet, um Vergleiche mit anderen Untersuchungen zu ermöglichen. Zusätzlich wurden in Absprache mit der DRV-MD eigenständig entwickelte Fragen zu speziellen inhaltlichen Bereichen in den Fragebogen aufgenommen, um eine umfangreiche Auswertungsgrundlage unter Einbeziehung der persönlichen Voraussetzungen und der jeweiligen beruflichen Bedingungen und Möglichkeiten jedes einzelnen Rehabilitanden zu schaffen. Die Rücklaufquote von 71% einer schriftlichen Befragung mittels eines umfangreichen Fragebogens wird als zufriedenstellend bewertet. Der Fragebogenrücklauf des „Berliner Fragebogens“ lag dagegen nach einmaliger Erinnerung bei 44 % (Erbstößer, 2010).

Die Dokumentation der Versichertenakten der DRV-MD diente der Erfassung spezifischer Informationen zum Rehabilitationsprozess der einzelnen Rehabilitanden. Anhand der Aktendokumentation wurden insbesondere Ablaufdetails wie z. B. Zeitspannen zwischen Beantragung, Bewilligung oder Ablehnung und Beginn der jeweiligen berufsbezogenen Rehabilitationsleistung analysiert. Mit Hilfe der halbstrukturierten Interviews wurden Informationen über interne und externe Strukturen und Prozesse des Projekts aus Sicht der Mitarbeiter gewonnen. Die Zusammenfassung aller Informationen aus den drei Erhebungsquellen ergab gute Hinweise auf einen eventuellen Änderungsbedarf und Optimierungsmöglichkeiten im Rahmen des Verzahnungsprojekts.

6.2 Vergleichbarkeit der Stichprobe aufgrund der Eingangsmerkmale

Das durchschnittliche Alter der Stichprobenteilnehmer lag bei 47 Jahren, 78% waren Männer, vorwiegend verheiratet, der Großteil hatte einen Schulabschluss der 10. Klasse der Polytechnischen Oberschule und war gelernter Arbeiter. Die durchschnittliche Dauer der medizinischen Rehabilitation betrug vier Wochen. Die Ausprägung der demographischen Merkmale innerhalb der untersuchten Stichprobe ähnelt den Stichproben anderer Studien (vgl. Hansmeier et al., 2002; Streibelt & Bethge, 2008). Im Ver-

gleich dazu nahmen an einer Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Wuppinger & Rauch, 2010), in der die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt im Rahmen beruflicher Rehabilitation seitens der Bundesagentur für Arbeit analysiert wurde, vorwiegend Rehabilitanden im jüngeren Erwachsenenalter teil (70% der Teilnehmer waren unter 45 Jahre alt). Das lässt sich durch die unterschiedliche Trägerzuständigkeit erklären, da die Bundesagentur für Arbeit im Gegensatz zur Deutschen Rentenversicherung die berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen vor allem für jüngere Versicherte erbringt (Schliehe & Sulek, 2007).

Die häufigsten Erkrankungen stellten Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und/oder des Herz-Kreislauf-Systems dar, was den häufigsten Indikationen für einen Zugang zur medizinischen Rehabilitation entspricht (Haase et al., 2002; Brüggemann & Korsukéwitz, 2004; Hüppe et al., 2004; Erbstößer, 2008). Die durchschnittliche Dauer der AU-Zeiten der hier untersuchten Stichprobe in den letzten zwölf Monaten vor Antritt der medizinischen Rehabilitation betrug 14 ± 17 Wochen. In den Studien von Haase et al. (2002), Streibelt & Bethge (2008) und Bethge et al. (2010) finden sich AU-Zeiten von durchschnittlich 12–14 Wochen vor Beginn der medizinischen Rehabilitation. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes verursachen darüber hinaus als einzelne Krankheitsgruppe die meisten AU-Tage (107,2 Millionen AU-Tage – das entspricht 24% aller AU-Tage) (Radoschewski, 2009).

Der allgemeine Gesundheitszustand der Stichprobe (ermittelt anhand des Fragebogens zur Erfassung der subjektiven Gesundheit und gesundheitsbezogenen Lebensqualität – SF-36) war zum Zeitpunkt der Nachbefragung, die durchschnittlich zehn Monate nach der medizinischen Rehabilitation stattfand, deutlich schlechter als der Gesundheitszustand im Vergleich zu einer alters- und geschlechtsspezifischen Normpopulation. Zum Zeitpunkt der Rehabilitandenbefragung waren immer noch 12% aller Teilnehmer arbeitsunfähig. Die AU-Zeiten nach der medizinischen Rehabilitation sind mit durchschnittlich 29 Wochen deutlich länger als in anderen Forschungsprojekten (Hüppe et al., 2004; Streibelt & Bethge, 2008).

Insgesamt besaßen 22% der Teilnehmer zum Nachbefragungszeitpunkt einen Behindertenausweis. Der Anteil der Schwerbehinderten lag mit insgesamt 10% aller Teilnehmer etwas oberhalb des Schwerbehindertenanteils von 7% einer Studie von Blaschke und König (1992). In einer Studie von Thode et al. (2004) besaßen mehr als 15% einen Schwerbehindertenausweis oder hatten ihn beantragt. In der vorliegenden Studie hatten weitere 36% einen Behindertenausweis beantragt. Dies entspricht den Ergebnissen von Hüppe et al. (2004).

Zu Beginn des Projektes VMB standen insgesamt 61% von 186 Teilnehmern im Erwerbsleben. Der Großteil der ausgeübten Berufe verteilte sich mit 87% auf Hand-

werksberufe, wobei 57% der Teilnehmer gelernte Arbeiter bzw. Facharbeiter waren. Über die Hälfte der Rehabilitanden (61%) arbeitete in einem Betrieb mit unter 100 Mitarbeitern (kleine und mittlere Unternehmen). Lediglich 13% der Teilnehmer hatten Kontakt zum Betriebs- bzw. Werksarzt. 39% der Rehabilitanden waren bei Aufnahme in das Projekt VMB nicht erwerbstätig, davon 37% arbeitslos. Bei Roth et al. (2006) standen zum Zeitpunkt der Rehabilitation ebenfalls 61% der Teilnehmer in einem Beschäftigungsverhältnis, ähnlich war die Erwerbstätigenquote in der Studie von Streibelt & Bethge (2008) mit 66%. In der Studie von Bethge et al. (2010) waren dagegen lediglich 19,1% der Teilnehmer bei Rehabilitationsbeginn ohne Beschäftigung und bei Streibelt & Bethge (2008) hatten nur 8% der Teilnehmer keinen Arbeitsplatz. In der Studie von Kinne et al. (2002) lag die Arbeitslosenquote der Teilnehmer bei 10%.

6.3 Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung

6.3.1 Bewilligung und Inanspruchnahme von berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen

Insgesamt haben 85% der Projektteilnehmer, am häufigsten angeregt durch Mitarbeiter der DRV, einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder auf eine andere berufsbezogene Leistung gestellt. In 79% wurde ein solcher Antrag bewilligt. 66% der Teilnehmer haben an mindestens einer berufsbezogenen Rehabilitationsleistung teilgenommen. Lediglich 10% der Interventionsteilnehmer gaben Verzögerungen wie z. B. eine lange Bearbeitungsdauer an. Die häufigsten Gründe gegen die Beantragung einer berufsbezogenen Rehabilitationsleistung waren Sorge um den Arbeitsplatz oder nicht ausreichende körperliche Belastbarkeit auf Seiten der Rehabilitanden. Ablehnungsgründe durch den Rehabilitationsträger waren keine Feststellbarkeit einer Gefährdung der Erwerbstätigkeit oder ein laufendes Rentenantragsverfahren. Von allen Projektteilnehmern haben 20% einen Rentenantrag gestellt, von denen letztendlich 13% zwischenzeitlich Rentenempfänger sind. Bei Roth et al. (2006) haben 78% der Teilnehmer einen LTA-Antrag gestellt, wovon 94% der Anträge bewilligt wurden. Bei Hansmeier et al. (2002) dagegen wurden lediglich 49% der Anträge bewilligt.

Nach den Auswertungen der DRV-Bund wurden im Jahr 2005 insgesamt 339 616 Anträge (alte Bundesländer: 254 113, neue Bundesländer: 85 503) auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei der Deutschen Rentenversicherung gestellt, davon wurden 219 550 (alte Bundesländer: 158 786, neue Bundesländer: 60 764) bewilligt, das ergibt 65% bewilligte LTA-Anträge für das Jahr 2005. 110 329 LTA wurden im Jahr 2005 tatsächlich abgeschlossen. Abgesehen von einem Rückgang Mitte der neunziger Jahre hat die Zahl der Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der ge-

setzlichen Rentenversicherung kontinuierlich zugenommen (Thode et al., 2004). Unter Berücksichtigung von demographischer Entwicklung und dem Trend der letzten Jahre ist nach Erbstößer et al. (2008) für die nächsten Jahre von weiter steigenden LTA-Antragszahlen auszugehen. Im Jahr 2008 wurden 385 365 Anträge gestellt (alte Bundesländer: 288 210, neue Bundesländer: 97 155), davon 269 240 (alte Bundesländer: 199 664, neue Bundesländer: 69 576) bewilligte Anträge (70%). 121 069 LTA wurden im Jahr 2008 abgeschlossen (DRV Bund).

Vorbereitende Leistungen wie zum Beispiel Assessment-Verfahren (n=48) oder Reha-Vorbereitungslehrgänge (n=19) erhielten 54% der Teilnehmer. In der Studie von Thode et al. (2004) nahm etwa die Hälfte der Teilnehmer an mindestens einer vorbereitenden Leistung teil. Vorbereitende Leistungen dienen nach Thode et al. (2004) hauptsächlich dazu, den Erfolg einer beruflichen Bildungsmaßnahme sicherzustellen. Sie werden von den Teilnehmern mehrheitlich als wichtige Orientierungshilfe bzw. als wichtige Voraussetzung für weitere Maßnahmen angesehen.

6.3.2 Abbrecherquote

Die Quote der Abbrecher von LTA bzw. von berufsbezogenen Leistungen liegt bei 13% und damit unter der Abbruchquote in anderen Studien. In einer Studie von Bestmann et al. (2006) brachen 17% der Teilnehmer eine Rehabilitationsleistung ab, in einer anderen Studie von Erbstößer et al. (2008) wurde sogar eine Abbrecherquote von 21% beschrieben. In der DRV-Statistik zur Rehabilitation 2008 wird bei den Leistungen zur beruflichen Bildung nach § 16 SGB VI eine Abbruchquote von 18% angegeben. Als wesentliche Abbruchgründe wurden in der vorliegenden Studie in 69% der Fälle gesundheitliche Gründe genannt. Entsprechende Ergebnisse (73%) ergab auch die Studie von Erbstößer und Grünbeck (2007). In der DRV-Statistik zur Rehabilitation 2008 (DRV Bund) erfolgte der Abbruch ebenfalls überwiegend aus gesundheitlichen Gründen (54%).

6.3.3 Indikatoren für die Inanspruchnahme berufsbezogener Rehabilitationsleistungen

Von den in dieser Studie untersuchten rehabilitandenspezifischen Merkmalen, die möglicherweise einen Einfluss auf die Inanspruchnahme einer berufsbezogenen Rehabilitationsleistung haben könnten, wirkte sich ein tendenziell jüngeres Alter positiv auf den Erhalt einer berufsbezogenen Rehabilitationsleistung aus. Personen mit Bewilligung einer LTA waren beispielsweise durchschnittlich sechs Jahre jünger als Teilnehmer ohne bewilligte berufsbezogene Leistungen. Insgesamt erhielten jüngere Teilnehmer häufiger eine länger andauernde berufsbezogene Rehabilitationsleistung wie

z. B. eine Umschulung als ältere Teilnehmer. Ältere Teilnehmer kehrten dagegen mit größerer Wahrscheinlichkeit trotz dem Erhalt einer berufsbezogenen Rehabilitationsleistung nicht mehr ins Erwerbsleben zurück. Einen weiteren Einfluss auf den Erhalt einer LTA bzw. berufsbezogenen Interventionsleistung hatte in der hier vorliegenden Studie das Bundesland: Es stellte sich heraus, dass Teilnehmer aus Sachsen öfter eine berufsbezogene Intervention erhalten haben als Teilnehmer aus Sachsen-Anhalt. Auch die Zahl der LTA-Anträge und Bewilligungen lag in Sachsen höher als in Sachsen-Anhalt.

In dem hier evaluierten Projekt konnte bei der Gesamtstichprobe lediglich ein tendenzieller Zusammenhang zwischen dem Erwerbsstatus vor der Projektteilnahme und dem Erhalt einer berufsbezogenen Intervention festgestellt werden, während der Erwerbsstatus vor der Beantragung bzw. dem Erhalt einer berufsbezogenen Rehabilitationsleistung bei anderen Studien eine größere Rolle zu spielen scheint (Beiderwieden, 2001; Zollmann und Erbstößer, 2010). Bei Zollmann und Erbstößer (2010) waren für einen Return to Work unter anderem eine abgeschlossene Berufsausbildung bzw. Hochschulreife, eine erfolgreiche Beendigung der Bildungsmaßnahme, ein Einkommen von mindestens 50 € pro Tag aus versicherungspflichtiger Beschäftigung im Jahr der Antragstellung und ein Alter unter 40 Jahre positiv.

6.3.4 Zeitspannen

Die Dauer zwischen LTA-Antrag und dessen Bewilligung betrug insgesamt durchschnittlich 24 ± 35 Tage (in Sachsen-Anhalt mit 42 ± 39 Tagen länger als in Sachsen mit 16 ± 30 Tagen). Der Zeitraum zwischen Antragstellung und tatsächlichem Beginn der Leistung war in beiden Bundesländern ähnlich mit 103 Tagen in Sachsen-Anhalt bzw. 102 Tagen in Sachsen. Im Abschlussbericht der Reha-Kommission-Berufsförderung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR, 1997) wurden noch durchschnittliche Bearbeitungszeiten von 313 Tagen vom Tag der Antragstellung bis zum Bescheid sowie von 207 Tagen zwischen der Bewilligung einer Berufsfindung bis zu deren Durchführung angegeben. In dem Projekt von Winkelhake et al. (2003) wurde eine Bearbeitungsdauer von der Antragstellung von LTA bis zur Bescheiderteilung von 187 Tagen bei allen berufsfördernden Leistungen und von knapp 98 Tagen bei Teilnehmern einer BOR-Maßnahme beobachtet. Im Vergleich zu anderen Studien zeigte sich, dass in Bezug auf die unterschiedlichen Verfahrenszeiten zwischen Beantragung und Einleitung von berufsbezogenen Leistungen eine deutliche Verbesserung im Sinne von Verkürzung der Bearbeitungszeiten erreicht werden konnte.

6.4 Verlauf der Wiedereingliederung

Von den 114 vor Projektbeginn erwerbstätigen Rehabilitanden waren zum Zeitpunkt der Rehabilitandenbefragung durchschnittlich zehn Monate nach dem Ende der medizinischen Rehabilitation 33% weiter erwerbstätig, 17% nahmen an einer noch andauernden berufsbezogenen Rehabilitationsleistung teil und 50% waren nicht erwerbstätig oder arbeitsunfähig. Bei Betrachtung der Gesamtstichprobe waren 28% der Rehabilitanden zum Nachbefragungszeitpunkt erwerbstätig, 18% nahmen an einer noch andauernden berufsbezogenen Rehabilitationsleistung (Ausbildung bzw. Umschulung) teil, 12% waren arbeitsunfähig (davon 91% mit intaktem AV laut Versichertenakte) und 35% Teilnehmer waren nicht oder nicht mehr erwerbstätig.

In der Studie von Thode et al. (2004) waren drei Jahre nach Bewilligung eines LTA-Antrags etwa 50% der Teilnehmer einer berufsbezogenen Bildungsmaßnahme erwerbstätig, knapp 30% gaben an, arbeitslos zu sein, und ein Fünftel war aus anderen Gründen nicht erwerbstätig. In der Studie von Köster et al. (2007) waren ein Jahr nach dem Ende einer Umschulung in Berufsförderungswerken 55% der Teilnehmer wieder erwerbstätig und 40% der Teilnehmer hatten keine Erwerbstätigkeit. Bei Tesmer et al. (2008) zeigten sich zunächst signifikante Unterschiede hinsichtlich des Reintegrationserfolgs: Teilnehmer einer Aus- und Weiterbildung waren mit 52% häufiger erfolgreich reintegriert als Teilnehmer von Qualifizierungs- (48%) und Integrationsmaßnahmen (44%). Allerdings unterschieden sich die drei Maßnahmearten deutlich im Hinblick auf die Rehabilitandenstruktur (Teilnehmer an Integrationsmaßnahmen waren durchschnittlich älter, hatten häufiger seelische/psychische Erkrankungen, befanden sich in einem schlechteren Gesundheitszustand und waren initial häufiger arbeitslos).

Über die Hälfte (56%) der initial Erwerbslosen war zum Nachbefragungszeitpunkt weiterhin erwerbslos, 5% bezogen eine Rente. Zahlreiche Studien zeigen, dass die Teilnehmer, die vor einer berufsbezogenen Rehabilitationsleistung arbeitslos waren, es danach schwerer haben, wieder eine Erwerbstätigkeit zu finden (Blaschke & König, 1992; Zängle & Trampusch, 1997; Beiderwieden, 2001; Grobe & Schwartz, 2003). Im hier untersuchten Projekt VMB hatten von 72 initial erwerbslosen Rehabilitanden 17% nach Erhalt und Abschluss der berufsbezogenen Rehabilitationsleistung wieder eine Erwerbstätigkeit aufgenommen, bei 19% war die berufsbezogene Rehabilitationsleistung noch nicht beendet.

In der vorliegenden Studie ließ sich kein Zusammenhang zwischen dem Schwerbehindertenstatus und der Beantragung bzw. dem Erhalt einer Rente nachweisen. Nach Mittag et al. (2003) stellt der Schwerbehindertenstatus dagegen einen wichtigen Indikator für zeitnahe Rentenanträge bzw. Berentungen dar.

Nach Beiderwieden (2001) ist der Wiedereingliederungsprozess auch nach einem sehr dynamisch verlaufenden ersten Jahr nach der Maßnahme noch nicht abgeschlossen. Daher ist es besonders wichtig, Langzeitverläufe zu untersuchen.

6.5 Regionale Besonderheiten in Mitteldeutschland

Als wichtigster Prognosefaktor für die Rückkehr ins Erwerbsleben erwies sich bei Köster et al. (2007) die Arbeitsmarktsituation am Wohnort. Auch nach Thode et al. (2004) hat der regionale Arbeitsmarkt den stärksten Einfluss auf die Erwerbstätigkeit nach Abschluss einer beruflichen Bildung. Bei der Analyse der beruflichen Eingliederung ist also die Berücksichtigung regionaler Arbeitslosenquoten unerlässlich (Bestmann et al., 2006).

Während die in Abschnitt 2.3 genannten Projekte vorwiegend in strukturstarken Regionen Deutschlands durchgeführt wurden, erfolgte die Evaluation des hier analysierten Projekts zur Verzahnung von medizinischer und berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland in den eher strukturschwachen am Projekt beteiligten Bundesländern Sachsen und Sachsen-Anhalt. Sowohl Sachsen als auch Sachsen-Anhalt weisen nach Mecklenburg-Vorpommern und Berlin die höchste durchschnittliche Arbeitslosenquote Gesamtdeutschlands auf (Bundesagentur für Arbeit, 2005). Die wirtschaftliche Situation beider Länder ist durch eher kleinere Handwerksbetriebe gekennzeichnet. Betrachtet man die Industriedichte, liegt Sachsen an 11. Stelle und Sachsen-Anhalt an 13. Stelle von 16 Bundesländern (Freistaat Sachsen, 2009). Die Industriedichte stellt dabei das Verhältnis der Arbeitsplätze im Verarbeitenden Gewerbe zur Bevölkerung eines Gebiets dar. Sie gibt an, wie viel Beschäftigte auf 1 000 Einwohner entfallen, inwieweit also dieser Wirtschaftsbereich der Bevölkerung Erwerbsmöglichkeiten bietet.

Im Jahr 2005 betrug die durchschnittliche Arbeitslosenquote in Sachsen-Anhalt 21,7% (Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, 2005), in Sachsen lag die Arbeitslosenquote mit 18,3% etwas darunter (Statistisches Landesamt Sachsen, 2005). Im Vergleich dazu war die durchschnittliche Arbeitslosenquote auf der Basis aller zivilen Erwerbspersonen in der Bundesrepublik Deutschland im Dezember 2005 mit 11,7% deutlich niedriger. Im Jahr 2008 ist die Arbeitslosenquote in Gesamtdeutschland auf 7,8% gesunken, während sie in Sachsen 12,8% und in Sachsen-Anhalt 14,0% betrug (Quelle: Bundesagentur für Arbeit).

6.6 Limitierungen und Stärken der Arbeit

Die vorliegende Arbeit erfolgte im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland und diente der Evaluation eines bereits laufenden Projektes der DRV-MD

zur Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen. Der Vorgabe der DRV-MD entsprechend wurde unter anderem eine Gegenüberstellung der beteiligten Bundesländer Sachsen und Sachsen-Anhalt vorgenommen. Aufgrund der unterschiedlichen medizinischen Ausrichtungen der Rehabilitationskliniken in den beiden Bundesländern sind die gewonnenen Ergebnisse jedoch nur begrenzt vergleichbar.

Der der Evaluation zu Grunde liegende Teilnehmerkreis wurde von der DRV-MD im Vorfeld ausgewählt. Es muss berücksichtigt werden, dass das Alter der Projektteilnehmer, die Art und Schwere der Krankheit sowie die Erwerbssituation vor der medizinischen Rehabilitation einen großen Einfluss auf den Verlauf der beruflichen Situation ausüben können. Dass der Teilnehmerkreis zu über einem Drittel (39%) aus nicht oder nicht mehr Erwerbstätigen bestand, die größte Altersgruppe die 51- bis 60-Jährigen bildeten und der Gesundheitszustand zum Befragungszeitpunkt – d. h. durchschnittlich zehn Monate nach dem Ende der medizinischen Rehabilitation – noch deutlich schlechter als der Gesundheitszustand der Normpopulation war, spiegelt sich in der Wiedereingliederungsquote wider. Ein weiterer beachtlicher Einflussfaktor auf die berufliche Reintegration ist außerdem der regionale Arbeitsmarkt mit seinen Rahmenbedingungen, der eine Vergleichbarkeit mit Studien in anderen Regionen erschwert.

Um trotz der vorgegebenen Bedingungen möglichst viele Aspekte des Verzahnungsprojektes zu beleuchten, wurden drei unterschiedliche Datenquellen einschließlich standardisierter Instrumente im Rehabilitandenfragebogen verwendet. Mit Hilfe dieser drei Erhebungsarten konnten sowohl die Perspektive der Rehabilitanden selbst, als auch die der am Projekt beteiligten Mitarbeiter und die des Auftraggebers DRV-MD in den Ergebnissen berücksichtigt und präsentiert werden.

6.7 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Arbeit bestimmt in hohem Maße die soziale Rolle eines Menschen, sein Gefühl sozialer Sicherheit und seines Selbstwertes (Müller-Fahrnow & Radoschewski, 2009). Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen haben ein höheres Risiko für einen Arbeitsplatz- und damit einhergehenden Einkommensverlust (Bethge et al., 2010). Berufsbezogene Rehabilitationsleistungen und insbesondere die medizinisch-berufliche Orientierung in der Rehabilitation gewinnen daher sowohl in der Rehabilitationswissenschaft als auch in der Praxis immer mehr an Bedeutung. Vor allem die gezielte und zeitsparende Gestaltung der Schnittstelle zwischen medizinischen und berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen ist ein wichtiger Aspekt der verschiedenen Verzahnungsprojekte. Außer den projektspezifischen Faktoren müssen allerdings auch andere, externe und damit nicht beeinflussbare Bedingungen bei dem hier untersuchten

Projekt berücksichtigt werden. Dazu zählen das Alter der Rehabilitanden, die Art und Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigung, persönliche Umstände und nicht zuletzt der regionale Arbeitsmarkt. Nach Zollmann und Erbstößer (2010) sind Bildung und Sozialschicht für die Wiedereingliederung nach beruflicher Bildung von erheblicher Bedeutung.

Nach Schmidt et al. (2006) sind ältere Arbeitnehmer, Menschen mit einer Behinderung und Menschen, die in einer Region mit hoher Arbeitslosigkeit stark verwurzelt sind und nicht umziehen möchten, auf dem Arbeitsmarkt zunehmend chancenlos. Die kritische Phase in der beruflichen Rehabilitation ist auch eine Folge der rasanten Veränderungen in der Arbeitswelt. Wie auch aus dem hier untersuchten Projekt hervorgeht, haben es außerdem größere Betriebe deutlich leichter, geeignete berufsbezogene Rehabilitationsleistungen wie z. B. betriebliches Eingliederungsmanagement oder eine stufenweise Wiedereingliederung anzubieten als kleine und mittelständische Unternehmen. Dies muss ebenfalls bei den in diesem Projekt untersuchten Bundesländern Sachsen und Sachsen-Anhalt berücksichtigt werden, da die beiden Bundesländer durch eher kleine und mittlere Betriebe gekennzeichnet sind. Schmidt et al. (2006) schlagen in ihrer Arbeit eine intensivere Kooperation zwischen Verantwortlichen im Unternehmen und im Sozialsystem vor. Erforderlich ist ebenfalls eine Anpassung der medizinischen und berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen an Rehabilitanden mit Mehrfach- und vor allem auch psychischen Erkrankungen, die – wie die Studie von Bethge et al. (2010) zeigt – durch ein intensiviertes multimodales berufsorientiertes Programm mit kognitiv-behavioralem Ansatz erreicht werden kann.

Die Ergebnisse des mit dieser Arbeit untersuchten Projekts zur Verzahnung von medizinischen und berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen zeigen, dass lediglich zwei Drittel der ursprünglich ins Projekt aufgenommenen Rehabilitanden eine berufsbezogene Rehabilitationsleistung erhalten haben. Die Leistungsempfänger sind jedoch – sofern die berufsbezogene Intervention zum Zeitpunkt der Auswertungsarbeiten bereits beendet war – im Gegensatz zu den Rehabilitanden, die keine Leistung erhalten haben, häufiger (wieder) erwerbstätig.

Der Datenerhebungsbogen, der als zentrales Steuerelement eingesetzt wird, ist ein sinnvolles Erhebungsinstrument, da er schon wesentliche Informationen über den einzelnen Rehabilitanden enthält und dadurch die Weiterbearbeitung im Verzahnungsprozess erleichtert. Der Einsatz eines zentralen Reha-Fachberaters, wie es in Sachsen der Fall ist, führt zwar zu einer deutlichen Verkürzung der Zeitspanne zwischen Beantragung und Bewilligung einer berufsbezogenen Rehabilitationsleistung, jedoch sind die Zeiten zwischen Antrag bzw. Bewilligung und dem eigentlichen Beginn der Leistung weiterhin zu lang. Für die Mitarbeiter in den Rehabilitationskliniken und den Berufsför-

derungswerken ist es förderlich, einen zentralen Ansprechpartner zu haben, der sich mit dem Verzahnungsprojekt auskennt, um unnötige und zeitraubende Rücksprachen bzw. Weiterverweisungen zu vermeiden. Hier herrscht allerdings noch Optimierungsbedarf, wie die lange Dauer bis zum Beginn der berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen zeigt.

Ein relativ schlechter Gesundheitszustand und lange AU-Zeiten wirken sich, wie erwartet, negativ auf die Reintegration ins Erwerbsleben aus. Des Weiteren ist der Wiedereingliederungserfolg abhängig von der Rehabilitandenstruktur (Ausbildung, Arbeitsverhältnis). Daher sollte bei der Optimierung des Verzahnungsprojektes auf eine strengere Teilnehmerauswahl, eine klarere Differenzierung von Patientengruppen und auf eine auf das individuelle Krankheitsbild abgestimmte, intensiviertere sowie psychische Betreuung der Rehabilitanden geachtet werden. Eine Langzeitbeobachtung wäre sinnvoll, da bisher ausschließlich kurz- und mittelfristige Ergebnisse vorliegen und noch nicht vorausgesehen werden kann, wie die Wiedereingliederung der noch in einer andauernden berufsbezogenen Rehabilitationsleistung befindlichen Rehabilitanden erfolgen wird.

Literaturverzeichnis

Beck L: Psychosoziale Indikatoren für die Inanspruchnahme von stufenweiser Wiedereingliederung und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie Erwerbsverlauf nach ambulanter orthopädischer Rehabilitation. Halle, Univ., Med. Fak., Diss., 80 Seiten, 2008. <http://digital.bibliothek.uni-halle.de/hs/content/titleinfo/293902> (Zugriff: 16.08.2011).

Beck L, Mau W: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und andere berufsbezogene Maßnahmen. In: Morfeld M, Mau W, Jäckel WH, Koch U (Hrsg.): Querschnitt Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren. Urban & Fischer, München, Jena, 2007, S. 58–61.

Beiderwieden K: Langfristige Wiedereingliederung nach der beruflichen Rehabilitation. Ergebnisse einer Langzeituntersuchung der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 34 (2001), 184.

Bestmann, A, Erbstößer S, Rothe G, Zollmann P, Rauch A: Rehabilitationsübergreifende Messung der Ergebnisqualität von beruflichen Bildungsmaßnahmen. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 15. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium in Bayreuth. Tagungsband DRV-Schriften, Frankfurt a. M., 2006, S. 90–92.

Bethge M, Herbold D, Trowitzsch L, Jacobi C: Berufliche Wiedereingliederung nach einer medizinisch-beruflich orientierten orthopädischen Rehabilitation: Eine clusterrandomisierte Studie. Rehabilitation 49 (2010) 2–12.

Blaschke D, König P: Berufliche Wiedereingliederung von Rehabilitanden. IAB-Werkstattbericht Nr. 3 (1992).

Brader D, Faßmann H, Wübbeke C: „Case Management zur Erhaltung von Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)“ – Erster Sachstandsbericht einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, 3/2002, Nürnberg: IfeS.

Brader D, Faßmann H, Lewerenz J, Steger R, Wübbeke C: Qualitätsstandards für ein "Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)" – Ergebnisse einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, 3/2004, Nürnberg: IfeS.

Brüggemann S, Korsukéwitz C: Leitlinien in der Rehabilitation: Einschränkung der Therapiefreiheit oder Grundlage für bessere Ergebnisse. Rehabilitation 43 (2004) 304–311.

Budde HG, Heinzen-Lasserre H, Keck M, Kindermann U: Förderung der Eingliederung beruflicher „Risikopatienten“ der Arbeiterrentenversicherung durch die Kooperation von kardiologischer Rehabilitations-Klinik und Berufsförderungswerk. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 11. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium in München. Tagungsband DRV-Schriften Bd. 33, Frankfurt a. M., 2002, S. 231–232.

Bührlen B, Gerdes N, Jäckel WH: Der IRES-Fragebogen Version 3: Aufbau und psychometrische Testung. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 11. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium in München. Tagungsband DRV-Schriften Bd. 33, Frankfurt a. M., 2002, S. 73–74.

Bührlen B, Gerdes N, Jäckel WH: Entwicklung und psychometrische Testung eines Patientenfragebogens für die medizinische Rehabilitation (IRES-3). Rehabilitation 44 (2005) 63–74.

Bürger W, Dietsche S, Morfeld M, Koch U: Multiperspektivische Einschätzungen zur Wahrscheinlichkeit der Wiedereingliederung von Patienten ins Erwerbsleben nach orthopädischer Rehabilitation – Ergebnisse und prognostische Relevanz. Rehabilitation 40 (2001) 217–225.

Bullinger M, Kirchberger I: Der SF-36-Fragebogen zum Gesundheitszustand: Handbuch für die deutschsprachige Fragebogenversion. Hogrefe, Göttingen, 1998.

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.): Amtlichen Nachrichten der Bundesagentur für Arbeit (AMBA). Arbeitsmarkt 2005. Arbeitsmarktanalyse für Deutschland, West- und Ostdeutschland. 54. Jahrgang. Sondernummer. Nürnberg. 24. August 2006. <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Jahresbericht-Arbeitsmarkt-Deutschland/Generische-Publikationen/Arbeitsmarkt-2005.pdf> (Zugriff: 12.10.2011).

Bundesagentur für Arbeit: Arbeitsmarkt in Deutschland – Schnellübersichten. <http://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Regionen/Politische-Gebietsstruktur-Nav.html> (Zugriff: 12.10.2011).

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (Hrsg.): Eckpunktepapier für eine integrationsorientierte Gesundheitsreform aus Sicht der chronisch kranken und behinderten Menschen. Berlin, August 2002. http://www.bagfw.de/uploads/tx_twpublication/m00203_22082002_eckpunktepapier.pdf (Zugriff: 12.10.2011).

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX vom 27. März 2003. http://www.qs-reha.de/downloads/bar_gemeinsame_empfehlung.pdf (Zugriff: 12.10.2011).

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Heft 8. Frankfurt a. M., 2004.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Gemeinsame Empfehlung über die nahtlose, einheitliche und zügige Erbringung von Leistungen zur Teilhabe nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 i. V. m. § 13 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 5 SGB IX (Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“) vom 22. März 2004

http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlung-gen/downloads/Gemeinsame_Empfehlung_Einheitlichkeit_Nahtlosigkeit.pdf (Zugriff: 12.10.2011).

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX vom 22. März 2004.

http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlung-gen/downloads/Gemeinsame_Empfehlung_Information_Kooperation.pdf (Zugriff: 12.10.2011).

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Hilfestellung für Unternehmen zur Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 84 Abs. 2 SGB IX), Juli 2005.

http://www.ukpt.de/pages/dateien/betriebliches_eingliederungsmanagement.pdf (Zugriff: 12.10.2011).

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB). Zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen einer Modelinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Frankfurt a. M., 2005.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): 15. Sozialbericht der Bundesregierung, Juli 2009. <http://www.WzSdigital.de/WzS.10.2009.294> (Zugriff: 12.10.2011).

Bundesministerium der Justiz (Hrsg.): Bundesgesetzblatt Teil I Jahrgang 2004 Nr. 18 – Bekanntmachung des Gesetzes zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen vom 23.04.2004.

http://www.bgbl.de/Xaver/text.xav?bk=Bundesanzeiger_BGBI&start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D'bgbl104018.pdf'%5D&wc=1&skin=WC (Zugriff: 02.05.2010). (Zitiert: BGBl. I 2004, S. 606 ff.)

Bundesministerium der Justiz (Hrsg.): Bundesgesetzblatt Teil I Jahrgang 2007 Nr. 5 – Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Regelaltersgrenze an die demografische Entwicklung und zur Stärkung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz) vom 23.02.2007.

<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/043/1604372.pdf> (Zugriff: 15.10.2011). (Zitiert: BGBl. I 2007, S. 554 ff.)

Bundesministerium der Justiz (Hrsg.): Bundesgesetzblatt Teil I Jahrgang 2008 Nr. 64 – Gesetz zur Einführung Unterstützter Beschäftigung vom 22. Dezember 2008. <http://npl.ly.gov.tw/pdf/6686.pdf> (Zugriff: 12.10.2011). (Zitiert: BGBl. I 2008, S. 2969 ff.)

Deck R, Röckelein E: Zur Erhebung soziodemographischer Daten und sozialmedizinischer Indikatoren in den rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbänden. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ – Empfehlungen der Arbeitsgruppen „Generische Methoden“, „Routinedaten“ und „Reha-Ökonomie“. DRV-Schriften Bd. 16, Frankfurt a. M., 1999, S. 97–99.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, 2005. http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/35984/publicationFile/2077/leitlinien_rehazugang_lta.pdf (Zugriff: 17.06.2008).

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Qualitätssicherung von LTA unter www.deutsche-rentenversicherung-bund.de → Sozialmedizin und Forschung – Reha-Qualitätssicherung – Qualitätssicherung von LTA (Zugriff: 28.07.2009).

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sonstige Leistungen zur Teilhabe und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahr 2008. Band 174, Berlin, 2009.) <http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/FdzPortalWeb/resDisplay.do?id=453&tabelle=3> (Zugriff: 20.03.2010).

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Rentenversicherung in Zeitreihen. http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/29974/publicationFile/19039/rv_in_zeitreihen_pdf.pdf (Zugriff: 12.10.2011).

Deutscher Bundestag (Hrsg.): Drucksache (BT-Drs): Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuss). Drucksache 14/2913 vom 15.03.2000. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/14/029/1402913.pdf> (Zugriff: 12.10.2011). (Zitiert: Drucksache des Deutschen Bundestags 14/2913, 2000)

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Version Oktober 2005. http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussfassung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf (Zugriff: 12.10.2011).

Dorenburg U, Tiefensee J: Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. Bengel J, Koch U (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 2000, S. 198–213.

Erbstößer S: Berufliche Bildungseinrichtungen auf dem Prüfstand – Vorbereitung der beruflichen Integration aus Teilnehmersicht. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Bremen. Tagungsband DRV-Schriften Bd. 77, Frankfurt a. M., 2008, S. 244–246.

Erbstößer S: Teilnehmerbefragung nach beruflicher Bildungsleistung – Wie unterschiedlich sind die Reha-Einrichtungen? Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 19. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium in Leipzig. Tagungsband DRV-Schriften Bd. 88, Frankfurt a. M., 2010, S. 287–289.

Erbstößer S, Grünbeck P: Abbruch von beruflichen Bildungsleistungen und die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 16. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium in Berlin. Tagungsband DRV-Schriften Bd. 72, Frankfurt a. M., 2007, S. 299–301.

Erbstößer S, Verhorst H, Lindow B, Klosterhuis H: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Deutsche Rentenversicherung – ein Überblick. RVaktuell 55 (2008) 345–350. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), Berlin.

Faßmann H, Brader D, Lewerenz J, Steger R, Wübbecke C: Case Management zur Erhaltung von Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB) – Abschlussbericht einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Forschungsbericht, Nürnberg: Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, 2004.

Faßmann H: Evaluation des Modellprojekts „Integrative Berufliche Rehabilitation von Personen mit Aphasie (IBRA)“ Abschlussbericht. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Heft 04/2008, Nürnberg: Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.

Fraisse E, Karoff M: Verbesserung des Übergangs zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation. Rehabilitation 36 (1997) 233–237.

Freistaat Sachsen: Wirtschaft – Wirtschaftsstandort – Zahlen und Fakten. http://www.smwa.sachsen.de/de/Wirtschaft/Wirtschaftsstandort_Sachsen/Zahlen_und_Fakten/19159.html (Zugriff: 28.07.2010).

Glattacker M, Jäckel WH: Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung. In: Morfeld M, Mau W, Jäckel WH, Koch U (Hrsg.): Im Querschnitt: Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren. Elsevier, Urban & Fischer, München, 2007. S. 62.

Greitemann B: Die berufliche-soziale Situation als Problembereich in der Rehabilitation chronischer Rückenschmerzpatienten am Beispiel einer Arbeiter-Rentenversicherungs-Klinik – Notwendigkeit der frühzeitigen Integration im Sinne der beruflich orientierten Rehabilitation. Müller-Fahrnow W, Hansmeier T, Karoff M (Hrsg.): Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Pabst Science Publishers, Lengerich, Berlin, Bremen (usw.), 2006, S. 69–76.

Grobe TG, Schwartz FW: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 13. Berlin, 2003.

Haase I, Riedl G, Birkholz LB, Schaefer A, Zellner M: Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und beruflicher Reintegration. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 37 (2002) 331–335.

Hansmeier T: Assessments und Interventionen der medizinisch-beruflich-orientierten Rehabilitation aus wissenschaftlicher Sicht. Müller-Fahrnow W, Hansmeier T, Karoff M (Hrsg.): Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Pabst Science Publishers, Lengerich, Berlin, Bremen (usw.), 2006, S. 77–87.

Hansmeier T, Müller-Fahrnow W, Radoschewski M, Vogt K, Lang P: Versorgungsepidemiologische Studie zu Strukturen, Prozessen und Ergebnissen der beruflichen Rehabilitation. Materialien aus dem Institut für Rehabilitationswissenschaften, Abt. Versorgungssystemforschung und Qualitätssicherung an der Humboldt-Universität zu Berlin, Bericht Projekt A2. Humboldt-Universität zu Berlin, Institut für Rehabilitationswissenschaften, Abt. Versorgungssystemforschung und Qualitätssicherung, Berlin, 2002. http://www.bbs.charite.de/projekte/fs_proj/ts_a/a2/BBS_A2_Abschlussbericht.pdf (Zugriff: 18.10.2006).

Hansmeier T, Radoschewski M: Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – Entwicklung eines Rehabilitandenfragebogens. DangVers 52 (2005) 371–379.

Hansmeier T, Radoschewski M: Bestandsaufnahme zu medizinisch-beruflich orientierten Aktivitäten in Rehabilitationseinrichtungen (PORTAL-Studie). RVaktuell 54 (2007) 183–190. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), Berlin.

Hartung GH: Rehabilitation – Mehr Engagement! Deutsches Ärzteblatt 95 (1998) 588.

Heine W: „Auf- und Ausbau eines flächendeckenden Netzes von CareCenters für medizinischberufliches Integrationsmanagement in der Region Berlin-Brandenburg (MBI)“. http://www.healthcapital.de/fileadmin/download/2008/HF/HF9/080827_2g_MBI.pdf (Zugriff: 28.05.2009).

Hibbeler B: Die Talsohle durchschritten. Deutsches Ärzteblatt 47 (2006) 3164–3166.

Hüller E, Schuntermann MF: Behinderung/chronische Krankheit und Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation und Teilhabe. Deutscher Ärzte-Verlag, Frankfurt a. M., 2005, S. 12–22.

Hüppe A, Mittag O, Matthis C, Raspe A, Héon-Klin V, Raspe H: Rehabilitative Versorgung in einer Stichprobe von arbeiterrentenversicherten Probanden mit schwergradigen chronischen Rückenschmerzen: Indikatoren und Rehakarrieren. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 13. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium in Düsseldorf. Tagungsband DRV-Schriften Bd. 52, Frankfurt a. M., 2004, S. 162–164.

Karoff M, Kittel J: Ergebnisse aus Beobachtungsstudien und randomisierten Studien. Müller-Fahrnow W, Hansmeier T, Karoff M (Hrsg.): Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Pabst Science Publishers, Lengerich, Berlin, Bremen (usw.), 2006, S. 306–311.

Karr W, Apfelthaler G: Zur Dauer der Arbeitslosigkeit. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 14 (1981) 384–390.

Keck T: Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation als gesellschaftliche Aufgabe der Rentenversicherung. Müller-Fahrnow W, Hansmeier T, Karoff M (Hrsg.): Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Pabst Science Publishers, Lengerich, Berlin, Bremen (usw.), 2006, S. 25–35.

Kieselbach T, Beelmann G: Psychosoziale Risiken von Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit. Psychotherapeut 51 (2006), 452–459.

Kinne G, Elsässer D, Best S, Jost S, Zschache R.: Regionale Vernetzung medizinischer und beruflicher Rehabilitation: Das Bad Krozinger Modell. Rehabilitation 41 (2002) 336–342.

Koch U, Schulz H: Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Medizin. Ahrens S (Hrsg.): Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin. Schattauer, Stuttgart, S. 14–25.

Köster T, Fehr M, Slesina W: Zur Eingliederung von Rehabilitanden in das Erwerbsleben nach Umschulung in Berufsförderungswerken – ein Prognosemodell. In: Rehabilitation 46 (2007) 258–265.

Mau W: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Morfeld M, Mau W, Jäckel WH, Koch U (Hrsg.): Im Querschnitt Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren. Urban & Fischer, München, Jena, 2007, S. 16–20.

Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick U, v. Kardoff E, Steinke I (Hrsg.): Qualitative Forschung – Ein Handbuch. Rowohlt's Enzyklopädie, Reinbek, 2000, S. 468–475.

Mehrhoff F: Zurück ins Berufsleben – Neue Aufgabe für die Prävention. In: Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (Hrsg.): Bundesarbeitsblatt Heft 8/9 (2005) 19–21.

Mittag O, Glaser-Möller N, Ekkernkamp M, Matthis C, Héon-Klin V, Raspe A, Raspe H: Prädiktive Validität einer kurzen Skala zur subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE-Skala) in einer Kohorte von LVA-Versicherten mit schweren Rückenschmerzen oder funktionellen Beschwerden der Inneren Medizin. Sozial- und Präventivmedizin (2003) 361–369.

Morfeld M, Koch U: Einführung in die Rehabilitation. Morfeld M, Mau W, Jäckel WH, Koch U (Hrsg.): Im Querschnitt Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren. Urban & Fischer, München, Jena, 2007, S. 1–3.

Morfeld M, Koch U: Chronisch Kranke und Alterung. Morfeld M, Mau W, Jäckel WH, Koch U (Hrsg.): Im Querschnitt Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren. Urban & Fischer, München, Jena, 2007, S. 3–6.

Mühlum A, Gödecker-Geenen N: Soziale Arbeit in der Rehabilitation. UTB für Wissenschaft, Stuttgart, 2003, S. 110.

Müller WD, Knufinke R, Kleinhans W, Smolenski UC, Bak P: Verzahnung zwischen medizinischer Rehabilitation und beruflicher Reintegration bei Beschäftigten eines Bergwerkbetriebes mit Rückenschmerzen – Implementierung eines optimierten Reha-Konzeptes. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 18. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium in Münster. Tagungsband DRV-Schriften Bd. 64, Frankfurt a. M., 2008, S. 171–172.

Müller-Fahrnow W, Radoschewski FM: Theoretische Grundlagen der MBO-Rehabilitation. Müller-Fahrnow W, Hansmeier T, Karoff M (Hrsg.): Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Pabst Science Publishers, Lengerich, Berlin, Bremen (usw.), 2006, S. 36–46.

Müller-Fahrnow W, Radoschewski FM: Grundlagen. Hillert A, Müller-Fahrnow W, Radoschewski FM (Hrsg.): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation – Grundlagen und klinische Praxis. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2009, S. 1.

Müller-Fahrnow W, Spyra K, Egner U: Qualitätssicherung (QS) und Qualitätsmanagement (QM). Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation und Teilhabe. Deutscher Ärzte-Verlag, Frankfurt a. M., 2005, S. 35.

Neuderth S, Vogel H: Berufsbezogene Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation – bisherige Entwicklungen und aktuelle Perspektiven. Bericht über die Expertentagung am 25. und 26. Januar 2000 in Würzburg. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.). Frankfurt a. M., 2000.

Plath HE, Blaschke D: Probleme der Erfolgsfeststellung in der beruflichen Rehabilitation. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 32 (1999) 61–69.

Radoschewski FM: Epidemiologie gesundheitsbedingt eingeschränkter Erwerbsfähigkeit. Hillert A, Müller-Fahnow W, Radoschewski FM (Hrsg.): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis. Deutscher Ärzte-Verlag, Frankfurt a. M., 2009, S. 14–34.

Rische H: Vorwort des Präsidenten der DRV Bund. Müller-Fahnow W, Hansmeier T, Karoff M (Hrsg.): Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Pabst Science Publishers, Lengerich, Berlin, Bremen (usw.), 2006, S. 19–21.

Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitsberichtsberichterstattung des Bundes – Gesundheit in Deutschland. Robert-Koch-Institut, Berlin, 2006.

Rose S, Irle H, Korsukewitz C: Orthopädische Rehabilitation der BfA – Stand und Perspektiven, DAngVers 49 (2002) 1–10.

Roth S, Ehlebracht-König I, Bönisch A, Hirschler G, Thiel, Mau W: Therapieziel: Entwicklung beruflicher Perspektiven. Müller-Fahnow W, Hansmeier T, Karoff M (Hrsg.): Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Pabst Science Publishers, Lengerich, Berlin, Bremen (usw.), 2006, S. 312–322.

Schavan A, Rische H: Vorwort. Deutsche Rentenversicherung Bund und Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.): Gemeinsamer Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Deutschen Rentenversicherung. Berlin, 2009.

Schliehe F, Sulek C: Rechtliche Grundlagen der Rehabilitation und Teilhabe. Morfeld M, Mau W, Jäckel WH, Koch U (Hrsg.): Im Querschnitt Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren. Urban & Fischer, München, Jena, 2007, S. 6–16.

Schmidt C, Froböse I, Schian HM: Berufliche Rehabilitation in Bewegung – Herausforderungen und Perspektiven. Rehabilitation 45 (2006) 194–202.

Schnell R, Hill P, Esser E: Methoden der empirischen Sozialforschung. Oldenbourg, München, 2008, S. 187–190.

Schutzeichel FJ, Hirschler G: Vernetzung medizinischer und beruflicher Rehabilitation – das Modell BOR verkürzt Bearbeitungs- und Wartezeiten. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Düsseldorf. Tagungsband DRV-Schriften Bd. 52, Frankfurt a. M., 2004, S. 226–228.

Slesina W, Weber A, Weber U: Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation zum Erhalt des Erwerbslebens. Feldhaus, Hamburg, 2004.

Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (Artikel 1 des Gesetzes v. 19.06.2001, BGBl. I S. 1046). http://www.gesetze-im-internet.de/sqb_9/index.html (Zugriff: 27.09.2010).

Stähler T: Ziele von Rehabilitation und Teilhabe. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation und Teilhabe. Deutscher Ärzte-Verlag, Frankfurt a. M., 2005, S. 23.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.): Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 1. Wiesbaden, 2007.

Statistisches Landesamt Sachsen: Arbeitsmarktbilanz Sachsen 2005. http://www.smwa.sachsen.de/set/431/tab_bilanz%202005.pdf (Zugriff: 03.06.2009).

Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt: Arbeitsmarktdaten im Land Sachsen-Anhalt nach ausgewählten Merkmalen im Jahresdurchschnitt. http://www.stala.sachsen-anhalt.de/download/stat_berichte/6A605_j_2010.pdf (Zugriff: 12.10.2011).

Steinke B, Philgus B: Moderne (zeitgemäße) Rehabilitation und Teilhabe. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation und Teilhabe. Deutscher Ärzte-Verlag, Frankfurt a. M., 2005, S. 3–9.

Streibelt M, Bethge M: Return to work? Identifikation besonderer beruflicher Problemlagen in der medizinischen Rehabilitation. Pabst Science Publishers, Lengerich, Berlin, Bremen (usw.), 2008, S.17–22.

Streibelt M, Dohnke B, Rybickit T, Müller-Fahnow W: Aktivitäts- und teilhabebezogene Effekte der medizinisch beruflichen Orientierung in der MSK-Rehabilitation – Ergebnisse einer randomisierten Follow-up-Studie. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Tagungsband zum 14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Hannover. DRV-Schriften 59, Frankfurt a. M., 2005, S. 256–257.

Tesmer I, Radoschweski FM, Erbstößer S, Müller-Fahnow W: Hat die Art beruflicher Bildungsmaßnahmen einen Einfluss auf die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben? Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Tagungsband zum 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Bremen. DRV-Schriften 77, Frankfurt a. M., 2008, S. 259–261.

Thode N, Klosterhuis H, Hansmeier Th: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – Wie urteilen die Rehabilitanden? DAngVers 10 (2004), 462–471.

Trowitzsch L, Schiller W, Lindner S, Thiele DA: „Who returns to work?“. 2-Jahresergebnisse nach berufsorientierenden Maßnahmen im Bfw Goslar (1998–2001) – Neue Konzeption von MBOR in den drei Paracelsus-Kliniken Bad Gandersheim. Müller-Farnow W, Hansmeier T, Karoff M (Hrsg.): Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Pabst Science Publishers, Lengerich, Berlin, Bremen (usw.), 2006, S. 428–436.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Abschlussbericht der Reha-Kommission-Berufsförderung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger „Empfehlungen zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung“. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): DRV-Schriften 7, Frankfurt a. M., 1997.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“. Empfehlungen der Arbeitsgruppen „Generische Methoden“, „Routinedaten“ und Reha-Ökonomie“. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): DRV Schriften Bd. 16, Frankfurt a. M., 1999.

WHO (Hrsg.): ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Endfassung: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005. <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endfassung/> (Zugriff: 12.10.2011).

Winkelhake U, Schutzeichel F, Niemann O, Daalman HH: Die berufsorientierte medizinische Rehabilitation (BOR) bei Funktionseinschränkungen aufgrund orthopädischer Erkrankungen. Rehabilitation 42 (2003) 30–35.

Wuppinger J, Rauch A: Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt im Rahmen beruflicher Rehabilitation – Maßnahmeteilnahme, Beschäftigungschancen und Arbeitslosigkeitsrisiko. In: IAB Forschungsbericht, 01/2010, Nürnberg. <http://doku.iab.de/forschungsbericht/2010/fb0110.pdf> (Zugriff: 15.10.2011).

Zängle M, Trampusch C: Berufliche Rehabilitation in den Beruflichen Fortbildungszentren der Bayrischen Arbeitgeberverbände e. V. (bfz e. V.). Ergebnisse der statistischen Erfolgskontrolle. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 2 (1997).

Zollmann P, Erbstößer S: Leistungen zur beruflichen Bildung – Prädiktoren der Wiedereingliederung auf Basis der RV-Routinedaten. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 19. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium in Leipzig. Tagungsband DRV-Schriften Bd. 88, Frankfurt a. M., 2010, S. 201–203.

Zollondz HD: Grundlagen Qualitätsmanagement. Oldenbourg-Wissenschaftsverlag, München, 2006, S. 161–163.

Thesen

1. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung mit einer steigenden Lebenserwartung, der Zunahme chronischer Erkrankungen der alternden Bevölkerung und der Erhöhung des Rentenalters stellen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und berufsbezogene Rehabilitationsleistungen wie zum Beispiel Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wichtige Mittel zur Integration von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ins Erwerbsleben dar.
2. Nahtlosigkeit im Rehabilitationsprozess sowie Verknüpfung von medizinischen und berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen sind laut Gesetzgeber maßgeblich. Deshalb wurde das von der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland initiierte Projekt zur Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen evaluiert.
3. Ziel der vorliegenden Arbeit war die Untersuchung des Verzahnungsprojekts insbesondere im Hinblick auf Strukturen und Prozesse, den gesundheitlichen und sozialmedizinischen Rehabilitationsverlauf der Teilnehmer und den Vergleich zwischen den beiden Bundesländern Sachsen-Anhalt und Sachsen bezüglich Durchführung und Ablauf des Projekts.
4. Um möglichst alle Aspekte des Verzahnungsprojekts zu erfassen und eine umfassende Auswertungsgrundlage zu schaffen, wurden drei unterschiedliche Erhebungsinstrumente verwendet.
5. Es handelt sich um eine retrospektive Kohortenstudie mit einer Fragebogenerhebung der Rehabilitanden, Dokumentation der Versichertenakten, Durchführung halbstrukturierter Mitarbeiterinterviews der beteiligten Kooperationspartner und nachfolgender Auswertung. Von insgesamt 264 Rehabilitanden, die an einer medizinischen Rehabilitation in einer der beteiligten Rehabilitationskliniken seit Projektbeginn am 1. Oktober 2005 teilgenommen haben, wurden 186 Teilnehmer (70%) schriftlich befragt und deren Versichertenakten dokumentiert.
6. Die Rehabilitandenbefragung fand durchschnittlich 10 ± 5 Monate nach dem Ende der medizinischen Rehabilitation statt.

7. Die häufigsten Indikationen für einen Zugang zur medizinischen Rehabilitation betreffen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (66%) und des Herz-Kreislauf-Systems (36%). Eine Komorbidität weisen 24% der Teilnehmer auf. Im Mittel beträgt die Krankheitsdauer vier Jahre, bevor eine medizinische Rehabilitation erfolgt ist.
8. In den meisten Fällen (93%) wird eine beantragte LTA oder andere berufsbezogene Rehabilitationsleistung bewilligt. Dabei handelt es sich hauptsächlich (in insgesamt 39%) um vorbereitende Leistungen wie Assessments und Reha-Vorbereitungslehrgänge. In 13% der bewilligten und erhaltenen berufsbezogenen Leistungen wurde die Intervention überwiegend aus gesundheitlichen Gründen (69%) abgebrochen.
9. Soziodemographische Faktoren spielen bei der Bewilligung von berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen keine wesentliche Rolle. Tendenziell wirkt sich jedoch ein jüngeres Alter der Rehabilitanden positiv auf den Erhalt einer berufsbezogenen Rehabilitationsleistung aus.
10. Ein starkes Rentenbegehren, eine längere Dauer der Arbeitsunfähigkeit ($p < 0.05$), ein tendenziell höheres Alter sowie ein schlechter Gesundheitszustand ($p < 0.001$) wirken sich negativ auf die berufliche Wiedereingliederung aus. Fast die Hälfte der Rehabilitanden (48%) weist eine AU-Dauer von über sechs Wochen im Jahr vor der medizinischen Rehabilitation auf. 48% der Rehabilitanden haben weiterhin Einschränkungen durch gesundheitliche Probleme bei der aktuellen oder letzten Tätigkeit.
11. In Sachsen haben insgesamt 82 Teilnehmer (72%) und in Sachsen-Anhalt 41 Rehabilitanden (57%) eine Intervention erhalten. Es wurde festgestellt, dass der Erhalt einer Intervention vom Bundesland abhängt ($p = 0.044$).
12. Rehabilitanden, die vor der medizinischen Rehabilitation im Erwerbsleben standen, erhalten tendenziell eher eine berufsbezogene Leistung und haben größere Chancen auf eine berufliche Wiedereingliederung als Rehabilitanden, die vorher erwerbslos waren.

13. Stufenweise Wiedereingliederung, betriebliches Eingliederungsmanagement und innerbetriebliche Umsetzung führen schneller zu einer erfolgreichen Reintegration als länger andauernde Interventionen ($p < 0.05$), setzen allerdings ein vorhandenes Arbeitsverhältnis voraus.
14. Zum Nachbefragungszeitpunkt sind noch 28% der Teilnehmer erwerbstätig, während es vor der medizinischen Rehabilitation 61% waren. Insgesamt 35% der Rehabilitanden sind erwerbs- bzw. arbeitslos. Bei 18% aller Teilnehmer ist die berufsbezogene Rehabilitationsleistung noch nicht abgeschlossen. Insgesamt entwickelte sich die Erwerbstätigkeit bei 39% der Teilnehmer günstig und bei 41% der Teilnehmer ungünstig.
15. Etwas mehr als die Hälfte der Rehabilitanden (56%) hält ihre Erwerbsprognose in einem Jahr für schlecht. Die meisten Rehabilitanden sind jedoch der Meinung, das in der LTA oder der berufsbezogenen Rehabilitationsleistung erlernte Wissen (58%) umfassend anwenden zu können und dass die LTA oder die berufsbezogene Rehabilitationsleistung für die aktuelle Tätigkeit eine wichtige Hilfe oder eine notwendige Voraussetzung sei (63%).
16. Über die Hälfte der Rehabilitanden (51%) findet sich zu alt, um auf dem Arbeitsmarkt noch eine Chance zu haben. Insgesamt sehen circa zwei Drittel der Rehabilitanden eine Verschlechterung der persönlichen Voraussetzungen bzw. der Chancen auf dem Arbeitsmarkt im Vergleich zum Zeitpunkt vor der medizinischen Rehabilitation.
17. Die Dauer zwischen einem LTA-Antrag und dessen Bewilligung beträgt durchschnittlich 24 ± 35 Tage. Der Einsatz eines zentralen Reha-Fachberaters in Sachsen führt im Vergleich zu Sachsen-Anhalt zu einer Verkürzung der Zeit zwischen Beantragung und Bewilligung einer berufsbezogenen Rehabilitationsleistung ($p < 0.001$). Eine schnellere Bewilligung der berufsbezogenen Rehabilitationsleistung führt jedoch nicht zu einer schnelleren Inanspruchnahme der beantragten Leistung.

18. Die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit der LTA bzw. der berufsbezogenen Rehabilitationsleistung und auch mit der rehabilitativen Versorgung insgesamt ist trotz der relativ geringen Wiedereingliederungsrate hoch. Insbesondere mit der Betreuung durch die Sozialarbeiter in der Rehabilitationsklinik (79%) und mit der Organisation und Durchführung durch den Kostenträger (79%) sind die Rehabilitanden zufrieden. Die niedrigste Zufriedenheit zeigt sich bei den Vermittlungsaktivitäten der Bildungseinrichtung bzw. der Berufsförderungswerke (35% unzufrieden bzw. sehr unzufrieden).
19. Die unterschiedlichen medizinischen Ausrichtungen der Rehabilitationskliniken und die nicht einheitlichen Rahmenbedingungen schränken einen Vergleich zwischen den beiden Bundesländern Sachsen und Sachsen-Anhalt ein.
20. Das beteiligte Personal wünscht sich mehr Informationen und Erfahrungsaustausch im Rahmen des Verzahnungsprojekts.
21. Limitierungen der Untersuchung bestehen in der retrospektiven Analyse einer vorausgewählten, stark heterogenen Stichprobe, der eingeschränkten Vergleichbarkeit der beiden Bundesländer aufgrund der unterschiedlichen medizinischen Ausrichtungen der Rehabilitationskliniken sowie des nicht ausreichend langen Untersuchungszeitraums mit noch andauernden berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen bei fast einem Fünftel der Teilnehmer. Zu den Stärken zählt insbesondere der Einsatz von drei unterschiedlichen Erhebungsquellen mit teilweise standardisierten Instrumenten, um möglichst alle Aspekte des Verzahnungsprojekts zu erfassen und zu analysieren sowie einen Vergleich mit anderen Studien zu ermöglichen.

Lebenslauf

Persönliche Angaben:

| | |
|-----------------------|---|
| Name | Isabel Eysel, geb. Faulstich |
| Anschrift | Friedensstr. 11, 38889 Blankenburg (Harz) |
| Geburtsdatum und -ort | 13. Juni 1978 in Reutlingen |
| Familienstand | verheiratet |
| Nationalität | deutsch |

Schulbildung:

| | |
|-----------|--|
| 1984–1988 | Matthäus-Beger-Schule, Reutlingen |
| 1988–1997 | Friedrich-List-Gymnasium, Reutlingen |
| 1997 | Abitur, Leistungskurse Französisch und Musik |

Freiwilliges Soziales Jahr:

| | |
|-----------|--|
| 1997–1998 | Universitätsklinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Tübingen |
|-----------|--|

Berufsausbildung:

| | |
|-----------|--|
| 1998–2001 | Ausbildung zur Medizinisch-technischen Radiologieassistentin an der MTAR Schule der Universität Tübingen |
| 2001 | Staatsexamen |

Studium:

| | |
|--------------|---|
| Seit WS 2001 | Studium der Medizin an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg |
| 03/2005 | Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung |
| 05/2009 | Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung |

Praktisches Jahr:

| | |
|-------------|--|
| 03/08–06/08 | Diagnostische Radiologie, Universitätsklinikum Halle |
| 06/08–09/08 | Innere Medizin, Klinikum Quedlinburg |
| 09/08–01/09 | Unfallchirurgie, Klinikum Quedlinburg |

Berufliche Tätigkeit:

| | |
|--------------|--|
| Seit 09/2009 | Assistenzärztin in der Harz-Klinikum Wernigerode-Blankenburg GmbH, Klinik für Radiologie |
|--------------|--|

Blankenburg (Harz), 21.12.2011

Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Thema „Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen – Ergebnisse einer Verlaufsbeobachtung“ ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Ich versichere, dass ich für die inhaltliche Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen habe. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Blankenburg (Harz), 21.12.2011

Erklärung über frühere Promotionsversuche

Hiermit erkläre ich, dass ich bisher keine früheren Promotionsversuche mit dieser oder einer anderen Dissertation unternommen habe. Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Es ist mir bekannt, dass ich den Dokortitel nicht führen kann, bevor mir die Promotionsurkunde bzw. eine vorläufige Bescheinigung gemäß § 15 der Promotionsordnung ausgehändigt wurde.

Blankenburg (Harz), 21.12.2011

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Wilfried Mau für die Bereitstellung dieses Themas und die intensive Betreuung im Verlauf dieser Arbeit. Ohne seine kontinuierliche Unterstützung und konstruktive Kritik wäre diese Arbeit nicht zustande gekommen.

Weiterhin danke ich Frau Dr. Larissa Beck für ihr unermüdliches Engagement, die motivierende Unterstützung und die vielen hilfreichen Anregungen, die diese Arbeit maßgeblich beeinflusst haben.

Für die Unterstützung bei der Sammlung und Dokumentation von Informationen danke ich den Mitarbeitern der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland in Leipzig und in Halle – insbesondere Frau Bartholomäus und Frau Pretzsch, den Mitarbeitern der Berufsförderungswerke Staßfurt und Leipzig und den Mitarbeitern der beteiligten Rehabilitationskliniken. Mein Dank gilt außerdem den Rehabilitanden für die Teilnahme an der Studie.

Ganz besonders herzlich danke ich meinem Mann Philipp und meinen Eltern für soviel Geduld und Verständnis und ihre fortwährende Unterstützung, ohne die diese Arbeit ebenfalls nie zustande gekommen wäre.

Blankenburg (Harz), 21.12.2011