

Brussig, Martin; Schulz, Susanne Eva

Working Paper

Akteure der Rehabilitation bei gesundheitsbedingter Erwerbsunterbrechung: Forschungsmonitor für den Verbund "Neue Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlichen Einschränkungen"

Working Paper Forschungsförderung, No. 104

Provided in Cooperation with:

The Hans Böckler Foundation

Suggested Citation: Brussig, Martin; Schulz, Susanne Eva (2018) : Akteure der Rehabilitation bei gesundheitsbedingter Erwerbsunterbrechung: Forschungsmonitor für den Verbund "Neue Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlichen Einschränkungen", Working Paper Forschungsförderung, No. 104, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf, <https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-2018112311482798004601>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/216029>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode>

WORKING PAPER FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Nummer 104, Oktober 2018

Akteure der Rehabilitation bei gesundheitsbedingter Erwerbsunterbrechung

Forschungsmonitor für den Verbund „Neue
Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei
gesundheitlichen Einschränkungen“

Martin Brussig und Susanne Eva Schulz

Autor(innen):

Prof. Dr. Martin Brussig leitet die Forschungsabteilung „Arbeitsmarkt–Integration–Mobilität“ am Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ), Universität Duisburg-Essen

Susanne Eva Schulz ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ), Universität Duisburg-Essen in der Forschungsabteilung „Arbeitsmarkt–Integration–Mobilität“

© 2018 by Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf
www.boeckler.de



„Akteure der Rehabilitation bei gesundheitsbedingter Erwerbsunterbrechung“ von Martin Brussig und Susanne Eva Schulz ist lizenziert unter

Creative Commons Attribution 4.0 (BY).

Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell.

(Lizenztext: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode>)

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. von Schaubildern, Abbildungen, Fotos und Textauszügen erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

ISSN 2509-2359

Inhalt

Auf einen Blick.....	4
1. Einleitung.....	5
2. Akteure der Rehabilitation.....	8
2.1 Betroffene und ihre Bedarfe.....	8
2.2 Träger beruflicher und medizinischer Reha	17
2.3 Leistungen und Leistungserbringer.....	27
3. Beispiele Kooperationen in der Rehabilitation	39
4. Fazit.....	43
5 Literaturverzeichnis.....	45

Auf einen Blick

- Müssen Beschäftigte aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen ihre Erwerbstätigkeit unterbrechen, kann eine anschließende Rehabilitation eine Weiterbeschäftigung unterstützen.
- Das deutsche Reha-System kann als stark fragmentiert bezeichnet werden. Dies hat Vor- und Nachteile. Zu den Vorteilen zählen Spezialisierungsgewinne und ausdifferenzierte Zuständigkeiten. Nachteile bestehen in Schnittstellenproblemen, die eine bedarfsgerechte Reha erschweren.
- Kooperationen zwischen verschiedenen Akteuren z. B. der Leistungsträger und/oder Leistungserbringer bilden eine Möglichkeit, die mit der Fragmentierung verbundenen Probleme zu lösen und ein „Kästchen-denken“ der einzelnen Akteure aufzulösen.
- Probleme in der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren bestehen in der Erreichbarkeit und in dem Zugang zu Informationen über die betroffenen Personen, über deren konkreten Reha-Bedarfe und über die Beschaffenheit der Arbeitsplätze.
- Es gibt eine Vielzahl an Untersuchungen zur Rehabilitation. Der Schwerpunkt liegt auf einzelnen Akteuren. Es gibt nur wenige Untersuchungen zu Kooperationen und Koordinationsmechanismen. Gerade solche Untersuchungen bzw. Dokumentationen wären aber hilfreich, um Kooperationspotenziale auszuloten und Grenzen des fragmentierten Reha-Systems zu überwinden.

1. Einleitung

In den letzten zehn Jahren haben die gesundheitsbedingten Erwerbsunterbrechungen zugenommen (DESTATIS 2017). Nicht alle Betroffenen können schon nach kurzer Zeit wieder in eine Beschäftigung zurückkehren. Gerade für sie besteht das Risiko einer längerfristigen gesundheitsbedingten Erwerbsunterbrechung bis hin zu einem vorzeitigen Erwerbsausstieg. Die berufliche und medizinische Rehabilitation (kurz: Reha) bietet zusätzlich zur oder neben der Akutbehandlung die Möglichkeit, die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen und die Erwerbsfähigkeit zu erhalten.

Zur Reha gehört eine Vielzahl an Leistungen, die die Betroffenen dabei unterstützen können, (wieder) eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen. Doch nicht allein die angebotenen Leistungen gewährleisten eine erfolgreiche Reha. Vielmehr spielen die Akteure, die diese Leistungen tragen, gestalten und anwenden, eine wesentliche Rolle für eine gelingende Reha.

Um diese Akteure geht es in diesem Forschungsmonitor (vgl. Infobox 1; Infobox 2). Dazu wird vorhandene Forschung zur medizinischen und beruflichen Reha vorgestellt. Der Fokus liegt auf den Akteuren, die mit der Reha und der sozialen Absicherung bei Krankheit befasst sind, sowie deren Kooperationen miteinander.¹

Die medizinische Reha kann bspw. ambulante und stationäre Leistungen durch Medizinerinnen und Mediziner oder Angehörige anderer Heilberufe umfassen. Im Rahmen der beruflichen Reha werden z. B. Weiterbildungsmaßnahmen für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden oder Hilfsmittel für die Ausstattung des Arbeitsplatzes angeboten.

Die Reha-Leistungen werden von unterschiedlichen Trägern finanziert, organisiert und von unterschiedlichen Leistungserbringern bereitgestellt. Daher kann das deutsche Reha-System insgesamt als stark fragmentiert bezeichnet werden. Dies führt zu der Frage, welche Akteure im Einzelnen bei gesundheitsbedingten Erwerbsunterbrechungen oder bei der Reha aktiv werden können. Darüber hinaus sollen in diesem Forschungsmonitor Allianzen zwischen den Akteuren näher betrachtet werden. In diesem Zusammenhang wird auch der Frage nachgegangen, inwiefern diese Allianzen negative Folgen der Fragmentierung überwinden können.

Der Bericht umfasst eine Darstellung der Forschungsliteratur zum Themenfeld der Rehabilitation, insbesondere zu den daran beteiligten Akteuren und zu den bestehenden Netzwerken.

1 Die Reha hängt mit der Wiedereingliederung in die Beschäftigung – Return to Work – zusammen. Im Hinblick auf die Schwerpunktsetzung in diesem Bericht, die auf dem Interventionszeitraum zwischen der gesundheitsbedingten Erwerbsunterbrechung und dem Zeitpunkt des Wiedereinstiegs liegt, soll hier allein auf die Reha fokussiert werden. Im dritten Bericht werden dann die am Return to Work-Prozess beteiligten Akteure, z.B. am Betrieblichen Eingliederungsmanagement näher betrachtet.

Infobox 1: Drei Forschungsmonitore im Forschungsverbund

Begleitend zu den Forschungsaktivitäten im Forschungsverbund „Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlichen Einschränkungen“ (www.boeckler.de/44414_110642.htm) werden drei Forschungsmonitore erscheinen. Die Schwerpunkte der drei Berichte setzen an den Interventionszeitpunkten im Erwerbsleben an. Der erste Forschungsmonitor thematisiert, wer sich dafür einsetzt, dass Erwerbsunterbrechungen durch krankheitsbedingte Einschränkungen vermieden werden können. Der vorliegende zweite Forschungsmonitor beschäftigt sich mit den Akteuren, die sich dafür einsetzen, dass gesundheitsbedingte Erwerbsunterbrechungen abgesichert und überwunden werden können. Im dritten Forschungsmonitor geht es darum, wie eine (dauerhafte) Rückkehr in die Beschäftigung ermöglicht werden kann.

Infobox 2: Forschungsverbund „Neue Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlichen Einschränkungen“

Die Hans-Böckler-Stiftung fördert im Zeitraum 2016–2019 den Forschungsverbund „Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlichen Einschränkungen“ ([Infos unter www.boeckler.de/44414_110642.htm](http://www.boeckler.de/44414_110642.htm)). In diesem Verbund werden Forschungsprojekte zu dem Thema gebündelt, wie Beschäftigte mit gesundheitlichen Einschränkungen langfristig in der Beschäftigung gehalten werden können, ohne dass sie ihre Erwerbstätigkeit gesundheitsbedingt (wieder) unterbrechen müssen. Folgende Projekte werden im Rahmen des Forschungsverbunds gefördert:

- Brussig/Mühge, IAQ an der Uni Duisburg-Essen: Rückkehr in den Arbeitsprozess. Organisatorische und individuelle Bedingungen der Re-Integration bei Gesundheitsproblemen;
www.boeckler.de/11145.htm?projekt=S-2016-985-4
- Hielscher, iso-Institut Saarbrücken: Barrieren und Treiber betrieblicher Inklusion und Prävention;
www.boeckler.de/11145.htm?projekt=2016-983-4
- von Kardorff, HU Berlin: „Neue Allianzen“ für „Gute Arbeit“ mit bedingter Gesundheit;
www.boeckler.de/11145.htm?projekt=S-2016-981-4
- Kohte, ZfS an der MLU Halle-Wittenberg: Lotsen und Netzwerke – Betriebliche Gesundheitspolitik in KMU;
www.boeckler.de/11145.htm?projekt=S-2016-987-4
- Ohlbrecht/Detka, Uni Magdeburg: Präventive Gesundheitsstrategien;
www.boeckler.de/11145.htm?projekt=2016-982-4

- Oschmiansky/Kaps, ZEP Berlin: Unterstützte Beschäftigung;
www.boeckler.de/11145.htm?projekt=2016-960-4
- Niehaus, Uni Köln: Schwerbehindertenvertretung: Allianzpartner in Netzwerken;
www.boeckler.de/11145.htm?projekt=2016-984-4
- Pinkwart, HU Berlin: Lernen auf der Plattform;
www.boeckler.de/11145.htm?projekt=2016-959-4
- Wegewitz, BAuA: Rückkehr zur Arbeit nach einer psychischen Krise;
www.boeckler.de/11145.htm?projekt=2016-980-4

2. Akteure der Rehabilitation

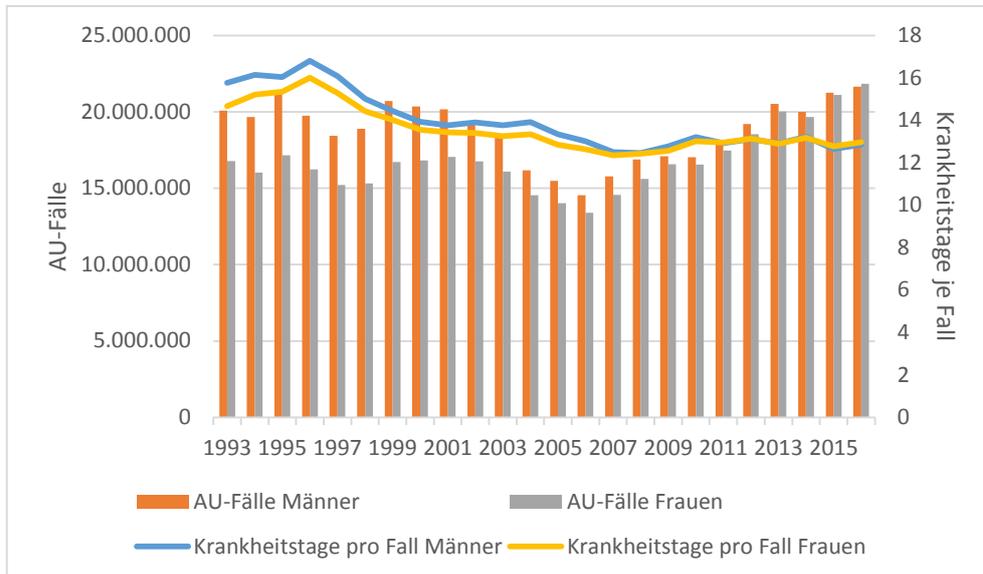
Reha-Maßnahmen und -Instrumente allein können keine erfolgreiche Wiedereingliederung unterstützen. Es sind vielmehr die Akteure, die am Prozess beteiligt sind, die das Reha-Geschehen tragen. Hier sind zum einen die betroffenen Personen selbst zu nennen, die Reha-Leistungen benötigen. Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden müssen sich „ko-produktiv“ an den Reha-Maßnahmen beteiligen, um sie zum Erfolg zu führen (Abschnitt 2.1). Zum zweiten gibt es Reha-Träger; also Stellen, die den Leistungsbedarf feststellen und die Reha-Leistungen finanzieren (Abschnitt 2.2). Und es gibt schließlich drittens die Reha-Dienstleister, die die Leistungen erbringen (Abschnitt 2.3). Zwischen diesen drei Akteursgruppen bestehen Schnittstellen, die das Reha-Geschehen mittragen.

2.1 Betroffene und ihre Bedarfe

Wenn wir von Betroffenen reden, dann sind die Personen gemeint, die aufgrund einer Erkrankung für einen bestimmten Zeitraum keiner Erwerbstätigkeit nachgehen können. Insgesamt zeigt sich, dass seit 2006 die Fälle mit einer bei der Gesetzlichen Krankenversicherung gemeldeten Arbeitsunfähigkeit (AU-Fälle) für Männer und Frauen angestiegen sind (vgl. Abb. 1). Dagegen ist die durchschnittliche Länge der Arbeitsunfähigkeitszeiten für Männer und Frauen zurückgegangen.

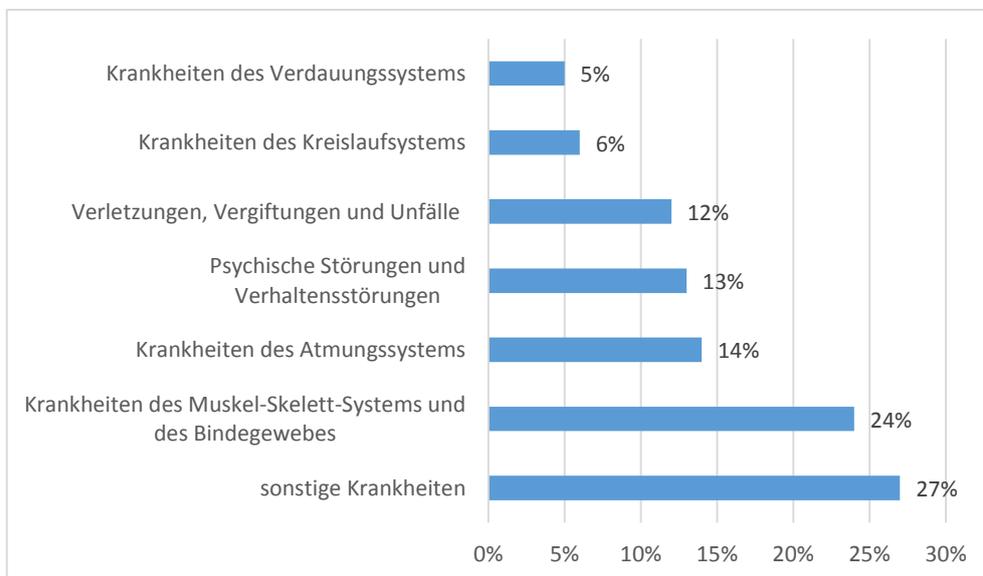
Zu den häufigsten Erkrankungen, die zu einer Unterbrechung der Beschäftigung führen, gehören Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, Erkrankungen des Atmungssystems sowie psychische Störungen und Verhaltensstörungen (vgl. Abb. 2). Die Diversität der vorliegenden Erkrankungen lässt u. a. auf Herausforderungen für das Reha-System schließen, um auf die jeweiligen Problemlagen und Erkrankungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eingehen zu können.

Abbildung 1: AU-Fälle und Krankheitstage pro Fall nach Geschlecht



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (04.06.2018c). Eigene Darstellung.

Abbildung 2: Verteilung der Arbeitsunfähigkeitstage nach Diagnosegruppen (2015), Angaben in Prozent



Quelle: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2018), S. 45. Eigene Darstellung

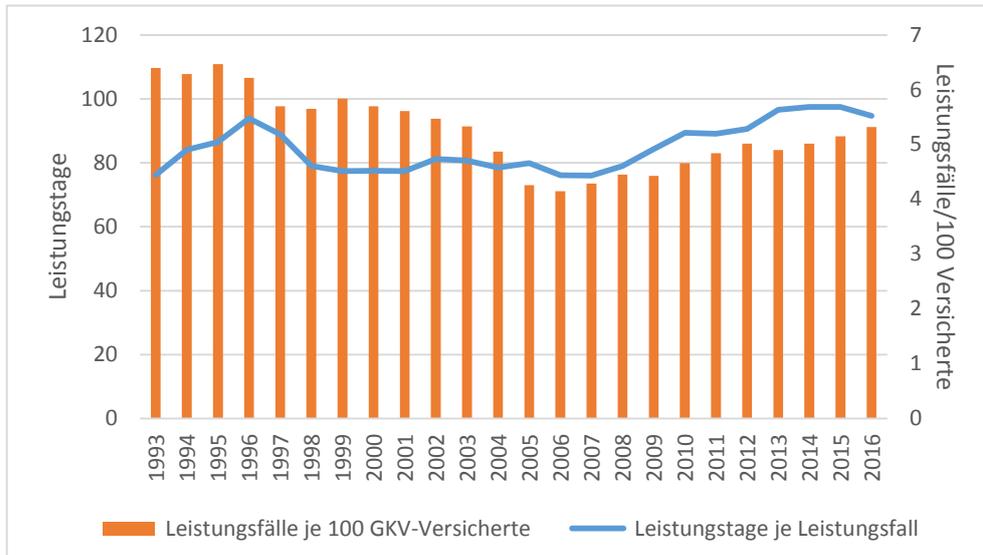
2.1.1 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Um die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden als Akteure in das Reha-Geschehen einordnen zu können, werden folgende Aspekte näher betrachtet: Lohnersatzleistungen bei krankheitsbedingter Erwerbsunterbrechung, der Zugang zu Reha-Maßnahmen und die Inanspruchnahme von Reha-Leistungen durch die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.

Lohnersatzleistungen

Gesundheitliche Einschränkungen können eine längere Zeit andauern. Möglicherweise kann die frühere Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden, oder es sind Anpassungen des Arbeitsplatzes oder Umschulungen der betroffenen Personen erforderlich. In der Zeit der Erwerbsunterbrechung können Einkommensverluste entstehen. Im Fall einer Re-Integration in Beschäftigung drohen ebenfalls (künftige) Einkommensverluste, etwa bei einem Wechsel in eine schlechter bezahlte Tätigkeit oder durch den Verlust von Zuschlägen für Überstunden oder Nachtarbeit. Um Einkommensverluste *während* einer krankheitsbedingten Erwerbsunterbrechung zu begrenzen, greifen gesetzliche Regelungen zum Lohnersatz (Infobox 3). Eine zentrale Leistung ist das Krankengeld. Aus der Abbildung 3 geht hervor, dass der Anteil der Leistungsfälle von GKV-Versicherten bis 2006 abgenommen hat. Ab 2007 steigt jedoch der Anteil wieder an und erreicht 2016 einen Wert von 5 Prozent. Ebenfalls angestiegen sind die Leistungstage des Krankengeldes. Seit 2012 sind es durchschnittlich mehr als 90 Tage, an denen Krankengeld gezahlt wurde. Nur 1996 lag dieser Wert ebenfalls über 90 Tagen. Neben dem Krankengeld gibt es das Übergangs- und Verletztengeld, um die Zeit während einer Reha-Maßnahme finanziell zu überbrücken (Infobox 4).

Abbildung 3: Leistungsfälle mit Krankengeldbezug für Mitglieder der GKV



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (04.06.2018a). Eigene Darstellung.

Der finanzielle Ausgleich macht jedoch nur einen kleinen Teil des Reha-Geschehens aus. Der Schwerpunkt von Reha-Maßnahmen liegt dagegen auf dem Ziel; die Betroffenen während einer längeren gesundheitsbedingten Erwerbsunterbrechung für eine Fortsetzung ihrer Erwerbstätigkeit zu befähigen.

Infobox 3: Finanzielle Absicherung bei einer gesundheitsbedingten Erwerbsunterbrechung

Bei *abhängig Beschäftigten* steht der Arbeitgeber in der Pflicht, das Entgelt während einer gesundheitsbedingten Erwerbsunterbrechung für sechs Wochen fortzuzahlen (§ 3 Entgeltfortzahlungsgesetz). Gleichzeitig haben Betriebe mit weniger als 30 Beschäftigten einen Erstattungsanspruch für das fortgezahlte Entgelt und die erbrachten Sozialversicherungsbeiträge bei der Krankenkasse.

Nach sechs Wochen zahlt die Krankenkasse ein Krankengeld, das 70 Prozent des letzten Regelentgelts ausmacht. Der Anspruch besteht ab dem ersten Tag, an dem eine Arbeitsunfähigkeit festgestellt wurde. Während der Entgeltfortzahlung ruht dieser Anspruch jedoch (§§ 46 und 49 SGB V). Die Bezugsdauer ist auf 78 Wochen innerhalb von drei Jahren begrenzt, wenn es sich um eine Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit handelt (§ 48 SGB V). Während des Krankengeldbezuges werden Beiträge für die Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung und Pflegeversicherung entrichtet. Bei fort-

bestehender Arbeitsunfähigkeit erfolgt eine rentenrechtliche Überprüfung der Erwerbsfähigkeit.

Kommt es zu einer gesundheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit während des *ALG-I-Bezugs*, dann zahlt zunächst die Agentur für Arbeit das Arbeitslosengeld weiter. Nach sechs Wochen erhalten die Betroffenen Personen dann Krankengeld in Höhe des ALG I (§ 47b SGB V).

Bezieherinnen und Bezieher des ALG II erhalten bei einem längeren Krankheitsfall kein Krankengeld. Stattdessen wird – solange keine dauerhafte Erwerbsunfähigkeit festgestellt wurde – das ALG II weitergezahlt.

Wird während der Durchführung rehabilitativer Maßnahmen kein eigenes Arbeitseinkommen erzielt, besteht ein Anspruch auf Übergangsgeld oder Verletztengeld. Entsprechend dem Risiko und der Leistungen sind die jeweiligen Leistungsträger zuständig.

Wege zur Antragstellung

Betroffene Personen können selbst aktiv werden und einen Reha-Antrag stellen. Zudem können die Krankenkassen und die Agentur für Arbeit Erkrankte zu einer Antragstellung auf Reha-Leistungen verpflichten und mit dem Ruhen der gezahlten Leistung (Krankengeld, Arbeitslosengeld) drohen.

Darüber hinaus sind es auch Hausärztinnen und -ärzte in der ambulanten Versorgung, die eine Reha-Antragstellung durch die Betroffenen anstoßen. Hausärztinnen und -ärzte berichten von ihren Problemen bei der Antragstellung, die sich aus einem hohen bürokratischen Aufwand, einem intransparenten Antrags- und Bewilligungsverfahren, einer mangelnden Kommunikation und Kooperation mit den Trägern, dem geringen Wissen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte selbst über den Reha-Bereich und die damit verbundene sozialmedizinische Voraussetzung ergeben (Mau 2010, S. 369).

Oft ist es sinnvoll, an die medizinische Versorgung eine Reha anzuschließen, die sog. Anschlussrehabilitation. Dementsprechend stoßen auch Krankenhausärztinnen und -ärzte häufig eine Reha an. Die Analyse von Mau (2010) zeigt, dass Reha-Fälle, die von den Krankenhäusern ausgingen, sich zwischen 1995 und 2008 verdoppelt haben. Ein Teil dieses Anstiegs wird auf die Einführung diagnosebezogener Fallpauschalen in der stationären Akutversorgung zurückgeführt. Denn die Fallpauschalen führten dazu, dass sich Liegezeiten von Patientinnen und Patienten weiter verkürzten. Heilungsprozesse wurden dadurch von den Krankenhäusern auf die Reha-Einrichtungen verschoben. Dadurch habe nicht nur die Anzahl medizinischer Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zugenommen. Es sei außerdem zu einer Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes bei der Aufnahme in die Reha-Einrichtung gekommen (ebd., S. 370).

Und schließlich haben neben den Betroffenen, Sozialleistungsträgern, Haus- und Krankenhausärztinnen und -ärzte auch die Betriebe Möglichkeiten, einen Reha-Bedarf frühzeitig zu erkennen und die Beschäftigten zu einer Reha-Antragstellung anzuregen. Welcher der Akteure in welchem Umfang Reha-Bedarfe erkennt und meldet, ist nicht bekannt. Nutzen die Betriebe die Möglichkeit, einen Reha-Bedarf zu melden, ist das im Sinne einer Früherkennung sicher positiv. Jedoch besteht das Risiko eines ungleichen Reha-Zugangs zwischen prekär Beschäftigten und Personen in stabilen Beschäftigungsverhältnissen innerhalb des Betriebes bzw. zwischen Beschäftigten unterschiedlicher Betriebe. Darüber hinaus wird der richtige Zeitpunkt für viele Interventionen oftmals verpasst, wenn etwa die Arbeitnehmenden, die Arbeitgeber oder die Ärztinnen bzw. Ärzte bestehende Probleme nicht richtig deuten oder nicht sehen wollen (Nürnberger 2013, S. 127 f.). Bei einem zu späten Reha-Beginn ist zu befürchten, dass u. U. eine Entwöhnung von der Erwerbsarbeit bereits einsetzt. Aber auch ein zu früher Reha-Beginn birgt das Risiko, dass die Heilungsmöglichkeiten noch nicht ausgeschöpft sind, und die Krankheit bricht u. U. wieder aus.

Hinsichtlich der Wege zur Antragstellung zeigt sich, dass an der Antragstellung sowohl Akteure der Sozialversicherungsträger, als auch Akteure des Gesundheitssystems sowie betriebliche Akteure gemeinsam mit den Betroffenen eine Rolle beim Zugang zur Reha spielen.

Unabhängig davon, wie es zum Antrag auf Reha-Leistungen kommt, entsteht ein Kontakt zwischen den Versicherten und den Reha-Trägern. Dieser Kontakt ist jedoch nicht immer unproblematisch. Es wird von den Versicherten bspw. beklagt, dass sie von den Trägern nur mangelnde Informationen über die Wartezeiten und über die Abläufe erhalten. Zudem seien einzelne Ansprechpartnerinnen und -partner schlecht zu erreichen und die Zuständigkeiten seien aus Sicht der Versicherten unklar, wie Deck et al. (2012, S. 20) am Beispiel der DRV gezeigt haben.

Inanspruchnahme von Reha-Leistungen

Werden Reha-Maßnahmen bewilligt, ist dies nicht gleichbedeutend mit einer Teilnahme an der vorgesehenen Maßnahme. So wurde für Personen, deren Reha-Antrag von der Arbeitsagentur bewilligt wurde, festgestellt, dass immerhin 29 Prozent an keiner Maßnahme im Rahmen der Wiedereingliederung (2009) teilnehmen (Dony et al. 2012, S. 216).² Hierfür werden verschiedene Gründe vermutet. Bspw. könne ein von den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden antizipierter Einkommensausfall oder Arbeitsplatzverlust aufgrund einer möglichen Unterbrechung wegen der Reha-Teilnahme ein Grund sein (Schubert et al. 2008, S. 247). Zwar kann Einkommensausfall durch das Übergangsgeld oder durch das Verletztengeld

2 Neben Maßnahmen der Wiedereingliederung bieten die Arbeitsagenturen Maßnahmen zur Ersteingliederung an.

abgedeckt werden (Infobox 4), aber möglicherweise reicht dies nicht aus, um die damit verbundenen Ängste gegenüber einer Reha abzubauen.

Infobox 4: Übergangs- und Verletztengeld

Das *Übergangsgeld* beträgt 68 Prozent für Versicherte ohne Kinder und 75 Prozent für Versicherte mit Kindern (bei bestehenden Kindergeldanspruch) des letzten Nettoarbeitsentgelts. Bei der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben darf das Übergangsgeld nicht unter einen bestimmten Mindestbetrag fallen, der sich am tariflichen oder ortsüblichen Entgelt bei Ausübung der Tätigkeit ohne gesundheitlichen Einschränkungen orientiert (§ 66 SGB IX). Das *Verletztengeld* wird im Versicherungsfall von der Gesetzlichen Unfallversicherung getragen. Es beträgt 80 Prozent des letzten Bruttoentgelts. Es darf jedoch das Nettoentgelt nicht übersteigen (§ 47 SGB VII).

Für die Hälfte der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der Arbeitsagentur beträgt die Wartezeit zwischen der Reha-Bewilligung und der Beginn der Leistung zwischen 110 und 130 Tagen (Dony et al. 2012, S. 96). In dieser langen Wartezeit können sich für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden z. T. andere Optionen ergeben oder die Betroffenen finden einen für ihre gesundheitliche Situation angemessenen Arbeitsplatz. Zudem wäre vor dem Hintergrund der langen Wartezeit vorstellbar, dass es in diesem Zeitraum zu einer signifikanten Verschlechterung der Gesundheit kommt und dadurch eine Reha-Maßnahme nicht mehr sinnvoll oder sogar unmöglich ist.

Die Wahrscheinlichkeit, an einer Reha-Maßnahme teilzunehmen, die von der BA bewilligt worden ist, hängt von der Art der Erkrankung bzw. der Behinderung der Betroffenen ab. So nehmen Personen mit Einschränkungen des Stütz- und Bewegungsapparates gegenüber Personen mit anderen Behinderungen eher an einer Maßnahme teil (Dony et al. 2012, S. 95). Für Rehabilitanden bzw. Reha-Antragstellende anderer Träger kann keine Literatur gefunden werden, die ähnliche Analysen für andere Reha-Träger beinhalten.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) oder medizinische Reha-Maßnahmen, die von Trägern der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) bewilligt worden sind, werden von 3 bzw. von 4 Prozent der Versicherten nicht angetreten. Als Gründe werden nach einer Auswertung der Deutschen Rentenversicherung familiäre Ursachen und eine Verschlechterung der Gesundheit genannt (Deutsche Rentenversicherung Bund 2018, S. 51). Demgegenüber durchlaufen 30 Prozent der Personen, deren Reha-Antrag von der Arbeitsagentur bewilligt wurde, keine Maßnahme. Inwiefern sich diese Differenz etwa durch die Struktur der Antragstellenden bei den Reha-Trägern oder durch die Art der bewilligten Leistungen ergeben, lässt die Forschung bisher offen.

Hinsichtlich der Inanspruchnahme bzw. der Nichtteilnahme an einer Reha-Maßnahme gehen unterschiedliche Faktoren hervor, die einer Aufnahme bewilligter Maßnahmen behindern. Sie liegen zum einen in den Betroffenen selbst bzw. in den zugrunde liegenden Erkrankungen. Zum anderen sind sie aber auch systembedingt, etwa durch lange Wartezeiten.

2.1.2 Beziehende einer Erwerbsminderungsrente

Eine weitere Folge einer schwerwiegenden und lang andauernden gesundheitlichen Einschränkung kann – neben einer Reha – der Bezug einer Erwerbsminderungsrente sein. Sie kommt dann in Frage, wenn durch eine Reha die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich nicht wiederhergestellt wird und die entsprechenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen gegeben sind. In solchen Fällen kann der Reha-Antrag in einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente umgewidmet werden, über den die Rentenversicherung entscheidet. Seit 2010 ist ein Rückgang bei den Zugängen zur Erwerbsminderungsrente zu verzeichnen (vgl. Abb. 4). Von 2014 zu 2015 nimmt die Anzahl der Zugänge jedoch wieder leicht zu. Auffallend ist, dass schon seit Jahren die überwiegende Anzahl der Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner eine psychische Erkrankung als erste Diagnose aufweisen. Weniger stark verbreitet sind Renten wegen Neubildungen, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie Erkrankungen des Kreislaufsystems und Nervensystems.

In einer Untersuchung zur Situation von Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentnern in Deutschland wurde der Frage nachgegangen, ob die Bezieherinnen und Bezieher in einem Zeitraum von drei und fünf Jahren vor dem Rentenbeginn eine Reha-Leistung der Gesetzlichen Rentenversicherung erhalten haben. Es stellt sich heraus, dass 54 bzw. 60 Prozent der Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner eine Reha-Maßnahme erhalten haben. Dabei überwiegt die medizinische Reha. Die berufliche Reha macht nur einen kleinen Teil aus (5 bzw. 6 Prozent) (Märting/Zollmann/Buschmann-Steinhage 2014, S. 49).

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Mittag, Reese und Meffert (2014). Sie vermuten hinter den Erwerbsminderungsfällen, denen keine Reha vorangestellt worden ist, dass hier Krankheiten zugrunde liegen, deren Schwere und voraussichtliche Dauer eine Reha nicht als aussichtsreich erscheinen ließen (Mittag/Reese/Meffert 2014, S. 154). Sie zeigen darüber hinaus, dass dieser Anteil seit den 1990er Jahren recht konstant ist, was aus ihrer Sicht jedoch „verwundert, denn seitdem hat es eine ganze Reihe von Veränderungen gegeben, die Einfluss auf das Berentungsgeschehen bei Erwerbsminderung haben sollten (Reform der Erwerbsminderungsrenten, Einführung des SGB IX, schrittweise Erhöhung des gesetzlichen Ren-

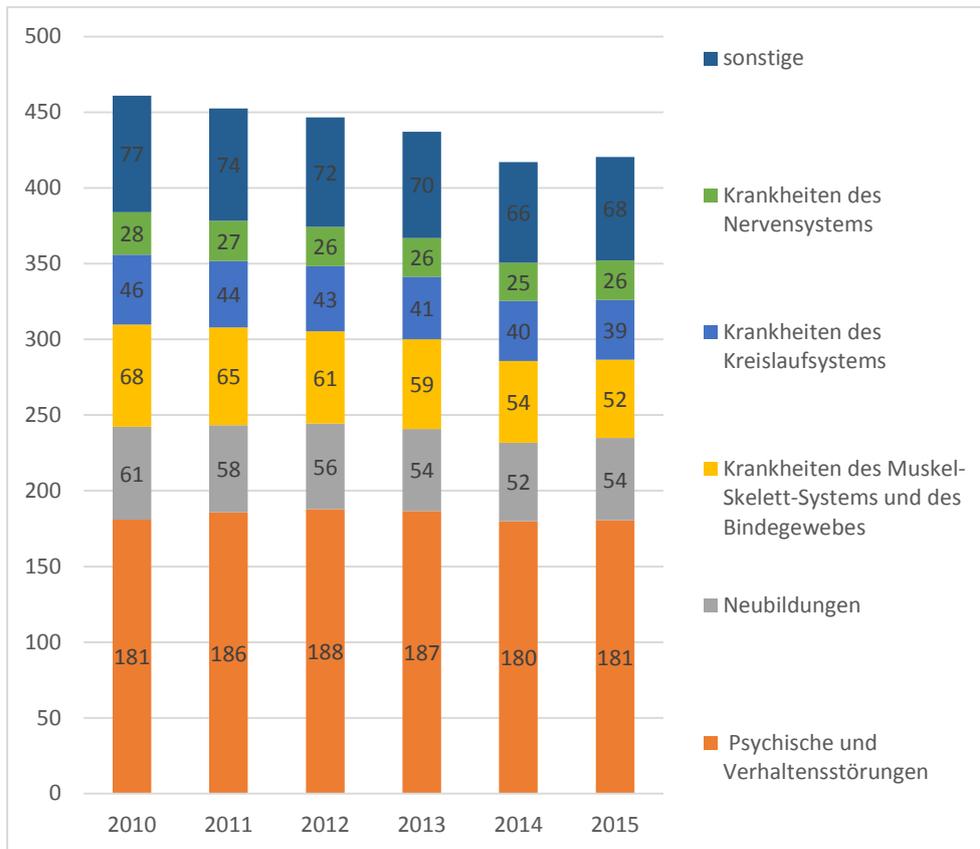
tenalters, Stärkung der medizinisch-beruflichen Rehabilitation und der Prävention).“ (ebd., S. 154)

Die Beziehenden einer Erwerbsminderungsrente, die im Vorfeld keine medizinische Reha durchlaufen haben, haben zum Großteil (79 Prozent) keinen Reha-Antrag bei der Rentenversicherung gestellt. Auffällig ist zum einen, dass ein Teil der Befragten Angst um den Erhalt des Arbeitsplatzes hat. Dies kann als ein Hinweis gewertet werden, dass eben auch die Betriebe daran mitwirken können und sollten, die Beschäftigten mit entsprechenden Bedarfen auch bei der Antragstellung bzw. der Durchführung einer Reha zu unterstützen, um den Bezug einer Erwerbsminderungsrente zu vermeiden (Märtin/Zollmann/Buschmann-Steinhage 2014, S. 61 ff.). Es ist aber auch zu vermuten, dass die Betroffenen einen Reha-Antrag bei einem anderen Leistungsträger gestellt haben und dieser dann an die Rentenversicherung weitergeleitet worden ist. Dazu lassen sich aber keine Untersuchungen finden.

Darüber hinaus sind 30 Prozent der Erwerbsminderungsrentenbeziehenden, die keine Reha erhalten haben, die Reha-Möglichkeiten nicht bekannt gewesen. Auch hier sind Lücken zu vermuten, die durch Informationen auf betrieblicher und außerbetrieblicher Ebene gefüllt werden können. Bei 17 Prozent wurde der Antrag vonseiten der Rentenversicherungsträger abgelehnt. Wesentliche Gründe dafür werden anhand der Erledigungsart des Rentenversicherungsträgers identifiziert: Die mit einer medizinischen Reha verbundenen Leistungen wurden entweder als nicht notwendig oder als nicht erfolgversprechend festgelegt. Es erfolgten aber auch eine Umdeutung des Antrags auf Reha-Leistungen in einen Rentenantrag oder die Weiterleitung an einen anderen Sozialversicherungsträger. 4 Prozent der Erwerbsminderungsrentenbeziehenden haben die Reha nicht angetreten (ebd., S. 61 ff.).

Hinsichtlich der Frage nach der Fragmentierung des Reha-Systems wird mit Blick auf die betroffenen Personen und ihre Bedarfe deutlich, dass weniger die Möglichkeit problematisch ist, Leistungen unterschiedlicher Träger zu erhalten. Dagegen erscheinen aber der jeweilige Zugang und der Kontakt zu den Reha-Trägern mit Schwierigkeiten behaftet, die sich insbesondere aus einem mangelnden Informationsfluss ergeben. Der Weg in die Erwerbsminderungsrente spielt ebenfalls eine Rolle, wenn die Personen nicht (mehr) erwerbsfähig sind bzw. die Erwerbsfähigkeit nicht wieder hergestellt werden kann. Dabei ist zu bedenken, dass mit der Erwerbsminderungsrente sich auch das Risiko der Einkommensarmut steigt.

Abbildung 4: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit je 100.000 aktiv Versicherten nach Diagnose



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (04.06.2018b). Eigene Darstellung.

2.2 Träger beruflicher und medizinischer Reha

Die Reha-Träger sind eine weitere wesentliche Akteursgruppe, deren Aktivitäten zum Gelingen des Reha-Geschehen beitragen oder es behindern kann. Als Träger von Reha-Leistungen werden die Gesetzliche Rentenversicherung (GRV), die Bundesagentur für Arbeit (BA), die Gesetzliche Unfallversicherung (GUV) und die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) näher betrachtet.³

³ Weitere Reha-Träger sind die Träger der Alterssicherung der Landwirte, der Kriegsopferversorgung, der Kriegsopferversorgung, der Öffentlichen Jugendhilfe und der Eingliederungshilfe. Sie werden im Folgenden nicht näher betrachtet. Die soziale Reha und Leistungen zur Teilhabe an Bildung sind ebenfalls nicht Teil des Forschungsmonitors.

Zuständigkeiten der Reha-Träger

Die Reha-Träger sind nicht nur für unterschiedliche Leistungen zuständig, sondern auch für unterschiedliche Personengruppen durch spezifische Anspruchsvoraussetzungen (Infobox 5, Tabelle 1). Durch diese Fragmentierung entstehenden Schnittstellen bei der Weiterleitung von Reha-(Teil-)Anträgen und bei der Zusammenarbeit mehrerer Träger.

Infobox 5: Zuständigkeiten der Reha-Träger

GKV: Die GKV zielt auf die Vermeidung, Beseitigung, Verminderung sowie auf eine Verhütung von Behinderung und Pflegebedürftigkeit insbesondere bei Nichterwerbstätigen oder nicht mehr Erwerbstätigen.

GRV: Die GRV verfolgt die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die Vermeidung einer Frühberentung. In der GRV bestehen versicherungsrechtliche Voraussetzungen: für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben muss eine Wartezeit von 15 Jahren oder der Bezug einer Erwerbsminderungsrente vorliegen. Um medizinische Reha-Leistungen erhalten zu können, müssen die Antragstellenden in den letzten zwei Jahren mindestens sechs Monate Pflichtbeiträge gezahlt haben.

GUV: Ähnlich wie die GKV und GRV steht bei der GUV die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit im Vordergrund. Leistungsvoraussetzungen sind hier funktionelle Einschränkungen als Folge eines Arbeits- oder Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit.

BA und zugelassene Sozialleistungsträger: Der Zuständigkeitsbereich konzentriert sich auf die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die BA ist dann Träger von Reha-Leistungen, wenn kein anderer Träger zuständig ist (Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 292).

Für Beamte sind die Privaten Krankenkassen, sofern es in ihrem Leistungskatalog steht, oder die Beihilfe als Reha-Träger zuständig.

Tabelle 1: Reha-Träger mit Erwerbsbezug und ihre Leistungen nach dem SGB

Träger	Medizinische Reha	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Leistungen zur Teilhabe an der Gemeinschaft	Unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen
GKV	§§ 40–42 SGB V	–	–	§ 43, §§ 44–51 SGB V
BA	–	§ 97 ff. SGB II	–	§§ 160–162 SGB II
GUV	§§ 27, 33, 34 SGB VII	§ 35 SGB VII	§ 39–42 SGB VII	§ 39–43, 45–52 SGB VII
GRV	§ 15 SGB VI	§ 16 SGB VI	–	§§ 20–28 SGB VI

Quelle: Wolf-Kühn/Morfeld 2016, S. 89. Eigene Darstellung

Träger der gesetzlichen Rentenversicherung

In der *Rentenversicherung* haben 2016 über 1,6 Millionen Personen eine medizinische Reha und über 300.000 Personen eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA, berufliche Reha) beantragt. Seit 1991 lässt sich insgesamt ein Anstieg in der Antragstellung beobachten. Vergleicht man zudem den Umfang der Anträge auf berufliche und medizinische Reha in der GRV miteinander, dann wird deutlich, dass die Anträge auf eine LTA wesentlich stärker angestiegen sind (vgl. Abb. 5). Zu vermuten ist, dass die LTA im Vergleich zur medizinischen Reha finanziell günstiger ist, aber auch dass die Bekanntheit der Leistungen gestiegen ist.

Ein starker Einbruch der Antragstellung ist für 1997 zu verzeichnen. Als Grund wird die Verabschiedung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes vermutet (Deutsche Rentenversicherung Bund 2016, S. 22). Mit diesem Gesetz wurde u. a. das Ziel verfolgt, die kritische Finanzlage der GRV zu lösen, indem die Ausgaben für die Reha reduziert wurden. In diesem Zusammenhang wurde die Regeldauer der Reha von vier auf drei Wochen reduziert und die Zuzahlungen der Rehabilitanden deutlich erhöht (ebd., S. 22 ff.). Inwiefern in diesem Zeitraum bei anderen Trägern die Anträge auf eine Reha zugenommen haben, kann nicht gezeigt werden bzw. es konnten keine entsprechenden Daten der BA, GKV und GUV gefunden werden.

Die Bewilligungsquote der Anträge in der GRV liegt 2016 für beide Leistungen bei 68 Prozent. Im Vergleich zu 1991 ist die Quote für die medizinische Reha jedoch gesunken (1991: 78 Prozent). Demgegenüber stieg die Bewilligungsquote für die LTA erheblich an (1991: 40 Prozent).

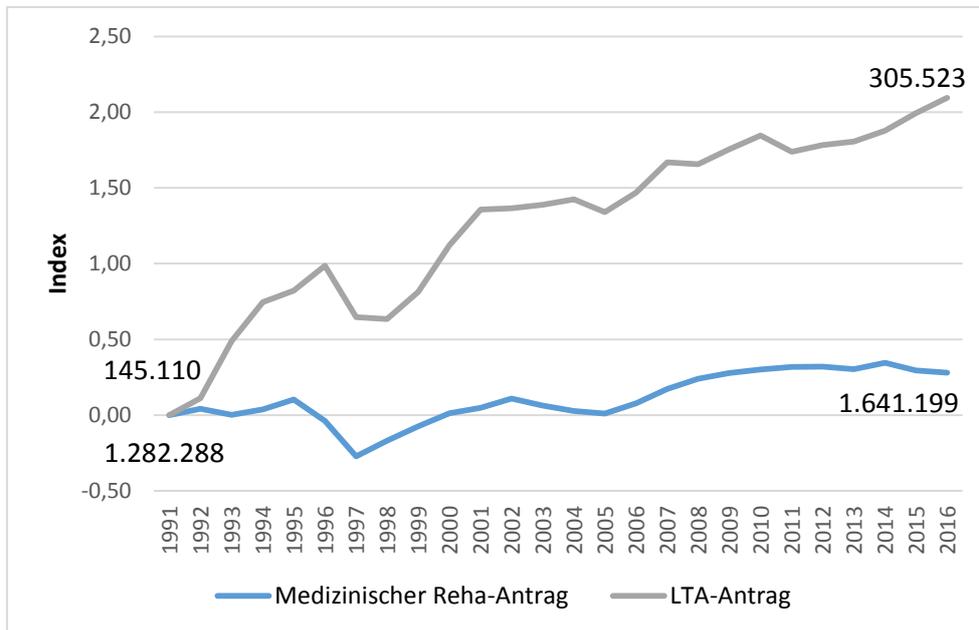
Persönlichen Kontakt haben die Antragstellenden nur selten zu den Fallbearbeiterinnen und -bearbeitern in der GRV. Die Entscheidungen über eine Bewilligung oder Ablehnung des Reha-Antrags erfolgt auf Aktengrundlage. Ist eine Begutachtung aus Sicht der GRV notwendig, werden die Antragstellenden vom sozialmedizinischen Dienst zur medizinischen Begutachtung eingeladen. Ferner werden Befundberichte der Haus-/Betriebsärztinnen und -ärzte und Entlassungsberichte der Reha-Einrichtungen der medizinischen Begutachtung zugrunde gelegt. Aus Sicht der Träger ist die Koordination mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten jedoch schwierig. Folgende Gründe dafür werden von den Reha-Trägern genannt:

- mangelnde Kompetenzen beim Erkennen von Reha-Bedarfen
- mangelndes Wissen über Reha-Indikationen
- Anträge auf psychosomatische Reha ohne Einbindung in ambulante Psychotherapie
- Fehlzuzuweisung durch falsche ICD 10 – „F“-Erstdiagnosen⁴ (Deck et al. 2012, S. 37).

Die problematische Koordinierung zwischen den Bereichen der ambulanten Versorgung und der Versicherungsträger durch die mangelnden Kenntnisse zum Reha-Geschehen bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten schlägt sich dann auch in der medizinischen Begutachtung nieder. Insbesondere dann, wenn die Befundung auf der Aktengrundlage von behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie auf denen der Therapeutinnen und Therapeuten basiert, die nur unzureichende Kenntnisse haben (Schubert et al. 2013, S. 69).

4 Hierbei handelt es sich um psychische Störungen und Verhaltensstörungen.

Abbildung 5: Anträge auf Leistungen zur Reha in der GRV, Index



Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund 2017, S. 216. Eigene Darstellung.

Agentur für Arbeit und Jobcenter

Die Bundesagentur für Arbeit fordert regelmäßig jene Personen zu einer Reha-Antragstellung bei der Rentenversicherung auf, die Arbeitslosengeld nur deshalb erhalten, weil ihr Anspruch auf Krankengeld ausgelaufen ist, ohne dass deren Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt wäre und die aufgrund einer ersten Einschätzung des Ärztlichen Dienstes der BA leistungsgemindert sind. Um eine dann drohende Sicherungslücke zu vermeiden, können sie vorläufig Arbeitslosengeld beziehen (§ 145 SGB III). Im Jahr 2016 bezogen ca. 30.000 Personen pro Monat Arbeitslosengeld nach § 145 SGB III.

Für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die von der BA eine LTA bewilligt bekommen haben, lässt sich ein tendenzieller Rückgang von 2009 bis 2016 verzeichnen, der seinen Tiefpunkt 2013 erreichte (Tabelle 2). Dieser Rückgang zeigt sich insbesondere bei SGB II-Leistungsbeziehenden, während es im Bereich des SGB III zu einer Zunahme – auch bei den Leistungen zur Wiedereingliederung – gekommen ist.

Tabelle 2: Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Zeitverlauf in der BA

	Insgesamt	davon Wieder-eingliederung	SGB III Insgesamt	davon Wieder-eingliederung	SGB II Insgesamt	davon Wieder-eingliederung
2009	73.163	23.106	49.045	14.766	24.118	8.340
2010	67.698	22.015	45.355	14.027	22.343	7.988
2011	66.711	22.182	45.695	14.590	21.016	7.592
2012	65.861	22.744	46.310	15.445	19.551	7.299
2013	64.493	23.154	45.694	16.005	18.799	7.149
2014	66.468	25.014	47.186	17.264	19.282	7.750
2015	68.530	26.601	49.468	18.771	19.062	7.830
2016	68.204	27.179	50.218	19.872	17.986	7.307

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit 2018

Die *Jobcenter* sind keine Reha-Träger wie die BA. Sie spielen aber eine Rolle beim Erkennen von Reha-Bedarfen der ALG II-Beziehenden. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Arbeitslosigkeit eine Folge der Erkrankung sein kann. Es gilt aber auch die Annahme, dass sich durch die Arbeitslosigkeit Erkrankungen ergeben (Infobox 6). Darüber hinaus können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihre Klientinnen und Klienten zur Antragstellung auffordern. Zudem haben die Jobcenter und Sozialhilfeträger ein eigenes Antragsrecht, d. h. sie können einen Antrag auf Reha-Leistungen und Erwerbsminderungsrente selbst stellen. Die Jobcenter besitzen außerdem die Möglichkeit, die Leistungsbeziehenden über einzelne gesundheitssensible Maßnahmen in die Erwerbstätigkeit zu bringen. Da die Jobcenter keine Reha-Träger sind, ist die Zusammenarbeit mit der BA und ihren Fachdiensten bzw. den kommunalen Diensten für die Bewilligung von LTA wichtig (Oschmiansky et al. 2017, S. 140). Wird die Reha von der BA bewilligt, liegt es bei den SGB II-Trägern, die Leistungserbringung sicherzustellen und die Integration in die Beschäftigung zu unterstützen.

Infobox 6: Zusammenhang Gesundheit und Arbeitslosigkeit

Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Gesundheit und Arbeitslosigkeit werden die Selektionshypothese und Kausalitätshypothese unterschieden. Laut der Selektionshypothese kann Krankheit zu Arbeitslosigkeit führen, da Personen mit gesundheitlichen Problemen eher entlassen werden und ihnen durch die Erkrankung der Wiedereinstieg ins Berufsleben erschwert wird. Demgegenüber geht die Kausalitätshypothese von der Arbeitslosigkeit als Ursache für Erkranken-

kungen aus (Herbig/Dragano/Angerer 2013, S. 414; Pech/Freude 2010, S. 2 f.).

Das Risiko bspw. an einer Depression oder psychotischen Störung zu erkranken ist doppelt so hoch, wie das von Erwerbstätigen (Herbig/Dragano/Angerer 2013, S. 415 f.). Auch die Dauer der Arbeitslosigkeit spielt eine Rolle. Für Langzeitarbeitslose konnten Anpassungsprozesse identifiziert werden. Sie leiden weniger unter psychischen Erkrankungen als Personen, die über einen kürzeren Zeitraum erwerbslos sind (Mohr/Holleder 2015, S. 237). Gleichzeitig zeigen aber andere Untersuchungen, dass nach sehr langer Erwerbslosigkeit eine erneute Verschlechterung der Gesundheit zu sehen ist. Zudem lassen sich Hinweise darauf finden, dass mit anhaltender Erwerbslosigkeit Chronifizierungen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen einhergehen können (ebd., S. 237).

Es kann davon ausgegangen werden, dass beide Hypothesen zutreffen und sich die Mechanismen der Selektion und Kausalität gegenseitig verstärken (Herbig/Dragano/Angerer 2013, S. 414). Eine chronisch kranke Person hat ein höheres Risiko, ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Die Arbeitslosigkeit wiederum verschlimmert die Krankheit und kann die Chancen auf den beruflichen Wiedereinstieg verschlechtern (ebd., S. 414).

Die Zusammenarbeit bzw. der Kontakt zu den Betroffenen umfasst einen wesentlichen Teil der Arbeit bei den SGB II-Trägern, die im Zusammenhang mit der Reha steht. Im Rahmen dieser Tätigkeit würden die Fach- und Führungskräfte in den SGB II-Trägern es als besonders herausfordernd empfinden, bei den Anspruchsberechtigten eine psychische Erkrankung zu erkennen, um darauf aufbauend weitere Maßnahmen einzuleiten. Als noch schwieriger wird der Umgang mit Fällen eingeschätzt, bei denen die Fachkräfte zwar eine psychische Erkrankung sehen, die Leistungsberechtigten selbst jedoch nicht (Oschmiansky et al. 2017, S. 104).

Um psychische Erkrankungen zu erkennen, werden von den Fachkräften unterschiedliche Verfahren genutzt. Ein Teil der Fachkräfte verlässt sich dabei auf eher diffuse Ahnungen. Andere Fallbearbeiterinnen und -bearbeiter bedienen sich dagegen unterschiedlicher Instrumente, z. B. die Gesundheitsfragen im Profiling, eine Beratung durch Dritte oder durch eine Abklärung der Fachdienste der BA bzw. der Gesundheitsämter (ebd., S. 104).

Gegenüber den Jobcentern ist der Zugang zur Reha innerhalb der BA strukturierter. Zentrale Akteure in der Bearbeitung von Anträgen auf LTA der BA sind die Reha/SB-Teams, der Ärztliche und Psychologische Dienst und der Berufspsychologische Beratungsdienst (Dony et al. 2012, S. 56). Das Reha/SB-Team wird aktiv, wenn die Betroffenen von der Eingangszentrale/Servicecenter (EZ/SC) und dem Team Arbeitsvermittlung/U25

(AV/U25) entsprechend bis zum Reha/SB-Team weitergeleitet worden sind. Dort wird dann geprüft, ob ein Reha-Bedarf vorliegt und ob die BA dafür zuständig ist.

Von den Jobcentern werden der Ärztliche Dienst oder die Gesundheitsämter dann eingeschaltet, wenn es darum geht, die Erwerbsfähigkeit und den Reha-Bedarf bei Leistungsberechtigten zu prüfen (Oschmiansky et al. 2017, S. 108). Die medizinischen Gutachten werden von den Fachkräften in ihrer Qualität jedoch sehr unterschiedlich eingeschätzt. Teilweise werden die Einschätzungen als hilfreich für den weiteren Betreuungsprozess angesehen. Zum Teil wird aber auch bemängelt, dass die Gutachten zu allgemein seien, um sie für die Fallbearbeitung zu nutzen. Die Fallbearbeiterinnen und -bearbeiter bräuchten Informationen z. B. über die Rahmenbedingungen, unter denen etwa die psychisch Erkrankten arbeiten können (ebd., S. 112).

Die Leistungsvoraussetzungen für die Rehabilitandengruppen unterscheiden sich zwischen den Reha-Trägern. Da z. B. für die LTA bei der GRV eine Wartezeit von 15 Jahren Voraussetzung ist, fällt der Altersdurchschnitt der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der GRV höher aus als in der BA (Dony et al. 2012, 15 ff.). Dies könnte sich positiv auf das Leistungsangebot auswirken, wenn die Träger sich spezialisieren und die Passgenauigkeit zwischen den Bedarfen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden verbessert wird. „Im Grundsatz sorgt das gegliederte Sozialleistungssystem auch dafür, dass die Leistungsträger ein hohes Eigeninteresse an Rehabilitation und Wiedereingliederung haben, um weitere, möglicherweise jahrelang zu finanzierende Sozialleistungen zu verhindern.“ (Nürnberg 2013, S. 127)

Innerhalb der Organisation können sich Zielkonflikte aus einer unterschiedlichen Bestimmung von „Arbeitsunfähigkeit“ nach SGB IX und SGB II ergeben. Im Hinblick auf Reha-Leistungen gelten Arbeitnehmende als arbeitsunfähig, wenn sie ihre „zuletzt [...] ausgeübte berufliche Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen können.“ (§ 2 Abs. 1 Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie) Dagegen gelten Personen im SGB II-Bezug als arbeitsunfähig, wenn sie krankheitsbedingt nicht länger als drei Stunden am Tag arbeiten oder an einer Eingliederungsmaßnahme teilnehmen können (§ 1 Abs. 3a Arbeitsunfähigkeitsrichtlinie). Dadurch steht bspw. bei Langzeitarbeitslosen die „Handlungsmaxime der schnellen (Re-)Integration (SGB II) in ihrer praktischen Umsetzung nicht selten einer dauerhaften Eingliederung (SGB IX)“ entgegen (Schubert et al. 2008, S. 247).

Damit stellt sich die soziale Sicherung bei Krankheit und Reha für ALG II-Beziehende schlechter dar als für Beschäftigte oder Arbeitslose außerhalb des SGB II-Bezugs. Denn im SGB II spielt der erlernte Beruf, die frühere Tätigkeit oder die gewünschte Arbeit keine Rolle, da jegliche Tätigkeiten als zumutbar gelten. Theoretisch besteht daher das Risiko, dass

ALG II-Beziehenden eine Reha verweigert wird, weil die frühere oder angestrebte Tätigkeit irrelevant ist, eine Erwerbsminderung aber auch nicht anerkannt wird, weil irgendeine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt theoretisch möglich ist. Offen ist, ob diese theoretische Sicherungslücke praktisch eine Rolle spielt (siehe hierzu Aurich-Beerheide/Brussig/Schwarzkopf 2018).

Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die Krankenversicherungen haben die Möglichkeit, ihre Versicherten dazu aufzufordern, einen Reha-Antrag zu stellen. Machen die Versicherten dies nicht, kann die Zahlung des Krankengeldes eingestellt werden (§ 51 SGB V).

Darüber hinaus untersuchen viele Krankenkassen bereits vor dem Beginn der Krankengeldzahlungen, also während der ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit, ob eine gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit vorliegt und wie diese überwunden werden kann (Aurich-Beerheide/Brussig/Schwarzkopf 2018, S. 137). Für die Fallsteuerung auffälliger Versicherter – Versicherte, die überdurchschnittlich häufige und längere Arbeitsunfähigkeitszeiten aufweisen – wird der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) eingeschaltet. Im Rahmen einer „Sozialmedizinischen Fallberatung“ des MDK mit den Krankenkassen werden Ausmaß und voraussichtliche Dauer der Leistungsminderung diskutiert. Bei offenen Fragen erfolgt eine Begutachtung nach Aktenlage oder eine persönliche Begutachtung der Arbeitsfähigkeit der oder des Versicherten durch den MDK. Ist von einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit auszugehen, die nicht durch den Einsatz von Reha-Maßnahmen wiederhergestellt werden kann, können die Krankenkassen die Versicherten dazu auffordern, einen Antrag bei der Rentenversicherung zu stellen (ebd.).

Träger der gesetzlichen Unfallversicherung

Zur Aufgabe der GUV gehört es, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten zu verhüten und bei deren Eintreten die Leistungsfähigkeit wiederherzustellen oder die Betroffenen zu entschädigen (§ 1 SGB VII). Die GUV verfügen über sog. Lotsen, um Betroffene durch die Vielzahl von Leistungserbringern zu leiten. Diese Lotsenfunktion übernehmen Durchgangsärztinnen und -ärzte, die als solche vertraglich mit den gewerblichen Berufsgenossenschaften zusammenarbeiten (Mehrhoft 2000, S. 232). „Die D-Ärzte [Durchgangsärztinnen und -ärzte, Anm. der Autoren] werden nicht als verlängerte Arme der Unfallversicherungsträger tätig, sondern sind vielmehr für die genannten Ziele selbst verantwortlich, wovon die Unfallverletzten und die Unfallversicherung gemeinsam profitieren, weil dauerhafte Unfallfolgen und damit frühe Invaliditäten vielfach vermieden werden.“ (ebd., S. 233)

Bei den Trägern der Unfallversicherung gibt es ferner sog. Berufshelferinnen und -helfer. Sie nehmen bereits während der Akutversorgung Kontakt zu den Versicherten auf, insbesondere zu jenen mit schweren Verlet-

zungen. Sie helfen bei der Einleitung weiterer Maßnahmen, z. B. zur Wiedereingliederung in die Beschäftigung, aber auch, sofern dies notwendig ist, beim Umbau einer Wohnung (ebd., S. 234).

Um jedoch Leistungen aufgrund einer Berufskrankheit zu erhalten, müssen die Betroffenen durch ein „engmaschiges Netz von Anforderungen, Bedingungen und Überprüfungen, in dem sich die meisten Antragsteller verfangen und nicht weiterkommen.“ (Reusch 2013, S. 12) Zu dem Verfahren gehören viele Stationen, die durchlaufen werden müssen (Infobox 7). Die Anerkennungsquote von Berufskrankheiten fällt sehr gering aus, lediglich ein Fünftel der Berufskrankheitenanzeigen führt zu einer Anerkennung (Bolm-Audorff 2013, S. 18).

Im Hinblick auf die Kooperation und Koordination der betroffenen Akteure und der Leistungserbringungen scheinen die Träger der Unfallversicherung ein strukturiertes Vorgehen im Reha-Geschehen ihrer Versicherten aufzuweisen. Inwiefern dies tatsächlich zutrifft und einen Einfluss auf den Reha-Erfolg hat, kann anhand der vorliegenden Forschungsliteratur nicht geklärt werden.

Infobox 7: Wichtige Stationen eines Berufskrankheitenverfahrens

1. Ärztinnen und Ärzte sowie Arbeitgeber sind verpflichtet, bei der Möglichkeit einer Berufskrankheit eine Anzeige bei der Berufsgenossenschaft zu stellen (Betroffene und Angehörige können diese Anzeige selbst stellen).
2. Durch die Verdachtsmeldung wird das Anerkennungsverfahren ausgelöst. Die Berufsgenossenschaft prüft, ob eine Berufskrankheit vorliegt und ob sie zu Leistungen verpflichtet ist.
3. Der technische Aufsichtsdienst der Berufsgenossenschaft prüft zunächst, ob die versicherte Tätigkeit mit der entsprechenden schädigenden Einwirkung zusammenhing.
4. Kann ein Zusammenhang zwischen der Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung bestätigt werden, wird geprüft, ob ein Zusammenhang zwischen der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung besteht.
5. Von der Berufsgenossenschaft wird dies in einem sogenannten medizinischen Zusammenhangsgutachten geklärt. Den Betroffenen werden von der Berufsgenossenschaft drei Gutachter zur Auswahl vorgeschlagen. Die Betroffenen können auch selbst einen Gutachter vorschlagen, der aber von der Berufsgenossenschaft abgelehnt werden kann. Der Gutachter hält sich in der Regel an die in der Akte zusammengetragenen Daten.
6. In der Berufsgenossenschaft entscheidet der Rentenausschuss nach Aktenlage, ob eine Berufskrankheit vorliegt oder nicht.

7. Bei einer Ablehnung können die Versicherten einen Widerspruch einlegen. Bleibt auch dieser erfolglos, kann eine Klage beim Sozialgericht erfolgen (Reusch 2013, S. 14).

Insgesamt zeigt sich, dass die Träger nicht nur für unterschiedliche Leistungen und Personengruppen zuständig sind. Die einzelnen Reha-Träger haben auch unterschiedliche Verfahren, um Reha-Bedarfe zu erkennen und die Antragstellung einzuleiten. Es ist davon auszugehen, dass durch das Bundesteilhabegesetz mit dem Anspruch, verschiedene Leistungen miteinander abzustimmen, die trägerübergreifende Koordination und Kooperation ausgeweitet wird. Dadurch könnten die Spezialisierungen auf unterschiedliche Leistungsgruppen der Reha-Träger weiterhin die spezifischen Bedarfe der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bedienen. Zugleich können aber auch unterschiedliche Bedarfe aufeinander abgestimmt werden.

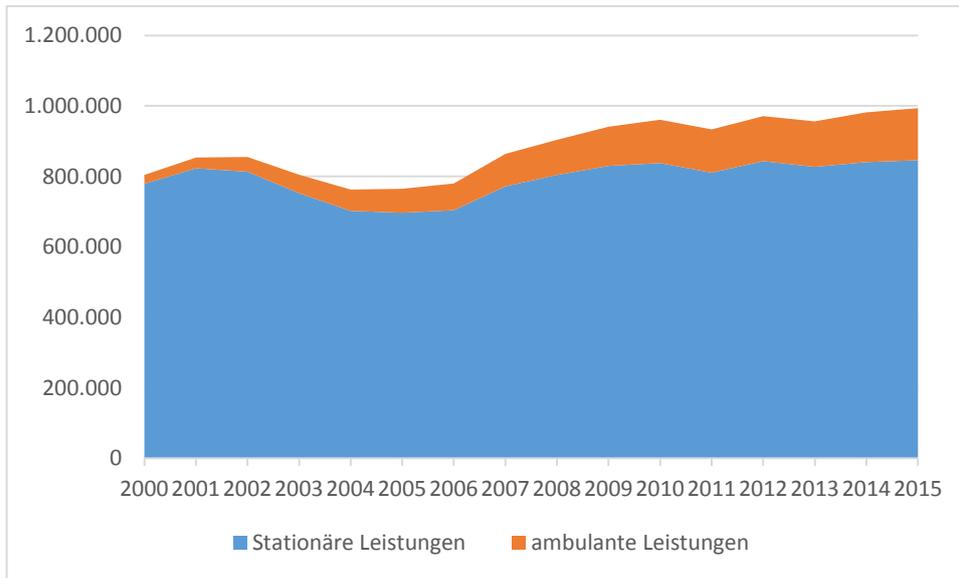
2.3 Leistungen und Leistungserbringer

Die Reha-Leistungen können ambulant oder stationär in Reha-Kliniken erbracht werden. Im internationalen Vergleich ist die stationäre Reha in wohnortfernen Reha-Kliniken eine deutsche Besonderheit (Mittag/Welti 2017). Darüber hinaus können Kosten für Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen als Reha-Leistungen beantragt werden. Zudem ist ein Lohnkostenzuschuss für Arbeitgeber möglich. Dieser soll eingesetzt werden, um eine möglichst dauerhafte Einstellung nach einer Arbeitslosigkeitsphase zu unterstützen oder wenn Mitarbeitende innerhalb des Unternehmens auf einen den gesundheitlichen Bedingungen angemessenen Arbeitsplatz umgesetzt werden müssen. Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erhalten entweder die Leistungen zugewiesen, oder sie können – im Rahmen eines sog. „persönlichen Budgets“ – selbst einen Leistungserbringer wählen.

Überblick über die Reha-Leistungen

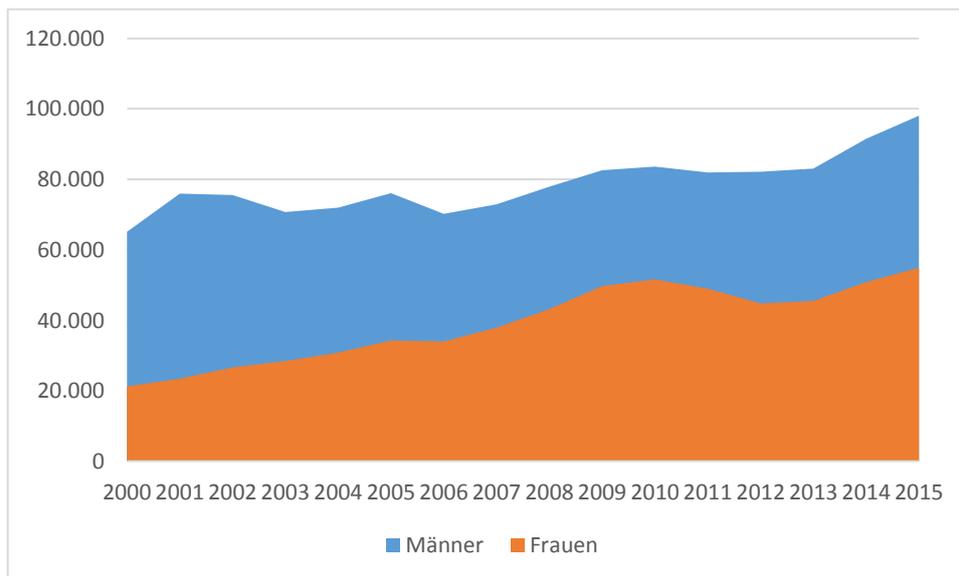
In den Abbildungen 6 und 7 werden die abgeschlossenen Leistungen zur medizinischen und beruflichen Reha im Zeitverlauf abgebildet. Bei der medizinischen Reha ist insgesamt eine Zunahme zu beobachten, die insbesondere auf den Zuwachs an ambulanten Leistungen zurückgeht. Die Anzahl der abgeschlossenen beruflichen Reha-Leistungen ist ebenfalls gestiegen. Hier sind insbesondere weibliche Rehabilitandinnen hinzugekommen, was auf die steigende Frauenerwerbsbeteiligung – auch im höheren, für Reha also besonders relevanten Erwerbsalter – zurückzuführen sein dürfte. Frauen mit gefährdeter Erwerbsfähigkeit nehmen zunehmend Reha-Leistungen in Anspruch, statt sich aus Erwerbstätigkeit zurückzuziehen.

Abbildung 6: Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Reha



Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund 2016, S. 25. Eigene Darstellung.

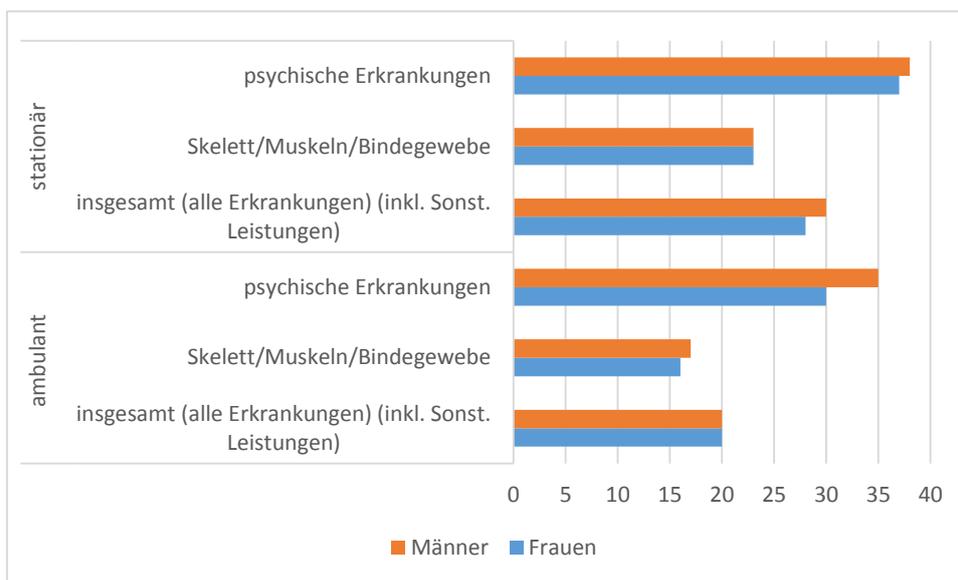
Abbildung 7: Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2000–2015



Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund 2016, S. 44. Eigene Darstellung.

Die Länge von Reha-Maßnahmen unterscheidet sich zwischen ambulanter und stationärer Reha (vgl. Abb. 8). Insgesamt fällt die Dauer der stationären Reha länger aus als die der ambulanten. Dabei ist jeweils die Reha für psychische Erkrankungen mit 35 Tagen und mehr deutlich am längsten. Auffällig in der ambulanten Reha ist, dass Männer deutlich länger als Frauen in Maßnahmen für psychische Erkrankungen sind. Offen ist, ob dies auf schwerere Erkrankungen bzw. Suchterkrankungen oder langsamere Heilungsprozesse zurückzuführen ist.

Abbildung 8: Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Reha 2015, Krankheitsspektrum und Dauer in Tagen



Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund 2016, S. 30. Eigene Darstellung.

Der Blick auf die *Zuweisung* von psychisch kranken Leistungsbezieherinnen und -bezieher zu Reha-Leistungen zeigt, dass eine individuelle Zuweisung nicht die Regel ist. „Häufiger wird danach entschieden, in welcher Maßnahme aktuell Plätze frei sind und weniger danach, was wirklich der konkrete Bedarf des oder der Leistungsberechtigten ist.“ (Oschmiansky et al. 2017, S. 138) Dementsprechend liegt die Vermutung nahe, dass nicht allein das Erkennen eines Reha-Bedarfs vom zuständigen Träger, sondern auch eine dem Reha-Bedarf angemessene Leistung grundlegende Voraussetzung der Re-Integration ist.

Medizinische Reha-Leistungen

Dem Arbeitsumfeld kommt bei der *medizinischen Reha* eine Rolle zu. In einer Untersuchung von Patientinnen und Patienten mit einer onkologischen

Reha stellt sich bspw. heraus, dass viele Betroffene während der Behandlung mit Vorgesetzten oder Kollegen in Kontakt stehen. Über diesen Kontakt hinaus messen die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der Beschäftigung aber keine Bedeutung bei. Vielmehr suchen sie erst nach dem Aufenthalt in der Reha-Einrichtung den Rat von Ärztinnen und Ärzten, um wieder in die Beschäftigung einzusteigen (Böttcher et al. 2012, S. 34 f.).

Ähnlich zeigt eine neuere Untersuchung, dass sich die Bedeutung der Erwerbstätigkeit in der psychosozialen Behandlung verändert (Oschmiansky et al. 2017, S. 79). Während der akuten Krankheitsphase sei das Thema zwar weniger relevant. Es rückt aber stärker in den Vordergrund, wenn die Patientinnen und Patienten stabilisiert worden sind (Oschmiansky et al. 2017, S. 81).

In der medizinischen Reha der GRV ist die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR, Infobox 8) ein zentrales Konzept. Bei der MBOR wird gefragt, „ob und unter welchen Voraussetzungen eine Person unter Berücksichtigung 1. ihres Gesundheitsproblems sowie 2. ihrer individuellen Fähigkeiten und Kompetenzen dauerhaft den Anforderungen ihres Arbeitsplatzes gewachsen ist.“ (Streibel 133, S. 370)

Grundsätzlich können für eine Reha, in der berufsorientierte Ziele verfolgt werden, positive Ergebnisse festgestellt werden: mehrheitlich wissen die Rehabilitanden besser als zuvor über Bewältigungsstrategien körperlicher Belastungen und über den Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit Bescheid. Bemängelt wird jedoch, dass psychosoziale Aspekte weniger als physiologische Probleme behandelt werden (Bethge et al. 2012, S. 120). Aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wird zudem der Wunsch geäußert, über die stationären Maßnahmen der Ergo- und Physiotherapie zur Vorbereitung auf die Rückkehr in die Arbeit hinaus, Informationen zu den durch die Krankheit entstehenden Problemen zu erhalten (Böttcher et al. 2012, S. 36).

Infobox 8: Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)

Zielgruppe einer MBOR sind erwerbsfähige Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen und besonderen beruflichen Problemlagen. „Im Rahmen dieser noch medizinisch geprägten Behandlung stehen trotz einer Orientierung an der beruflichen Lebenswelt und den berufsbezogenen Ressourcen der Reha die erworbenen funktionellen Defizite im Fokus. Daher wird durch restitutive und kompensatorische Maßnahmen versucht, eingeschränkte Leistungsbereiche wiederherzustellen oder durch alternative körperliche, geistige und psychische Funktionen auszugleichen, um eine Rückkehr an den (möglichst) alten Arbeitsplatz zu erreichen.“ (Menzel-Begemann 2013, S. 508)

Ähnlich wie bei den MBOR-Konzepten werden mit der arbeitsplatzbezogenen muskuloskelettalen Rehabilitation (ABMR) arbeitsrelevante Funktionsabläufe in die Therapie eingebunden, um dadurch die Belastbarkeit bei den Betroffenen wiederherzustellen. Dieses Konzept wird von der GUV getragen (Bethge/Neuderth 2016, S. 151).

Die Zusammenarbeit der Reha-Kliniken mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie den Reha-Trägern scheint jedoch nicht immer gut zu funktionieren. In der Tabelle 3 werden Probleme zusammengefasst, die in der Zusammenarbeit von Reha-Kliniken mit anderen Akteuren gesehen werden.

Tabelle 3: Aus Sicht der Reha-Kliniken: Probleme in der Zusammenarbeit mit ...

... niedergelassenen Ärzten	... Kostenträgern
<ul style="list-style-type: none"> – Schwierigkeiten bei der Kontaktpflege (großes Einzugsgebiet, schlechte Erreichbarkeit) – Kommunikation fast nur „per Brief“ – unzureichende, veraltete Befunde/Dokumentation von Vorbehandlungen – Formulare/Bürokratie – unzureichende Rezeption der Entlassungsbriefe – Verordnung der Nachsorge am niedergelassenen Arzt „vorbei“, kaum Informationen an die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte (Reha-Kliniken sehen keine Notwendigkeit in der Zusammenarbeit) 	<ul style="list-style-type: none"> – Hoher Zeitaufwand durch (zu) lange Entlassungsbriefe wegen Qualitätssicherungsanforderungen – intransparente Zuständigkeiten bei der DRV – Formulare (Umfang/Darstellungsmöglichkeiten) – (Fehl-) Zuweisung („falsche“ Indikationen/mangelnde Rehabilitationsfähigkeit) – Therapiestandards vs. Vergütung – zu wenig Reha-Berater

Quelle: Deck et al. 2012, S. 43.

Aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gibt es ebenfalls Probleme mit den Reha-Kliniken. Sie bemängeln die Unklarheit der Auskünfte, kurzfristige Einbestellungen bei einer psychosomatischen Reha und die langen Laufzeiten für die Reha-Berichte (Deck et al. 2012, S. 20).

Für die Reha-Kliniken ist die Zusammenarbeit mit den Betriebsärztinnen und -ärzten von Bedeutung. Der medizinische Dienst in den Betrieben hat „sowohl Kenntnisse über die Arbeitsplätze mit ihren konkreten Anforderungen und die organisatorischen Rahmenbedingungen als auch über den Gesundheitszustand und die Befindlichkeit, die Fähigkeiten und gesund-

heitlichen Einschränkungen der einzelnen Beschäftigten.“ (Glomm 2012, S. 19) Dennoch lassen sich auch in dieser Zusammenarbeit Problematiken feststellen. Zwar gelten „interdisziplinäre und multiprofessionelle Teamstrukturen, ein ungehinderter Informationsfluss, ein kommunikativer Datenaustausch und eine enge Verzahnung“ (Völter-Mahlknecht/Rieger 2014, S. 1610) als Grundlage einer erfolgreichen Reha und Wiedereingliederung.

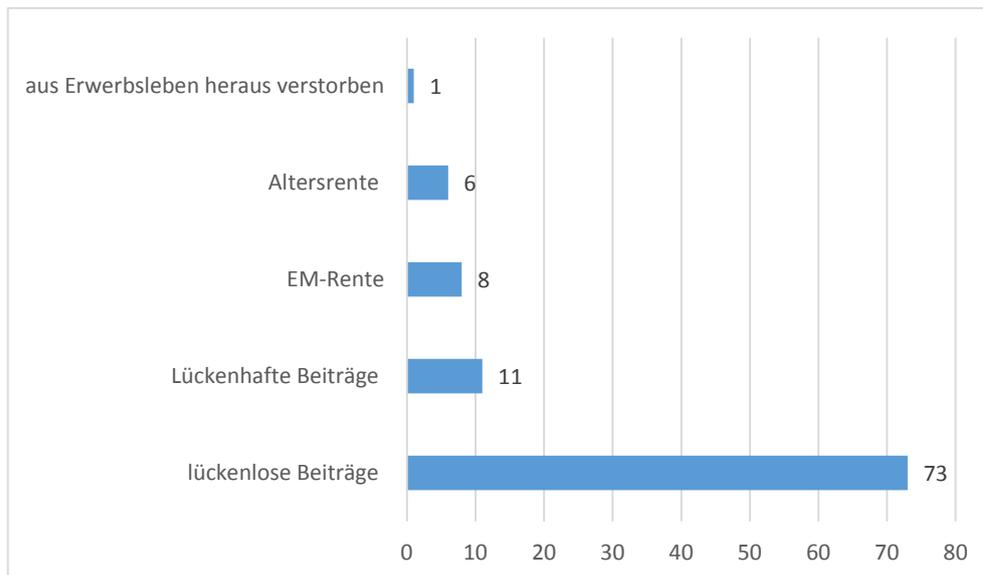
Aber es gibt Hinweise auf eine eher mangelhafte Kooperation und Kommunikation zwischen Reha-Kliniken und Betriebsärztinnen und -ärzten. Statt einer Zusammenarbeit gäbe es vielmehr ein Nebeneinander von Akteuren der Reha-Leistungen und den betrieblichen Akteuren. Verstärkt werde dies durch die mangelnde Erreichbarkeit der Ärztinnen und Ärzte (Völter-Mahlknecht/Rieger 2014, S. 1610). Zudem hätten die Reha-Medizinerinnen und -mediziner oftmals nur unzureichende Kenntnisse über den Arbeitsplatz der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Gleichzeitig sind die Entlassungsbriefe oft die einzige zuverlässige Informationsquelle für die Betriebsärztinnen und -ärzte. Sind diese jedoch mangelhaft, hat das negative Auswirkung auf die Wiedereingliederung (ebd., S. 1611).

Darüber hinaus kommt für kleine und mittlere Unternehmen hinzu, dass die Betriebsärztinnen und -ärzte nicht immer vom Arbeitgeber hinzugezogen werden oder dass der arbeitsmedizinische Dienst nur alle zwei bis drei Jahre in den Betrieben ist. In diesem Fall sind die Hausärztinnen und -ärzte eine Alternative, um nicht nur einen Reha-Bedarf frühzeitig zu erkennen, sondern auch im Nachgang die Betreuung zu steuern (ebd., S. 1611).

Die medizinische Reha hat insgesamt positive Effekte auf die (Wieder-)Eingliederung in die Beschäftigung. Der Erfolg der medizinischen Reha in der GRV kann anhand des sozialmedizinischen 2-Jahres-Verlaufs⁵ nachvollzogen werden. Von den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die 2012 eine von der GRV bewilligte medizinische Reha abgeschlossen haben, zahlt der überwiegende Anteil lückenlos Beiträge in die Rentenversicherung. Die Erwerbsfähigkeit ist also wiederhergestellt. Ob die Beiträge aus einer Beschäftigung und um welche Tätigkeit es sich handelt, wird anhand dieses 2-Jahres-Verlaufs nicht deutlich. Weit weniger Personen steigen aus dem Erwerbsleben aus und beziehen eine Erwerbsminderungs- oder Altersrente (vgl. Abb. 9).

5 Für die Abbildung des sozialmedizinischen Verlaufs werden die Routinedaten der Rentenversicherung aus den Bereichen Versicherung, Reha und Berentung genutzt, um das Erwerbsleben der Versicherten nach einer Reha zu beobachten. Mit dem sozialmedizinischen Verlauf soll für einen bestimmten Zeitraum gezeigt werden, wie viele Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Erwerbsleben bleiben oder ausgeschieden sind (Deutsche Rentenversicherung Bund 2016, S. 37).

Abbildung 9: Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach medizinischer Reha in 2013 (pflichtversicherte Rehabilitanden), Angaben in Prozent



Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund (2018), S. 44. Eigene Darstellung.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Bei den LTA, die von der BA getragen werden, gewinnen die „allgemeinen“ Maßnahmen gegenüber den speziellen Maßnahmen an Bedeutung (Infobox 9). Die Anbieter der allgemeinen Leistungen „versprechen spezifische Gesundheitsprobleme berücksichtigen zu können und sind zudem deutlich kostengünstiger.“ (Schubert et al. 2008, S. 247 f.) Zugleich seien die besonderen Maßnahmen kostenintensiver, sodass bei der Planung von Maßnahmen die allgemeinen Maßnahmen bevorzugt würden (Reims 2016, S. 23).

Infobox 9: Reha-Leistungen der BA

Bei den Reha-Leistungen der BA werden allgemeine und spezielle Leistungen unterschieden, die auf die Erst- und/oder Wiedereingliederung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zielen. Zu den allgemeinen Leistungen zählen die Förderung der Weiterbildung, Maßnahmen zur Aktivierung und zur beruflichen Eingliederung sowie der Gründungszuschuss. Zu den speziellen Maßnahmen gehören die berufliche Weiterbildung z. B. in Berufsförderungswerken, darunter auch behindertenspezifische Maßnahmen, und vor der beruflichen Weiterbildung oder beruflichen Grundbildung liegende Maßnahmen wie Berufsfindung und Reha-Vorbereitung.

Zur LTA gehören zudem Vermittlungsbescheide. Hierbei handelt es sich um eine Zusage für weitere Leistungen nach der beruflichen

Umschulung für den neuen Arbeitsplatz, z. B. in Form von Lohnkostenzuschüssen an die Arbeitgeber oder um eine Erstattung von Kosten, die für die Umgestaltung des Arbeitsplatzes aufgewendet werden müssen. Jedoch führen viele dieser Vermittlungsbescheide nicht zu Leistungen, weil kein Arbeitsplatz gefunden wird (Deutsche Rentenversicherung Bund 2016, S. 42). Kritiker merken an, dass die Reha-Träger übermäßig restriktiv bei der Feststellung eines „leidensgerechten Arbeitsplatzes“ sind und auch deswegen weniger Vermittlungen in Beschäftigung zustande kommen (Aurich-Beerheide/Brussig/Schwarzkopf 2018).

Die LTA können auf Personengruppen mit bestimmten Erkrankungen zielen, z. B. auf Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im SGB II-Bezug mit einer psychischen Erkrankung. Für diese Gruppe werden aus Sicht der Betroffenen und aus Sicht der SGB II-Fachkräfte besonders Coachingmaßnahmen und Arbeitsgelegenheiten als gut bewertet, mit denen z. B. eine Tagesstruktur gegeben werden kann (Oschmiansky et al. 2017, S. 145). Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die die Maßnahmen als negativ bewertet haben, nannten „unqualifiziertes Personal, mangelnde Betreuung und fehlende Passgenauigkeit der erhaltenen Maßnahme“ als Gründe für ihre Bewertung (ebd., S. 145).

Erbringer von LTA-Leistungen sind die Berufsförderungswerke (BFW) (Infobox 10). Sie sind ein „Bestandteil des aus dem Sozialstaatsprinzip hervorgegangenen allgemeinen Fürsorge- und Schutzprinzips des Staates, für Behinderte und von Behinderung bedrohter Menschen.“ (Otte 2006, S. 42) Die Reha-Träger seien in diesem Zusammenhang verantwortlich dafür, das Netz der Berufsförderungswerke funktionsfähig zu erhalten (Otte 2006, S. 43).

Infobox 10: Berufsförderungswerke (BFW)

„Berufsförderungswerke sind gemeinnützige außerbetriebliche Bildungseinrichtungen der beruflichen Rehabilitation, welche grundsätzlich der Fortbildung und Umschulung von Erwachsenen, die in der Regel bereits berufstätig waren, dienen. Sie führen für die Träger der beruflichen Rehabilitation Maßnahmen der beruflichen Um- und Neuorientierung mit einer auf die individuellen Belange der betroffenen Menschen ausgerichteten begleitenden Betreuung und angemessener Dauer durch. Durch diese Maßnahmen soll vor allem über die erfolgreiche Wiedereingliederung in das Arbeitsleben ein wesentlicher Beitrag zur gesellschaftlichen Integration behinderter Menschen geleistet werden.“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2010)

Aufgabe der BFW ist es, „die betroffenen Menschen [zu] befähigen, ihren künftigen Beruf weitgehend ohne Beeinträchtigung auszuüben und damit eine dauerhafte Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesell-

schaft [zu]ermöglichen. Es wird dabei eine möglichst hohe Qualifizierung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden angestrebt.“ (ebd.)

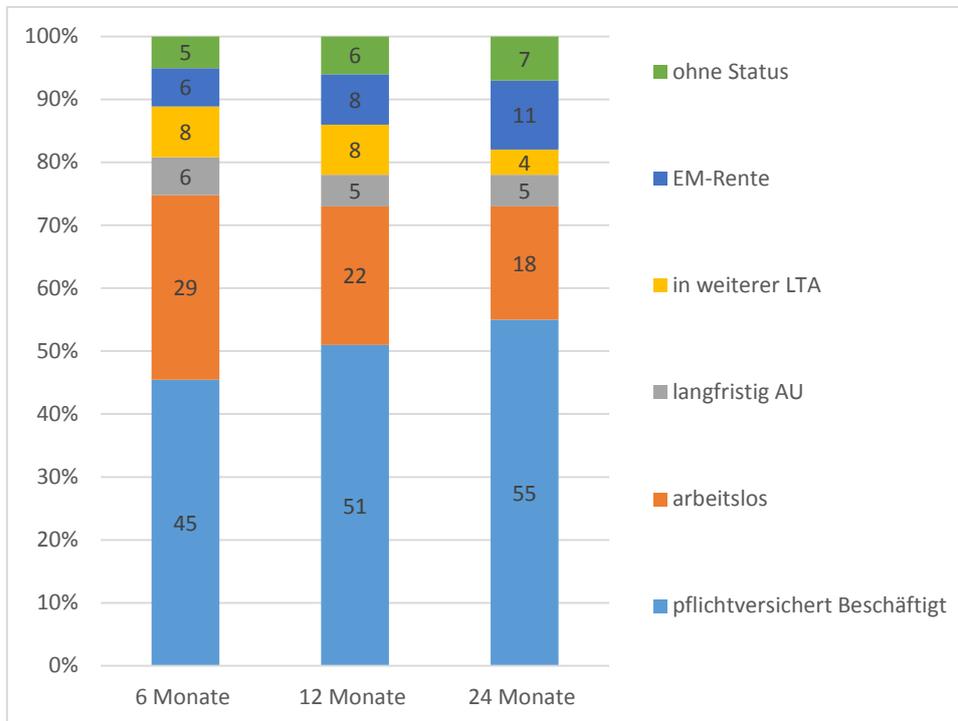
In den BFW gibt es Reha-Integrationsmanagerinnen und -manager, die von den Reha-Teilnehmerinnen und -Teilnehmern sowie von den Dozentinnen und Dozenten bei Problemen angesprochen werden können. Diese Expertengruppe betreibt auch ein sog. Abbruchmanagement, um sich anbahnende Abbrüche möglichst zu vermeiden (Kardorff et al. 2013, S. 143).

Aus einer Untersuchung zum Erfolg von Umschulungen in Berufsförderungswerken wird deutlich, dass zwei Drittel der Absolventinnen und Absolventen innerhalb von zwölf Monaten (mindestens) einmal erwerbstätig waren (Köster/Fehr/Slesina 2007, S. 261). Bei 59 Prozent der erwerbstätigen Absolventinnen und Absolventen entsprach die Tätigkeit auch dem Ausbildungsberuf (ebd., S. 261). Einen sehr starken Effekt auf die (Wieder-)Aufnahme einer Erwerbstätigkeit hat der regionale Arbeitsmarkt. So ist das Arbeitslosigkeitsrisiko für Rehabilitanden ein Jahr nach dem Umschulungsende in strukturschwachen Agenturbezirken 15 Mal so hoch wie bei Rehabilitanden in strukturstarken Agenturbezirken (ebd., S. 262). Inwiefern Allianzen in strukturschwachen Regionen diesem Effekt entgegen wirken können, oder ob es erst Allianzen sind, die in strukturstarken Regionen in Beschäftigungseintritte der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden „übersetzen“, lässt sich in der Literatur nicht finden. Eine weitere Möglichkeit regionaler Netzwerke wäre, dass sie geförderte Arbeitsplätze in einem sozialen Arbeitsmarkt schafft, wie es beispielsweise im Bundesprogramm „Soziale Teilhabe am Arbeitsmarkt“ geschieht.

Neben den BFW sehen die SGB-II-Träger weitere Kooperationspartner in der Leistungserbringung in den Integrationsfachdiensten, in den Reha-Einrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen, in den Berufsbildungswerken (BFW) und in den WfbM (Schubert et al. 2013, S. 73). Die Netzwerkarbeit zwischen diesen Akteuren wird überwiegend durch Arbeitskreise und über schriftliche Vereinbarungen organisiert. Dennoch besteht ein Wunsch der Akteure danach, die Zusammenarbeit zu intensivieren. Für eine Intensivierung würden jedoch die zeitlichen Ressourcen bei den Fachkräften in den Jobcentern und bei den Kooperationspartnern fehlen (Schubert et al. 2013, S. 73).

Aus der Abbildung 10 lassen sich die Folgen beruflicher Bildungsleistungen im Rahmen der LTA für die Wiedereingliederung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ablesen. 24 Monate nach der LTA-Maßnahme, die von der GRV getragen worden ist, sind über die Hälfte der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Jedoch nimmt auch der Anteil an Bezieherinnen und Beziehern von Erwerbsminderungsrenten in der Zeit nach der Beendigung der LTA zu.

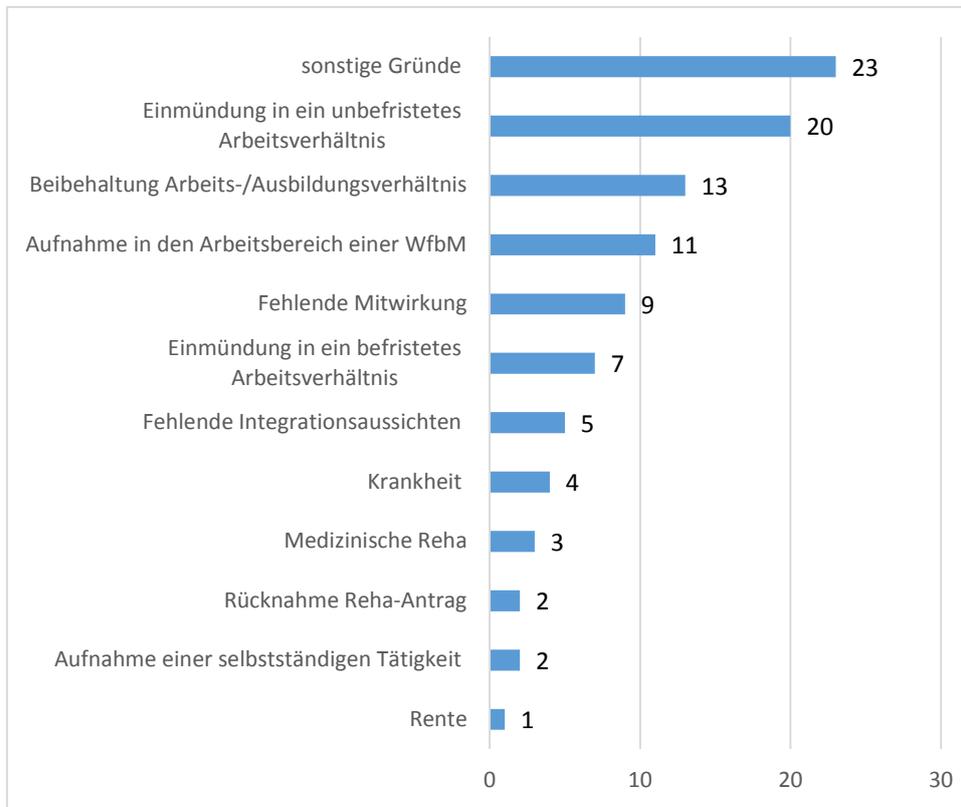
Abbildung 10: Wiedereingliederungsstatus im 6., 12. und 24. Monat nach beruflicher Bildungsleistung im Jahr 2013



Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund (2018), S. 65. Eigene Darstellung.

Der Erwerbsstatus im Anschluss an LTA-Maßnahmen der BA ist in Abbildung 11 dargestellt. Es geht hervor, dass bei 40 Prozent der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden als Endgrund für die Reha-Maßnahme angegeben wird, dass eine neue befristete oder unbefristete Beschäftigung aufgenommen oder eine bestehende Beschäftigung bzw. Ausbildung fortgeführt wird. Der Übergang in die Rente macht nur 1 Prozent aus. Dies könnte einerseits auf einen Erfolg der Reha hindeuten. Andererseits könnte es auch Ausdruck der Tatsache sein, dass die Agentur für Arbeit oft dann der zuständige Reha-Träger ist, wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Rente noch nicht erfüllt sind.

Abbildung 11: Endegrund von Reha-Maßnahmen der BA für 2007, Angaben in Prozent



Quelle: Dony et al. 2012, S. 230. Eigene Darstellung.

Bei der Re-Integration spielt die Art der Maßnahmen eine Rolle. Demnach erhöhen sich die Integrationschancen, wenn die Hauptmaßnahme der Reha Leistungen zur beruflichen Teilhabe an die Arbeitgeber, z. B. Eingliederungszuschüsse umfasst (Gruber/Rauch/Reims 2016, S. 153). Zudem spielen Merkmale der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eine Rolle. Dazu zählen die Art und das Ausmaß der Erkrankung. Personen mit einer körperlichen Behinderung nehmen nach der Reha eher eine (unbefristete) Beschäftigung auf als Personen mit psychischen Erkrankungen. Personen mit einer psychischen oder geistigen Behinderung oder einer Lernbehinderung wechseln dagegen häufiger in eine Werkstatt für behinderte Menschen (Dony et al. 2012, S. 109). Personen, die nach einer Reha in eine Beschäftigung gewechselt sind, sind zum Großteil zwölf Monate nach der Reha weiterhin beschäftigt (ebd., S. 109).

Die Re-Integration scheint besonders dann erfolgreich zu sein, wenn es in der Reha einen Bezug zum Arbeitsumfeld gibt. Dennoch können Lücken identifiziert werden, die bspw. in einem Defizit des Informationsangebots für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie für die Arbeitgeber be-

steht. Eine Grundlage für derartige Bezüge bieten Maßnahmen wie MBOR oder ABMR.

Eine mangelnde Kooperation zwischen den (insbesondere stationären) Reha-Leistungen und den Betrieben kann durch eine Zusammenarbeit mit den Betriebsärztinnen und -ärzten überwunden werden. Behindert wird dies jedoch durch eine mangelnde Erreichbarkeit und durch einen unzureichenden Austausch an Informationen zwischen den beiden Akteuren. Für kleine und mittelgroße Betriebe kommt erschwerend hinzu, dass hier Betriebsärztinnen und -ärzte seltener vertreten sind (Brussig/Schulz 2018, S. 21 ff.).

Trotz dieser bestehenden Erkenntnisse fehlt Forschung darüber, inwiefern Betriebe mit anderen Reha-Leistungserbringern etwa den Berufsförderungswerken zusammenarbeiten oder unterschiedliche Erbringer untereinander zusammenarbeiten. Die Analysen könnten Einblicke darüber ermöglichen, wie durch eine Kooperation die Tätigkeiten der einzelnen Akteure den Vorteil ihrer Spezialisierung beibehalten und gleichzeitig Kooperationen mit anderen Akteuren unterstützt werden können.

3. Beispiele Kooperationen in der Rehabilitation

In der Literatur werden verschiedene Kooperationen angeführt, die im Folgenden dargestellt werden.

BeReKo: Am betrieblichen Rehabilitationskonzept (BeReKo) der Salzgitter AG sind die BKK Salzgitter, die DRV Braunschweig-Hannover, das Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Paracelsus-Klinik und das Ambulante Reha-Zentrum Braunschweig sowie das firmeneigene Fitnesscenter beteiligt (Jahn et al. 2015, S. 56). Mit diesem Programm wird das Ziel verfolgt, die Erwerbsfähigkeit eines betroffenen Beschäftigten am bisherigen Arbeitsplatz zu erhalten. Das Programm setzt sich aus drei Modulen zusammen, die sich an der Schwere der Erkrankung ausrichten. Ein wesentlicher Kern von BeReKo liegt in der Zusammenarbeit mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (ebd., S. 57). Neben der Etablierung von Präventionsprogrammen konnte durch dieses Konzept u. a. eine Vereinfachung der Reha-Antragstellung und eine Verkürzung der Bearbeitungszeiten erreicht werden (Bönisch 2017, S. 84 ff.).

JobReha: Das Modellprojekt JobReha ist in der Region Hannover/Braunschweig angesiedelt. Zu den Partnern gehören die Deutsche Post AG, Volkswagen Nutzfahrzeuge, Koordinierungsstelle Angewandte Rehabilitationsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover und das Institut für Arbeitsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover sowie mehrere Reha-Einrichtungen (Rehazentrum Bad Eilsen, Rehazentrum Bad Pyrmont, Gesundheitszentrum Kestnerstraße Hannover, Ambulantes Reha Centrum Braunschweig und Klinik für Rehabilitationsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover) und verschiedene Leistungsträger (DRV Braunschweig, Deutsche Postbeamtenkrankenkasse und Deutsche BKK) (Schwarze et al. 2008, S. 37). Im Zentrum des Projektes stehen muskuloskeletale Beschwerden. Zur Therapie gehören sog. Praxistage vor dem Ende der medizinischen Reha-Maßnahme. In diesem Rahmen wird die Wiedereingliederung in die Beschäftigung besprochen. Um als Betroffener an diesem Projekt teilnehmen zu können, müssen folgende Kriterien erfüllt werden: Vorliegen einer orthopädischen Erkrankung, gesundheitliche Beschwerden am Arbeitsplatz, kein Rentenbegehren und ein bestehendes Risiko, den Arbeitsplatz zu verlieren (ebd., S. 37 f.).

Ein zentrales Element des Projektes ist, dass sich der beteiligte betriebsärztliche Dienst und die Reha-Ärztinnen und -Ärzte sowie die Therapeutinnen und Therapeuten kennenlernen (ebd., S. 38). Ausgangspunkt war, dass die Reha-Ärztinnen und -Ärzte sowie die Therapeutinnen und Therapeuten bspw. nur wenige Kenntnisse darüber haben, welche Aktivitäten z. B. im Rahmen der Zustellung wichtig sind (z. B. eine Matratze oder ein Fahrrad in den dritten Stock zuzustellen). Mit dem Modellprojekt erhielt

ten die Reha-Einrichtungen originale Arbeitsmittel, mit denen die Therapie in den Reha-Einrichtungen durchgeführt werden konnte (ebd., S. 39).

KoRB: In der Studie „Kooperation Rehabilitation und Betrieb“ (KoRB) wurden mehrere Ziele verfolgt. Zunächst ging es darum, die Kooperationsmöglichkeiten zu untersuchen, die zwischen KMU und der GRV bestehen, und Informationsdefizite, Kommunikationsmängel und Kompatibilitätsprobleme zwischen den Akteuren kenntlich zu machen. Darüber hinaus wurden Strategien und Möglichkeiten gesucht, um die Zusammenarbeit zwischen diesen Akteuren zu verbessern (Hesse/Heuer 2007, S. 1). Ein zentraler Befund ist, dass es einen starken Informationsbedarf gibt. Dieser tritt aber vor allem dann auf, wenn ein konkreter Fall vorliegt. Darüber hinaus wurde deutlich, dass es zwar Informationsangebote des Reha-Trägers gibt; diese richten sich jedoch überwiegend an die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und weniger an die Arbeitgeber (ebd., S. 3).

Im Rahmen eines *Kooperationsnetzwerk* bestehend aus der DRV Westfalen mit einem BFW, den Arbeitgebern und den Leistungsberechtigten soll eine individuelle, modularisierte und flexibilisierte Integrationslösung für Betroffene mit gesundheitlichen Einschränkungen erbracht werden (Gödecker-Geenen/Riedel/Keck 2013, S. 130). Die Betriebe werden hier als Kooperationspartner im Reha-Prozess verstanden (ebd., S. 128). Es kann festgestellt werden, dass diese geschaffene Vernetzung zu früher einsetzenden Interventionen führt (ebd., S. 129). Darüber hinaus bestehe eine vergleichsweise hohe Integrationsperspektive: Die Hälfte der Betroffenen erhielten Qualifizierungsleistungen. Bei 7 Prozent erfolgte eine Ausstattung mit technischen Hilfen. Weitere 9 Prozent der Leistungen waren ein Eingliederungszuschuss. Bei 12 Prozent der Betroffenen wurde keine LTA durchgeführt. Dagegen wurden kleinere Veränderungen des Arbeitsplatzes vorgenommen, die eine betriebliche Integration ermöglichten (ebd., S. 130).

MBOR-Kooperationen: Bei diesem Projekt geht es darum, die Wartezeiten auf Bescheide über die Bewilligung von Reha-Leistungen zu verkürzen. Im Fokus stand die Verzahnung von der medizinischen zur beruflichen Rehabilitation, indem die Zusammenarbeit zwischen den Reha-Einrichtungen, der Reha-Fachberatung und den Leistungsträgern verbessert wird. Ziel dieser Kooperation ist es, den weiteren Weg und die berufliche Perspektive der Rehabilitandin oder des Rehabilitanden noch während der medizinischen Reha zu besprechen und zu entwickeln (Leaclair/Kulisch/Streibelt 2013, S. 264).

Eine Optimierung der Zusammenarbeit sollte dadurch erreicht werden, dass wenn das MBOR-Team einen Bedarf an LTA bei einer Rehabilitandin oder einem Rehabilitanden erkennt, der Reha-Beratungsdienst informiert werden soll. Erkennt auch dieser einen LTA-Bedarf, füllen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte einen Dokument-Vordruck (Ärztlicher Zwischenbericht MBOR) aus, der Angaben über den bisherigen Reha-Verlauf, über die funktionalen Einschränkungen am Arbeitsplatz und über die schuli-

schen/beruflichen Werdegang enthält. Sofern alle Unterlagen vorliegen, trifft die DRV Bund auf dieser Grundlage eine Entscheidung innerhalb von zwei Tagen über den LTA-Bedarf (ebd., S. 264 f.).

Mit der Ergebnisanalyse konnte herausgestellt werden, dass die durchschnittliche Dauer zwischen der Antragverfassung und der Entscheidung 13 Tage betrug. Eine durchschnittliche Laufzeit von zwei Tagen konnte allerdings bei Vollständigkeit der vorliegenden Unterlagen erreicht werden. Im Vergleich dazu umfasst die Bearbeitungszeit von LTA-Anträgen nach der medizinischen Reha durchschnittlich 40 Tage (ebd., S. 265).

Im Projekt *Pro MBOR* wurde in einer Begleitstudie untersucht, welche Aspekte eine Kooperation zwischen den Kliniken bei der medizinisch-beruflichen Rehabilitation unterstützen und behindern. Als wichtig oder sehr wichtig wurde benannt: Schulungen des Personals, regelmäßiger Austausch mit den Behandelnden der anderen Einrichtungen und die wechselseitige Abstimmung über Behandlungsinhalte. Als besonders hinderlich wird der hohe Organisations- und Abstimmungsaufwand sowie der Mangel an personellen Ressourcen gesehen (Dibbelt et al. 2017, S. 201).

Reha-Bau: Die Initiative Reha-Bau ist aus dem „Netzwerk Betrieb und Rehabilitation e. V.“ entstanden. Sie setzt sich aus dem arbeitsmedizinischen Dienst der Berufsgenossenschaft BAU in Schleswig-Holstein, des Klinikums Bad Bramstedt und der Deutschen Rentenversicherung Nord zusammen. Die Zielgruppe umfasst die älteren Beschäftigten des Bauhaupt- und des Baunebengewerbes (Glomm 2012, S. 20). Die Reha-Bau verfolgt das Ziel, den Austausch und die Kooperation zwischen Betriebsärztinnen und -ärzten, Reha-Kliniken und Träger der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung zu fördern (ebd., S. 20). Zu den zentralen Elementen gehört eine strukturierte Bedarfsermittlung durch arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen, eine berufsorientierte Reha mit Übungsbaustelle, Gestaltung von Schulungsveranstaltungen durch Betriebsärztinnen und -ärzte sowie eine strukturierte Wiedereingliederung zusammen mit weitergehenden Beratungen, um eine nachhaltige Wiederherstellung von Gesundheit zu sichern (ebd., S. 20). Die Betriebsärztinnen und -ärzte beteiligen sich darüber hinaus aktiv sowohl an der Reha-Antragstellung als auch an der Durchführung der Reha-Maßnahme (Weiler et al. 2006, S. 309). In der Folge zeigt sich bei 38 Prozent der Betroffenen eine Verbesserung der beruflichen Leistungsfähigkeit und bei 33 Prozent ergeben sich positive Effekte, die sich aber nicht auf die Arbeit auswirken. Nicht geholfen haben die Maßnahmen bei 30 Prozent der Betroffenen. Als ein Grund wird gesehen, dass Trainingsstätten die Dauerbelastung, wie sie auf den Baustellen herrscht, nicht simulieren können (ebd., S. 310). Dennoch lassen diese Ergebnisse den Schluss zu, „dass die Berücksichtigung arbeitsmedizinischer Expertisen für die Rehabilitation von Beschäftigten aus kleinen und mittleren Betrieben möglich und sinnvoll ist.“ (ebd., S. 311) Eine Übertragung auf

andere Branchen mit einer weniger homogenen Beschäftigtengruppe wird jedoch als schwierig eingeschätzt (ebd., S. 311).

TErrA: An diesem noch bis 2019 laufenden Projekt beteiligen sich das BFG Dortmund und die Unternehmen EDG Entsorgung GmbH und thysenkrupp Steel Europe sowie das Demografie Netzwerk e. V., die BAuA und Prospektiv e. V. Es wird das Ziel verfolgt, Modelle von überbetrieblichen Tätigkeitswechsellern in bestehenden Netzwerken in der Modellregion Rhein-Ruhr zu entwickeln und zu erproben. Ziel ist es, nachhaltige Beschäftigungsalternativen für Erwerbstätige in Berufen mit hohen Gesundheitsbelastungen zu schaffen (Sonntag o. J.). Zu diesem Projekt liegen noch keine Ergebnisse vor.

WeB-Reha: Bei WeB-Reha steht die Kooperation zwischen den Werks- und Betriebsärztinnen und -ärzten mit der DRV Rheinland im Vordergrund. Zentrale Elemente des Konzeptes sind, dass die erbrachten Reha-Leistungen mit einem Arbeitsplatzbezug und die betrieblichen Maßnahmen zeitnah ausgeführt werden sollen. Darüber hinaus gilt es, die Leistungen auf ihre Nachhaltigkeit hin zu überprüfen (Jahn et al. 2015, S. 58). WeB-Reha unterstützt im Wesentlichen, dass sich die Betriebsärztinnen und -ärzte „als vollwertige Prozessbeteiligte bei der Identifikation, Anbahnung und Ausgestaltung von Reha-Leistungen einbringen können.“ (Schoeller 2010, S. 50) Im Ergebnis kann festgestellt werden, dass die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden besser auf die Reha vorbereitet sind. Dennoch werden Verbesserungsmöglichkeiten darin gesehen, dass die Zeit zwischen der Antragstellung und der Reha-Aufnahme verkürzt werden kann (ebd., S. 50).

Anhand der hier vorgestellten Netzwerke zeigt sich, dass neben den Reha-Trägern und den Leistungserbringern die Akteure in den Betrieben von großer Bedeutung für das Reha-Geschehen in den Netzwerken sind. Neben dem vordringlichen Ziel dieser Kooperationen, die Beschäftigten zu re-integrieren, bauen die Netzwerke ebenfalls Strukturen der Zusammenarbeit auf. Im Wesentlichen unterscheiden sich die Netzwerke dahingehend, dass sie bestimmte Regionen oder Betriebe im Blick haben.

Bei den dargestellten Projekten bleibt offen, wie der Kontakt mit Beschäftigten hergestellt, aufgebaut und gehalten wird. Unklar bleibt auch, welche Einzelinteressen bei den Akteuren vorliegen, um an den Netzwerken mitzuwirken oder inwiefern unterschiedliche Organisationslogiken bei der Koordination und Kooperation mitwirken.

Weitere Projekte, die sich mit den Reha-Bedarfen und mit der Re-Integration auseinandersetzen, sind im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes für die GRV und die BA vorgesehen. Entsprechende Modellvorhaben werden 2018 starten (www.gemeinsam-einfach-machen.de).

4. Fazit

Mit dem Forschungsmonitoring wird das Ziel verfolgt, den aktuellen Forschungsstand zum Erhalt der betrieblichen Beschäftigungsfähigkeit zu beschreiben. Der hier vorgelegte zweite Monitor konzentriert sich auf den Forschungsstand über die medizinische und berufliche Reha von Beschäftigten, die aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen ihrer Beschäftigung nicht (mehr) oder unter den gegebenen Arbeitsbedingungen nicht dauerhaft nachgehen können. Dieser Monitor fokussiert einen Interventionsraum, der zwischen einer gesundheitsbedingten Erwerbsunterbrechung und dem Wiedereinstieg in die Beschäftigung liegt. Näher betrachtet werden die Betroffenen, die Reha-Träger und die Leistungserbringer.

Ähnlich wie im ersten Forschungsmonitor zur Verhütung von gesundheitlichen Einschränkungen zeigt sich für die Reha eine reichhaltige Forschungslandschaft, die sich jedoch verstärkt auf die Untersuchung einzelner Akteure konzentriert und weniger Kooperationsformen und Koordinationsmechanismen untersucht. Die Forschung kann wie folgt zusammengefasst werden:

Erstens ist das deutsche Reha-System insgesamt stark fragmentiert. Für eine differenzierte Zuständigkeit der unterschiedlichen Reha-Träger sprechen mögliche Spezialisierungsgewinne bei der Bewältigung sozialer Risiken, die mit einer gesundheitsbedingten Erwerbsunterbrechung einhergehen. Dem steht jedoch die Gefahr von Schnittstellenproblemen gegenüber, aufgrund derer Bedarfe nicht oder nur verzögert erkannt und bearbeitet werden.

Zweitens lässt sich die Fragmentierung des Reha-Systems auch in den vielfältigen Forschungsergebnissen wiederfinden. In der Folge ist die Forschung zu den einzelnen Akteuren tiefgreifend, wenngleich nicht zu allen Akteuren Ergebnisse gleichermaßen zusammengetragen werden konnte bzw. in der Forschungslandschaft nicht zu allen Akteuren gleichermaßen umfangreiche Literatur vorliegt.

Der Forschung liegen vereinzelt Untersuchungen zugrunde, die auf die Beziehung zwischen zwei Akteuren eingehen. Daran wird deutlich, dass durch eine Kooperation der Zugang zu Reha-Leistungen, deren Durchführung und die Wiedereingliederung in die Beschäftigung verbessert werden kann. Dennoch werden immer wieder Probleme insbesondere durch den mangelnden Kenntnisstand und durch eine unzureichende Informationsweitergabe thematisiert. Darüber hinaus wird die Problematik deutlich, den richtigen Zeitpunkt für eine Intervention im Rahmen rehabilitativer Maßnahmen zu finden. Vor diesem Hintergrund kann davon ausgegangen werden, dass eine Forschung, die auf Kooperationen und den zugrunde liegenden Koordinationsmechanismen ausgerichtet ist, weitergehende Erkenntnisse liefern kann, wie etwa diese Probleme in der Zusammenarbeit

überwunden werden können. Darüber hinaus wird dadurch eine ganzheitliche Betrachtung des Reha-Prozesses möglich.

Drittens ist festzuhalten, dass die Vermittlung von Informationen zu den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie ihren Arbeitsbedingungen und den rechtlichen Rahmenbedingungen dazu beitragen, die negative Seite der Fragmentierung zu überwinden. Indem bei den Akteuren Kenntnisse über die Aktivitäten und Möglichen anderer Akteure generiert werden können, kann dadurch zum einen ein besseres Verständnis über die Handlungsspielräume geschaffen werden. Zum anderen können gemeinsame Ziele identifiziert und Ressourcen unterschiedlicher Akteure zusammengelegt werden.

Viertens wird deutlich, dass es bereits etablierte und funktionierende Kooperationen zwischen unterschiedlichen reha-relevanten Akteuren gibt. Herauszustellen ist dabei, dass die Betriebe ebenfalls als Reha-Akteure im Reha-Prozess aktiv werden können. Offen bleibt jedoch, inwiefern durch eine Beteiligung von betrieblichen Akteuren auch Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im SGB-II-Bezug erreicht werden können, oder ob sich hierdurch weitergehende Möglichkeiten im Hinblick auf eine Wiedereingliederung ergeben können. Anhand des hier vorgestellten Ausschnitts bestehender Akteure kann zudem herausgestellt werden, wie anspruchsvoll diese Netzwerkstrukturen sind. Zu vermuten sind hier spezifische Koordinationsmechanismen, die den Netzwerken zugrunde liegen. Sie werden in der Literatur jedoch nicht thematisiert. Hieran ansetzende weitergehende Forschung können Erkenntnisse darüber liefern, wie diese Kooperationen funktionieren (können).

5 Literaturverzeichnis

- Aurich-Beerheide, Patrizia/Brussig, Martin/Schwarzkopf, Manuela (2018): Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten. Düsseldorf: Hans-Böckler Stiftung.
- Bethge, Matthias/Brandes, Iris/Kleine-Budde, Katja/Löffler, Stefan/Neuderth, Silke/Schwarz, Betje/Schwarze, Monika/Vogel, Heiner (2012): Abschlussbericht zum Projekt „MBOR-Management – Formative Evaluation der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR)“ im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund.
- Bethge, Matthias/Neuderth, Silke (2016): Medizinisch-berufliche Maßnahmen. In: Bengel, Jürgen/Mittag, Oskar (Hrsg.): Psychologie in der medizinischen Rehabilitation. Ein Lehr- und Praxishandbuch. 1. Aufl., Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 149–159.
- Bolm-Audorff, Ulrich (2013): Kritik des Berufskrankheitenfeststellungsverfahrens. In: Gute Arbeit 25, H. 10, S. 17–20.
- Bönisch, Sebastian (2017): Was bringt Vernetzung im Gesundheitswesen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Böttcher, Hilke M./Steimann, Monika/Koch, Uwe/Bergelt, Corinna (2012): Rückkehr zur Arbeit. Erfahrungen und Erwartungen von Patientinnen und Patienten in der stationären onkologischen Rehabilitation. In: Die Rehabilitation 51, H. 1, S. 31–38.
- Brussig, Martin/Schulz, Susanne Eva (2018): Wer sich für Gesundheitsprävention im Betrieb einsetzt. Forschungsmonitor für den Verbund „Neue Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlichen Einschränkungen“. Düsseldorf: Hans-Böckler Stiftung.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2018): Arbeitswelt im Wandel. Zahlen – Daten – Fakten. Ausgabe 2018. Dortmund.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2010): Berufsförderungswerke. Einrichtungen zur beruflichen Eingliederung erwachsener Menschen. Bonn.
- Deck, Ruth/Scherer, Martin/Träder, Jens-Martin/Pohontsch, Nadine (2012): Optimierung der Zusammenarbeit von Reha-Kostenträgern, Reha-Einrichtungen und ambulanter Versorgung. Abschlussbericht. Lübeck.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2016): Reha-Bericht. Update 2016. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2017): Rentenversicherung in Zeitreihen. Ausgabe 2017.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2018): Reha-Bericht 2018. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik.

- Dibbelt, Susanne/Wulfert, Edith/Greitemann, Bernhard/Bauer, Jochen/Sharief, Tarig/Purucker, Hans-Christian (2017): Voraussetzungen und Barrieren für eine Klinik-Kooperation bei der medizinisch-beruflichen Rehabilitation. Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung im Rahmen des Projektes Pro MBOR. In: 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung. Berlin, S. 201–202.
- Dony, Elke/Gruber, Stefan/Alaa, Jasmin/Rauch, Angela/Schmelzer, Paul/Schneider, Andreas/Titze, Nancy/Thomsen, Ulrich (2012): Basisstudie zur Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben. Zusammenfassender Bericht. In: Berufliche Rehabilitation. Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben. Zwischenbericht. Berlin.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (04.06.2018a): Arbeitsunfähigkeit (AU): Arbeitsunfähigkeitsfälle und Arbeitsunfähigkeitstage und Tage je Fall bei Mitgliedern der Gesetzlichen Krankenversicherung. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Kassenart, Versicherungengruppe.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (04.06.2018b): Krankengeld für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Rentner (Leistungsfälle, Leistungstage, Anzahl der Leistungsfälle und Leistungstage bei Erkrankung eines Kindes und Leistungstage je Fall).
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (04.06.2018c): Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der Gesetzlichen Rentenversicherung im Laufe des Berichtsjahres (Anzahl und je 100.000 aktiv Versicherte).
- Glomm, Detlef (2012): Von der Gesundheitsförderung bis zur Wiedereingliederung. Erfahrungsbericht aus der betriebsärztlichen Praxis. In: Die Rehabilitation 51, H. 1, S. 18–23.
- Gödecker-Geenen, Norbert/Riedel, Hans-Peter/Keck, Thomas (2013): Berufliche Teilhabe integrationsorientiert gestalten. In: Die Rehabilitation 52, H. 2, S. 126–131.
- Gruber, Stefan/Rauch, Angela/Reims, Nancy (2016): Wiedereingliederung von Rehabilitanden der Bundesagentur für Arbeit. Zeitpunkt, Nachhaltigkeit und Einflussfaktoren für den Wiedereinstieg. In: Zoyke, Andrea/Vollmer, Kirsten (Hrsg.): Inklusion in der Berufsbildung: Befunde. Konzepte; Diskussionen. 1. Aufl., s.l.: wbv Bertelsmann, S. 143–160.
- Herbig, Britta/Dragano, Nico/Angerer, Peter (2013): Gesundheitliche Situation von langzeitarbeitslosen Menschen. In: Deutsches Ärzteblatt 110, 23–24, S. 413–420.
- Hesse, Bettina/Heuer, Jochen (2007): KoRB-Kooperation Rehabilitation und Betrieb. Ein Projekt zur Versorgungsforschung in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU). Kurzfassung. Vorgehen und Ergebnisse 2007.

- Jahn, Rebecca/Pomorin, Natalie/Walendzik, Anke/Weegen, Lennart/Wasem, Jürgen (2015): Analyse und Entwicklung von Anreizstrukturen zur nachhaltigen Förderung und Harmonisierung von Aktivitäten der Sozialversicherungsträger zum Erhalt und der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit chronisch kranker Beschäftigter. 209. Aufl.
- Kardorff, Ernst von/Ohlbrecht, Heike/Bartel, Susanne/Kasten, Yvonne/Mesching, Alexander (2013): Abbrüche beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen in der Rehabilitation. Eine qualitative Studie zu individuellen und kontextbezogenen Ursachen. Berlin: Institut für Rehabilitationswissenschaften.
- Köster, Torsten/Fehr, Manuela/Slesina, Wolfgang (2007): Zur Eingliederung von Rehabilitanden in das Erwerbsleben nach Umschulung in Berufsförderungswerken- ein Prognosemodell. In: Die Rehabilitation 46, H. 5, S. 258–265.
- Leaclair, Ina/Kulisch, K./Streibelt, Marco (2013): MBOR-Kooperationen: Ein Projekt zur Optimierung des Schnittstellenmanagements beim Übergang von medizinischer zu beruflicher Rehabilitation. In: 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Teilhabe 2.0 – Reha neu denken? Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, S. 264–266.
- Märting, Stefanie/Zollmann, Pia/Buschmann-Steinhage, Rolf (2014): Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung. Projektbericht II zur Studie. Berlin: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V.
- Mau, Wilfried (2010): Vernetzung als Forschungsgegenstand und Qualitätsmerkmal der Rehabilitation. In: Die Rehabilitation 49, H. 6, S. 368–375.
- Mehrhoff, Friedrich (2000): Vernetzte Rehabilitation am Beispiel des Managements nach einem Unfall. In: Die Rehabilitation 39, H. 4, S. 231–236.
- Menzel-Begemann, Anke (2013): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) nach neurologischen Erkrankungen. In: Aktuelle Neurologie 40, H. 09, S. 507–512.
- Mittag, Oskar/Reese, Christina/Meffert, Cornelia (2014): (Keine) Reha vor Rente: Analyse der Zugänge zur Erwerbsminderungsrente 2005 – 2009. In: WSI-Mitteilungen, H. 2, S. 149–155.
- Mittag, Oskar/Welti, Felix (2017): Medizinische Rehabilitation im europäischen Vergleich und Auswirkungen des europäischen Rechts auf die deutsche Rehabilitation. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz.
- Mohr, Gisela/Holleder, Alfons (2015): Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen. In: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hrsg.): Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 235–247.

- Nürnberg, Ingo (2013): Das Rehabilitationssystem in Deutschland. Was gut läuft, wo es hakt und was sich ändern muss. In: Soziale Sicherheit 62, H. 4, S. 125–131.
- Oschmiansky, Frank/Popp, Sandra/Riedel-Heller, Steffi Gerlinde/Schwarzbach, Michaela/Gühne, Uta/Kupka, Peter (2017): Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung. Nürnberg: Institut für Arbeits- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit.
- Otte, W. (2006): Rehabilitation und Teilhabe Behinderter Menschen in Berufsförderungswerken unter dem Gesichtspunkt des Sozialgesetzbuches „Neuntes Buch“. In: Brand, Willi (Hrsg.): Berufliche Rehabilitation im Spannungsfeld von Politik, Praxis und Wissenschaft. Hamburg: Hamburger Buchwerkstatt, S. 32–43.
- Pech, Eberhard/Freude, Gabriele (2010): Zusammenhang zwischen eingeschränktem Gesundheitszustand und Arbeitslosigkeit. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Reims, Nancy (2016): Berufliche Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen. Einfluss auf Gesundheit und Erwerbsintegration. Bielefeld: Bertelsmann Stiftung.
- Reusch, Jürgen (2013): Berufskrankheitenrecht – ein Hindernislauf zur Anerkennung. In: Gute Arbeit 25, H. 10, S. 12–15.
- Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas (2014): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 3. Aufl., Göttingen: Verlag Hans Huber.
- Schoeller, A. (2010): Kooperation des Betriebsarztes mit anderen Akteuren in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation: WeB-Reha. In: Kraus, Thomas (Hrsg.): Der chronisch Kranke im Erwerbsleben. Orientierungshilfe für Ärzte in Klinik, Praxis und Betrieb; Schwerpunktthema Jahrestagung DGAUM 2009. Heidelberg, Hamburg: Ecomed Medizin Verlag Hüthig Jehle Rehm, S. 48–57.
- Schubert, M./Parthier, K./Kupka, P./Krüger, U./Holke, J./Fuchs, P. (2013): Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. Nürnberg: Institut für Arbeits- und Berufsforschung.
- Schubert, Melanie/Behrens, Johann/Hippmann, Cornelia/Hobler, Dietmar/Höhne, Anke/Schneider, Edina/Zimmermann, Maria (2008): Verliert berufliche Rehabilitation bei Langzeitarbeitslosigkeit an Bedeutung? Prozesse und Einflussfaktoren des Leistungszugangs. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Evidenzbasierte Rehabilitation – zwischen Standardisierung und Individualisierung. Berlin: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, S. 246–248.
- Schwarze, Monika/Spallek, Michael/Manecke, Ingra-A./Rebe, Thomas/Gutenbrunner, Christoph/Wrbitzky, Renate/Ristel, Nina (2008): Das Modellprojekt „JobReha“ – Hintergrund und Praxisbericht. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin 43, H. 6, S. 36–40.

- Sonntag, Karlheinz (o. J.): Massnahmen und Empfehlungen für die gesunde Arbeit von morgen. TErrA. <http://gesundearbeit-mega.de/projekt/terra> (Abruf am 23.1.2018).
- Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2018): Berufliche Rehabilitation. Nürnberg.
- Völter-Mahlknecht, Susanne/Rieger, Monika A. (2014): Patientenversorgung an der Schnittstelle von Rehabilitation und Betriebsärzten-- Systematische Literaturübersicht zur Versorgungsgestaltung. In: Deutsche medizinische Wochenschrift (1946) 139, 31–32, S. 1609–1614.
- Weiler, Stephan W./Hartmann, Bernd/Josenhans, Jochen/Hanse, Joachim/Hauck, Andrea/Bodmann, Johannes von/van Mark, A./Kessel, Richard (2006): Arbeitsplatzorientierte Rehabilitation von Bauarbeitern – Ergebnisse der Pilotstudie „RehaBau“. In: Die Rehabilitation 45, H. 5, S. 309–313.
- Wolf-Kühn, Nicola/Morfeld, Matthias (2016): Rehabilitationspsychologie. Wiesbaden: Springer.

Müssen Beschäftigte aufgrund gesundheitlicher Beschwerden oder Einschränkungen ihre Erwerbstätigkeit unterbrechen, kommen sie mit dem stark fragmentierten Reha-System Deutschlands in Kontakt. Diese Fragmentierung birgt Vorteile, hat zugleich aber auch Nachteile. Die mit den Nachteilen verbundenen Probleme können durch Kooperationen zwischen den verschiedenen Akteuren ausgeglichen werden. Der Forschungsmonitor gibt vor diesem Hintergrund einen Überblick über die an der Rehabilitation beteiligten Akteure und über mögliche Kooperationen.
