

Berliner Werkstatt für Sozialforschung

UG (haftungsbeschränkt)

Landkarte der Forschungsförderung – von der Deutschen Rentenversicherung geförderte Projekte im Zeitraum zwischen 2004 und 2020 –

Abschlussbericht

gefördert durch:



Vom 01.04.2020 – 30.09.2020

Prof. i.R. Dr. Ernst von Kardorff

Leije Zeng, B.A.

Studentische Mitarbeiterin:

Yvonne Rafalzik, B.A.

Forschungspraktikantin:

Elena Reiche

Zusammenfassung/Abstract

1. Ausgangspunkte und Ziele der Analyse

Auf der Grundlage der Dokumentation der von der Rentenversicherung seit 1995 geförderten und ab 2004 systematischer erfassten Forschungsvorhaben bis zum Jahr 2020 verfolgte das vorliegende Projekt folgende Ziele: die Erstellung einer systematisierten deskriptiven Analyse der geförderten Projekte unter den Gesichtspunkten der retrospektiven Identifikation bereichsspezifischer Förderschwerpunkte im zeitlichen Verlauf, die Feststellung von Forschungslücken mit Blick auf aktuelle Herausforderungen der Rehabilitation und die Identifikation von Doppelforschung. Ein *übergreifendes Ziel dieser Bestandsaufnahme zur Förderlandschaft* ist die Gewinnung weitergehender Hinweise zur Weiterentwicklung einer zielgenaueren strategischen Förderplanung für die Rehabilitation bedeutsamer wissenschaftlicher Vorhaben, für die Priorisierung relevanter und bisher vernachlässigter Themen, zur Reaktion auf sich verändernde Bedarfe (z.B. Verschiebungen im Krankheitsspektrum; Prävention; Nachsorge; Verstetigung der Rehabilitationserfolge durch Kooperation mit der betrieblichen Arbeitswelt; neue Ansprüche, etwa an partizipative Entscheidungsfindung) und auf Entwicklungen innerhalb der Fachwissenschaften, der Praxis und der Institutionen (z.B. neue Behandlungsverfahren, elektronische Antragstellung, verbesserte Reha-Steuerung, etc.) sowie die Schaffung von Synergieeffekten durch engere Kooperation zwischen den Forschenden auf der einen und Wissenschaft und der Praxis auf der anderen Seite. Schließlich wurde die Frage behandelt, wie eine Dokumentation der Forschungsförderung einen Beitrag zur Ergebnissicherung rehabilitationswissenschaftlicher Erkenntnisse und ihrer Übertragung in die Praxis leisten kann.

2. Vorgehen bei der Analyse nach konzeptionellen Aspekten

Die geförderten Projekte wurden nach den folgenden Gesichtspunkten und Dimensionen mit Hilfe des Programms MAXQDA codiert und für die Analyse aufbereitet:

- zentrale Leistungsbereiche der Rehabilitation: *Medizinische-Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben* sowie *Sozialmedizin*, d.h. alle Projekte zur sozialmedizinischen Begutachtung zur Leistungsgewährung;
- übergreifende rehabilitationswissenschaftlich bedeutsame Themenstellungen wie *Versorgungsforschung* und *Prävention* sowie *Inanspruchnahme*;
- Fragestellungen der Rehabilitationsorganisation: *Reha-Steuerung; Qualitätssicherung; Aus-, Fort- und Weiterbildung; Modellprojekte*;
- Aktuelle Herausforderungen der Rehabilitation (*Nachsorge*), nach Themen, die entweder bislang (zu) wenig untersucht wurden und „Forschungslücken“ markieren wie *Gender/Diversity, Migration* und *Behinderung*, auf die Analyse besonders kritischer Phänomene verweisen (z.B. *Erwerbsminderungsrente; Komorbidität*) oder konzeptionelle Fragen der Rehabilitation betreffen wie *ICF-Umsetzung* und *Patientenorientierung/Partizipation*;
- Systematisierung nach übergreifenden Aspekten wie der Häufigkeit der in Forschungsprojekten im Zeitverlauf behandelten Hauptdiagnosen oder nach den verwendeten Forschungs-methoden.

Unsere aus dieser Analyse gewonnenen Ergebnisse wurden vor dem Hintergrund der bereits 2007 von Koch u.a. (2007) vorgelegten Expertise zur *Bestandsaufnahme und Zukunft der Rehabilitations-*

forschung in Deutschland sowie der Themenschwerpunkte des gemeinsamen Förderschwerpunkts *Rehabilitationswissenschaften* des BMBF und der Deutschen Rentenversicherung (2009) interpretiert um die Ergebnisse damit in einem weiteren Horizont der rehabilitationswissenschaftlichen Entwicklung zu kontextualisieren. Im Folgenden werden die damals identifizierten Forschungslücken mit den in der Forschungsdokumentation aufgeführten geförderten Projekten verglichen und mit den Ergebnissen aus unserer Analyse in Beziehung gesetzt und ergänzt.

3. Hauptergebnisse

a) Forschungslücken im Bereich der rehabilitativen Versorgung und spezieller Zielgruppen

- Die geringe Anzahl von Projekten im Bereich der *Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben/Berufliche Rehabilitation* verweist angesichts von immerhin ca. 20 % aller bewilligten Reha-Leistungen 2018 im Bereich LTA (vgl. Reha-Bericht 2019, S. 61) auf eine Forschungslücke in diesem Bereich, auf die die Rentenversicherung allerdings inzwischen mit der Ausschreibung eines Förderschwerpunkts „*Berufliche Rehabilitation*“ im November 2020 bereits reagiert hat. Insbesondere Projekte, die konkrete Verlaufsprozesse und die Bedingungen einer nachhaltigen Beschäftigungssicherung in den Blick nehmen und Projekte, die die differenzielle Zuweisung von Rehabilitanden/innen zu unterschiedlichen Maßnahmen anhand von operationalisierbaren Zuweisungs- und Erfolgskriterien untersuchen, scheinen hier vordringlich. Aus unserer Sicht sind zudem Projekte einer Früherkennung von arbeitsbedingten gesundheitlichen Risiken in Kooperation mit den Betrieben und dem Arbeitsschutz erforderlich. Mit Blick auf die Rückkehr in Arbeit erscheint uns ebenfalls eine Stärkung der Förderung von Forschungsprojekten wünschenswert, die die Gelingensbedingungen und Barrieren einer Vernetzung zwischen ärztlicher Primärversorgung, Rehabilitation und betrieblicher Arbeitswelt in den Fokus rücken. Projekte zur Identifikation von „Risikogruppen“ sollten unserer Ansicht nach angesichts der großen Heterogenität der biografischen Konstellationen der Rehabilitanden/innen im Bereich der beruflichen Rehabilitation durch konkrete Studien zum Case-Management insbesondere auch mit Blick auf den Verlauf und die nachhaltigen Erfolge beim Stay at Work ergänzt werden. Eine Anregung der Expertise von Koch u.a. (2007) aufgreifend, wären zudem wissenschaftliche Analysen zur Stärkung lebens- und arbeitsweltnaher Rehabilitationsforschung (insbesondere in den Bereichen der beruflichen Rehabilitation) wünschenswert.
- *Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund*. Hier beziehen sich nur 11 Projekte (weniger als 2,5 % aller geförderten Forschungsvorhaben) ausdrücklich auf Fragestellungen, die die Situation dieser Zielgruppe zum Gegenstand haben. Die Priorisierungsempfehlung wie sie in der Expertise von Koch u.a. (2007) vorgeschlagen wurde, hat sich bislang nicht in einer entsprechenden Projektförderung niedergeschlagen. Angesichts einer auch künftigen Zunahme von Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund und einer Unterinanspruchnahme von Reha-Leistungen durch diese Personengruppen erscheint hier eine gezielte Förderung von Forschungsprojekten zur Entwicklung und Überprüfung kultursensibler und von der Zielgruppe akzeptierter Angebote dringend erforderlich.
- *Gender/Diversity*: hier sind nur 6 Forschungsprojekte einschlägig. Eine übergreifende auch theoretische Analyse fehlt in diesem Bereich. Dies ist umso gravierender als die besonderen Formen im „Kranksein“ und der Krankheitsbearbeitung/-bewältigung von Frauen schon seit Jahrzehnten in der Gesundheitsforschung und -soziologie bekannt sind und diskutiert werden

und im Sinne einer personalisierten Rehabilitation und passgenauer und akzeptierter Hilfen gezielt weiterentwickelt werden müssten.

- *Menschen mit Behinderungen*: hier finden sich über den gesamten Zeitverlauf hinweg nur 4 Projekte (davon zwei zu Sehbehinderung/Blindheit). Es wäre wünschenswert diese Forschungslücke nicht zuletzt unter Gesichtspunkten der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und der Arbeitswelt mit einschlägigen Forschungsprojekten zu schließen.
- *Prävention*. Hier besteht ein großer Nachholbedarf. Die wenigen geförderte Projekte sind alle neueren Datums wie etwa eine Studie zur Überprüfung der Effekte der Ü-45 Checks (vgl. Projekt 054). Aus fachlicher Sicht wären hier Forschungsprojekte sinnvoll, die nicht nur Risikogruppen identifizieren oder auf individuelle Veränderungen in Richtung einer gesundheitsförderlichen Lebensweise abstellen, sondern auch in Kooperation mit betriebsärztlichen Diensten, BEM-Beauftragten und dem Arbeitsschutz und Forschungseinrichtungen wie der BAuA und der Gesetzlichen Unfallversicherung sowie dem Firmenservice der Rentenversicherung strukturelle Aspekte gesundheitsschädlicher Arbeitsbedingungen auch in der Forschung stärker akzentuieren (Stichwort: Verhältnisprävention).
- *Nachsorge*: Bei diesem für die Stabilisierung und Sicherung des Rehabilitationserfolgs zentralen Thema zeigt sich eine vermutlich aus Praxisnotwendigkeiten heraus entstandene intensive Förderung einschlägiger Forschungsprojekte (72 einschlägig codierte Forschungsvorhaben). Hier fällt insbesondere die starke Präsenz internetbasierter Nachsorge und telerehabitativer Nachsorgeunterstützung positiv auf.

b) Reha-Steuerung

In diesem Feld sind es besonders drei Bereiche, in denen wir Forschungslücken in der geförderten Reha-Forschung sehen:

- Vernetzung der primärärztlichen Versorgung mit der Rehabilitation und betriebliche Früherkennung;
- Vernetzung der rehabilitativen Versorgung mit der Arbeitswelt; hier wäre auch an eine Vernetzung mit Forschungsprojekten des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB) zu denken;
- Nur wenige Projekte widmen sich der Problematik des *Schnittstellenmanagements*. Dies betrifft nicht nur die Vernetzung der oben benannten Bereiche, sondern berührt darüber hinaus das Thema der träger- und rechtskreisübergreifenden Barrieren, die die Einleitung und Organisation von Rehabilitationsleistungen betreffen; hierzu liegen zwar eine Vielzahl von Erfahrungsberichten, aber so gut wie keine wissenschaftlichen Analysen vor. Die im Rahmen von Reha-Pro geförderten und wissenschaftlich begleiteten Modellprojekte greifen dies inzwischen auf, wobei allerdings grundlagenwissenschaftliche Aspekte vernachlässigt werden.
- Verstärkte Förderung rehabilitationsökonomischer Analysen (vgl. schon: Koch u.a. 2007);
- Ein weiteres Defizit zeigt sich hier im Bereich von Forschungsprojekten, die einen systematischen *Vergleich zwischen stationären und ambulanten Rehabilitationsangeboten*

vornehmen. Dies ist sowohl aus rehabilitationsökonomischer Perspektive, vor allem aber mit Blick auf Niedrigschwelligkeit, Akzeptanz und regionale Angebotssicherung von Bedeutung.

c) Qualitätssicherung

- Während im engeren Sinne der Entwicklung, Analyse und Überprüfung von Qualitätssicherungsverfahren nur 8 Projekte codiert werden konnten – was auch damit zusammenhängen mag, dass konzeptionelle Vorgaben nicht in die Forschungsdokumentation aufgenommen wurden –, finden sich insgesamt 11 Studien, die einen inhaltlichen Bezug zum Qualitätsmanagement aufweisen, etwa Projekte zu *Leitlinien, Therapiestandards, Reha-Management-kategorien, KTL-Anwendung, -Nutzung- und -Überprüfung*. Hier wäre aus unserer Sicht eine gezielte Förderung vor allem auch von Projekten sinnvoll, die eine qualitative Perspektive auf die tatsächliche Praxisfunktion dieser Qualitätssicherungssysteme vornehmen.

d) Konzeptionelle Aspekte

- Hier findet sich eine deutliche schon von Koch u.a. (2007) benannte Forschungslücke im Bereich wissenschaftlichen Analysen zur *Weiterentwicklung, Anwendung und Nutzung der ICF*;
- Eine weitere Forschungslücke zeigt sich hier in den Bereichen der *Patientenorientierung, der Partizipation und der Patientenerfahrungen*. Diese Themen berühren nicht nur die rechtlichen Vorgaben zur Personenzentrierung im BTHG, sondern betreffen auch Fragen der Akzeptanz der rehabilitativen Angebote durch die Rehabilitanden/innen und die Frage der lebensweltlichen Passfähigkeit der Angebote und Interventionen. Mit Blick auf Förderung der Eigenverantwortung und der Förderung von Selbstständigkeit fehlen hier wissenschaftliche Analysen, die aufzeigen, unter welchen Bedingungen und mit Blick auf welche Personengruppen und diagnosespezifische Beeinträchtigungen die Erwartungen an Eigenverantwortung und Selbstständigkeit gefördert werden können und wo diese an Grenzen stoßen. Die Studien zu Patientenschulungen gehen unseres Erachtens zu stark von normativen Gesundheitsvorstellungen aus und berücksichtigen zu wenig die milieu- und lebenslagenspezifischen sowie biografischen Voraussetzungen zur Adhärenz mit den von Seiten der Rehabilitation formulierten Erwartungen.

e) Forschungsmethoden

- Insgesamt zeigt sich in den Projekten ein sehr hohes Niveau der methodischen Anlage der Studien. Das betrifft die Orientierung an Standards der Evidenzbasierung und trifft mit gewissen Einschränkungen auch auf die zahlenmäßig schwächer vertretenen qualitativen Studien zu. Einen zusätzlichen Forschungsbedarf sehen wir hier vor allem in Verlaufsstudien vor allem im Bereich der qualitativen Analysen.

Die in dieser Zusammenfassung dargestellten Ergebnisse zu den geförderten rehabilitationswissenschaftlichen Projekten auf Basis der Forschungsdatenbank vermitteln unserer Ansicht einen guten Anhaltspunkt um auch die Weiterentwicklung der rehabilitationswissenschaftlichen Forschungslandschaft zu gestalten und bislang weiße Flecken auf der Landkarte mit gezielten Projekten und Schwerpunktsetzungen anzugehen. Zu einer

vollständigeren Charakterisierung der nationalen rehabilitationswissenschaftlichen Forschung wären unserer Ansicht nach auch die Ergebnisse der rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien, vor allem aber auch in systematischer Weise Ergebnisse aus den unterschiedlichen gesundheitswissenschaftlichen akademischen Disziplinen wie Public Health, Medizinsoziologie und -psychologie, der Rehabilitationspädagogik und der Gesundheitsökonomie einzubeziehen und für die Weiterentwicklung der Rehabilitation zu nutzen.

Empfehlungen

Wenn kontinuierliche Forschungsdokumentation mehr sein soll als ein mehr oder weniger legitimatorischer Nachweis über geförderte Forschungsvorhaben, dann sind zunächst Zielperspektiven zu entwickeln. Wir sehen hier vor allem folgende Ziele für eine Forschungsdokumentation als „lernendes System“:

- (1) *Sicherung des wissenschaftlichen Kenntnisstandes zu zentralen Bereichen der Rehabilitation.* Da schon der nationale Forschungsstand der im weiteren Sinne verstandenen Rehabilitationswissenschaften, vom internationalen ganz zu schweigen, inzwischen kaum noch überschaubar und breit gestreut publiziert ist, scheint es uns auf mittlere Sicht auch für die Rentenversicherung sinnvoll, die von ihr geförderten Projekte in einen größeren Rahmen einzuordnen und mit Blick auf Schwerpunktsetzungen und Praxisrelevanz und -tauglichkeit zu bewerten. Hier böte es sich an, in enger Kooperation mit Universitäten, der DVfR und bestehenden einschlägigen Forschungszentren eine Bestandsaufnahme der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung über bereichsspezifische systematische Reviews ggf. durch eine gemeinsam mit der DFG geförderte Initiative zu entwickeln. Hier könnten bereits zu sehr speziellen Forschungsthemen entwickelte systematische Reviews einbezogen werden.
- (2) *Identifikation von Forschungslücken* entsprechend der zentralen Zielsetzungen der Rehabilitation und veränderter Schwerpunktsetzungen, sei es aufgrund veränderter (epidemiologischer) Problemlagen (z.B. EM-Renten wegen psychischer Erkrankungen) oder veränderter rehabilitationspolitischer Vorgaben (Präventionsgesetz; Flexi-Rentengesetz), verstärkte Konzentration auf die Kooperation zwischen Betrieben auf der einen und Medizinischer und beruflicher Rehabilitation auf der anderen Seite zur Optimierung der Rückkehr in Arbeit und einer nachhaltigen Beschäftigungssicherung für Menschen mit bedingter Gesundheit.
- (3) *Informationssystem zur Vernetzung interessierter wissenschaftliche Kooperationspartner bei ähnlich gelagerten Themen- und Fragestellungen und die Vernetzung von Praxiseinrichtungen.* Damit könnten Synergieeffekte geschaffen werden und Forschungsprojekte mit sehr ähnlichen Fragestellungen sich besser austauschen.
- (4) *Ergebnissicherung aus der Forschung gewonnener Praxisempfehlungen zur Weiterentwicklung der Rehabilitation und Überprüfung, ob aus den Ergebnissen der geförderten Studien praktische Konsequenzen gezogen wurden.* Während hier bereits mit Blick auf die berufliche Orientierung in der Medizinischen Rehabilitation eine Reihe von Projekten (vgl. 3.2.1, S. 21) diesen engen Bezug bereits sichtbar werden lassen, fehlt dies für andere Bereiche. Mit einer Dokumentation der Umsetzung von Forschungsergebnissen in die Praxis könnte der Zusammenhang zwischen Rehabilitation und Forschungsergebnissen sichtbar gemacht und gezeigt werden, wie und inwieweit die Förderung von Forschungsprojekten durch die Rentenversicherung der Weiterentwicklung der Rehabilitation tatsächlich dient.

- (5) *Dokumentation der Projektberichte* (zugängliche PDF-Formate) und *der aus den Projekten entstandenen Veröffentlichungen*. Die Projekte sollten aus unserer Sicht für interessierte Forscher/innen und Praktiker/innen zugänglich sein; da die teils umfangreichen und teils sehr spezifischen Projektberichte oft nicht in ihrer Gesamtheit veröffentlicht werden, wäre ein Zugang über nicht-bearbeitbare PDF-Dateien sinnvoll. Da wissenschaftliche Veröffentlichungen oft erst lange nach Abschluss der Projekte erscheinen, wäre es aus unserer Sicht hilfreich, wenn die jeweiligen Projektleiter/innen darum gebeten werden, Publikationen an die DRV zu melden, damit diese dann in die Datenbank aufgenommen werden können bzw. die Beiträge von den Autoren/innen selbst auf eine entsprechende Seite hochgeladen werden können. Zwar finden sich instruktive und thematisch zugeordnete Zusammenfassungen (nicht nur) der von der Rentenversicherung geförderten Projekte in den jährlichen Veröffentlichungen der Reha-Kolloquien, diese haben aber nur einen engen Adressatenkreis im Umfeld der „Reha-Community“. Angesichts der Menge heterogener und oft sehr (zu) kleinteiliger Forschungsaktivitäten und Projektergebnisse ließe sich eine derartige Dokumentation als hilfreiche Dienstleistung begreifen, die die oft verstreut publizierten Beiträge zusammenträgt und damit auch den interdisziplinären Austausch fördern kann.

Die Entscheidung für ein – nicht zuletzt auch für die Fachöffentlichkeit – leicht zugängliches Dokumentationssystem der von der Rentenversicherung geförderten Forschungsprojekte sollte aus unserer Sicht vor allem mit konzeptionellen und strategischen Fragen der Rehabilitation verbunden werden und damit selbst eine Hilfe bei der Steuerung der Forschungsförderung der Rentenversicherung darstellen. Zur Umsetzung dieser Empfehlungen wurde eine Datenmaske entwickelt (vgl. 5.2), die einen Vorschlag zur Implementation einer fortlaufenden „lernenden“ Forschungsdokumentation enthält

Vorwort

Die rehabilitationswissenschaftliche Forschung in Deutschland ist – nicht zuletzt aufgrund unterschiedlicher Traditionslinien: einer dominant medizinisch orientierten auf der einen und einer sonderpädagogisch orientierten Rehabilitationsforschung auf der anderen Seite – zersplittert und unübersichtlich. Auch existiert keine einheitliche Definition der Rehabilitationswissenschaften, was angesichts der unterschiedlichen, an der Rehabilitation beteiligten Disziplinen und auch teils divergierender Perspektiven nicht verwundert. Daher wird auch von Rehabilitationswissenschaften im Plural gesprochen (vgl. Bengel & Koch 2000); in dieser Perspektive zeigt sich, dass rehabilitationswissenschaftliche Forschung wissenschaftlich einen multidisziplinären Charakter hat, konzeptionell am bio-psycho-sozialen Modell orientiert ist und – erst in den letzten beiden Jahrzehnten in Anknüpfung an internationale Entwicklungen (UN-Behindertenrechtskonvention) und nationale Politiken (SGB IX, BTHG) – auf eine gesellschaftliche Teilhabeperspektive hin angelegt ist. Mit Blick auf eine universitäre Verankerung stellt diese aus den Erfahrungen der Rehabilitationspraxis stammende Entwicklung allerdings eher ein Problem dar: wissenschaftliche Exzellenz wird in der universitären Forschung vor allem in der autopoietischen Logik einer Vertiefung von disziplinären Spezialgebieten und in der methodischen Verfeinerung gesehen, Interdisziplinarität findet sich eher selten. Das hat einerseits dazu geführt, dass die angewandten Rehabilitationswissenschaften ihre wissenschaftliche Legitimation in der Konzentration auf eine evidenzbasierte Methodenentwicklung suchen und weniger in der Theorie- und Konzeptentwicklung (mit wenigen Ausnahmen: etwa Gerdes 2000); zum anderen hat die versorgungsorientierte Rehabilitationsforschung zunächst, nicht zuletzt wegen der tendenziellen Skepsis seitens der Academia, die Verbindung mit den relevanten sozialpolitischen Akteuren der Rehabilitation und hier besonders der Rentenversicherung gesucht und hat von hier aus einen Aufschwung genommen. Da die Rentenversicherung als der zentrale Akteur in diesem Feld wissenschaftlich gestützte evidenz-basierte Forschung zur Weiterentwicklung und zur Überprüfung von Wirksamkeit, Effizienz, Nachhaltigkeit und Qualität ihrer Angebote als Querschnittsaufgabe begreift, hat sich stark von ihr gefördert in den vergangenen 30 Jahren eine eigenständige rehabilitationswissenschaftliche Forschungstradition ausgehend von der bis heute dominierenden Medizinischen Rehabilitation entwickelt. Eine Übersicht über die dabei gewonnenen Ergebnisse gibt es – abgesehen von älteren Veröffentlichungen (vgl. Bengel & Koch 2000; Koch, Lehmann & Morfeld 2007) oder disziplinär spezifischen Übersichten etwa zur Rehabilitationspsychologie (vgl. Bengel & Mittag 2020²; von Kardorff 2020) oder zu hoch spezialisierten

Fragestellungen wie etwa zum Return to Work (vgl. Weber, Peschkes & de Boer 2014) unseres Wissens nicht. Dies gilt teilweise auch für Bestandaufnahmen im internationalen Bereich (vgl. Tate 2006).¹

Vor diesem Hintergrund ist das vorliegende Projekt der Versuch, die von der Deutschen Rentenversicherung als dem zentralen Träger der Rehabilitation im Zeitraum von 1995 bis 2020 geförderten Forschungsprojekte erstmals systematisch zu analysieren und unter rehabilitationswissenschaftlichen und versorgungspolitisch strategischen Aspekten zu interpretieren. Die vorliegende deskriptive Analyse und Auswertung basiert auf der Forschungsdatenbank der DRV, die eine Dokumentation, der von der DRV geförderten Projekte im Bereich der Rehabilitation im oben erwähnten Zeitraum enthält; die Dokumentation ist nicht ganz vollständig, weil nicht klar ist, ob alle Rentenversicherungsträger der Länder, auch alle von ihnen in diesem Zeitraum geförderten Projekte gemeldet haben. Unsere vorwiegend deskriptive Analyse soll einen ersten Beitrag zu einer Bestandaufnahme der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung liefern und bedarf einer erweiterten Fortführung.

Zum Schluss möchten wir uns besonders für die Unterstützung und wertvollen Hinweise bei Frau Dr. Mayer und Herrn Dr. Streibelt von der DRV Bund bedanken.

Prof. i.R. Dr. Ernst von Kardorff

Berlin, März 2021

¹ Im Rahmen der vorliegenden Studie konnte allerdings keine systematische Literaturrecherche, insbesondere nicht für den internationalen Bereich durchgeführt werden.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung/Abstract.....	I-VI
Vorwort	
Abbildungsverzeichnis.....	
Tabellenverzeichnis	
1. Einleitung: Hintergrund, Ziele und Fragestellungen.....	1
1.1 Hintergrund	1
1.2 Ziele und Fragestellungen der vorliegenden Datenanalyse	5
2. Konzeptionelle Überlegungen und methodisches Vorgehen.....	7
2.1 Technisches Vorgehen: Einlesen der Daten und Datenkontrolle, Status der Projekte und Laufzeiten	7
2.2 Codierungsschritte	7
3. Deskriptive Analyse der Forschungsdatenbank	13
3.1 Allgemeine Kenndaten: Projektstatus, Förderung im Zeitverlauf und Laufzeiten	13
3.2 Hauptcodes und Subcodes – Vorgehen und Häufigkeiten der Codes.....	16
3.2.1 MEDIZINISCHE REHABILITATION/MEDICAL REHABILITATION (n = 261 Projekte)	20
3.2.2 BERUFLICHE REHABILITATION/VOCATIONAL REHABILITATION (n = 25 Projekte)	22
3.2.3 VERSORGUNGSFORSCHUNG/HEALTH SERVICES RESEARCH (n = 67 Projekte)	24
3.2.4 REHA-STEUERUNG/ADMINISTRATIVE PROCEDURES (n = 96 Projekte).....	26
3.2.5 SOZIALMEDIZIN/sociomedical topics (n = 16 Projekte)	27
3.2.6 QUALITÄTSSICHERUNG/Quality management (n = 8 Projekte)	29
3.2.7 PRÄVENTION (n = 10 Projekte).....	30
3.2.8 MODELLPROJEKTE (n = 7 Projekte)	31
3.2.9 Aus-Fort- und Weiterbildung für Fachkräfte (n = 19).....	32
3.2.10 BERUFSGRUPPEN/OCCUPTIONAL GROUPS (n = 7 Projekte)	33
3.3 Codierung spezieller Fragestellungen	34
3.3.1 Themenbereich Forschungslücken.....	34
3.3.2 Projekte zu versorgungsrelevanten Spezialthemen	38
3.3.3 Themenbereich konzeptionelle Fragen der Rehabilitation.....	65
3.4 Codierungen über alle Projekte hinweg: Ziele, Diagnosen, Methoden	71
3.4.1 ZIELE/FRAGESTELLUNGEN /Objectives/aims (n = 125)	71
3.4.2 DIAGNOSEN (N = 514)	72
3.4.3 FORSCHUNGSDESIGNS/ RESEARCH DESIGNS (n = 503 Projekte)	79
4. Zusammenfassende Interpretation der Ergebnisse	85
4.1 Themenschwerpunkte und -konjunkturen.....	85
4.2 Forschungslücken	87

5. Empfehlungen	92
5.1 Perspektiven für eine kontinuierliche Forschungsdokumentation	92
5.2 Vorschlag für eine Systematik der Forschungsdokumentation	94
5.2.1 Anforderungsskizze für eine Eingabemaske.....	94
5.2.2 Vorschlag für eine einheitliche Eingabemaske.....	97
Literatur.....	100

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Sub-Codes „Medizinische Reha“ (eigene Darstellung)	10
Abbildung 2 Subcodes zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (eigene Darstellung)	11
Abbildung 3 Screenshot für Projekt P 344 Mehrfachcodierung (eigene Darstellung)	12
Abbildung 4 Subcodes für Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation (eigene Darstellung)	24
Abbildung 5 Hierarchisches Code-Subcode Modell für Sozialmedizin (eigene Darstellung)	28
Abbildung 6 Zuordnung der Projekte zu Zielbereichen der Rehabilitationsforschung (eigene Darstellung)	72
Abbildung 7 Diagnoseverteilung über die Projekte (eigene Darstellung)	75
Abbildung 8 Schwerpunkte der diagnosespezifischen Projekte im Zeitverlauf (eigene Darstellung) ..	76
Abbildung 9 Codierung der Methoden der geförderten Forschungsarbeiten (eigene Darstellung)	80

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Verbünde und Verbundthemen (Quelle: Forschung in der Rehabilitation. Gemeinsamer Förderschwerpunkt ´Rehabilitations-wissenschaften´ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Deutschen Renten-versicherung (2009)).	3
Tabelle 2 Projekte des Förderschwerpunkts nach Themenschwerpunkten (mit Mehrfachnennungen) (Quelle: Forschung in der Rehabilitation. Gemeinsamer Förderschwerpunkt ´Rehabilitations-wissenschaften´ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Deutschen Rentenversicherung (2009)).	4
Tabelle 3 Status der Projekte im Zeitraum von 1995 – 2020 (N = 516) (eigene Darstellung)	13
Tabelle 4 Projektförderung im Zeitverlauf (eigene Darstellung)	14
Tabelle 5 Forschungsförderung im Zeitverlauf (eigene Darstellung)	15
Tabelle 6 Laufzeiten (eigene Darstellung)	16
Tabelle 7 Hauptcodes der 516 codierten Projekte (eigene Darstellung)	19
Tabelle 8 Übersicht über alle Projekte Medizinische Rehabilitation (n = 261) (eigene Darstellung)	21
Tabelle 9 Projekte mit dem Schwerpunkt von LTA-Leistungen (eigene Darstellung)	23
Tabelle 10 Projekte mit dem Schwerpunkte Versorgungsforschung (eigene Darstellung)	25
Tabelle 11 Projekte Reha-Steuerung	27
Tabelle 12 Sozialmedizinische Projekte (eigene Darstellung)	28
Tabelle 13 Projekte mit Schwerpunkt auf Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement (eigene Darstellung)	30
Tabelle 14 Laufende Projektnummern (eigene Darstellung)	31
Tabelle 15 Modellprojekte (eigene Darstellung)	32
Tabelle 16 Fort- und Weiterbildung für Fachkräfte (eigene Darstellung)	33
Tabelle 17 Projekte bei denen Berufsgruppen in der Reha im Vordergrund standen (n= 7) (eigene Darstellung)	33
Tabelle 18 Diagnoseverteilung bei 423 codierten Projekten (eigene Darstellung)	73
Tabelle 19 Projekte mit Diagnoseschwerpunkt Muskel- und Skeletterkrankungen (n= 111) (eigene Darstellung)	73
Tabelle 20 Projekte mit Schwerpunktdiagnose Psychische u. Psychosomatische Erkrankungen (n=85) (eigene Darstellung)	74
Tabelle 21 Projekte mit Schwerpunktdiagnose Herz-Kreislaufferkrankungen (n=60) (eigene Darstellung)	74
Tabelle 22 Projekte mit Schwerpunktdiagnosen im Bereich Innere Erkrankungen (n = 57) (eigene Darstellung)	74

Tabelle 23 Projekte mit Diagnoseschwerpunkt Krebserkrankungen (n = 37) (eigene Darstellung)	74
Tabelle 24 Projekte mit Diagnoseschwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen (n = 36) (eigene Darstellung)	75
Tabelle 25 Projekte mit Diagnoseschwerpunkt Neurologische Erkrankungen (n = 33) (eigene Darstellung)	75
Tabelle 26 Projekte mit Diagnoseschwerpunkt Behinderung (eigene Darstellung)	75
Tabelle 27 Komorbidität (eigene Darstellung)	77
Tabelle 28 Projekte, die das Thema chronische Krankheit behandeln (n = 52) (eigene Darstellung) ..	78

1. Einleitung: Hintergrund, Ziele und Fragestellungen

1.1 Hintergrund

Zu den zentralen Aufgaben der Rentenversicherung zählen nicht nur Rentenberechnung, Auszahlung und Kontenklärung, usw. sondern bereits seit Ende des 19. Jhs. auch die *Rehabilitation*². Zunächst vor allem von der Medizin und hier besonders von der Orthopädie, der Bäderkunde und der Physiotherapie geprägt entwickelte sich, parallel zum wachsenden Aufgabenspektrum der Rehabilitation erst zu Beginn der 90er Jahre des 20. Jh. eine übergreifende und eigenständige rehabilitationswissenschaftliche Perspektive (vgl. Blumenthal & Schliehe 2009; Buschmann-Steinhage & Wegscheider 2009), nicht zuletzt um der politischen Kritik an der Wirksamkeit der Rehabilitation, wie der wissenschaftlichen Kritik an Legitimationsforschung (Wehner 2019) entgegenzutreten und eine auf empirischen Ergebnissen begründete Entwicklung der Rehabilitation zu befördern. Zur Überprüfung der Eignung, Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeit von Reha-Maßnahmen sowie zur Sicherung der Qualität und zur Klärung übergeordneter Fragen und der Weiterentwicklung der rehabilitativen Versorgung können die Rentenversicherungsträger daher „Forschungsvorhaben im Bereich der Rehabilitation [fördern]. Damit sollen Projekte unterstützt werden, die der Weiterentwicklung der Rehabilitation dienen und die geeignet sind, die Zielsetzung der Rehabilitation im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung zu unterstützen. Es gelten hierbei die Richtlinien der Deutschen Rentenversicherung Bund über Zuwendungen nach § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB VI an Einrichtungen, die auf dem Gebiet der Rehabilitation forschen oder die Rehabilitation fördern“³.

Eine gezielte eigenständige Förderung rehabilitationswissenschaftlicher Forschung durch die Rentenversicherung, hat sich allerdings erst ab 1992 als Ergebnis der Empfehlungen der *Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger* (VDR) nicht zuletzt als Reaktion auf eine politische Kritik an der Effizienz der Rehabilitation und auf Vorbehalte hinsichtlich einer mangelnden wissenschaftlichen Fundierung rehabilitativer Maßnahmen entwickelt (vgl. Wehner 2019); so wurde

² Rehabilitation als Aufgabe der Rentenversicherung „begann 1891 mit dem Reichsgesetz über Invaliditäts- und Altersversicherung, das im Rahmen der Bismarckschen Sozialreform erlassen wurde. Seitdem spielt – anders als in vielen anderen Ländern – die Rentenversicherung eine zentrale Rolle in der Rehabilitation, denn mit diesem Gesetz wurden die damaligen Landesversicherungsanstalten ermächtigt, Heilverfahren durchzuführen, um Invalidenrenten zu verhindern“ (Buschmann-Steinhage & Brüggemann 2011, S. 404); mit den Rentenversicherungs-Neuregelungsgesetzen von 1957 wurde Rehabilitation „zu einem festen Bestandteil der von den Rentenversicherungsträgern zu gewährenden Leistungen“ (ebd. S. 404) und um Aufgaben der Beschäftigungssicherung und die Förderung der Rückkehr in Arbeit erweitert.

³ www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Traeger/Bund/reha_forschung/modellprojekte/forschungsfoerderung/forschungsfoerderung_index.html;jsessionid=CF67C773EC7030DC92D468FFDB370E2.delivery2-1-replication

von der Rentenversicherung u.a. die Einrichtung von Stiftungslehrstühlen in die Wege geleitet, um eine engere Verbindung zur universitären Forschung herzustellen und rehabilitationswissenschaftliche Forschung auch universitär zu verankern sowie mit einer multidisziplinären Orientierung die Begrenzung auf eine vorrangig kurative medizinische Forschung aufzubrechen. In diesen Zeitraum fällt auch eine gemeinsame Forschungsinitiative der Rentenversicherung zusammen mit dem BMBF zu übergreifenden Fragestellungen der Rehabilitation, zu deren Klärung auch die ersten rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbände (1996 – 2005) ins Leben gerufen wurden: „Um die Rehabilitationsforschung auf eine breitere und ausreichende Basis zu stellen, richteten das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und die Deutsche Rentenversicherung (damals Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, VDR) 1996 den gemeinsamen Förderschwerpunkt *‘Rehabilitationswissenschaften’* ein. Der Förderschwerpunkt verfolgte zwei Ziele: Neue Erkenntnisse zu wichtigen Fragen der Rehabilitation zu gewinnen und eine tragfähige Infrastruktur für die Rehabilitationsforschung zu etablieren.“ (DRV Bund 2009, S. 7). Damit konnten sich lokale und regionale Kooperationsformen und thematische Schwerpunkte entwickeln, die sich zum größeren Teil um universitäre Klinikstrukturen oder Institute herum organisierten (vgl. auch Raspe 2019). In der nachfolgenden *Tabelle 1* findet sich eine Übersicht über die geförderten Forschungsverbände und ihre Themenschwerpunkte. Die unmittelbar anschließenden *Tabelle 2* liefert eine nach thematischen Gesichtspunkten gegliederte Zusammenstellung der von 1995 – 2009 von der Rentenversicherung im Verbund geförderten Projekte.

Tabelle 1 Verbünde und Verbundthemen (Quelle: Forschung in der Rehabilitation. Gemeinsamer Förderschwerpunkt 'Rehabilitationswissenschaften' des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Deutschen Rentenversicherung (2009)).

Tabelle 1: Verbünde und Verbundthemen	
Forschungsverbund	Verbundrahmenthema
Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Bayern (RFB)	Patienten in der Rehabilitation: Störungsspezifische und übergreifende Ansätze zu Fragen der Motivation, Krankheitsbewältigung, Intervention und Evaluation
Reha-Forschungsverbund Berlin-Brandenburg-Sachsen (BBS)	Theoretische und praktische Grundlagen der Reha-Organisation und -Ökonomie
Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen (RFV)	Zielorientierung in Diagnostik, Therapie und Ergebnismessung
Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Niedersachsen/Bremen (RFNB)	Reha-Ergebnisse: Prädiktion, Verfahrensoptimierung, Kosten
Norddeutscher Verbund für Rehabilitationsforschung (NVRF)	Optimierung der Rehabilitation: Bedarfsermittlung, Effektivitätssicherung und Organisationsentwicklung
Nordrhein-Westfälischer Forschungsverbund Rehabilitationswissenschaften	Zukunftsstrategien für die Rehabilitation – Wirksamkeit und Qualitätsmanagement
Forschungsverbund Rehabilitationswissenschaften Sachsen-Anhalt/Mecklenburg-Vorpommern	Schnittstellenprobleme in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation: Entwicklung und Erprobung praxisorientierter Lösungsansätze
Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Ulm	Bausteine der Reha

Tabelle 2 Projekte des Förderschwerpunkts nach Themenschwerpunkten (mit Mehrfachnennungen)
(Quelle: *Forschung in der Rehabilitation. Gemeinsamer Förderschwerpunkt 'Rehabilitationswissenschaften' des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Deutschen Rentenversicherung (2009)*).

Tabelle 2: Projekte des Förderschwerpunkts nach Themenschwerpunkten (mit Mehrfachnennungen)	
Themenschwerpunkte	Anzahl Projekte
Reha-System (Flexibilisierung, Überwindung von Schnittstellenproblemen, Erfassung des Reha-Bedarfs usw.)	49
Weiterentwicklung und Evaluation von Reha-Leistungen	38
Ökonomische Aspekte der Rehabilitation	29
Patienten in der Rehabilitation (Reha-Motivation, Bewältigung der Krankheitsfolgen usw.)	26
Krankheitsverlauf und Vorhersage des Reha-Erfolgs	26
Reha-Diagnostik	24
Aspekte der beruflichen Rehabilitation	14
Gestaltung der Nachsorge	12
Geschlechtsspezifische Aspekte	8
Häufigkeit und Verteilung reha-relevanter Erkrankungen (Epidemiologie)	7

Seit Beginn der 90er Jahre ist die Rehabilitationsforschung damit zu einer Grundsatz- und Querschnittsaufgabe der Rentenversicherung geworden: „Der Bereich Reha-Wissenschaften der Deutschen Rentenversicherung Bund fördert als Grundsatz- und Querschnittsaufgabe Forschungsvorhaben auf dem Gebiet der Rehabilitation. Wissenschaftliche Exzellenz und Nutzen für die Entwicklung der rehabilitativen Versorgungspraxis sind zentrale Kriterien für eine Förderung. Gleichzeitig fördern auch einige Rentenversicherungsträger Forschungsvorhaben im Bereich Rehabilitation“.⁴

Eine umfassende Analyse der von den Rentenversicherungsträgern geförderten Projekte liegt bislang ebenso wenig vor wie eine Bestandsaufnahme der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung insgesamt. Zum Thema der beruflichen Wiedereingliederung liegt eine erste Studie des nationalen Forschungsstandes für die Zeit von 1990 -2014 von Spijkers, Pelzer & Arling (2016) vor, die von der DRV Bund gefördert wurde; in der Datenbank ist es das Projekt P 424 *Forschungs-Expertise-Landschaft Beruflicher Rehabilitation (FELBER)*. Darin wird festgehalten, dass für das Thema der Beruflichen Wiedereingliederung „... insgesamt wenig Forschung [vorliegt], die ... das Thema der Beruflichen Wiedereingliederung behandelt, empirisch ist und national beforscht wurde“ (ebenda 2016, S. 283).

⁴ <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Reha-Forschung/Forschungsfoerderung/Forschungsfoerderung.html>

Wie später erläutert wird, gilt dies auch für die Behandlung des Themas in der DRV-Forschungsdatenbank (vgl. 3.22).

1.2 Ziele und Fragestellungen der vorliegenden Datenanalyse

Vor dem skizzierten Hintergrund geht es in unserer Darstellung und Analyse erstens darum, eine Fortschreibung und Systematisierung über die *Tabelle 2* nur auf den Förderschwerpunkt der rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbände begrenzten Zusammenstellung auf der Basis einer fortlaufenden Projektdokumentation der Deutschen Rentenversicherung hinaus zu erweitern (vgl. Anlage: Projektdokumentation DRV Bund), allerdings mit einer davon abweichenden Systematik, wie weiter unten dargestellt und begründet wird. Zweitens geht es, wie die folgenden Fragestellungen dokumentieren, auch darum, anhand der Inhalte der geförderten Projekte Themenkonjunkturen nachzuzeichnen und Forschungslücken zu identifizieren. Konkretisiert soll diese Zusammenschau dazu dienen,

- bereits intensiv beforschte Themen zu benennen, ggf. Doppelforschung zu identifizieren bzw. auf eine fehlende Vernetzung zwischen thematisch ähnlichen Projekten zu verweisen,
- eine Sicherung der vorhandenen Ergebnisse zu erreichen; hier ginge es insbesondere auch darum festzustellen, ob besonders anwendungsrelevante Studien Eingang in Publikationen gefunden oder in der Praxis umgesetzt wurden;
- auf etwaige Forschungslücken vor dem Hintergrund rehabilitationswissenschaftlich, -politisch und aus der Praxis benannter Problemlagen hinzuweisen;
- thematische Konjunkturen in Abhängigkeit von rehapolitischen Zielsetzungen, gesetzlichen Vorgaben, rehabilitationswissenschaftlicher Expertisen und sozialpolitischer Diskurse zu beschreiben.

Das *zentrale Ziel* besteht darin, erstmalig einen systematisierten und nach Themen, Zielsetzungen, Fragestellungen, methodischem Vorgehen und nach den bearbeiteten Handlungsfeldern der Rehabilitation gegliederten Überblick über die Forschungsförderung der Rentenversicherung im Zeitverlauf zu gewinnen.

Auf dieser Basis der Bestandsaufnahme zur Förderlandschaft lassen sich weitergehend Hinweise für die Entwicklung einer zielgenaueren strategischen Förderplanung gewinnen, etwa zu:

- effizientem Mitteleinsatz,
- Synergieeffekten durch engere Kooperation zwischen den Forschenden auf der einen und Wissenschaft und der Praxis auf der anderen Seite,
- priorisierende Identifikation relevanter Themen
- Reaktionen der Förderpolitik auf gesellschaftliche Veränderungen (z.B. Rehabilitationspolitik, etwa Inklusion), auf veränderte bzw. sich prospektiv verändernde Bedarfe (neue Ansprüche, etwa an partizipative Entscheidungsfindung; Verschiebungen im Krankheitsspektrum) und auf Entwicklungen innerhalb der Fachwissenschaften, der Praxis und der Institutionen (z.B. elektronische Antragstellung, verbesserte Reha-Steuerung, etc.).

Konkret bedeutet dies:

- Erstellung eines vollständigen und systematisierten sowie nach Themen, Zielen, Methoden und Handlungsfeldern der Rehabilitation gegliederten Überblicks über die im Zeitraum von (1995/2004 – 2020 bislang von der DRV geförderten Forschungsprojekte
- Identifikation von Themenkonjunkturen im Zeitverlauf
- Identifikation Forschungslücken und -schwerpunkten mit Blick auf versorgungs- und rehabilitationspolitische Zielsetzungen
- Erstellung eines Analyserahmens für weitere Fragestellungen
- Ansatzpunkte zu zielgenauerer strategischer Forschungsdokumentation

Mit Blick auf die Dokumentation ist schon vorab festzuhalten, dass gerade unter der Rubrik „Ziele“ oftmals eher Fragestellungen oder Themenschwerpunkte oder die Beschreibung eines Verfahrens in der Dokumentation aufgeführt werden, so dass hier nur eine unvollständige (für 125 Projekte) und sehr grobe Zuordnung möglich war (s.u.).

2. Konzeptionelle Überlegungen und methodisches Vorgehen

2.1 Technisches Vorgehen: Einlesen der Daten und Datenkontrolle, Status der Projekte und Laufzeiten

Die uns von der DRV zur Verfügung gestellte Dokumentation wurde zunächst in das für die Qualitative Auswertung entwickelte und in der Forschung bewährte Software-Programm MAXQDA-Plus 20.4.0 eingelesen, um damit bei der Einfach- und Mehrfachcodierung der Projekte eine übersichtliche Struktur zu gewinnen, schnelle Vergleiche zu ermöglichen sowie mit Hilfe der lexikalischen Suchfunktion spezielle Themen und Fragestellungen zu identifizieren.

Bei der Kontrolle der eingelesenen 522 Projekte zeigte sich, dass durch die Zuordnung von mehreren Ziffern zu einem Projekt Doppelungen bestanden; diese wurden bereinigt, so dass sich die Gesamtzahl der Projekte auf 516 reduzierte. Bei einer weiteren Nachkontrolle bei der Berichtserstellung ist noch einmal eine weitere Doppelung aufgefallen, bei der ein Projekt drei Ordnungsnummern erhalten hatte, so dass sich die Gesamtzahl der Projekte um weitere zwei auf 514 reduziert. Wir haben diese Korrekturen auch im Originaldokument (vgl. Anhang) vorgenommen, damit die in MAXQDA vergebenen Projektziffern dem Originaldokument zuzuordnen sind.

In einer Übersicht wurde alle Projekte nach ihrem zum Zeitpunkt der Versendung der Datenbank im April 2020 bestehenden *Status* aufgelistet, d.h. *abgeschlossene*, *laufende* und *beantragte* Projekte (vgl. *Tabelle 3*). Aussagekräftiger für die Förderpolitik hat sich dann die Darstellung der pro Jahr bewilligten Projekte erwiesen (vgl. *Tabelle 4*), in der sich die Förderintensität über die Zeit abbildet. In einer weiteren deskriptiven Übersicht (vgl. *Tabelle 6*) findet sich dann eine Übersicht über die Laufzeiten der Projekte.

2.2 Codierungsschritte

Im Anschluss an die technischen Korrekturen wurde nach einer ersten Durchsicht aller Dokumente in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe (Leije Zeng, Alexander Meschnig, Sebastian Klaus, Ernst von Kardorff) ein Vorschlag für zentrale Codes entwickelt und mit Blick auf die zu Beginn der Studie gesichtete Literatur abgestimmt. Allerdings haben wir erst sehr viel später auf einer aus dem Jahre 2009 stammenden Webseite der DRV entdeckt, dass es bereits eine Systematisierung der Themen der von der DRV Bund und dem BMBF im den rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbänden geförderten Projekte gab (vgl. *Tabelle 2*). Dabei zeigten sich viele Gemeinsamkeiten (Berufliche Rehabilitation, Nachsorge, Diagnoseverteilung, System der Reha, geschlechtsspezifische Aspekte) aber

auch Unterschiede in der Systematisierungs-logik. Während erstere sich an den von Rentenversicherung und BMBF ausgeschriebenen Themenstellungen der geförderten Forschungsverbände orientiert (etwa *Weiterentwicklung der Rehabilitation* oder *ökonomische Aspekte der Rehabilitation*) sind wir bei unseren Überlegungen

- *erstens* von den *gesetzlichen Aufgaben und Leistungen* ausgegangen, die die Rehabilitation nach SGB IX und SGB VI zu erfüllen hat (ohne finanzielle Leistungen und Hilfen einzubeziehen, deren Untersuchung in den Forschungsprojekten keine zentrale Rolle gespielt haben) und haben die Projekte diesen Codes zugeordnet (Sozialmedizin [konkrete Bedarfsfeststellung, Antragsbegutachtung, Leistungsbeurteilung, etc.], Medizinische Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, etc. (vgl. Kapitel 3).
- In einem *zweiten Schritt* haben wir übergreifende rehabilitationswissenschaftlich bedeutsame Themenstellungen identifiziert, die sich mit dem Rehabilitationsbedarf verschiedener Gruppen beschäftigt haben und die wir unter dem Code *Versorgungsforschung* subsumiert haben, in diesem Schritt haben wir noch den übergreifenden Code *Prävention* aufgenommen (etwa das Projekt P 054 *Gesamtevaluation der Modellprojekte zum Ü-45-Checkup nach § 14 Abs. 3 SGB VI*) – auch deshalb weil *Prävention*, obschon in der sozialpolitischen Diskussion immer schon bedeutsam (etwa Verhinderung von EM-Renten), durch die aktuellen sozialpolitischen Diskussionen und Gesetzgebungsverfahren (Flexi-Rente, Präventionsgesetz) eine zusätzliche Priorität erhalten hat. Weiterhin haben wir hier auch den Code *Modellprojekte* aufgegriffen, weil er einen wichtigen Aspekt der Weiterentwicklung und praktischen Erprobung der Rehabilitation umfasst, wenngleich die Kategorie dieses Thema nicht vollständig abdeckt.
- In einem *dritten Schritt* haben wir einen übergreifenden Code für den gesamten Bereich der Rehabilitationsorganisation zunächst unter der Überschrift *Verwaltungsverfahren*, später nach dem hilfreichen Hinweis aus der Steuerungsgruppe der DRV in „*Reha-Steuerung*“ umbenannt, benutzt; ein weiterer übergreifender Code wurde für Projekte gesetzt, die das Thema *Qualitätssicherung* in den Mittelpunkt gestellt haben; darüber hinaus haben wir eine weitere Codierung für den Bereich *Fort- und Weiterbildung* sowie für das Thema *Berufsgruppen* entwickelt. Die beiden letztgenannten Themen stehen bei einer Betrachtung der konkreten Projekte allerdings nicht allein für Rehabilitationsforschung, sondern greifen etwa Aspekte der Weiterentwicklung von Teamarbeit und Kooperation oder der Peer-Kontrolle bei der sozialmedizinischen Begutachtung auf. Wir haben diese Projekte, obwohl diese Themen auch anderen Bereichen (etwa der *Qualitätssicherung* oder der *Sozialmedizin*) hätten zugeordnet werden können, dennoch unter eigene Codeüberschriften subsumiert, weil sie uns für die interne Weiterentwicklung der Rehabilitation bedeutsam erscheinen.

Darunter gefasste Projekte wurden später, wie andere Projekte unter den Hauptcodes nach der von uns entschiedenen eindeutigen Zuordnung auch, mehrfach codiert.

- In einem *vierten Schritt* haben wir in einer gemeinsamen Diskussionsrunde mit der DRV Bund unsere Überlegungen vorgestellt und wertvolle Hinweise auf weitere für die rehabilitative Versorgung relevante Themencodierungen erhalten: so haben wir etwa die Codes *Nachsorge*, *Gender/Diversity*, *Migration* zusätzlich aufgenommen; diese Codes greifen thematisch relevante Aspekte der Rehabilitation auf, etwa Nachhaltigkeit der Rehabilitation unter dem Code *Nachsorge* oder eher bislang vernachlässigte Themen wie sich dies bei *Gender/Diversity* oder *Migration* zeigt. Diese speziellen Themen wurden noch durch weitere Spezialthemen von unserer Seite ergänzt wie etwa durch die Themen *Erwerbsminderungsrente* und *Inanspruchnahme von Reha-Leistungen*. Weitere Spezialthemen, für die wir eigene Codes verwendet haben, betreffen konzeptionelle Fragen der Rehabilitation wie etwa das Thema der Nutzung der *ICF* oder die Themen *Partizipation* und *Patientenorientierung*.
Alle speziellen Themen haben wir über Suchworte mit Hilfe der lexikalischen Analysefunktion bei MAXQDA näher bestimmt und die Projekte dann händisch nach den in jedem Unterkapitel angegebenen *Einschluss-* und *Ausschlusskriterien* sowie den *kontroversen Zuordnungsmöglichkeiten* ausgewählt und unter die Codierung aufgenommen bzw. von ihr ausgeschlossen.
- In einem *fünften Schritt* haben wir *Querschnittscodes* gewählt, die auf die meisten der aufgelisteten Projekte zutreffen. Hierzu gehört eine Codierung der (Verteilung) der *Hauptdiagnosegruppen*, die – soweit in den einzelnen Projekten angegeben – in den Studien im Mittelpunkt standen; hier ergaben sich Mehrfachzuordnungen, weil in vielen Studien explizite Vergleiche zwischen verschiedenen Diagnosen vorliegen (im Einzelnen hierzu: Punkt 3.3). Für die in den Projekten verwandten *Forschungsmethoden* haben wir ebenfalls einen gemeinsamen Code mit einigen Unterkategorien auf der Basis üblicher Methoden-zuordnungen verwendet. Eine weitere Kategorie, die auf alle Projekte zutrifft, war bereits in der Originaldokumentation vorgegeben, die nach den *Zielen* der jeweiligen Projekte. Hier ergaben sich eine Reihe von Zuordnungsproblemen, wie bereits erwähnt, weil in vielen Projekten nur Fragestellungen oder ein sehr konkretes Verfahren beschrieben wurde. So ließ sich aus den in der Datenbank zur Verfügung stehenden Projektbeschreibungen nur für 125 Projekte eine Zuordnung zu Zielbereichen der Rehabilitation vornehmen (vgl. *Abbildung 6*).
- In einem *sechsten Schritt* haben wir innerhalb der einzelnen Hauptcodes eine Feincodierung vorgenommen, bei der wir aus den Kurzberichten in der Datenbank Subkategorien (Codes) zu den Hauptcodes entwickelt haben, wie in der folgenden Abbildung zu sehen ist. Während eine so kleinteilige Ausdifferenzierung, die sich aus der Analyse der einzelnen Projekte ergibt, für

analytische Zwecke nur von begrenztem Wert ist, kann sie eine Hilfe bei der prospektiven Erstellung eines Thesaurus zum Auffinden spezieller Verfahren, Behandlungsmethoden, etc. darstellen. Um forschungsstrategisch sinnvolle Aussagen machen zu können, haben wir bei den Subcodes der großen Codegruppen eine abstrahierende Zusammenfassung vorgenommen. Die folgende Abbildung zeigt zunächst als Beispiel eine noch nicht reduzierte Anzahl von Subcodes für den Bereich der Medizinischen Rehabilitation. Dabei zeigt sich insbesondere mit Blick auf die angewandten Behandlungsverfahren ein sehr breites und kleinteiliges Spektrum unterschiedlicher klinischer Verfahren, bei denen es in den dokumentierten Forschungsprojekten um unterschiedliche Formen der Wirkungsüberprüfung geht, von RCT Prüfungen bis zur Überprüfung der subjektiv erlebten Effekte. Ein besonderer Schwerpunkt bei den Gruppenverfahren liegt auf den MBOR-Angeboten.

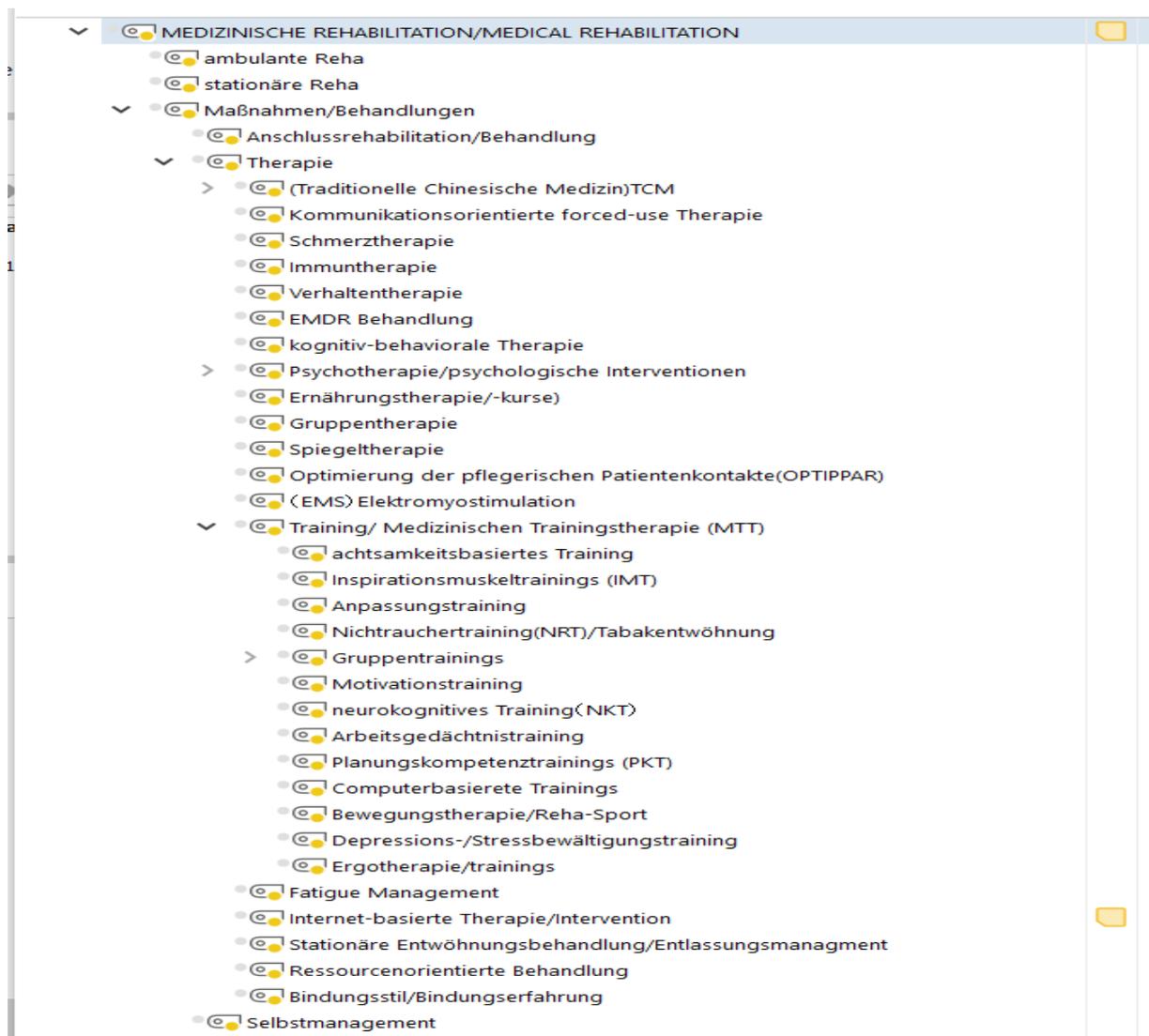


Abbildung 1: Sub-Codes „Medizinische Reha“ (eigene Darstellung)

Die in Abbildung 2 dargestellten Subcodes für Forschungsprojekte im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben/Berufliche Rehabilitation bilden wie auch die Subcodes für den Bereich der Medizinischen Rehabilitation zentrale Schwerpunkte des Rehabilitationsgeschehens ab.

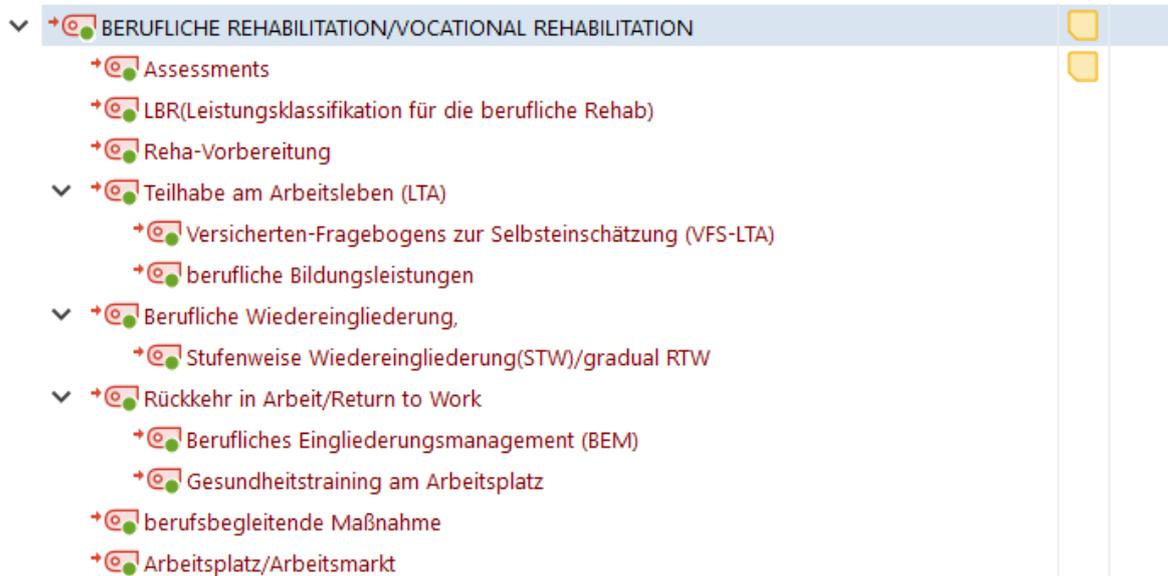


Abbildung 2 Subcodes zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (eigene Darstellung)

Verhältnis der Codes untereinander und der übergreifenden Codes zu den Subcodes

Die von uns ausgewählten Kategorien sind nicht hierarchisch geordnet, sondern ermöglichen unterschiedliche Auswertungs- und Interpretationsmöglichkeiten. Hierbei erscheint es uns wichtig, bezüglich der Identifikation von Lücken in der Forschung eine kleinteilige Interpretationsmöglichkeit zu eröffnen, die sich auf unterschiedliche Dimensionen bezieht; am Beispiel einer Zuordnung von Projekten zum Bereich Medizinische Rehabilitation wird dies im nächsten Abschnitt exemplarisch durchgespielt.

- In einem *siebten Schritt* haben wir die unter den Hauptcodes subsumierten Projekte mehrfach codiert (maximal drei Stellen); dabei sind wir immer von der (relativ) eindeutigen Zuordnung der Projekte zu einem der Hauptcodes ausgegangen und haben dann die Projekte entsprechend der jeweiligen projekteigenen Angaben an zweiter und dritter Stelle anderen Haupt-codes zugeordnet. Aus Gründen der begrenzten Mittel für dieses Projekt haben wir diese Codierungen aber nicht ausgewertet; im MAXQDA-Programm stehen sie aber zur Verfügung; in der darauf bezogenen Darstellung (vgl. *Abbildung 3*) summieren sich aufgrund der Mehrfachcodierungen die Projektzahlen zu einer größeren Summe als die Gesamtanzahl der geförderten Projekte (korrigiert: 514). An einem Beispiel aus dem Datenmaterial soll die

Mehrfachcodierung hier exemplarisch erläutert werden: P 344 *Fähigkeiten, Arbeitsangst und Verbitterungserleben in der Allgemeinbevölkerung*. Es handelt sich dabei um ein Projekt zur medizinischen Rehabilitation im Indikationsbereich Psychosomatik, hier: Anwendung der Mini-ICF zur Bestimmung von Arbeitsangst und Verbitterungserleben. Das Projekt würde primär der Kategorie *Medizinische Rehabilitation* (Ziffer 1 des Index), innerhalb der Subcodes der Medizinischen Rehabilitation würde das Projekt etwa dem Subcode zugeordnet, zugleich aber unter *Diagnostik* und *sozialmedizinische Bedarfsfeststellung (Sozialmedizin)* fallen sowie im *Indikationsbereich Psychosomatik* auftauchen. Das Projekt könnte dann einen Index erhalten, bei dem die erste Ziffer für den Hauptcharakter der Studie steht (z.B. 1 für Medizinische Rehabilitation), die nachfolgenden Ziffern z.B. 4 für die Zuordnung zur *Sozialmedizin* und 1.4 für *Diagnostik* also einen Untercode der *Medizinischen Rehabilitation*.

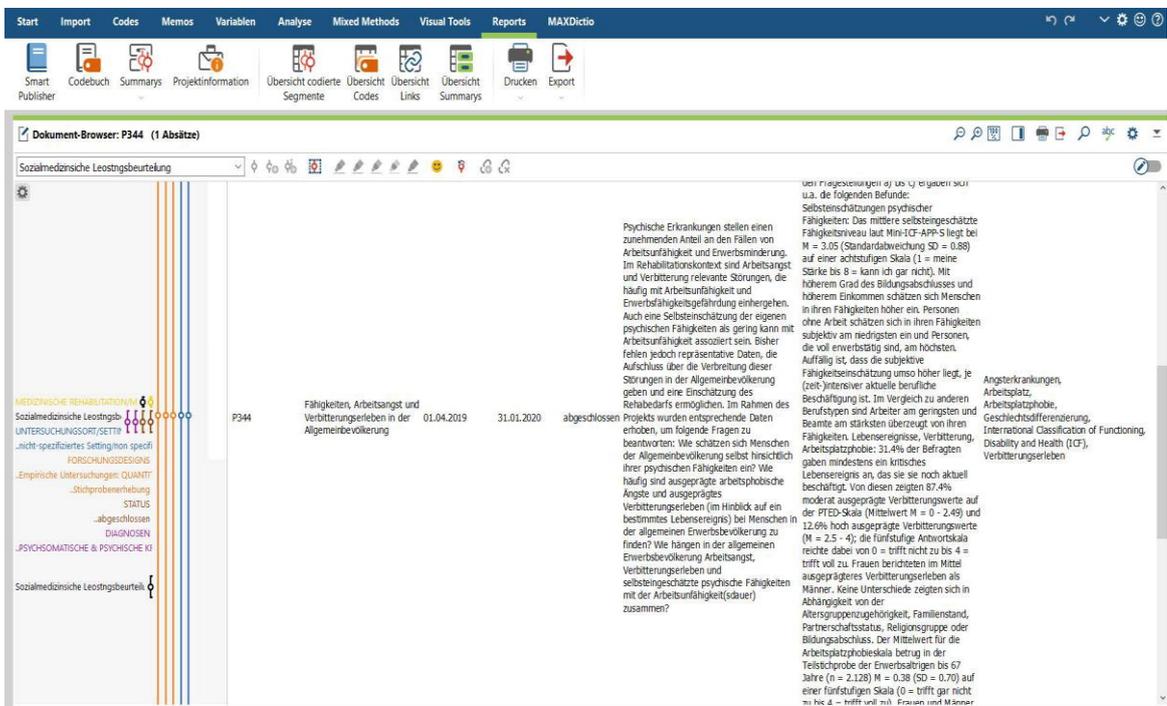


Abbildung 3 Screenshot für Projekt P 344 Mehrfachcodierung (eigene Darstellung)

3. Deskriptive Analyse der Forschungsdatenbank

In diesem Codebuch finden sich die Hauptcodes und die Unter codes zu den nach Bereinigung von Dopplungen analysierten Forschungsprojekten der DRV-Forschungsdatenbank; von ursprünglich 522 Projekten ergab sich eine Reduzierung auf 516 und nach einer weiteren Nachkontrolle auf 514 Projekte⁵. Im Anhang haben wird die Projektnummern des Originaldokuments entsprechend angepasst, so dass die Projektnummern auch ohne das MAXQDA Programm im Originaldokument wiedergefunden werden können.

3.1 Allgemeine Kenndaten: Projektstatus, Förderung im Zeitverlauf und Laufzeiten

Projektstatus

Der Stand der hier aufgeführten Projekte bezieht sich auf die uns im April 2020 zugesandte Gesamtdokumentation.

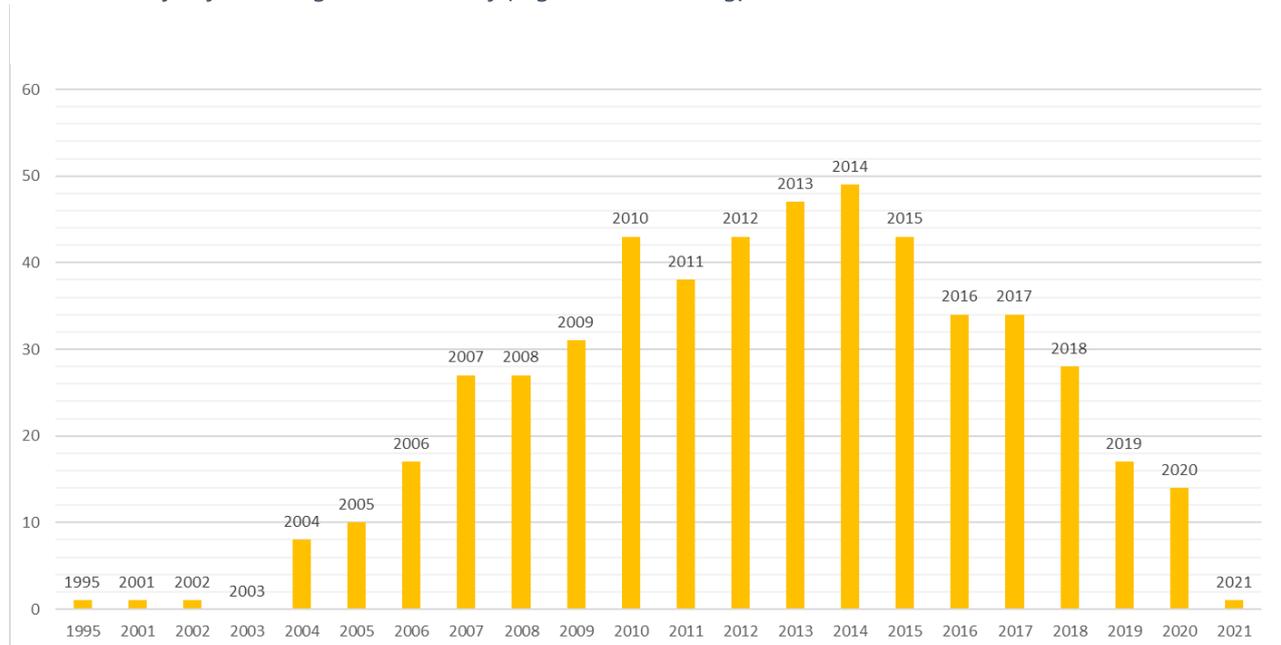
Tabelle 3 Status der Projekte im Zeitraum von 1995 – 2020 (N = 516) (eigene Darstellung)

Status	Anzahl der Dokumente	Prozentanteil
abgeschlossen	459	88,95
laufend	40	7,75
unklar	6	1,16
beantragt	5	0,97
DOKUMENTE mit Code(s)	510	98,84
DOKUMENTE ohne Code(s)	6	1,16
ANALYSIERTE DOKUMENTE	516	100,00

⁵ Ausgehend von den Projektnummern im Originaldokument haben sich folgende Verschiebungen ergeben: der Pfeil zeigt, welche Nummern die Projekte nach der Überarbeitung enthalten haben, alle Projektnummern dazwischen verschieben sich entsprechend: 25/26 → **25**; 41/42/43 → **40**; 121/122 → **118**; 137/143 → **133** sowie 139/141 → **135**. Wir haben die Anpassung im Originaldokument vorgenommen (vgl. Anhang XX). Bei einer weiteren Nachkontrolle zeigte sich, dass auch das Projekt **502** im Originaldokument als drei Projekte 502/503/504 gelistet war. Insgesamt handelt es sich also um **514** Projekte. In MAXQDA konnte dies nachträglich nicht mehr berücksichtigt werden, daher sind dort noch 516 Projekte gelistet.

Projektförderung im Zeitverlauf

Tabelle 4 Projektförderung im Zeitverlauf (eigene Darstellung)



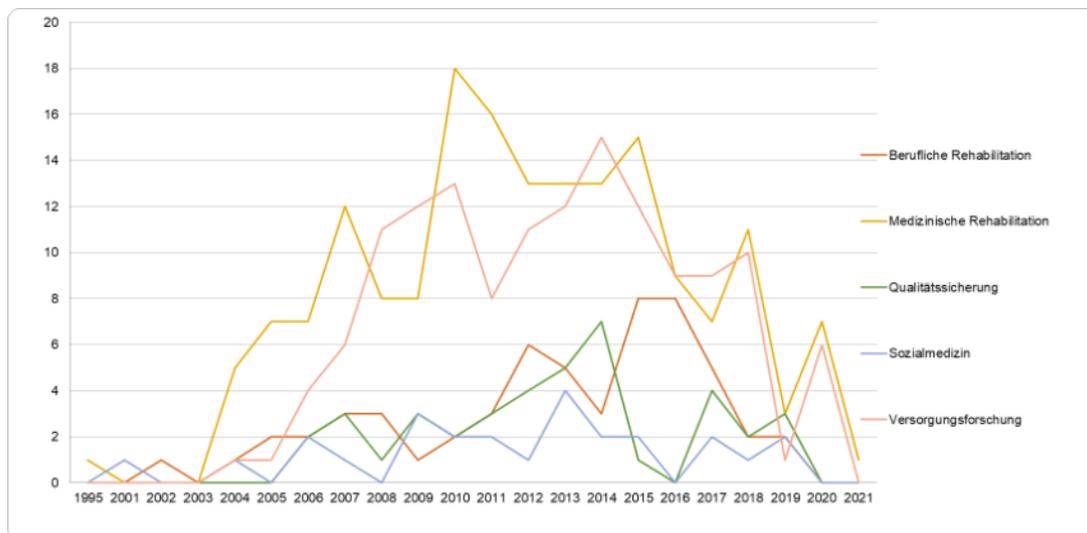
Nach einem zögerlichen Beginn ab Mitte der 90er Jahre zeigt sich eine verstärkte Förderaktivität ab Mitte der 2000er Jahre; mit Beginn der gemeinsamen Förderung der Reha-Forschungsverbände zeigt sich eine deutliche Zunahme der von der Rentenversicherung geförderten Projekte, die sich bis Mitte der 2000er Jahre fast konstant fortsetzt und einen Hinweis auf eine Konsolidierung rehabilitationswissenschaftlicher Forschung der Rentenversicherung verweist. Umso mehr erstaunt es, dass ab 2017 ein Rückgang geförderter Forschungsprojekte zu verzeichnen ist. Da es nicht klar ist, ob es sich hier vielleicht um ein Artefakt handelt, das auf noch nicht in die Forschungsdatenbank eingetragene Projekte zurückgeht oder ob es sich um eine veränderte Schwerpunktverlagerung der für Forschung vorgesehenen Fördergelder in eher praxisorientierte Modellvorhaben wie Reha-Pro handelt, kann auf der Basis, der uns zur Verfügung stehen Daten nicht beantwortet werden.

Inhaltliche Schwerpunkte der Forschungsförderung im Zeitverlauf

Im betrachteten Zeitverlauf dominieren Projekte aus dem breiten Feld der medizinischen Rehabilitation (vgl. Definitionen in 3.2.1), gefolgt von Projekten, die im Spektrum der Versorgungsforschung liegen. Projekte mit Schwerpunkten in der Qualitätssicherung und Projekte der beruflichen Rehabilitation werden ab Mitte der 2000er Jahre stärker gefördert. Aus Gründen der Übersichtlichkeit sind in der folgenden Abbildung 5 nicht alle Codierungen enthalten.

Tabelle 5 Forschungsförderung im Zeitverlauf (eigene Darstellung)

Forschungsschwerpunkte im Zeitverlauf
Berufliche Reha, Med. Reha, QS, Sozialmedizin, Versorgungsforschung



Präsentation: Deskriptive Ergebnisse Forschungslandkarte

14

Laufzeiten

Der überwiegende Anteil der geförderten Projekte hat eine Laufzeit von zwei oder drei Jahren; dies entspricht auch den üblichen Förderzeiträumen von Forschungsprojekten an Universitäten. Nicht extra ausgewiesen werden konnten hier Folge- bzw. Fortsetzungsstudien, die sich aus einem Projekt heraus ergeben haben, wie bei den von unserer Arbeitsgruppe durchgeführten Projekten P 490 (*Abbrüche beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen in der Rehabilitation. Eine qualitative Studie zu individuellen und kontextbezogenen Ursachen*) und P 496 (*Wege von der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme in das Beschäftigungssystem - eine qualitative und quantitative Analyse individueller Verlaufskarrieren und ihrer biografischen und strukturellen Bedingungen*).

Die wenigen über sehr lange Zeiträume geförderten Projekte haben wir mit ihren Titeln hier extra aufgeführt; hier handelt es sich um Langzeitevaluationen und Infrastrukturprojekte (P 456 und P 418).

P013 -> 22 Jahre: *'GINI-Studie' (German Infant Nutritional Intervention Programm)*

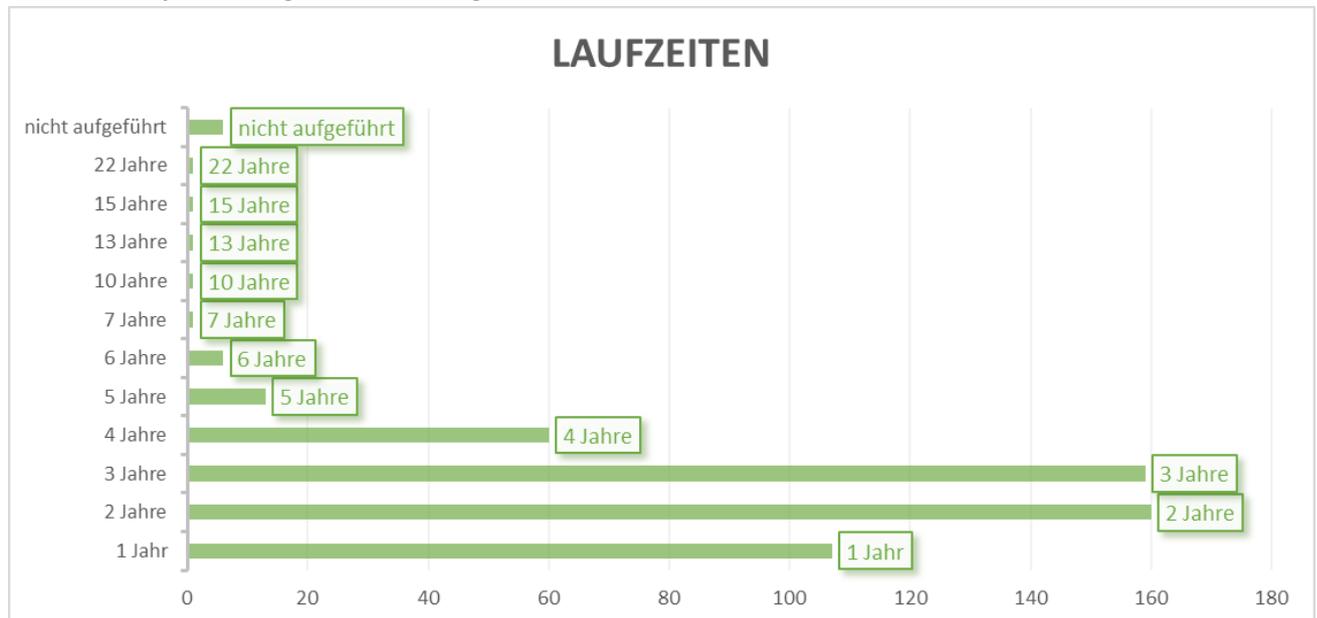
P456 -> 15 Jahre: *Stärke durch Vernetzung* (gefördert von der DRV Rheinland-Pfalz: Kooperation zwischen Kostenträgern, Reha-Einrichtungen und Betrieben)

P166 -> 13 Jahre: *LOGIC-Studie - Langzeitevaluation eines stationären Rehabilitationsverfahrens mit Lebensstilintervention bei übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen*

P418 -> 10 Jahre: *Koordinierungsstelle Angewandte Rehabilitationsforschung (KoReFo, angesiedelt an der Medizinischen Hochschule Hannover)*

P218-> 7 Jahre: Welche Maßnahme für wen? Evaluation des mittelfristigen Ergebnisses von LTA-Maßnahmen anhand von Daten der Berufsförderungswerke und DRV Baden-Württemberg.

Tabelle 6 Laufzeiten (eigene Darstellung)

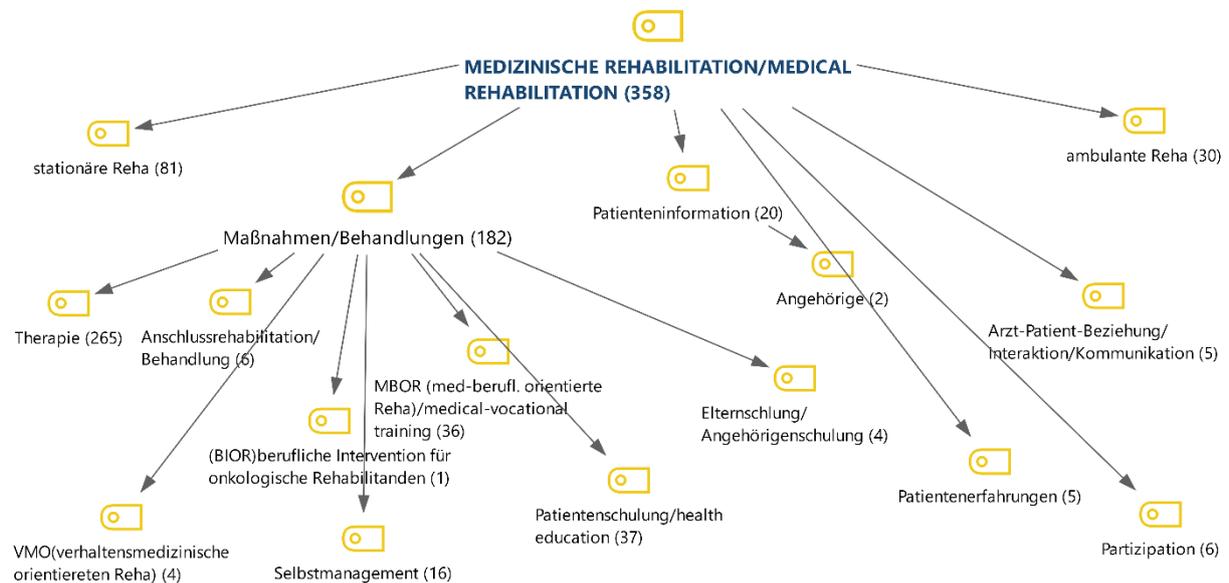


3.2 Hauptcodes und Subcodes – Vorgehen und Häufigkeiten der Codes

Die Codierung der Hauptcodes erfolgte zunächst nach einer konsensuellen Einigung innerhalb der Forschergruppe und wurde nach der gemeinsamen Sitzung mit den zuständigen Mitgliedern der Betreuungsgruppe bei der DRV Bund (Frau Dr. Mayer, Herr Dr. Streibelt) und einem erneuten Konsensprozess in der Forschergruppe (von Kardorff, Meschnig, Klaus, Zeng) um weitere Hauptcodes ergänzt, so dass im ersten Codierungsschritt insgesamt 10 thematische Hauptcodes festgelegt wurden (vgl. Tabelle 7). Innerhalb der jeweiligen Hauptcodes wurde eine *themenspezifische Feincodierung* vorgenommen. Über die Hauptcodes hinweg kommt es dabei zu *Mehrfachcodierungen*, die sich daraus ergeben, dass bestimmte Themen und Fragestellungen unterhalb der Ebene der Hauptcodes in mehreren Projekten vorkommen und sich daher die Summe der Feincodes immer zu mehr als 516 Codierungen aufsummiert (vgl. Abb. 3) und das nachfolgende exemplarische Bild einer sogenannten Codehierarchie für den Bereich der Medizinischen Rehabilitation, in der alle Projekte auftauchen, die auch als Zweit- oder Drittcodierung der Medizinischen Rehabilitation zugerechnet wurden, obwohl ihr Hauptcode etwa im Bereich der Reha-Steuerung oder der Versorgung(sforschung) lag.

Abbildung einer Codehierarchie (Feincodierung) für „Medizinische Rehabilitation“ unter Einschluss der Mehrfachcodierungen aus anderen Hauptcodes:

Hierarchisches Code-Subcodes-Modell



Die Codierungen wurden durch einen der Forscher (evk) vorgenommen und anhand ausgewählter⁶ Projekte durch das Forschungsteam durchgesehen; bei Unklarheiten wurden im Team (Leije Zeng, Alexander Meschnig, Sebastian Klaus) die entsprechenden Fragen diskutiert. Wo es zu keiner einheitlichen Position kam, wurde durch einen Forscher (Ernst von Kardorff) entschieden, wo das jeweilige Projekt zuzuordnen war. Abgrenzungsprobleme ergaben sich vor allem mit Blick auf die Zuordnung von Projekten zu den Hauptcodes „Versorgungsforschung“ und „Reha-Steuerung“; in der Feincodierung ergeben sich hier Mehrfachcodes, wobei die Zuordnung zu einem Haupt- bei jedem der 516 Projekte in eindeutiger Weise erfolgte.

Zusätzlich wurden die Projekte nach *themenspezifischen Gesichtspunkten* codiert, die teils in der bereits erwähnten, gemeinsamen Sitzung mit der DRV Bund, teils in der Forschergruppe definiert wurden. Dabei handelte es sich um Themen bzw. Fragestellungen zu den Bereichen „Diversity/Gender“, „Inanspruchnahme“, „Nachsorge“, „Erwerbsminderungsrente“, „Migration“ und ICF sowie Partizipation/gemeinsame Entscheidungsfindung und Patientenorientierung (vgl. Kap. Y:X). Diese Themen wurden gewählt, weil sie

⁶ Angesichts der Begrenzung der Projektmittel war eine unabhängige Co-Codierung aller 516 Projekte nicht möglich, bezüglich der Hauptcodierungen war dies allerdings aufgrund der klaren Zuordnungsmöglichkeit auch nicht unbedingt erforderlich.

- a) *versorgungspolitisch* für die Gestaltung von Rehabilitationsangeboten und konkreten Maßnahmen bedeutsam erschienen, wie *Inanspruchnahme, Nachsorge und Erwerbsminderungsrente* und auch in den aktuellen Diskussionen innerhalb der Rentenversicherung eine wichtige Rolle spielen;
- b) weil sie *bestimmte Aspekte oder Zielgruppen* in den Blick nehmen, die innerhalb des Versorgungsgeschehens oft nicht gezielt adressiert werden wie das Thema der Geschlechtersensitivität (*Diversity/Gender*) und Rehabilitanden/innen mit Migrationsgeschichte (*Migration*) und
- c) Themen mit *konzeptionellen Fragestellungen der Rehabilitation*, wie z.B. der Bestimmung von Teilhabebedarfen und/oder praktischen Anwendung der *ICF* wie sie vor dem Hintergrund einer konkreten Bestimmung von Teilhabebeeinträchtigungen in Alltag und Arbeitswelt bedeutsam sind und in den Theoriediskussionen in den Rehabilitationswissenschaften wie in der gesetzlichen Behinderungsdefinition (vgl. § 2 SGB IX) auch von versorgungspolitischer und strategischer Bedeutung ist. Schließlich haben wir
- d) das Thema *Partizipation/gemeinsame Entscheidungsfindung* sowie das Thema *Patientenorientierung* aufgenommen, weil es sowohl sozialrechtlich bedeutsam ist (vgl. § 19 SGB IX), und auch in der Fachdiskussion eine zunehmend größere Rolle spielt (vgl. Rosenbrock & Hartung 2012).

Bei diesen auf spezifische Themen ausgerichteten Analysen wurde zunächst mit Hilfe der einschlägigen MAXQDA-Definition eine lexikalische Suche mit verschiedenen Suchbegriffen im jeweiligen Themenfeld (vgl. Punkt 3.2) durchgeführt. Im Anschluss daran, wurden die Projekte, in denen die Suchbegriffe auftraten, daraufhin analysiert, inwieweit sie das entsprechende Thema tatsächlich zentral behandelt haben. Dabei wurden jene Projekte aufgenommen, die das jeweilige Thema/die jeweilige Fragestellung konzeptionell in das Forschungsdesign aufgenommen hatten oder das jeweilige Thema bzw. die Fragestellung innerhalb des Projektes empirisch angegangen sind. Ausgeschlossen wurden alle diejenigen Projekte, bei denen das jeweilige Thema nur am Rande angesprochen war oder nur eine rhetorische Funktion hatte, wie etwa bei einigen Projekten zu ICF, bei denen nur auf die ICF verwiesen wurde. Mit Hilfe einer händischen Nachkontrolle wurden, die über die lexikalische Suchfunktion identifizierten Projekte im Bereich der besonderen Themenschwerpunkte noch einmal auf die jeweiligen Ein- und Ausschlusskriterien sowie hinsichtlich kontroverser Fälle zugeordnet.

Tabelle 7 Hauptcodes der 516 codierten Projekte (eigene Darstellung)

A) Bereichsspezifische Hauptcodes 1- 10	Anzahl
Jedes Projekt wurde eindeutig einem Hauptcode zugeordnet	Projekte
	N
1. MEDIZINISCHE REHABILITATION/MEDICAL REHABILITATION	261
2. TEILHABE AM ARBEITSLEBEN/VOCATIONAL REHABILITATION	25
3. VERSORGUNGSFORSCHUNG/HEALTH SERVICES RESEARCH	67
4. REHA-STEUERUNG/REHABILITATION MANAGEMENT	96
5. SOZIALMEDIZIN/SOCIOMEDICAL TOPICS	16
6. QUALITÄTSSICHERUNG	8
7. PRÄVENTION/PREVENTION	10
8. MODELLPROJEKTE/MODEL PROJECTS	7
9. AUS-, FORT- & WEITERBILDUNG f. FACHKRÄFTE	19
10. BERUFSGRUPPEN/OCCUPTIONAL GROUPS	7
B) Codierung der Projekte nach spezifischen Themen bzw. Fragestellungen	
(alle diese Projekte sind auch einem der obigen 10 Hauptcodes zugeordnet)	
1. DIVERSITÄT/GENDER	7
2. MIGRATION	14
3. ZUGANG(SSTEUERUNG) ZU REHA-LEISTUNGEN	61
4. INANSPRUCHNAHME	56
5. NACHSORGE	89
6. EM-RENTE	25
7. ICF	10
8. Partizipation	7
9. Patientenorientierung	5

C) Codierungen über alle Projekte hinweg	
1. ZIELE/FRAGESTELLUNGEN /OBJECTIVES/AIMS	125
2. FORSCHUNGSDESIGNS/RESEARCH DESIGNS	503
3. DIAGNOSEN	516

3.2.1 MEDIZINISCHE REHABILITATION/MEDICAL REHABILITATION (n = 261 Projekte)

Einschlusskriterien:

- Hier wurden alle Studien aufgenommen, die zum Leistungsbereich der medizinischen Rehabilitation (z.B. § 15 SGB VI, § 40 SGB V, § 42 SGB IX) gehören und in stationären und ambulanten *Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation* erbracht und durch die entsprechenden Kostenträger belegt wurden.
- Ein weiteres Einschlusskriterium war, dass es sich bei den Studien um unterschiedliche (rehabilitations-)medizinische Diagnose-, Behandlungs- und/oder Testverfahren einschließlich psychologischer, psychotherapeutischer, ergotherapeutischer, gesundheitspädagogischer Verfahren, Gruppenmethoden oder sozialpädagogischer Beratungsformen handelte.
- Verfahren der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (MBOR) sowie funktionelle Leistungsdiagnostik oder Verfahren zur Überprüfung erwerbsbezogener Belastungsfähigkeit wurden ebenfalls eingeschlossen soweit sie in den o.a. Einrichtungen erbracht werden und in den Projekten genannt wurden.

Ausschluss: ausgeschlossen waren Projekte, bei denen LTA-Leistungen im Vordergrund standen, die entweder in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation/Qualifizierung oder in (Kooperation mit) Betrieben erbracht wurden. Diese wurden unter dem Hauptcode „Berufliche Rehabilitation“ eingeordnet.

In der folgenden Tabelle 8 finden sich die fortlaufenden Projektnummern aller Projekte aus dem Bereich der *Medizinischen Rehabilitation* mit dem entsprechenden Hauptcode, deren Beschreibungen aus dem MAXQDA-Programm mit der Ausgabefunktion „Codierte Segmente“ leicht ermittelt werden können. Zu einem vertiefenden Überblick findet sich unter Punkt xx eine Differenzierung in weitere Feincodierungen innerhalb des Bereichs der medizinischen Rehabilitation, mit dem der Typus der Projekte näher charakterisiert wird.

Tabelle 8 Übersicht über alle Projekte Medizinische Rehabilitation (n = 261) (eigene Darstellung)

1 – 26	27-53	54 - 80	81 - 107	108-134	135-161	162- 188	189- 215	216-242	243- 261
006	055	116	166	210	269	322	356	407	474
007	065	118	167	213	272	323	357	408	477
012	067	119	168	214	273	324	360	409	480
013	068	122	169	216	275	325	361	410	482
015	071	123	170	220	276	326	363	411	483
016	077	124	171	221	277	327	364	412	484
018	078	132	172	222	278	330	365	413	485
024	089	133	174	224	279	332	366	416	486
026	091	135	175	225	280	333	367	419	489
028	093	137	177	228	281	334	369	420	498
030	094	140	178	229	284	335	374	422	499
032	096	141	179	230	286	337	375	430	500
037	098	142	180	232	292	338	376	436	501
038	099	143	185	235	297	339	377	439	507
039	100	146	186	236	298	340	378	443	508
040	101	147	187	240	300	341	380	445	510
041	102	148	188	242	302	342	383	446	511
042	103	151	189	243	311	343	384	452	512
043	104	152	192	244	312	344	385	453	
045	105	154	193	250	316	346	386	454	
046	107	155	197	252	317	347	391	458	
047	108	156	198	253	318	349	395	459	
048	110	157	201	254	319	351	396	461	
049	112	158	202	255	320	353	397	464	
051	113	159	203	256	321	354	398	471	
052	115	162	205	257	322	355	400	473	

Bei den gelb markierten Projekten handelt es sich um Projekte, die das Thema der beruflichen Orientierung vor allem MBOR bearbeitet haben

Berufliche Orientierung und MBOR in der Medizinischen Rehabilitation

Innerhalb der medizinischen Rehabilitation haben wir als eigene Unterkategorie das Thema der *beruflichen Orientierung* mit den Suchbegriffen: *Berufliche Orientierung, MBOR, Berufsorientierung, Arbeitsweltbezug, Arbeitswelt, berufliche Wiedereingliederung* angespielt. Hierbei ergaben sich zunächst 46 Projekte, die einen oder mehrere dieser betreffenden Begriffe enthielten. Nach einer händischen Analyse blieben noch 40 Dokumente übrig; *ausgeschlossen* wurden dabei Projekte, bei denen einer der Begriffe vorlag, die sich aber nicht zentral mit den Inhalten in ihrer Forschungsfrage beschäftigten, wie etwa Projekt P 150 *Netzwerk Hausärzte / Orthopäden - Rehabilitation (NeHOR)*. Obwohl kontrovers, haben wir z.B. das Projekt 105 mit aufgenommen (P 105 *Aktualisierung der Reha-*

Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung), weil dort auch aufgrund von Sekundärdaten über MBOR befunden wurde.

Von den verbliebenen 40 Projekten gehörten 14 Projekte nicht zum Bereich „*Medizinische Rehabilitation*“, so dass schließlich 26 Projekte, die meisten mit dem Thema MBOR in unterschiedlichen Aspekten (z.B. Evaluation, Information, Intervention) übrigblieben. In Tabelle 8 sind diese Projekte gelb markiert.

3.2.2 BERUFLICHE REHABILITATION/VOCATIONAL REHABILITATION (n = 25 Projekte)

Einschluss: Hier wurden alle Studien aufgenommen, die zum Leistungsbereich der *Teilhabe am Arbeitsleben* gehören (§ 16 SGB VI; § 49 - 63 SGB IX). Weiter wurden alle Studien aufgenommen, die LTA-Leistungen entweder in speziellen Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation/Qualifizierung (Berufsförderungswerke, Berufliche Trainingszentren, Freie Bildungsträger) und/oder in Betrieben zum Gegenstand hatten.

Ausschluss: ausgeschlossen wurden Projekte, die MBOR-Leistungen oder andere berufliche Verfahren und Tests auf Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zum Gegenstand hatten, die in klinischen Settings im Rahmen der Medizinischen Rehabilitation erbracht wurden. Nicht in dieser Codierung enthalten sind auch Projekte, die sich außerhalb der definierten Einschlusskriterien mit Fragestellungen etwa des Return to Work nach medizinischer Rehabilitation beschäftigt haben oder Themen der Beschäftigungssicherung mit Blick auf regionale Arbeitsmärkte aufgegriffen haben. Insofern *unterschätzt* die relativ geringe Anzahl der hier codierten Projekte die tatsächliche Beschäftigung mit Fragen der beruflichen Integration in den analysierten Projekten; so beschäftigen sich etwa eine Reihe sozialmedizinischer Projekte mit Fragen der Diagnose der Erwerbsfähigkeit, Projekte, die unter „Reha-Steuerung“ oder unter „Versorgungsforschung“ codiert sind, greifen Themen des Übergangsmanagements zwischen medizinischer und beruflicher Reha auf oder thematisieren Aspekte des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Arbeitsmarkt. Zum Thema der Erwerbsminderungsrenten haben wir eine eigene Aufstellung erarbeitet (vgl. 3.3.3).

Im Verhältnis zur Gesamtzahl von 516 geförderten Projekte, machen die einschlägigen Projekte zur beruflichen Rehabilitation nur knapp 5 % aus. Diese geringe Anzahl erklärt sich zum Teil daraus, dass der zentrale Auftrag „Rehabilitation vor Rente“ zu einem großen Teil schon durch Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation erfüllt wird; so stellt der Reha-Bericht 2019 fest: „In den zwei Jahren nach ihrer Rehabilitation sind 86 % der Rehabilitanden erwerbsfähig“ (S. 6). Im Rahmen der medizinischen

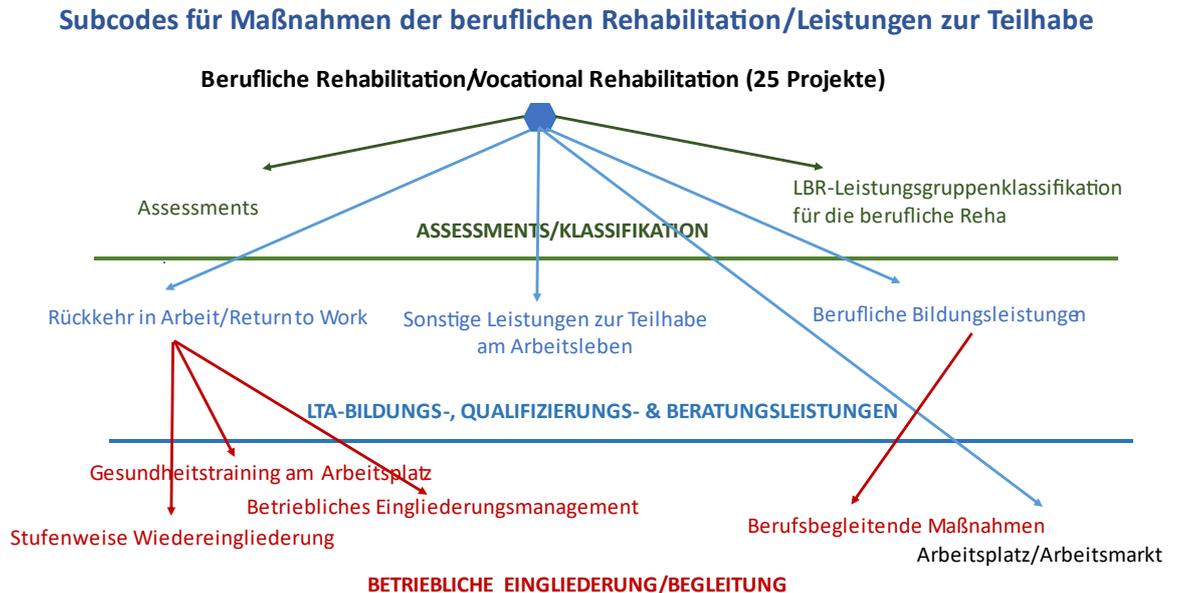
Rehabilitation werden darüber hinaus durch unterschiedliche Maßnahmen wie MBOR, Gruppengespräche, Stressbewältigungs-trainings, etc. oder Angebote wie die Stufenweise Eingliederung Anstrengungen zur Rückkehr in den Beruf gefördert (vgl. die Kategorisierung innerhalb des Hauptcodes „Medizinische Rehabilitation“ zu Fragestellungen zur Berufsorientierung und zu MBOR Maßnahmen im vorherigen Abschnitt). Auch zeigen Screening Maßnahmen etwa zur Identifikation von Menschen in besonderen beruflichen Problemlagen, dass nur ein geringer Prozentsatz der medizinischen Rehabilitanden auch auf eine anschließende Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben angewiesen ist. Auf der anderen Seite verweist die geringe Anzahl von Projekten im Bereich der beruflichen Rehabilitation angesichts von immerhin ca. 20 % aller bewilligten Reha-Leistungen 2018 im Bereich LTA (vgl. Reha-Bericht 2019, S. 61), für die ja eine medizinische Rehabilitation keine zwingende Voraussetzung darstellt, auf eine Forschungs-lücke in diesem Bereich, auf die die Rentenversicherung mit der Ausschreibung eines Förderschwerpunkts „Berufliche Rehabilitation“ im November 2020 ja bereits reagiert hat.

In der folgenden Tabelle 9 finden sich die fortlaufenden Projektnummern aller Projekte aus dem Bereich der *Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben* mit dem entsprechenden Hauptcode, deren Beschreibungen aus dem MAXQDA-Programm mit der Ausgabefunktion „Codierte Segmente“ leicht ermittelt werden können.

Tabelle 9 Projekte mit dem Schwerpunkt von LTA-Leistungen (eigene Darstellung)

1-3	4-6	7-9	10 -12	13-15	16-18	19-21	22 -24	25
005	062	218	268	382	421	429	502	506
019	095	223	287	401	424	490	503	
031	200	245	350	402	425	496	504	

Abbildung 4 Subcodes für Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation (eigene Darstellung)



3.2.3 VERSORGUNGSFORSCHUNG/HEALTH SERVICES RESEARCH (n = 67 Projekte)

Hier sind wir zunächst von einer allgemeinen Definition von Versorgungsforschung/Health Systems Research ausgegangen: „Untersuchung der Versorgung von Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen. Dazu studiert die Versorgungsforschung wie Finanzierungssysteme, soziale und individuelle Faktoren, Organisationsstrukturen und -prozesse und Gesundheitstechnologien den Zugang der Patienten und Versicherten zur Kranken- und Gesundheitsversorgung sowie deren Ergebnisse (Outcome), Qualität und Kosten beeinflussen⁷“. In dieser Bestimmung zeigt sich ein sehr breites Spektrum mit teils sehr heterogenen Fragestellungen; entsprechend weit gefächert sind die unter diesem Code subsumierten Projekte, wie die unten angeführten Einschlusskriterien zeigen. Wir haben dann zu Spezialfragen wie *Inanspruchnahme* und *Nachsorge* in Kap. 3.3.3 eine gesonderte thematische Recherche vorgenommen.

Einschluss: Hier wurden Projekte eingeschlossen, die eines der folgenden Themen/Fragestellungen behandelt haben:

- Organisation der gesundheitlichen oder rehabilitativen Versorgung;
- Leistungsfähigkeit einzelner Komponenten des Versorgungssystems;
- Risikofaktoren und/oder Bedarfsermittlung/-erkennung, wie P 021 *Screening zur Identifikation rehabilitationsbedürftiger Arbeitssuchender in den Agenturen für Arbeit und bei Leistungsträgern des SGB II* oder P 011 *Soziale (SINUS-)Milieus und psychische*

⁷ <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/medizin-ethik/versorgungsforschung/>

Erkrankungen: Perspektiven und Verlauf von PatientInnen in der psychosomatischen Rehabilitation;

- Epidemiologische Studien zu Häufigkeiten und Verteilung von Diagnosen wie z.B. P 014 *Häufigkeit von Asthma bronchiale bei adipösen Kindern und Jugendlichen* sowie zu Veränderungen im Zeitverlauf in den von der DRV finanzierten Maßnahmen;
- Schnittstellenmanagement/Übergänge, z.B. P 274 *Entlassungsmanagement in der onkologischen Rehabilitation: Analyse der Nachsorgeplanung und der schnittstellenübergreifenden Versorgungspfade onkologischer Rehabilitanden in der Nachsorge (EmoR)*
- Inanspruchnahme von Leistungen, z.B. P 144 *Inanspruchnahme psychosomatischer Rehabilitationsmaßnahmen und Berentungen wegen Erwerbsminderung aufgrund psychischer Erkrankungen.*
- Studien, die das Thema Nachsorge als Versorgungsaufgabe der Rehabilitation aufgegriffen haben (vgl. auch Punkt 3.3.3, in dem wir hierzu eine themenspezifische Recherche durchgeführt haben).

Ausschluss: Projekte, die auf Versorgungsfragen verweisen, aber sie nicht selbst untersucht haben sowie Projekte, die wir eindeutig dem Code „Reha-Steuerung“ zugeordnet haben.

Kontroverse Zuordnung: z.B. P 514 *Optimierung der Online-Nachsorge GSA-Online plus durch die Entwicklung und Evaluation eines ergänzenden Moduls zur individualisierten Return to Work Planung (RTW-Plan)*; wir haben dieses Projekt trotz der sehr speziellen Fragestellung schließlich unter den Code Versorgungsforschung aufgenommen, weil eine zentrale Frage der Nachsorge, nämlich die Rückkehr in Arbeit interventiv aufgegriffen wird.

In der folgenden Tabelle 10 finden sich die fortlaufenden Projektnummern aller Projekte aus dem Bereich der *Versorgungsforschung* mit dem entsprechenden Hauptcode, deren Beschreibungen aus dem MAXQDA-Programm mit der Ausgabefunktion „Codierte Segmente“ leicht ermittelt werden können. Alternativ hätte dieses Projekt auch unter Medizinische Rehabilitation aufgenommen werden können, da die untersuchte Intervention von der Klinik ausgeht.

Tabelle 10 Projekte mit dem Schwerpunkte Versorgungsforschung (eigene Darstellung)

1-7	8-14	15-21	21 -27	28-34	35-41	42-48	49-55	56-62	63-67
002	022	064	106	183	258	301	403	455	497
008	035	074	127	204	260	307	405	460	514
009	036	079	144	206	261	313	415	462	515
011	040	082	149	226	262	358	428	463	
014	050	083	150	227	270	388	441	487	
017	058	085	173	234	271	392	449	494	
021	061	090	176	241	291	399	450	495	

3.2.4 REHA-STEUERUNG/ADMINISTRATIVE PROCEDURES (n = 96 Projekte)

Für das System der Rehabilitation ist eine möglichst optimale Gestaltung der Rehabilitation von herausragender Bedeutung. Dies betrifft Fragen der internen Arbeits- und Organisationsabläufe der und in der Rehabilitation, aber auch Fragen der Priorisierung von Schwerpunkten wie etwa eine Konzentration auf bestimmte Risikogruppen wie psychisch beeinträchtigte Menschen oder auf unterversorgte Gruppen wie Menschen mit Migrationsgeschichte oder auf die präventive Identifikation rehabilitationsbedürftiger Arbeitnehmer im Betrieb. Für die Reha-Steuerung im engeren Sinne stehen Prozesse der Zuweisung, der Weitervermittlung sowie der Einbindung externer (kollektiver) Akteure im Gesundheitswesen, der Arbeitsverwaltung und der Arbeitswelt ebenso im Fokus wie Aspekte der Optimierung interner Verwaltungsverfahren oder die Entwicklung von Steuerungsinstrumenten wie Leitlinien. Beispielhaft für ein Projekt der Reha-Steuerung kann Projekt 034 (ProRehab) gelten, bei dem die Frage im Mittelpunkt steht, wie der Zugang zu Rehabilitationsleistungen (Promoting access to rehabilitation) verbessert werden kann (etwa durch Vereinfachung der Verwaltungsverfahren oder eine frühzeitige Identifikation von Risikogruppen).

Einschluss: Alle Projekte, die Fragen der Reha-Steuerung im oben beschriebenen Sinne behandeln, wie z.B. P 114 *Leitlinienentwicklung und Evaluation des Leitlinieneinsatzes im Indikationsbereich Pneumologische Rehabilitation*.

Ausschluss: Alle Projekte, die etwa Aspekte der *Qualitätssicherung* fokussiert haben, die ja auch einen Aspekt der Reha-Steuerung darstellen; wir haben uns dazu entschlossen Qualitätssicherung eigens zu codieren.

Kontrovers: Hierunter fielen Studien, die das Thema Reha-Steuerung aufgenommen haben, aber zusätzlich einen anderen Schwerpunkt gesetzt hatten, wie z.B. P 070 *Stufenweise Wiedereingliederung - Indikation, Einleitung und Durchführung*. Wir haben uns in diesem Fall zur Aufnahme entschlossen, weil durch die gesetzliche Übertragung von STW nach einer medizinischen Rehabilitation seit 2004 die Rentenversicherung zuständig wurde und damit ein Problem der Zuweisungssteuerung verbunden ist. Bei diesem und auch bei einigen weiteren Projekten, deren Fragen oder Ergebnisse in Richtung einer Reha-Steuerung zielen, etwa durch ein Anwender Handbuch zur Dissemination von Forschungsergebnissen wie bei P 348 *Dissemination von Forschungsergebnissen zur beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation in die Praxis: Wissenschaftliche Ausgestaltung eines Anwender-/Umsetzungshandbuchs für Kliniken sowie einer Homepage* haben wir uns für eine Aufnahme entschieden, auch wenn das letztgenannte Projekt genauso gut unter Medizinische Rehabilitation hätte eingeordnet werden können.

In der folgenden Tabelle 11 finden sich die fortlaufenden Projektnummern aller Projekte aus dem Bereich der *Reha-Steuerung* mit dem entsprechenden Hauptcode, deren Beschreibungen aus dem MAXQDA-Programm mit der Ausgabefunktion „Codierte Segmente“ leicht ermittelt werden können.

Tabelle 11 Projekte Reha-Steuerung

1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-96
003	070	114	153	207	282	348	393	432	488
020	072	120	163	208	288	368	394	433	492
023	073	121	164	212	294	370	404	434	505
029	076	126	165	215	295	371	406	435	509
033	080	130	181	217	303	372	414	437	513
034	081	131	184	231	315	373	418	438	516
044	084	134	190	233	328	379	423	447	
053	086	136	191	237	331	381	426	448	

3.2.5 SOZIALMEDIZIN/sociomedical topics (n = 16 Projekte)

Einschluss: Hier wurden alle Studien aufgenommen, die schwerpunktmäßig Themen der sozialmedizinischen Begutachtung (z.B. Begutachtung der Erwerbsfähigkeit, Entlassungsberichte) oder andere sozialmedizinische Fragestellungen zum Thema hatten. Z.B. P 125 *Entwicklung einer Indikatorenliste zur sozialmedizinischen Beurteilung der Reintegrationsprognose und der Rehabilitationsbedürftigkeit bei Rentenantragstellern mit psychischen Erkrankungen (IREPRO)* oder P 182 *Die Leistungsbeurteilung in der medizinischen Rehabilitation: Entwicklung einer Handlungshilfe für die Praxis (SOLEB)*. Zusätzlich eingeschlossen wurden hier auch Projekte, die eine spezielle Schulung von sozialmedizinischen Gutachtern/innen zum Gegenstand hatten, wie P 467; hier handelt es sich zwar nicht um eine Forschungsprojekt und die entsprechenden Projekte wurden auch unter dem Hauptcode „Aus-, Fort- Weiterbildung von Fachkräften“ codiert. Wir haben diese Projekte aber auch deshalb aufgenommen, weil sie spezifisch sozialmedizinisch ausgerichtet sind und in der Forschungsdatenbank auch andere Projekte zur Fortbildung aufgenommen wurden. Generell wäre hier zu überlegen, ob derartige Projekte überhaupt unter der Rubrik Forschungsförderung auftauchen sollten.

Ausschluss: Ausgeschlossen wurde alle Projekte, in denen zwar Suchbegriffe wie „sozialmedizinisch“, „Sozialmedizin“ vorkamen, eine eigenständige Fokussierung auf sozialmedizinische Fragestellungen nicht vorlag oder sozialmedizinisch relevante Parameter nur zusätzlich erhoben wurden, wie in P 447 *Bedeutung berufsbedingter Belastungen für Reha-Inanspruchnahme, Erwerbsminderung und weitere sozialmedizinische Indikationen (BeBB)*.

Kontroverse Zuordnung: z.B. P 001_Einflussfaktoren auf die prognostische Validität der Functional Capacity Evaluation (FCE). Die Instrumentenfamilie stellt ein Element der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung, hier vor allem der körperlichen Leistungsfähigkeit dar. Diese Instrumente sind nicht zuletzt deshalb von großer Bedeutung, weil „illness and disability vary independently“ wie David Mechanic schon 1959 konstatierte. Die Validierung der kritisierten Prognosefähigkeit derartiger Instrumente ist zwar kein im engeren Sinne sozialmedizinisches Thema, ist jedoch für die sozialmedizinische Praxis bedeutsam. Daher haben wir dieses Projekt hier aufgenommen.

In der folgenden Tabelle 12 finden sich die fortlaufenden Projektnummern aller Projekte aus dem Bereich der *Sozialmedizin* mit dem entsprechenden Hauptcode, deren Beschreibungen aus dem MAXQDA-Programm mit der Ausgabefunktion „Codierte Segmente“ leicht ermittelt werden können.

Tabelle 12 Sozialmedizinische Projekte (eigene Darstellung)

1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16
001	125	129	238	246	440	467	479
027	128	182	239	283	444	476	493

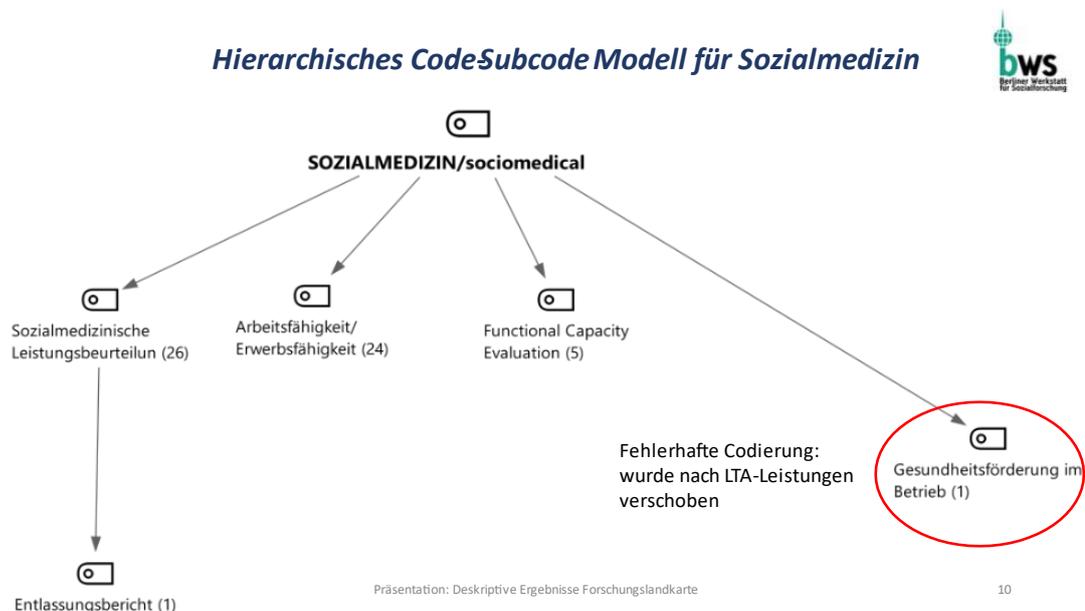


Abbildung 5 Hierarchisches Code-Subcode Modell für Sozialmedizin (eigene Darstellung)

An diesem hierarchischen Subcode Modell zeigt sich, dass hier auch Projekte auftauchen, die unter dem Hauptcode „Medizinische Rehabilitation“ kategorisiert wurden, bei denen der Bezug zur Sozialmedizin aber nicht im Vordergrund stand. Daher finden sich hier auch insgesamt 56 Projekte und nicht wie oben, die im engen Sinne als zentrale sozialmedizinische Forschungsprojekte codierten 16 Projekte.

3.2.6 QUALITÄTSSICHERUNG/Quality management (n = 8 Projekte)

Qualitätssicherung ist fast seit drei Jahrzehnten ein wichtiges Ziel der Rentenversicherung als Legitimationsnachweis gegenüber der Politik und Wissenschaft (Stichwort: Evidenzbasierung), als Vertrauen schaffendes und sicherndes Kennzeichen gegenüber den Versicherten und nicht zuletzt als Instrument zur Kontrolle der von der Rentenversicherung belegten Einrichtungen, als lernendes System zur Verbesserung der Qualität sowie ggf. als Wettbewerbsanreiz. Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass Aspekte der Qualität in vielen geförderten Projekten thematisiert werden, aber nur wenige Projekte widmen sich explizit der wissenschaftlichen Erforschung, Entwicklung und Überprüfung von Qualitätssicherung. Hier wurden Projekte aus den verschiedenen Handlungsfeldern der Rehabilitation codiert, bei denen Themen der Qualitätssicherung oder des Qualitätsmanagements im Vordergrund standen. In der lexikalischen Suche tauchten die Begriffe Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, Quality Management bei insgesamt 39 Projekten auf. Wir haben uns dann aber nur für die unten aufgeführten 8 Projekte entschieden, weil uns nur hier eine eindeutige und vorrangige Behandlung des Themas Qualitätssicherung gegeben schien.

Einschluss: Beispiel: Projekt 057: *Wissenschaftliche Begleitung bei der Einführung des „Strukturierten Qualitätsdialogs (SQD) in der Reha*

Ausschluss: Projekt 061: *Gesundheitsökonomische Bewertung standardisierter Patienten-schulungen in der medizinischen Rehabilitation unter Berücksichtigung der Anforderungen der Qualitätssicherungsprogramme der DRV*. Hier werden zwar Qualitätssicherungsprogramme der DRV berücksichtigt, der Schwerpunkt liegt aber im Bereich Versorgungsforschung und wurde dort codiert.

Kontrovers: Projekt 473 *Entwicklung von Reha-Therapiestandards für die medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen*. Therapiestandards ließen sich durchaus als ein Instrument der Qualitätssicherung begreifen; zugleich definieren sie aber einen medizinischen Behandlungsstandard, der in diesem Projekt für eine bestimmte Zielgruppe entwickelt wurde. Daher haben wir uns entschieden dieses Projekt unter den Hauptcode „Medizinische Rehabilitation“ zu subsumieren. Diese Entscheidung begründet sich auch daraus, dass die Verfahren zur Qualitätssicherung auf formale Indikatoren setzen, wie etwa die Nutzung von Therapiestandards durch die Kliniken. Dies ist aber bei diesem Entwicklungsprojekt nicht der Fall. Kontrovers war auch P 219 *Adjustierung und Modifikation in der Rehabilitandenbefragung (ADMO-1)*; wir haben uns hier für die Aufnahme entschlossen, weil die

Rehabilitandenbefragung⁸ ein zentrales Instrument zur Qualitätssicherung (Patientenzufriedenheit) darstellt, auch wenn sie für andere Zwecke genutzt werden kann.

Tabelle 13 Projekte mit Schwerpunkt auf Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement (eigene Darstellung)

057	194	219	265	299	329	417	465
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

3.2.7 PRÄVENTION (*n* = 10 Projekte)

Konzeptionell beschreiben „Prävention und Rehabilitation (...) zwei unterschiedliche Perspektiven im Zeitverlauf einer Krankheit: Vermeiden bzw. Beheben von gesundheitlichen Einschränkungen, jeweils verbunden mit dem Ziel, die Gesundheit zu fördern und die Selbstständigkeit weitmöglichst zu erhalten. In der Praxis können sich beide Versorgungsbereiche überlappen, so sind präventive Elemente immer auch Bestandteil der medizinischen Rehabilitation“ (Walter u.a. 2008, S. 361). Prävention und Rehabilitation sind also nicht erst seit dem Präventionsgesetz eng miteinander verknüpft: so stellen sich etwa Arbeits- und Lebensbedingungen als mögliche Ansatzpunkte für eine *verhältnisbezogene* Prävention dar, Patienten“schulungen“ als Information-, Hilfestellung und Anreiz zur Veränderung gesundheitsschädlicher Lebensweisen und zur Selbstsorge oder es geht darum, zu verstärkter Inanspruchnahme von Präventions- und Rehabilitationsleistungen zu motivieren, weil viele Versicherte erst sehr (oder auch: zu) spät derartige Angebote in Anspruch nehmen oder ohne vorherige Rehabilitation eine EM-Rente beantragen. All dies macht die Bedeutung von Prävention für die Rehabilitation sichtbar. Deshalb haben wir hier gezielt nach einschlägig geförderten Projekten gesucht. Die mit den unten beschriebene „Ausbeute“ war eher bescheiden, kein Projekt hat sich direkt auf das Präventionsgesetz bezogen.

Einschluss: Hier wurden alle Projekte aufgenommen, die sozialrechtlich im Bereich von § 14 SGB VI und § 167 SGB IX angesiedelt sind, wie Projekt P 054 „*Gesamtevaluation der Modellprojekte zum Ü-45-Checkup nach § 14 Abs. 3 SGB VI* oder auf das Präventionsgesetz (2015) oder als Flexi-Rentengesetz (2016) Bezug nehmen und/oder deren Schwerpunkt thematisch explizit Fragestellungen der Prävention berühren wie P 209 *Kombinierte Präventionsleistung für Arbeit mit Schichtanteilen (KomPAS) – Implementierungs- und Evaluationsstudie*.

⁸ <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/rehabilitandenbefragung.html>

Ausschluss: Alle Projekte, die in deren Projektbeschreibung sich zwar Begriffe wie Prävention/präventiv, Prophylaxe/prophylaktisch finden, die aber keine eigenständigen Fragestellungen der Prävention, seien es Fragen der individuellen oder gruppenbezogenen Verhaltensprävention oder nach betrieblicher (verhältnis-)Prävention aufgegriffen haben. So zielt etwa Projekt 013 prospektiv auf die Möglichkeiten einer Allergieprävention durch Veränderung der Ernährung im Kindesalter („GINI“-Studie); hier schien uns allerdings das Thema Prävention in der Projektanlage zu weit entfernt. Ausgeschlossen haben wir auch Projekte, die sich wie P 436 *Implementation eines telefonischen Nachsorgeangebots für Rehabilitanden nach stationärer Alkoholentwöhnung (TelNA)* mit dem Thema „Rückfallprophylaxe“ nach Alkoholentwöhnung beschäftigt haben. Das letztgenannte Projekt wurde unter die Recherche zum Code „Nachsorge“ codiert.

Kontrovers: z.B. P 291 *Förderung und Erhalt der Erwerbsteilhabe durch Verhaltens- und Verhältnisförderung im Zusammenhang - FEEV2*. Auch wenn mit der Förderung der Erwerbsteilhabe präventive Intentionen verbunden sind, konzentriert sich die Studie laut Projektbeschreibung auf das Zusammenwirken und die Effekte verhaltens- und verhältnisbezogener Interventionen; damit haben wir das Projekt nicht unter den Code Prävention aufgenommen.

Die 10 hier von uns codierten Projekte haben die laufenden Projektnummern, vgl. Tabelle 14:

Tabelle 14 Laufende Projektnummern (eigene Darstellung)

054	161	209	247	285	289	293	306	442	451
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

3.2.8 MODELLPROJEKTE (n = 7 Projekte)

Meist von Praxiserfahrungen angestoßene und dann wissenschaftlich entwickelte, fundierte und begleitete Modellprojekte dienen der Weiterentwicklung der Rehabilitation und nehmen dabei eine wichtige strategische Rolle sowohl innerhalb der Rehabilitationsforschung und der Reha-Organisation, vor allem aber mit Blick auf innovative, ergänzende und bereichsübergreifend vernetzende Versorgungsangebote ein. In der Forschungsdatenbank haben wir nach den unten definierten Ein- und Ausschlusskriterien konnten wir nur 7 Projekte eindeutig zuordnen. Ein besonderes Problem, das bei den Modellprojekten noch stärker als bei den anderen analysierten Forschungsprojekten in der Dokumentation auffällt ist, dass keine Informationen über die Übernahme der Modelle in die Regelversorgung vorhanden sind, so dass ein zentrales Merkmal der Erfolgsbewertung fehlt. Die vom BMA finanzierten gemeinsam mit der Bundesagentur für Arbeit geförderten Reha-Pro Projekte befinden sich noch nicht in der Datenbank.

In diese Kategorie Modellprojekte wurden Projekte aufgenommen, die sich entweder selbst als Modellprojekt bezeichnet haben oder eine neue Versorgungsform modellhaft entwickelt oder als neue Maßnahme erstmals implementiert haben (z.B. Projekt 232 *"Aufbau und Datenanalysen eines Registers für herzklappenoperierte Rehabilitanden"*).

Einschluss: Beispiel P 117 *Neuer Zugangsweg in die Entwöhnungsbehandlung für arbeitslose und suchtkranke Menschen: Modellprojekt 'Magdeburger Weg'*

Ausschluss: P 399 *Umsetzung einer Rehabilitationsnachsorge mit Smartphone-App (DE-RENA) für depressive Patientinnen und Patienten*. In der Projektbeschreibung heißt es zwar: „Ziele/Fragestellungen DE-RENA soll, als Modellprojekt für ein störungsspezifisches, ambulantes Nachsorgeangebot mit Smartphone-App, im Sinne von Begleitforschung hinsichtlich Akzeptanz, Umsetzbarkeit und Wirksamkeit untersucht werden“. Hier haben wir trotz der selbstgewählten Charakterisierung als Modellprojekt uns gegen eine Aufnahme in die Kategorie Modellprojekt entschieden, weil es eher um eine modellhafte Umsetzung einer neuen Technologie im Bereich der Nachsorge geht und nicht um ein eigenständiges Modell. Wir haben dieses Projekt bei den Hauptcodes unter „Versorgung“ aufgenommen und in den themenspezifischen Bereichen unter „Nachsorge“. D.h. modellhafte Erprobungen von Technologien haben wir nicht im Hauptcode Modelle verortet.

Kontrovers/Doppelcodierung: Projekt 075 *Aufbau eines Web-basierten Zentrums 'Reha-Nachsorge' in Deutschland*. Dieses Projekt wurde thematisch auch unter die, die Hauptcodes ergänzende themenspezifische Kategorie „Nachsorge“ aufgenommen.

Die Modellprojekte haben folgende laufende Projektnummern, vgl. Tabelle 15:

Tabelle 15 Modellprojekte (eigene Darstellung)

004	075	097	111	117	359	465
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

3.2.9 Aus-Fort- und Weiterbildung für Fachkräfte (n = 19)

Im engeren Sinne handelt es sich bei den hier codierten Projekten um didaktische Handreichungen, (z.B. P 309 *Konzeption von innovativen E-Learning-Angeboten und webbasierten Kommunikationsformen in der SAT-Region* oder P 304 *Entwicklung einer Datenbank für interdisziplinäre rehabilitationsbezogene Lehrmaterialien (EDgar)*), die Vernetzung der Fort- und Weiterbildung mit Hochschulen (P 010), das Training von Behandlern in spezifischen Therapiemethoden (z.B. P 134

Entwicklung und Evaluation von Fortbildungen für die Bewegungstherapie zur Unterstützung des Alltagstransfers körperlicher Aktivität bei Rehabilitanden - Bewegungstherapie-Fortbildungen (BeFo)), die Fortbildung im Bereich sozialmedizinischer Begutachtung (z.B. P 468 Durchführung und Evaluation einer Peer Schulung 2018 (PeerS18) und ähnliche Projekte.

Tabelle 16 Fort- und Weiterbildung für Fachkräfte (eigene Darstellung)

1-5	6-10	11-15	16-19
010	211	309	466
056	296	310	468
087	304	314	470
139	305	362	491
160	308	465	

3.2.10 BERUFSGRUPPEN/OCCUPTIONAL GROUPS (n = 7 Projekte)

Hier wurden alle die Projekte eingeschlossen, in denen entweder die Rolle/Wirkung von Ärzten/Therapeuten oder Reha-Teams untersucht wurden oder deren Aus-, Fort- und Weiterbildung im Fokus stand. *Ausgeschlossen* waren Projekte die ausschließlich das Thema Aus-Fort- und Weiterbildung von Fachkräften zum Thema hatten wie die in 3.2.9 codierten Projekte.

Die Projekte haben die folgenden laufenden Projektnummern, vgl. Tabelle 17:

Tabelle 17 Projekte bei denen Berufsgruppen in der Reha im Vordergrund standen (n= 7) (eigene Darstellung)

059	060	195	248	249	457	472
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

3.3 Codierung spezieller Fragestellungen

Zusätzlich zur Kategorisierung der Projekte entlang der Hauptcodes und der Feincodierung haben wir die Projekte nach inhaltlichen Forschungsschwerpunkten analysiert. Die im Folgenden präsentierte Auswahl der Suchbegriffe, mit denen die jeweiligen Projekte identifiziert wurden, basiert auf konzeptionellen Überlegungen zu *vermuteten Forschungslücken* (etwa zu den Themen *Migration, Gender/Diversity*), zu *versorgungsrelevanten Fragestellungen* im Kontext rehabilitationspolitischer/-strategischer Aufgabenstellungen (etwa zu den Themen *Reha-Steuerung, Erwerbsminderungsrente, Nachsorge*) sowie zu rehabilitationswissenschaftlich wie praxisbezogen gleichermaßen relevanten *konzeptionellen Fragen* (etwa zum Thema *ICF-Entwicklung und Anwendung*).

3.3.1 Themenbereich Forschungslücken

a) MIGRATION

Mit Blick auf die Inanspruchnahme von medizinischen (Erbstößer & Zollmann 2015) wie beruflichen Rehabilitationsleistungen (Zapfel 2013) zeigt sich nicht ganz unerwartet eine deutliche Unterinanspruchnahme von Menschen mit Migrationsgeschichte. Im Forschungsstand ergibt sich hier zudem das methodische Problem, dass Migrationshintergrund in vielen Studien nur über die ausländische Staatsangehörigkeit definiert wird (Brzoska 2016) und nicht der lebensbiografisch orientierte Mindestindikatorensatz (vgl. Schenk u.a. 2006) verwendet wird, wodurch sich eine Unterschätzung der Zielgruppe und ihres Rehabilitationsbedarfs ergibt. Dies verweist angesichts eines Anteils von 26 % von Personen mit Migrationshintergrund, hier definiert als Personen, die sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzen (vgl. Statista 2019) auf eine rehabilitationspolitische Herausforderung. Vor diesem Hintergrund zeigt sich auch in der einschlägigen Forschung bislang nur bedingt aufgenommene Herausforderung.

Suchergebnis_Migration

Schlagnwortsuche: Migration, Migrationshintergrund, nicht deutschsprachige Rehabilitanden, Ausländer, Auslandsdeutsche.

Insgesamt ergab die Recherche 13 Projekte; davon 2 Projekte, die sich mit Ärzten mit Migrationshintergrund in Rehakliniken beschäftigen. Der Anteil an allen Projekten liegt bei 2,5 %.

Einschluss: alle Projekte, bei denen die Suchworte auftauchen und die das Thema Migration als eigenständiges Forschungsfrage behandelt haben (siehe die unten aufgeführten Projekte).

Ausschluss: Projekte, bei denen, etwa in versorgungsepidemiologischen Studien, die Suchworte zwar auftauchen, Migration aber kein eigenständiges Thema ist, wie z.B. P 251 *Veränderungen in Zugang und Inanspruchnahme bei orthopädischen Anschlussheilbehandlungen im Zeitraum 2004 bis 2011*.

Kontrovers: Projekte, deren Fragestellungen zentral den Themenbereich *Gender/Diversität/Kultursensibilität* zum Thema hatten und dort in Einzelfällen auch Migrationshintergrund angesprochen haben, wurden hier nicht aufgenommen; Ausnahme: Projekt 413, in dem das Thema Migration im Mittelpunkt stand. Wir haben uns hier entschieden eine eigene themenspezifische Kodierung vorzunehmen unter der Kategorie: *Gender/Diversität*.

1. P 040

„MiMi-Reha Kinder und Jugendliche“ - Implementierung und Evaluation eines mehrsprachigen Info- Angebotes mit Mediatoren/innen zur Rehabilitation für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund“ (2019 – 2021)

2. P 060

Ärztinnen und Ärzte in Migration - Integration in deutsche Rehabilitationseinrichtungen (ÄiM-R). (2017 – 2018)

3. P 059

Entwicklung und Evaluation von Maßnahmen der strukturierten Transition und Integration migrierter ÄrztInnen in deutsche Rehakliniken. (2019 – 2020)

4. P 064

Versorgungserwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund und Möglichkeiten ihrer Berücksichtigung in der medizinischen Rehabilitation – unter besonderer Betrachtung von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. (2014 – 2017)

5. P 106
Migrant(inn)en in der beruflichen Rehabilitation – Pilotstudie. (2012 – 2012)
6. P 149
Migration und Back Pain (Mig Back). (2009 -2011)
7. P 165
MiMi-Reha: Implementierung und Evaluation eines Info-Angebotes für MigrantInnen zur medizinischen Reha auf Basis der 'MiMi-Kampagnentechnologie'. (2013-2016)
8. P 176
Rehabilitationsbedarf und -inanspruchnahme bei älteren Erwerbstätigen mit und ohne Migrationshintergrund in der BRD – eine Untersuchung mit der lidA-Kohortenstudie (lidA-DRV). (2017 – 2021)
9. P 204
Versorgungslage und Bedürfnisse türkischer Migranten mit Diabetes mellitus in der stationären Rehabilitation. (2006 – 2008).
10. P 378
Einfluss der Zufriedenheit und des subjektiven Behandlungserfolgs auf das objektiv messbare Ergebnis der medizinischen Rehabilitation: Ein Vergleich zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. (2013 – 2014).
11. P 405
Migration und gesundheitliche Ungleichheit in der Rehabilitation – Versorgungsbedarf und subjektive Bedürfnisse türkischer und türkischstämmiger Migranten im System der medizinischen Rehabilitation. (2008 – 2010)
12. P 413
'Kultursensibel – aber wie!' - Entwicklung von Qualitätsstandards in der interkulturellen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund in der stationären Rehabilitation von Menschen mit psychischen / psychosomatischen Erkrankungen. (2015 – 2016)
13. P 475
Sichtung und Systematisierung von Assessmentverfahren für Rehabilitand/inn/en mit nicht-deutschsprachigem Hintergrund („Rehanid“). (2017 -2017)

b) GENDER/DIVERSITY

Auch wenn die Frauengesundheitsforschung schon auf eine längere Tradition zurückblicken kann und die These, dass Frauen anders krank sind als Männer (Maschewski-Schneider 1997), inzwischen gut belegt ist und auch in die Richtlinien etwa der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention Eingang gefunden haben (Maschewski-Schneider u.a. 2001), hat sich das Thema, abgesehen von den in allen empirischen Studien vorgenommenen Unterscheidungen zwischen Männern und Frauen als *eigenständiges Thema* in der Rehabilitation bislang nur wenig durchgesetzt (Schmidt, Kolip & Greitemann 2001), was auf den ersten Blick erstaunt, weil Geschlechterdifferenzen sowohl in der rehabilitativen Versorgung (Worringen & Zwingmann 2001) als auch versorgungspolitisch von großer Bedeutung sind, etwa in Bezug auf geschlechtsspezifisch unterschiedliche Diagnosehäufigkeiten, Inanspruchnahmeverhalten und AU-Tage (vgl. DAK Gesundheitsreport 2016). Angesichts der Bedeutung des Themas, das in den letzten Jahren noch um das Thema der Diversität/Diversitätssensibilität erweitert wurde, zeigt sich auch in der von der Rentenversicherung geförderten Projekten eine Forschungslücke, wie die geringe Anzahl von nur 6 einschlägigen Projekten bei insgesamt 516 geförderten Forschungsvorhaben zeigt.

Suchergebnis: Gender/Diversität

Suchbegriffe: Diversität, Diversity, Gender, geschlechtssensibel, geschlechtssensitiv, kultursensibel

Insgesamt wurden 6 Projekte eingeschlossen, die den Themenbereich in ihren Forschungsfragen als *eigenständigen* Forschungsgegenstand adressiert hatten. Ausgeschlossen wurden Projekte, in denen einer der gesuchten Begriffe zwar vorkam, aber im Projekt unspezifisch oder nur als ein Thema unter vielen behandelt wurde, etwa P 026 Patientenerfahrungen zur Information, Vorbereitung und Entscheidungshilfe für Antragsteller von med. Reha-Maßnahmen auf www.krankheitserfahrungen.de. (2013 – 2017).

1. P 173
Genderforschung in der Orthopädie. (2008 – 2012)
2. P 174
Genderstudien in der kardiologischen Rehabilitation. (2012 – 2015)
3. P 367
Genderspezifische Aspekte adipöser Patienten in der stationären Rehabilitation – Bestandsaufnahme motivationspsychologischer Prozesse und Entwicklung von Konsequenzen für die Diagnostik und Therapie. (2010 – 2012)

4. P 379

Entwicklung eines Instrumentenkatalogs und eines Handlungsleitfadens für Rehabilitationseinrichtungen und Rehabilitationsträger zur Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung (DiversityKAT). (2018 – 2020)

5. P 380

Erhöhung der Versorgungszufriedenheit und Verbesserung von Behandlungsergebnissen in der medizinischen Rehabilitation durch die Berücksichtigung der Diversität von Rehabilitanden/innen: Entwicklung und Evaluation eines Diversity-Management-Konzeptes (ReDiMa). (2016 – 2018)

6. P 445

Wirksamkeit einer sektorenübergreifenden geschlechtsspezifischen Intervention zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens von KHK-RehabilitandInnen. (2011 -2014).

3.3.2 Projekte zu versorgungsrelevanten Spezialthemen

a) ZUGANG(SSTEUERUNG) ZU REHA-LEISTUNGEN

Die Relevanz des Themas eines zeitnahen, barrierefreien und zielgerichteten Zugangs und der dabei beteiligten Instanzen und Steuerungsprinzipien spiegelt sich in der Anzahl und der Vielfalt der spezifischen Fragestellungen in den geförderten Projekten wider. Vor diesem Hintergrund haben wir aus dem Gesamtkomplex der Reha-Steuerung diejenigen Projekte ausgekoppelt, die das Thema des Reha-Zugangs bzw. der Reha-Zugangssteuerung und dazugehörige Fragen wie Übergänge und Schnittstellenmanagement zum Thema hatten.

Suchbegriffe: Zugang, Zugang zur medizinischen Reha, Reha-Zugang, Zuweisung, Zuweisungssteuerung, Zugangssteuerung, Zugangsbarrieren.

Die zunächst 96 identifizierten Projekte reduzierte sich durch eine händische Kontrolle auf die Anzahl von 61 als einschlägig eingeschätzte Projekte. Die Projekte zeichnen sich dabei durch eine große Heterogenität, die von der Kooperation von Kostenträgern oder der Schnittstellenoptimierung in der ambulanten Rehabilitation über verbesserten Zugang zu Rehabilitationsangeboten, der Identifizierung von Zugangsbarrieren und Screening-Verfahren zu passgerechten Maßnahmenzuweisung bis hin zu eher kleinteiligen Studien, etwa zum regionalen Reha-Zugang zur Entwöhnungsbehandlung. Bei der Codierung ergeben sich daher eine Reihe von Zuordnungsproblemen.

Einschluss: Alle Projekte, in denen die oben angegebenen Suchbegriffe vorhanden waren und die sich schwerpunktmäßig in ihren wissenschaftlichen Fragestellungen mit Problemen des Reha-Zugangs und seiner Bedingungen widmen. Exemplarisch hierfür steht etwa Projekt P 023 *Rehabilitationszugangs- und Schnittstellenoptimierung in der ambulanten Versorgung (RezuS)*.

Ausschluss: Alle Projekte, die keinen Beitrag zur Zugangssteuerung oder zu Zuweisungsfragen oder Zugangsbarrieren in ihren Fragestellungen aufgreifen.

Kontroverse Zuordnungsfragen: Projekte, die das Thema der Zugangssteuerung nicht direkt angehen, aber zentrale Voraussetzungen für einen Zugang zur Rehabilitation als Forschungsfragestellung hatten, wie z.B. P 080 *Reha-bezogener Informationsbedarf bei DRV-Versicherten* (→ Voraussetzung zu Reha-Zugang und Inanspruchnahme). (2014 – 2015)

1. P023
Rehabilitationszugangs- und Schnittstellenoptimierung in der ambulanten Versorgung (RezuS)
2010 – 2012
2. P026
Patientenerfahrungen zur Information, Vorbereitung und Entscheidungshilfe für Antragsteller von med. Reha-Maßnahmen auf www.krankheitserfahrungen.de (2013 – 2017)
3. P031
Individuelle Verläufe von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (IV-LTA)
2016 – 2020
4. P034 Promoting access to rehabilitation (PROREHAB)
2014 – 2018
5. P040
„MiMi-Reha Kinder und Jugendliche - Implementierung und Evaluation eines mehrsprachigen Info- Angebotes mit Mediatoren/innen zur Rehabilitation für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund“ (→ Zugangsbarrieren als spezielles Thema). (2019 – 2021)
6. P064
Versorgungserwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund und Möglichkeiten ihrer Berücksichtigung in der medizinischen Rehabilitation – unter besonderer Betrachtung von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. (Zugangsbarrieren). (2014 – 2017)
7. P069
Entwicklung von Zugangskriterien zum effektiven und kostendeckenden Einsatz einer stufenweisen Wiedereingliederung zu Lasten der DRV 2012 – 2015

8. P079
Optimierung der Zusammenarbeit von Reha-Kostenträgern, Reha-Einrichtungen und ambulanter Versorgung 2010 – 2011
9. P080
Reha-bezogener Informationsbedarf bei DRV-Versicherten (→ Voraussetzung zu Reha-Zugang und Inanspruchnahme). (2014 – 2015)
10. P081
Rehabilitationsantrag abgelehnt – Was nun? (2012 – 2014)
11. P084
Welche Informationen benötigen niedergelassene Ärzte im Zusammenhang mit der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung? (2012 - keine weiteren Angaben)
12. P106
Titel: Migrant(inn)en in der beruflichen Rehabilitation – Pilotstudie. (→ Zugangsbarrieren). (2012 – 2012)
13. P117
Neuer Zugangsweg in die Entwöhnungsbehandlung für arbeitslose und suchtkranke Menschen: Modellprojekt 'Magdeburger Weg'. (01.2011 – 06.2011)
14. P121
Zugangswege zur stationären psychosomatischen Rehabilitation MAREVO. (2008 – 2011)
15. P150
Netzwerk Hausärzte / Orthopäden - Rehabilitation (NeHOR). (2016 – 2019)
16. P164
Wege in die Anschlussrehabilitation – Analyse des Antrags und Bewilligungsprozesses im Akutkrankenhaus. (2013 – 2017)
17. P165
MiMi-Reha: Implementierung und Evaluation eines Info-Angebotes für MigrantInnen zur medizinischen Reha auf Basis der 'MiMi-Kampagnentechnologie'. (2013 – 2016)
18. P176
Titel: Rehabilitationsbedarf und -inanspruchnahme bei älteren Erwerbstätigen mit und ohne Migrationshintergrund in der BRD – eine Untersuchung mit der lidA-Kohortenstudie (lidA-DRV). (2017 – 2021)

19. P181
Psychosomatische Rehabilitation: Strukturelle Einflussfaktoren auf das Antragsverhalten sowie Veränderungen des Rehabilitandenkollektivs bzgl. der Behandlungsschwere im Zeitverlauf. (2014 – 2016)
20. P192
Individuelle Krankheitserfahrungen als Informationsquelle und Entscheidungshilfe: weiterer Aufbau und Evaluation der Website krankheitserfahrungen.de. (2011 – 2014)
21. P196
Vorbereitung auf die Reha: Was wissen die Rehabilitanden über die Rehabilitation? Kenntnisstand, Zugangswege und Optimierungsstrategien (2011 – 2014)
22. P214
Evaluation der Effekte von MBOR bei kardiologischen und pneumologischen Rehabilitanden der Rehabilitationsklinik Heidelberg-Königstuhl. (Zugangsteuerung zu MBOR). (2016 – 2020)
23. P217
Rehabilitationszugang und -bedarf: Sektorenübergreifende Analyse von Versorgungsdaten der AOK Baden-Württemberg und der DRV Baden-Württemberg. (2013 – 2016)
24. P218
Welche Maßnahme für wen? Evaluation des mittelfristigen Ergebnisses von LTA-Maßnahmen anhand von Daten der Berufsförderungswerke und DRV Baden-Württemberg. (2013 – 2019)
25. P231
Warum sind onkologische Reha-Anträge und Reha-Leistungen der Deutschen Rentenversicherung rückläufig? - Eine Mixed-Methods Studie mit Patienten aus onkologischen Versorgungszentren. (2016 – 2017)
26. P232
Hausärztliche Intervention für eine Entwöhnungs-Langzeitbehandlung bei Patienten mit Suchterkrankung. (01.2013 – 12.2013)
27. P233
Analyse des Antragsrückgangs bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. (2017 – 2019)
28. P241
Aufbau von Netzwerkstrukturen zur Erforschung des Berufsbezuges in der Psychosomatischen Rehabilitation. (2019 – 2022)
29. P247
Zielgruppenansprache, Zielgruppendifferenzierung, Ausgestaltung und Qualitätssicherung von Präventionsangeboten der Gesetzlichen Rentenversicherung (ZZAQ). (2018 – 2020).

30. P251
Veränderungen in Zugang und Inanspruchnahme bei orthopädischen Anschlussheilbehandlungen im Zeitraum 2004 bis 2011. (2013 – 2014)
31. P252
Zugang und Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen sowie Effekte auf die Erwerbs- und Pflegeprognose. (2016 – 2018)
32. P262
Trägerübergreifende Zusammenarbeit bei der Erhaltung von Arbeits- und Erwerbsfähigkeit. (2006 – 2009)
33. P278
Optimierung von medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitations-Prozessen und Identifikation von Indikatoren guter Praxis – OptiPro. (2014 – 2016)
34. P282
Rehabedarfsfeststellung,-Zugang, -Steuerung, Koordinierung,-Optimierung und Verstetigung bei psych. Erkrankungen unter Mitwirkung niedergelassener Ärzte, Reha in der Arztpraxis. (2009 – 2012)
35. P303
Einsatz eines Ultra-Kurz-Screenings auf psychosoziale Problemlagen zur bedarfsgerechten Steuerung des Reha-Zugangs bei muskuloskelettalen Erkrankungen und psychischen Belastungen aus der vertragsärztlichen Versorgung - Zuversicht II'. (2016 – 2017)
36. P305
Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines rehabilitationsbezogenen, standardisierten Fortbildungskonzeptes in hausärztlichen Qualitätszirkeln (ResQ) (→ Verbesserung der Zugangssteuerung von Hausärzten in die Reha). (2013 – 2016)
37. P315
Zugangs- und Verlaufseinschätzung zur orthopädischen und psychosomatischen Rehabilitation aus Sicht von Rehabilitationsärzten, Psychologen sowie Rehabilitanden aus der Region Mitteldeutschland. (2012 – 2013)
38. P336
OREST-webbasierter Test auf Rehabedarf. (Rehazugangs-Screening). (2014 – 2019)
39. P347
MBOR-Management: Projekt zur formativen Evaluation einer Steuerung von PatientInnen mit besonderer beruflicher Problemlage in berufsbezogene Therapiekonzepte. (2010 – 2012)

40. P356
IMKE - Implementierung der Reha-Vorbereitung in eine Psychosomatische Rehakette. (2013 – 2015)
41. P370
Leistungsketten und Leistungsallokation in der Rehabilitation der Rentenversicherung (2012 – 2013)
42. P372
Wie können Rentenversicherte mit Erwerbsminderungsrisiko rechtzeitig erkannt und konsekutiv durch Rehabilitation unterstützt werden? - SPE-EMR. (2009 – 2011)
43. P373
Entwicklungstrends und Strukturen von Anschlussrehabilitationen (AHB) (2013 – 2014)
44. P389
Soziale Ungleichheiten im Zugang und in der Inanspruchnahme von Reha-Maßnahmen und Erwerbsminderungsrenten. (2016 – 2018)
45. P390
Zugang zur stationären Kinderrehabilitation: Barrieren und Potentiale - eine Projektsynthese mit Handlungsleitfäden für die Praxis. (2014 – 2016)
46. P393
Entwicklung objektivierbarer Zuweisungskriterien zur komplexen Stufenweisen Wiedereingliederung mit begleitender Rehabilitation (STWmbR). (2015 – 2016).
47. P412
Entwicklung eines an individuellen Risiken orientierten Behandlungskonzepts für Patienten in psychosomatischer Rehabilitationsbehandlung. (→ Zuweisungsdiagramme). (2014 – 2015)
48. P428
Titel: Betriebswirtschaftliche Kostenbewertung und gesundheitsökonomische Evaluation der RMK-TOW in der stationären orthopädischen Rehabilitation. (→ Zugangssteuerung). (2012 – 2013)
49. P431
Entwicklung und Testung eines generischen RMK-Screenings für die Vorabschätzung von Fallgruppen im Antragsverfahren auf medizinische Rehabilitation. (2011 – 2013)
50. P435
Flexibilisierung der medizinischen Rehabilitation - Theorie- und Expertenbasierte Entwicklung eines Konzepts und entsprechender Zuweisungskriterien auf Basis eines systematischen Reviews. (2012 – 2013)

51. P438
Implementations- und Evaluationsstudie für den patientenbezogenen kombinierten Einsatz von RMK-Screening und RMK-Klinik-Assessment in der Sucht-Rehabilitation. (2010 – 2011)
52. P440
Optimierung der prädiktiven Validität von Empfehlungen und Leistungsbeurteilungen der Reha-Entlassungsberichte. (2011 – 2012)
53. P455
Versorgungssituation chronisch kranker Kinder und Jugendlicher in Rheinland-Pfalz (→ Reha-Zugang). (2018 – ?)
54. P463
Veränderte Inanspruchnahme stationärer Rehabilitationsbehandlungen von Kindern und Jugendlichen in der Deutschen Rentenversicherung: Untersuchung möglicher Ursachen in der Zuweiserkette und in der Akzeptanz der Angebote. (2014 – 2015)
55. P476
Systematische Literaturrecherche zur sozialmedizinischen Begutachtung bei Erwerbsminderungsrenten und Reha-Zugang (LitBegut). (2014 – 2016)
56. P491
Entwicklung didaktisch aufbereiteter Fallvignetten als Hilfsmittel der beruflichen Rehabilitation in Kooperation mit Experten und Praktikern vor Ort (FAVI). (→ biografische orientierte Zuweisungsdiagnose). (2017 – 2018)
57. P494
Von der ophthalmologischen Rehabilitation zur beruflichen Teilhabe (ORELTA). (→ Zuweisungssteuerung in der Rehabilitation). (2017 – 2020)
58. P495
Wege psychisch Kranker in die EM-Rente und Rückkehrperspektiven aus der EM-Rente in Arbeit: Ansatzpunkte zu frühzeitiger Intervention in biografische und krankheitsbezogene Verlaufskurven (WEMRE). (2017 – 2020)
59. P496
Wege von der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme in das Beschäftigungssystem - eine qualitative und quantitative Analyse individueller Verlaufskarrieren und ihrer biografischen und strukturellen Bedingungen. (→ Übergangsteuerung). (2014 – 2016)
60. P505
Antragsverhalten von Krebspatienten im Hinblick auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen der Deutschen Rentenversicherung: Eine Expertenbefragung. (2016 – 2019)

61. P513

Entwicklung und Evaluation eines multimodalen internetbasierten Informationsangebots zur Vorbereitung auf die stationäre psychosomatische Rehabilitation. (2014 – 2017)

b) *INANSPRUCHNAHME*

Rechtzeitige Inanspruchnahme, verspätete Inanspruchnahme, mangelhafte Nutzung/Inanspruchnahme rehabilitativer Angebote und ggf. auch eine übermäßige Inanspruchnahme (= nicht erforderliche, fehlerhafte, nicht zielführende oder eine für die Problemlage unangemessene Inanspruchnahme bzw. Zuweisung zu einer Maßnahme) stellen nicht nur für die Medizinische Versorgung (vgl. schon das Gutachten des Sachverständigenrats 2001, Band III), sondern auch für die Rehabilitation insgesamt eine Herausforderung dar. Deshalb haben wir uns entschieden hier einschlägige Projekt aufzunehmen. Die ursprünglich 58 ausgewählten Projekte wurden nach einer händischen Analyse auf 40 Projekte reduziert.

Suchbegriffe:

„Inanspruchnahme“, „Inanspruchnahmeverhalten“, „rechtzeitige Inanspruchnahme“, „frühzeitige Inanspruchnahme“, „Inanspruchnahmebarrieren“, „mangelnde Inanspruchnahme“, „Unteranspruchnahme“

Einschluss: Alle Projekte, die sich mit den in den Suchbegriffen aufgeführten Aspekten der Inanspruchnahme in zentraler Weise auseinandergesetzt haben, z.B. P 389 *Soziale Ungleichheiten im Zugang und in der Inanspruchnahme von Reha-Maßnahmen und Erwerbsminderungsrenten*. Eingeschlossen wurden auch Projekte, die im Kontext ihrer Fragestellung, das Thema Inanspruchnahme, Inanspruchnahmebarrieren, Strategien zur Verbesserung der Inanspruchnahme im Kontext ihrer Hauptfragestellung adressiert haben, z.B. P 358 *Vernetzung von Vor- und Nachsorgemaßnahmen in der psychosomatischen Rehabilitation - VEVONA* (→ Akzeptanz u. Inanspruchnahme).

Ausschluss: Projekte, die in der Projektbeschreibung auf Inanspruchnahme verwiesen haben, aber dies nicht zum Gegenstand einer eigenständigen Fragestellung gemacht haben.

Kontroverse Zuordnung: Einige der hier codierten Projekte erscheinen zusätzlich (Mehrfachcodierungen) in den Hauptcodes „Reha-Steuerung“ oder „Versorgungsforschung“. Bei anderen Projekten haben wir uns entschieden sie hier aufzunehmen, obwohl der Bezug zur Inanspruchnahme nur als Zielvorstellung formuliert wird, ohne dafür bereits empirische Belege liefern zu können, wie etwa P 076 *Ausbau und Optimierung sowie Veröffentlichung und Bekanntmachung der online-gestützten ReNa-Datenbank*

1. P027
Drittes Sozialmedizinisches Panel für Erwerbspersonen - 'Rehabilitation und Teilhabe' (SPE III).
(Inanspruchnahmedeterminanten, Inanspruchnahmeverhalten). (2013-2019)
2. P062
Rehabilitation bei Personen mit zeitlich befristeter Erwerbsminderungsrente (REBER). (→
Inanspruchnahmehäufigkeit). (2015- 2018)
3. P076
Ausbau und Optimierung sowie Veröffentlichung und Bekanntmachung der online-gestützten
ReNa-Datenbank (Datenbank Reha-Nachsorge: www.nachderReha.de) (Verbesserung der
Inanspruchnahme). (2015-2016).
4. P080
Reha-bezogener Informationsbedarf bei DRV-Versicherten. (→ Verbesserung der
Inanspruchnahme) (2014-2015).
5. P081
Rehabilitationsantrag abgelehnt – Was nun? (→ Gründe für fehlende Inanspruchnahme von
Alternativen zur EM-Rente). (2012-2014)
6. P095
Wiederaufnahme der Arbeit nach Krebs - eine Untersuchung am Beispiel von
Brustkrebspatientinnen (→ Gründe für Unterinanspruchnahme). (2018-2020)
7. P136
Einstellungen zur medizinischen Rehabilitation bei Patientinnen und Patienten mit Multipler
Sklerose (MS-Reha). (2015-2016).
8. P144
Inanspruchnahme psychosomatischer Rehabilitationsmaßnahmen und Berentungen wegen
Erwerbsminderung aufgrund psychischer Erkrankungen (2014-2015)

9. P159
Versorgung von Rehabilitanden mit Fibromyalgie in der stationären Rehabilitation: Diagnostische Zugänge, Rehabilitationskonzepte und sozialmedizinische Verläufe (2016-2018)
10. P165
MiMi-Reha: Implementierung und Evaluation eines Info-Angebotes für MigrantInnen zur medizinischen Reha auf Basis der 'MiMi-Kampagnentechnologie' (2013-2016)
11. P176
Rehabilitationsbedarf und -inanspruchnahme bei älteren Erwerbstätigen mit und ohne Migrationshintergrund in der BRD – eine Untersuchung mit der lidA-Kohortenstudie (lidA-DRV) (2017-2021)
12. P207
Reha-Fallbegleitung bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen mit erwerbsbezogenen Problemen (→ Aussagen zur Inanspruchnahme). (2008-2010).
13. P217
Rehabilitationszugang und -bedarf: Sektorenübergreifende Analyse von Versorgungsdaten der AOK Baden-Württemberg und der DRV Baden-Württemberg (2013-2016)
14. P231
Warum sind onkologische Reha-Anträge und Reha-Leistungen der Deutschen Rentenversicherung rückläufig? - Eine Mixed-Methods Studie mit Patienten aus onkologischen Versorgungszentren. (2016-2017)
15. P233
Analyse des Antragsrückgangs bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (2017-2019).
16. P247
Zielgruppenansprache, Zielgruppendifferenzierung, Ausgestaltung und Qualitätssicherung von Präventionsangeboten der Gesetzlichen Rentenversicherung (ZZAQ) (→ Gründe für geringe Inanspruchnahme). (2018-2020)

17. P251

Veränderungen in Zugang und Inanspruchnahme bei orthopädischen Anschlussheilbehandlungen im Zeitraum 2004 bis 2011 (2013-2014)

18. P252

Zugang und Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen sowie Effekte auf die Erwerbs- und Pflegeprognose (2016-2018)

19. P256

Die Traditionelle Chinesische Medizin in der Routineversorgung einer orthopädischen Rehabilitation - Nachhaltigkeit und Akzeptanz bei Patienten der Deutschen Rentenversicherung (2009-2011)

20. P260

Evaluation medizinischer Nachsorgeleistungen - Empfehlung, Angebot, Inanspruchnahme 2009-2010

21. P275

Entwicklung, Prozess- und Ergebnisevaluation des eHealth-Nachsorgemoduls Onko-Vital. (→ Inanspruchnahme). (2020-2022)

22. P279

Webbasierte Nachsorge für onkologische Patienten nach stationärer Rehabilitation: (→ Inanspruchnahme). (2020-2022)

23. P351

Rückkehr zur Erwerbsarbeit nach Brustkrebs: Eine prospektive, multizentrische Studie zur Verbesserung der Reintegration ins Erwerbsleben (→ Inanspruchnahme). (2016-2019)

24. P358

Vernetzung von Vor- und Nachsorgemaßnahmen in der psychosomatischen Rehabilitation - VEVONA (Akzeptanz u. Inanspruchnahme). (2011-2012)

25. P372

Wie können Rentenversicherte mit Erwerbsminderungsrisiko rechtzeitig erkannt und konsekutiv durch Rehabilitation unterstützt werden? - SPE-EMR - (2009-2011)

26. P373

Entwicklungstrends und Strukturen von Anschlussrehabilitationen (AHB) (→ differentielle Inanspruchnahme). (2013-2014)

27. P387

Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen (2012-2014)

28. P389

Soziale Ungleichheiten im Zugang und in der Inanspruchnahme von Reha-Maßnahmen und Erwerbsminderungsrenten (2016-2018)

29. P390

Zugang zur stationären Kinderrehabilitation: Barrieren und Potentiale - eine Projektsynthese mit Handlungsleitfäden für die Praxis (2014-2016)

30. P392

Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen bei Pathologischem Glücksspielen: Ermittlung der Versorgungslage und Charakterisierung unterversorgter Zielgruppen (2012-2013)

31. P403

Ursachen für die Widersprüchlichkeit in der Inanspruchnahme von Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeitserkrankungen in den mitteldeutschen Ländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen aus Sicht der Betroffenen (2009-2012)

32. P405

Migration und gesundheitliche Ungleichheit in der Rehabilitation – Versorgungsbedarf und subjektive Bedürfnisse türkischer und türkischstämmiger Migranten im System der medizinischen Rehabilitation (→ Inanspruchnahmeverhalten). (2008-2010)

33. P429

Eingliederungsmanagement nach beruflicher Rehabilitation (EGM-LTA) (→ Inanspruchnahme). (2015-2017)

34. P441

Paneldatenanalyse der Inanspruchnahme und Ergebnisqualität der medizinischen Rehabilitation von PatientInnen mit chronischem Rückenschmerz Arbeitstitel: Sekundärdatenanalyse SUF 2002 – 2009. (2013-2014)

35. P447

Bedeutung berufsbedingter Belastungen für Reha-Inanspruchnahme, Erwerbsminderung und weitere sozialmedizinische Indikationen (BeBB). (2018-2019).

36. P463

Veränderte Inanspruchnahme stationärer Rehabilitationsbehandlungen von Kindern und Jugendlichen in der Deutschen Rentenversicherung: Untersuchung möglicher Ursachen in der Zuweiskette und in der Akzeptanz der Angebote. (2014-2015)

37. P487

Soziale Ungleichheiten in der Rehabilitation und Nachsorge von Patienten mit Prostata- und Brustkrebs. (2013-2015)

38. P494

Von der ophthalmologischen Rehabilitation zur beruflichen Teilhabe (ORELTA) (→ Unterinanspruchnahme von med. u. berufl. Rehaleistungen). (2017-2020)

39. P497

Inanspruchnahme und Versorgungsverläufe von Reha-Leistungen bei psychischen Beeinträchtigungen (InVerPsych). (2020- 2023)

40. P 505

Antragsverhalten von Krebspatienten im Hinblick auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen der Deutschen Rentenversicherung: Eine Expertenbefragung. (2016 – 2019)

c) NACHSORGE

Mit dem Thema „Nachsorge“ werden vier zentrale versorgungspolitische Aspekte der Rehabilitation angesprochen, a) die Verstetigung des Rehabilitationserfolgs etwa durch die Beibehaltung eines ärztlicherseits empfohlenen gesundheitsförderlichen Lebensstils oder krankheitsspezifischer Übungsprogramme (Bewegungstraining, Herzsport), b) Beginn und Fortführung in der medizinischen Rehabilitation erlernter Formen der Krankheitsbearbeitung (z.B. Stressbewältigung, Symptomkontrolle) und c) Vernetzung mit dem ambulanten ärztlichen Versorgungssystem sowie d) Unterstützung bei der Wiedereingliederung in Arbeit oder dem Erhalt der Beschäftigung, etwa durch Unterstützung beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement.

Fast alle der im Folgenden unter „Nachsorge“ codierten Projekte entstammen dem Hauptcode „Versorgungsforschung“, einige wenige aus dem Hauptcode „Reha-Steuerung“. Die Anzahl der hier geförderten Projekte zeigt, dass das Thema „Nachsorge“ sowohl von den Antragstellenden als auch von den Rentenversicherungsträgern als relevant erachtet wird. Besonders auffällig ist, dass die Mehrzahl der Projekte bei der Nachsorge auf telefonische, vor allem aber auf moderne Kommunikationstechnologien wie Tele- und Internetnachsorge setzt. Dabei ist wiederum die Mehrzahl der Projekte auf die individuelle verhaltensmedizinische Nachsorge konzentriert, wenige Projekte greifen strukturelle Aspekte der Überleitung in das primärärztliche System auf und nur wenige Projekte nehmen das Thema der Verstetigung der beruflichen Wiedereingliederung auf.

Suchbegriffe: Nachsorge, follow-up care, Nachbetreuung, poststationäre Begleitung, poststationäre Maßnahme, poststationäre Therapie, Tele-Nachsorge, Internet-Nachsorge

Die zunächst 90 in der lexikalischen Suche mit den Suchbegriffen identifizierten Projekte wurden nach einer händischen Kontrolle auf 71 einschlägige Projekte reduziert.

Einschluss: Alle Projekte, die im Titel das Thema „Nachsorge“ tragen und das Thema zentral als Forschungsanliegen formulieren, wie z.B. P 022 *Evaluation des Intensivierten Rehabilitations-Nachsorgeprogramms (IRENA) der Deutschen Rentenversicherung Bund*. Eingeschlossen wurden auch Projekte, die Nachsorge als Thema des Übergangsmagements untersucht haben, wie P 274 *Entlassungsmanagement in der onkologischen Rehabilitation: Analyse der Nachsorgeplanung und der schnittstellenübergreifenden Versorgungspfade onkologischer Rehabilitanden in der Nachsorge (EmoR)* oder bestimmte Trainingsmaßnahmen in der Nachsorge initiiert oder evaluiert haben wie P 311 *Reha-Optimierung bei Patienten mit Polyarthritits oder Spondyloarthritits durch ein individuell vereinbartes Kraft-, Ausdauer- und Koordinationstraining*.

Ausschluss: ausgeschlossen wurden Projekte, in deren Projektbeschreibung zwar der Begriff Nachsorge auftaucht, aber kein Gegenstand einer eigenständigen Fragestellung oder Überprüfung

war, wie P 078 *Ergebnisqualität der Schlaganfallrehabilitation in der BAR-Phase D* oder Projekt P 150 *Netzwerk Hausärzte / Orthopäden - Rehabilitation (NeHOR)*, das stark auf die Zuweisungsproblematik fokussiert war.

Kontroverse Zuordnung: P 096 *Prädiktoren psychosomatischer Nachhaltigkeitseffekte bei besonderen beruflichen Problemlagen*. Im strengen Sinne handelte es sich nicht um ein Nachsorgeprojekt, sondern es wurde die Verstetigung von Behandlungserfolgen evaluiert; da es sich aber um ein für den Bedarf an Nachsorge relevantes Projekt handelte, haben wir uns entschieden es hier aufzunehmen. Bei P 382 *Evaluation einer arbeitsplatzbezogenen Rehabilitation - Nordsee-Reha Volkswagen Therapie* stellte sich die Frage, ob es bei arbeitsplatzbezogener Rehabilitation ebenso wie bei P 429 *Eingliederungsmanagement nach beruflicher Rehabilitation (EGM-LTA)* nicht um ein eigenständiges Angebot handelt, das mehr ist als nur eine Nachsorge. Wir haben die Projekte hier aufgenommen, würden aber unter strategischen Versorgungsaspekten eher dafür plädieren, Projekte mit dieser Schwerpunktsetzung als eigenständige Projekte im Rahmen der beruflichen Rehabilitation zu codieren. Deshalb wurden diese Projekte auch in den Hauptcode „Berufliche Rehabilitation“ aufgenommen.

1. P007 (Telenachsorge)
2. Lebensstiländerung und Verbesserung der subjektiven Erwerbstätigkeitsprognose bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ II und Adipositas in der stationären Rehabilitation durch ein Planungskompetenztraining (PKT) mit anschließender telefonischer Nachsorge. Eine Wirksamkeitsstudie im Rahmen eines randomisierten Kontrollgruppendesigns. (2012 – 2015)
3. P020 (follow-up care)
Schnittstellenübergreifende, arbeitsbezogene Fall-Begleitung in der suchttherapeutischen Nachsorge als Schlüssel zu Erwerbsintegration und Rückfallprophylaxe. (2011 – 2014)
4. P022 (follow-up care)
Evaluation des Intensivierten Rehabilitations-Nachsorgeprogramms (IRENA) der Deutschen Rentenversicherung Bund.(2008 – 2011)
5. P032 (follow-up care)
Intensivierte Medizinisch-beruflich Orientierte Rehabilitationsnachsorge (IMBORENA). (2011 – 2014)
6. P050 (Telenachsorge)
Vergleichende Untersuchung und Wirksamkeit der Nachsorgekonzepte 'Evo Care-Teletherapie und IRENA'. (2011 – 2013)

7. P058 (Telenachsorge)
Begleitende Sozialberatung während der stufenweisen Wiedereingliederung Evaluation eines Nachsorgeangebotes. Untersuchung eines Modells zur intensiven Beratung und Einleitung der stufenweisen Wiedereingliederung und eines Nachsorgeangebotes. (2011 – 2014)
8. P075 (Internetnachsorge)
Aufbau eines Web-basierten Zentrums 'Reha-Nachsorge' in Deutschland: www.nachderReha.de (2010 – 2014)
9. P076 (Internetnachsorge)
Ausbau und Optimierung sowie Veröffentlichung und Bekanntmachung der online-gestützten ReNa-Datenbank (Datenbank Reha-Nachsorge: www.nachderReha.de). (2015 – 2016)
10. P077 (follow-up care)
Einführung und Evaluation des Nachsorgekonzepts Neues Credo in der kardiologischen Anschlussrehabilitation. (2016 – 2019)
11. P082 (follow-up care)
Rehabilitationsnachsorge - ein neues Credo für Rehabilitationskliniken. (2008 – 2011)
12. P083 (follow-up care)
Rehabilitationsnachsorge - Optimierung und Transfer des 'Neuen Credo'. (2011 – 2014)
13. P094 (Telenachsorge)
Titel: Gestufte bewegungsorientierte Rehabilitation und Nachsorge bei Patienten mit entzündlichen und nicht-entzündlichen Erkrankungen des Bewegungssystems (boRN). (2010 – 2013)
14. P096 (follow-up care)
Prädiktoren psychosomatischer Nachhaltigkeitseffekte bei besonderen beruflichen Problemlagen. (2013 – 2015)
15. P104 (follow-up care)
Evaluation einer Intervention zur Steigerung des Nachsorge-Nutzungsverhaltens von Rehabilitanden mit psychischen und Verhaltensstörungen. (2017 – 2018)

16. P108 (follow-up care)

Ernährungsmedizinische Reha-Nachbetreuung mangelernährter Patienten bei ausgewählten Tumorerkrankungen (Ösophaguskarzinom, Magenkarzinom, Pankreaskarzinom) und chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen. (2012 – 2014)

17. P111 (Internetnachsorge)

Konzeption, Implementierung und Machbarkeit einer Studie zur Evaluation einer internetbasierten Reha-Nachbetreuungs-Plattform (Website) für verschiedene medizinische Indikationen – zunächst für Patienten mit Adipositas und/oder Diabetes. (2015 – 2016).

18. P113 (Internetnachsorge)

Rosenberg Reha-Nachsorge (RoReNa2): Evaluation einer internetbasierten Reha-Nachbetreuungs-Plattform für adipöse Patientinnen und Patienten. (2017 – 2019)

19. P119 (Telenachsorge) + (Internetnachsorge)

Untersuchung zur Wirksamkeit einer betreuten 6-monatigen myofaszialen Nachsorgeselbstbehandlung bei orthopädischen Rehabilitanden mit der Indikation chronisch unspezifischer Rückenschmerz. (2016 – 2018)

20. P127 (follow-up care)

Evaluation der modifizierten und weiterentwickelten Psychosomatischen Rehabilitationsnachsorge (PRN) der Deutschen Rentenversicherung Westfalen (PRN2). (2007 – 2012)

21. P132 (follow-up care)

Poststationäre webbasierte Nachsorge für depressiv erkrankte Männer. (2014 – 2018)

22. P145 (Internetnachsorge)

Lebensstil-aendern.de - Videobasierte Internetplattform zur Unterstützung einer nachhaltigen Lebensstilmodifikation im Alltag. 2010 – 2014

23. P147 (follow-up care)

Evaluation der orthopädischen Reha-Nachsorge (EVORNA). (2006 – 2010)

24. P153 (Internetnachsorge)
PARZIVAR I und II entwickelten Intervention zur Entwicklung, Anpassung und Nachverfolgung von Reha-Zielen. (2018 – 2021)
25. P154 (Internetnachsorge)
PREZO - Partizipative Reha-Ziele Online: Zielbearbeitung bei Reha-Vorbereitung, Reha-Aufenthalt und Reha-Nachsorge. (2018 – 2021)
26. P157 (Telenachsorge)
TeNoR 2: Telefonische Nachsorge in der orthopädischen Rehabilitation: Evaluation eines Care-Management-Konzepts durch Sozialberater für MBOR-Patienten. (2013 – 2016)
27. P180 (follow-up care)
Bewegungscoaching (BeCo): Implementierung in die stationäre Rehabilitation mit anschließender Nachsorge und Evaluation (RCT) der Effekte auf körperliche Aktivität und Teilhabe. (2012 – 2015)
28. P206 (follow-up care)
Nachsorge in der ambulanten Rehabilitation bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. (2005 – 2010).
29. P210 (Internetnachsorge)
Implementation und Evaluation eines internetbasierten Programms zur Förderung der Rauchabstinenz bei Patienten nach stationärer Rehabilitation. (2008 – 2010)
30. P222 (Internetnachsorge)
Internetbasierte Nachsorge der Rehabilitation (InterNa-Reha) - Ein Modellprojekt zur Stärkung gegenseitiger Unterstützung von Rehabilitanden. (2019 – 2023)
31. P229 (Telenachsorge)
Evaluation von berufsorientierten stationären und poststationären Maßnahmen bei kardiologischen Rehabilitanden mit berufsbezogenen Problemen (BERUNA). (2008 – 2012)

32. P249 (follow-up care)
Evaluation des Modellprojekts 'Intensivierte Einbindung des Hausarztes in die Nachsorge nach Abschluss der Rehabilitation'. (2011 – 2013)
33. P260 (follow-up care)
Evaluation medizinischer Nachsorgeleistungen - Empfehlung, Angebot, Inanspruchnahme. (2009 – 2010)
34. P274 (follow-up care)
Entlassungsmanagement in der onkologischen Rehabilitation: Analyse der Nachsorgeplanung und der schnittstellenübergreifenden Versorgungspfade onkologischer Rehabilitanden in der Nachsorge (EmoR). (2017 – 2019)
35. P275 (Telenachsorge) + (Internetnachsorge)
Entwicklung, Prozess- und Ergebnisevaluation des eHealth-Nachsorgemoduls Onko-Vital. (2020 – 2022)
36. P276 (follow-up care)
Fatigue Management in der onkologischen Rehabilitation (FaM): Entwicklung und Evaluation strukturierter Schulungs- und Nachsorgemodule zur Bewältigung der tumorassoziierten Fatigue. (2015 – 2017)
37. P277 (Telenachsorge) + (RENA)
Individuelle Nachsorge onkologischer Patienten: Konzeption und Evaluation von nachsorgebezogenen Interventionen zur langfristigen Verstetigung von Rehabilitationserfolgen (INOP). (2009-2011)
38. P279 (Telenachsorge) + (Internetnachsorge)
Webbasierte Nachsorge für onkologische Patienten nach stationärer Rehabilitation: Indikationsspezifische Differenzierung. (2020 – 2022)
39. P285 (Internetnachsorge)
Entwicklung und Evaluation einer Take-Home-Version des neuropsychologischen Rückfallpräventionstrainings NKT - eine randomisierte kontrollierte Studie. (2012 – 2014)

40. P298 (follow-up care)

Entwicklung und Evaluation eines auf den Nachsorgebedarf abgestimmten differenziellen Nachsorgekonzeptes für die psychosomatische Rehabilitation. (2013 – 2018)

41. P311 (follow-up care)

Reha-Optimierung bei Patienten mit Polyarthrititis oder Spondyloarthritis durch ein individuell vereinbartes Kraft-, Ausdauer- und Koordinationstraining. (2008 – 2011)

42. P312 (follow-up care)

Verbesserung der Vernetzung und Nachhaltigkeit der Anschlussrehabilitation durch Steigerung der Bewegungsaktivität bei Frauen mit Brustkrebs. (→ Nachsorge durch Vernetzung mit Sportverbänden). (2010 – 2014)

43. P318 (follow-up care)

Sekundärprävention bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit durch Anschlussheilbehandlung und anschließender konzeptintegrierter Nachsorge (SeKoNa). (2004 – 2009)

44. P320 (Telenachsorge)

Verbesserung des sozialmedizinischen Verlaufs durch Intervall-Reha bei koronarer Herzkrankheit mit krankheitsrelevanter psychosozialer Komorbidität (SINKO). (2011 – 2017)

45. P321 (follow-up care)

Optimierung der Akzeptanz und Compliance von nichtmedikamentösen Maßnahmen bei Hypertoniepatienten in und nach der stationären Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung von Patienten mit einem systolischen Ausgangsblutdruck von 140-160 mmHg (OptiHyp). (→Wirkung standardisierter intensivierter Nachsorgeprogramme). (2013 – 2016)

46. P332 (Telenachsorge) + (Internetnachsorge)

Ergebnisqualität einer Web-basierten Tele-Nachsorge nach stationärer medizinischer Rehabilitation Alkoholabhängiger. (2010 – 2013)

47. P338 (Telenachsorge)

Proaktive Rehabilitation und telefonische Nachsorge bei Diabetes mellitus Typ 2: Eine kontrollierte, randomisierte Studie bei DMP-PatientInnen (PARTID). (2008 – 2012)

48. P358 (follow-up care)

Vernetzung von Vor- und Nachsorgemaßnahmen in der psychosomatischen Rehabilitation – VEVONA. (2011 – 2012)

49. P369 (Telenachsorge)

Evaluation der Effektivität des teletherapeutischen Verfahrens „EvoCare“ für Patienten mit Störungen kognitiver und sprachlich-kommunikativer Funktionen nach Schlaganfall in der rehabilitativen Nachsorge - EVA-EvoCare. (2007 – 2009)

50. P377 (Internetnachsorge)

Liveonline-Nachbetreuung von Patienten mit Adipositas nach einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme. (2009 – 2010)

51. P382 (follow-up care)

Evaluation einer arbeitsplatzbezogenen Rehabilitation - Nordsee-Reha Volkswagen Therapie. (2007 – 2009)

52. P383 (Telenachsorge) + (Internetnachsorge)

Evaluation eines Nachsorgeprogramms zum Nichtrauchertraining in der stationären Rehabilitation. (2006 – 2009)

53. P391 (Telenachsorge)

Titel: Evaluation eines verhaltensmedizinischen Ansatzes in der orthopädischen Rehabilitation am Beispiel des Reha zentrums Bad Pyrmont - Klinik Weser. (2005 – 2008)

54. P399 (Internetnachsorge)

Umsetzung einer Rehabilitationsnachsorge mit Smartphone-App (DE-RENA) für depressive Patientinnen und Patienten. (2016 – 2019)

55. P415 (Internetnachsorge)

Internetbasierte ambulante psychosoziale Nachsorge nach stationärer onkologischer Rehabilitation: Prozess- und Ergebnisqualität eines E-Mental-Health-Moduls. (2007 – 2011)

56. P419 (follow-up care)

Effekte einer psychoonkologisch-psychoedukativen Gruppenintervention für krebserkrankte Eltern auf die Lebensqualität innerhalb der Familie im Rahmen der ambulanten, psychoonkologischen Nachsorge. (2011 – 2013)

57. P426 (follow-up care)

AkuReNa-Personalisierter Patientenpass zur Dokumentation des Therapie- und Versorgungsverlaufs in der Akut-, Reha- und Nachsorgephase von kardiologischen Rehabilitanden. (2015 – 2017)

58. P429 (follow-up care)

Eingliederungsmanagement nach beruflicher Rehabilitation (EGM-LTA). (2015 – 2017)

59. P436 (Telenachsorge)

Implementation eines telefonischen Nachsorgeangebots für Rehabilitanden nach stationärer Alkoholentwöhnung (TelNA). (2016 – 2018)

60. P450 (follow-up care)

Status Quo der Nachsorge in der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation nach Inkrafttreten des 'Flexirentengesetzes' - Bestandsaufnahme, Bedarf, Barrieren. (2020 – 2021)

61. P454 (follow-up care)

Machbarkeitsanalyse einer Ambulanten Nachsorge nach stationärer Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas. (2014 – 2015)

62. P477 (Telenachsorge)

Telefonische Sozialdienstliche Nachsorge zur Verbesserung der beruflichen Reintegration nach stationärer medizinischer Rehabilitation. (2013 – 2015)

63. P478

Überleitungsmanagement in der Med. Rehabilitation der gesetzlichen RV: Entwicklung, Erprobung und formative Evaluation eines strukturierten Konzeptes. (2020 – 2023)

64. P480 (Internetnachsorge)

Wirksamkeit einer internetgestützten Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation. (2007 – 2009)

65. P484 (Telenachsorge)

ReMove-It - Wirksamkeitsstudie einer telemedizinisch assistierten Bewegungstherapie für die Rehabilitation nach Intervention an der unteren Extremität. (2015 – 2017)

66. P487 (follow-up care)

Soziale Ungleichheiten in der Rehabilitation und Nachsorge von Patienten mit Prostata- und Brustkrebs. (2013 – 2015)

67. P499 (Telenachsorge)

Chronifizierungsprozesse, Patientenkarrieren' und Patientenbedarfe bei Angst- und depressiven Erkrankungen: Ist-Analyse & Evaluation einer Case-Management-orientierten Nachsorge-Koordination nach stationärer Rehabilitation. (2011 – 2015)

68. P500 (Internetnachsorge)

Psychotherapeutische E-Mail-Nachsorge zur Förderung der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges von Patienten mit psychischen Erkrankungen am Beispiel von Angsterkrankungen. (2010 – 2013)

69. P508 (follow-up care)

Assistierende Gesundheitstechnologien für das medizinische Tele-Training. (Post-Reha-Phase). (01.01. 2013 – 31.12.2013)

70. P512 (Internetnachsorge)

Entwicklung und Evaluation einer indikationsübergreifenden internetbasierten Nachsorge-maßnahme zur Verbesserung der beruflichen Reintegration. (2010 – 2014)

71. P514 (Telenachsorge) + (Internetnachsorge)

Optimierung der Online-Nachsorge GSA-Online plus durch die Entwicklung und Evaluation eines ergänzenden Moduls zur individualisierten Return to Work Planung (RTW-Plan). (2020 – 2023)

72. P515 (Internetnachsorge)

Umsetzung der internetbasierten Nachsorge GSA-Online plus (Gesundheitstraining Stressbewältigung am Arbeitsplatz). (2015 – 2017)

d) *ERWERBSMINDERUNGSRENTE*

Vor dem Hintergrund des Prinzips „Reha vor Rente“ kommt dem Thema der Verhinderung von EM-Berentungen – insbesondere auch bei psychisch beeinträchtigten Menschen –, die seit 2009 an erste Stelle der EM-Neuberentungen stehen – eine besondere Bedeutung zu. Dies betrifft die Identifikation EM-gefährdeter Personen, die Schaffung entsprechender Rehabilitationsangebote und die Förderung ihrer frühzeitigen Inanspruchnahme sowie die Sicherung der Erwerbsfähigkeit auch in Kooperation mit den Betrieben.

Suchbegriffe: „Erwerbsminderung“, „Erwerbsminderungsrente“, „EM-Rente“, „Frühberentung“, „Frührente“, „Exit from Work“, „Erwerbsminderungsrisiko“, „EM-Rentenanträge“, „Erwerbsminderungsrentengutachten“, „EM-Rentner“, Erwerbsminderungsrisiko“, „Erwerbsminderungsrenten-gutachten“, „EM-Rentenanträge“, „EM-Rentner“

In 47 Projekten kamen diese Begriffe einmal oder mehrmals vor, nach händischer Kontrolle blieben 25 Projekte übrig, die schwerpunktmäßig Fragen der EM-Begutachtung, der Situation von EM-Rentnern, der Prävention von EM-Renten etc. zum Gegenstand hatten, 8 Projekte hatten das EM-Rententhema als zusätzliche Fragestellung.

Einschluss: Hier wurden alle Projekte eingeschlossen, die im Titel oder in der Zielbeschreibung die in den Suchbegriffen aufgeführten Themen direkt und spezifisch behandelt haben, wie etwa P 036 *Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RI-EMR)*; einbezogen wurden auch Projekte, die sich mit der sozialmedizinischen Begutachtung der EM-Berentung, etwa auch mit der Peer-Schulung von Sozialmediziner zur EM-Rentenbegutachtung beschäftigt haben (P 466 – P 470).

Ausschluss: z. B. P 034 *Promoting access to rehabilitation (PROREHAB)*. Ein Ziel dieses Projektes bestand darin, die Nutzung von medizinischen Rehabilitationsleistungen entsprechend des Grundsatzes „Reha vor Rente“ zu verbessern, da ein erheblicher Prozentsatz von EM-Antragsstellern keine vorgängige Rehabilitation in Anspruch genommen haben. Das Projekt nimmt aber die Gruppe

der EM-Rentenantragsteller selbst nicht in den Blick. Ausgeschlossen wurden damit alle Projekte, die in der Projektbeschreibung von Erwerbsminderung(srente) oder einer Verhinderung des EM-Rentenbezugs sprechen, aber keine spezifische Fragestellung zur Erwerbsminderungsrente bearbeitet haben.

Kontroverse Einordnung: z.B. P 239 *Übersetzung und Anpassung des Work Disability Functional Assessment Battery WD-FAB-Instruments in die deutsche Sprache und psychometrische Validierung zur Entwicklung eines computeradaptiven Testsystems (CAT) (WD-FAB-DE)*. In die Testung des Screening-Instruments wurden zwar EM-Rentenantragsteller einbezogen, eine weitergehende Auseinandersetzung mit dem Problem der Erwerbsminderungsrente(nachtragsteller) fand jedoch nicht statt, daher haben wir uns entschieden, dieses Projekt nicht unter die vorliegende Kategorisierung aufzunehmen. Anders haben wir uns etwa bei P 372 *Wie können Rentenversicherte mit Erwerbsminderungsrisiko rechtzeitig erkannt und konsekutiv durch Rehabilitation unterstützt werden? - SPE-EMR* – entschieden, will hier die Risikoeinschätzung gezielt auf die Zielgruppe Bezug nimmt und Perspektiven eine Verhinderung eines frühzeitigen krankheitsbedingten Ausstiegs aus dem Erwerbsleben in den Blick nimmt.

1. P008
Risikofaktoren und Risikoindikatoren der Frühberentung bei Arbeitnehmern der Bauwirtschaft. (2008-2010)
2. P027
Drittes Sozialmedizinisches Panel für Erwerbspersonen - 'Rehabilitation und Teilhabe' (SPE III) (2013-2019)
3. P036
Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RI-EMR). (01.2010-12.2010)
4. P062
Rehabilitation bei Personen mit zeitlich befristeter Erwerbsminderungsrente (REBER). (2015-2018)
5. P074
Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung. (2009-2013)
6. P126

Erwerbsminderungsrente abgelehnt! Was wird aus den Antragstellern (ARentA).
(2008-2010)

7. P128

PEgL. Projekt zur Erfassung von Einflussfaktoren auf die gutachterliche Leistungsbeurteilung bei Erwerbsminderungsrente. (2009-2012)

8. P131

Evaluation des Selbsteinschätzungsbogens zum Leistungsantrag (SEB). (2009-2010)

9. P144

Inanspruchnahme psychosomatischer Rehabilitationsmaßnahmen und Beratungen wegen Erwerbsminderung aufgrund psychischer Erkrankungen. (2014-2015)

10. P199

Zeitlich befristete Erwerbsminderungsrenten: Gibt es eine Chance auf Return to Work? (ZEMI).
(2016-2018)

11. P287

Befristete Erwerbsminderungsrente und Rückkehr in das Erwerbsleben - Themen und Erwartungen von Erwerbsminderungs-RentnerInnen – BERATER. (2013-2017)

12. P293

Subjektive Einschätzungen zur Erwerbsfähigkeit und zur Eigenaktivität bei TeilnehmerInnen eines Präventionsprogramms im Vergleich zu TeilnehmerInnen einer medizinischen Rehabilitation und ErwerbsminderungsrentnerInnen – VERGLEICH. (2015-2016)

13. P372

Wie können Rentenversicherte mit Erwerbsminderungsrisiko rechtzeitig erkannt und konsekutiv durch Rehabilitation unterstützt werden? - SPE-EMR. (2009-2011)

14. P389

Soziale Ungleichheiten im Zugang und in der Inanspruchnahme von Reha-Maßnahmen und Erwerbsminderungsrenten. (2016-2018)

15. P440
Optimierung der prädiktiven Validität von Empfehlungen und Leistungsbeurteilungen der Reha-Entlassungsberichte. (2011-2012)
16. P447
Bedeutung berufsbedingter Belastungen für Reha-Inanspruchnahme, Erwerbsminderung und weitere sozialmedizinische Indikationen (BeBB). (2018-2019)
17. P465
Automatisierte Erstellung von Qualitätsberichten im Rahmen des Peer Review-Verfahrens bei EM-Gutachten (autoQSB). (2014-2016)
18. P466
Durchführung und Evaluation einer Peer Schulung 2016 (PeerS16). (03.2016-10.2016)
19. P467
Durchführung und Evaluation einer Peer Schulung 2017 (PeerS17). (04.2017-12.2017)
20. P468
Durchführung und Evaluation einer Peer Schulung 2018 (PeerS18) . (04.2018-12.2018)
21. P469
Durchführung und Evaluation einer Peer-Schulung 2015 (PeerS15). (03.2015-06.2015)
22. P470
Entwicklung eines Peer-Schulungsprogramms für das trägerübergreifende Qualitätssicherungsverfahren der sozialmedizinischen Begutachtung (SchuP). (2012-2013)
23. P476
Systematische Literaturrecherche zur sozialmedizinischen Begutachtung bei Erwerbsminderungsrenten und Reha-Zugang (LitBegut). (2014-2016)
24. P493
Untersuchung der Grundlagen von ärztlichen Entscheidungsprozessen im Rentenantragsverfahren (Heuristik-Projekt). (2010-2011)

25. P495

Wege psychisch Kranker in die EM-Rente und Rückkehrperspektiven aus der EM-Rente in Arbeit: Ansatzpunkte zu frühzeitiger Intervention in biografische und krankheitsbezogene Verlaufskurven (WEMRE). (2017-2020)

3.3.3 Themenbereich konzeptionelle Fragen der Rehabilitation

a) ICF-NUTZUNG

Nachdem der sozialrechtliche Behinderungsbegriff in der 2016 novellierten Fassung des SGB XI vor allem über das *Teilhabe*konzept und die Gewichtung der *Umweltfaktoren* noch stärker als vorher an der *Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (ICF) orientiert wurde und der Teilhabebegriff auch zur Grundlage einer diagnoseübergreifenden Bedarfsfeststellung dient, kommt ihm nicht nur unter konzeptionellen Aspekten sondern auch für die Rehabilitationspraxis ein zentraler auch strategischer Stellenwert zu (so schon: Schuntermann 2005). In der gängigen Rehabilitationspraxis ist eine icf orientierte Bedarfsfeststellung allerdings noch keineswegs die Regel. Zwar hat das ICF-Modell „eine breite Akzeptanz in der Rehabilitation gefunden. Die Anwendung der Klassifikation in der Versorgungspraxis hält sich in Grenzen und ist ausbaufähig. Neben einer besseren Koordination und gezielten Unterstützung durch verantwortliche Akteure in der Rehabilitation sollte die Implementation der ICF durch begleitende Forschungsprojekte gefördert werden. In der Rehabilitationsforschung sollten neue Impulse gesetzt werden“ (Schliehe & Ewert 2013, S.50). Vor diesem Hintergrund haben wir uns entschlossen, die hierzu von der Rentenversicherung geförderten Forschungs- und Umsetzungsprojekte gesondert zu codieren.

Suchbegriffe: ICF, ICF-Nutzung, ICF-Orientierung, icf-orientiert, ICF-Klassifikation, Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ICF-Teilhabeorientierung, ICF Bedarfsfeststellung

Insgesamt ergab die lexikalische Recherche 18 Projekte, eine händische Kontrolle führte zu einer Reduzierung auf 10 Projekte, die schließlich in die Kodierung aufgenommen wurden. Diese geringe Anzahl einschlägiger ICF-Projekte verweist auf eine deutliche Forschungslücke und zeigt, dass trotz der umfangreichen internationalen Literatur zur ICF das Konzept bislang vor allem als Rahmenorientierung und weniger als konkretes Instrument zur Feststellung des Reha-Bedarfs verwendet wird. Dies könnte auch an der schwierigen Operationalisierung und einer komplizierten Handhabbarkeit liegen, weshalb die jeweiligen medizinischen Fachrichtungen sich eher an den aus der eigenen Disziplin entwickelten Instrumenten orientieren. Hier besteht aus unserer Sicht noch erheblicher Forschungsbedarf.

Einschluss: Alle Projekte, die entweder im Titel oder in der Projektbeschreibung eine eindeutige ICF bezogene Fragestellung oder Anwendung untersucht haben, wie z.B. P 065 *Entwicklung eines ICF Core Sets Sucht mit Teilmodulen zu den Versorgungsbereichen Beratung & Vorsorge, Entgiftung, Medizinische Rehabilitation und Soziale Rehabilitation.*

Ausschluss: ausgeschlossen wurden Projekte, die in der Projektbeschreibung Kategorisierungen „in Anlehnung an“ die ICF verwendet haben wie P 461 *Machbarkeitsstudie / Bedarfsanalyse zum Thema „Mental Fit mit Bewegungstherapie (SynFit)“*, aber nicht ICF-Kategorien selbst genutzt haben oder nur auf die ICF verwiesen haben wie etwa P 100 *Evaluation einer Schulung für Patienten mit Fibromyalgie-Syndrom (FimS).*

Kontroverse Zuordnung: etwa P 345 *Psychische Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei Patienten mit somatischen Erkrankungen (Mini-ICF-APP Somatik)*; wir haben dieses Projekt in den ICF-Kode aufgenommen, obwohl die Anwendung der Mini-ICF-APP hier nur ein Instrument unter vielen war; dies galt auch für das P 344.

1. P 065

Entwicklung eines ICF Core Sets Sucht mit Teilmodulen zu den Versorgungsbereichen Beratung & Vorsorge, Entgiftung, Medizinische Rehabilitation und Soziale Rehabilitation.

2. P 066

ICF-Core-Sets Validierung des ICF-Core-Sets Sucht mit Teilmodulen zu den Versorgungsbereichen Beratung & Vorsorge, Entgiftung, Medizinische Rehabilitation und Soziale Rehabilitation.

3. P 280

Die Differentialdiagnostik und Bedeutung von Schlafbeschwerden und -störungen bei Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation (Verwendung der Mini-ICF).

4. P 281

ICF Randomisiert vergleichende Untersuchung der therapeutischen Wirkungen von zwei Ergotherapiegruppen ('Ausstrahlung und Wirkung' vs. 'Freizeitkompetenz') bzgl. des rekreativen Aktivitätsniveaus und der emotional-interaktionellen Kompetenz bei Patienten mit und ohne Teilleistungsstörungen.

5. P 344

Fähigkeiten, Arbeitsangst und Verbitterungserleben in der Allgemeinbevölkerung (Verwendung der Mini-ICF-App).

6. P 345

Die prognostische Bedeutung von Patientenmerkmalen und ICF-Faktoren für den Behandlungsverlauf und die sozialmedizinische Entwicklung nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation.

7. P 352

Die prognostische Bedeutung von Patientenmerkmalen und ICF-Faktoren für den Behandlungsverlauf und die sozialmedizinische Entwicklung nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation.

8. P 414

Psychometrische Evaluation einer Risikocheckliste zur frühzeitigen Identifikation von Patienten mit Beeinträchtigungen in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation nach stationärer psychosomatischer Reha Teil 1.

9. P 416

EX-PLORE: Exploration von Problemlagen in der orthopädischen Rehabilitation.

10. P 509

Zum Einbezug personenbezogener Faktoren (PF) in die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) – Ethische Analyse und empirische Untersuchung der sozialmedizinischen Begutachtungspraxis.

b) PARTIZIPATION

Nachdem in der Medizin das Konzept der gemeinsamen Entscheidungsfindung als ein Element verbesserter Adhärenz schon seit vielen Jahren diskutiert wird, findet seit etwa 10 Jahren eine Erweiterung in Richtung einer verstärkten Partizipation von Patienten in der Gesundheitsversorgung statt (Hartung & Rosenbrock 2012). Darin spiegeln sich einerseits veränderte Erwartungshaltungen der Patienten, der Wunsch nach verstärkter Einbeziehung und Kontrolle wider und auch eine erweiterte Nutzung von Informationsquellen aus dem Internet, zum anderen haben Selbstbestimmung und Wunsch- und Wahlrechte auch im Sozialrecht ein größeres Gewicht erhalten. Viele Patienten und

Rehabilitanden wollen in die Behandlungs- und Rehabilitationsplanung einbezogen werden, zunächst auch über genaue Informationen um auch informiert entscheiden zu können. Gleichwohl gibt es auch viele Patienten/Rehabilitanden, die gerne an die Hand genommen werden möchten und die das Angebot an Partizipation als Überforderung erleben.

In der Rehabilitation ist das Thema bislang erst ansatzweise angekommen und es existieren noch viele offene Fragen. Aus diesem Grund haben wir die geförderten Projekte auch speziell mit Blick auf Partizipation in der Rehabilitation betrachtet.

Suchbegriffe: Partizipation, gemeinsame Entscheidungsfindung, Beteiligung von Rehabilitanden, aktive Mitwirkung von Rehabilitanden, gemeinsame Entscheidungsfindung, gemeinsame Rehabilitationsplanung

Mit Blick auf das in diesem Code angesprochene Verständnis von Partizipation ist nicht die Teilhabe von Rehabilitanden am gesellschaftlichen und am Arbeitsleben gemeint, sondern die Partizipation am Rehabilitationsgeschehen, wie etwa der gemeinsamen Zielbestimmung und der Beteiligung an Behandlungsentscheidungen. Daher haben wir alle diejenigen Projekte ausgeschlossen die eine Teilhabe/Partizipation der Rehabilitanden an der Gesellschaft im Zentrum ihrer Fragestellung hatten, wie etwa P 375 *Wiederherstellung von Aktivität und Partizipation in Abhängigkeit vom Aktivitätsprofil unter besonderer Berücksichtigung der psychovegetativen Erschöpfung*.

Von den insgesamt 14 Studien blieben nach einer händischen Kontrolle noch 7 einschlägige Projekte über – streng genommen nur sechs, weil P 118 und P 120 eine Vorstudie und eine Hauptstudie zum selben Thema darstellen.

Die wenigen geförderten Projekte verweisen hier auf einen deutlichen Nachholbedarf, nicht zuletzt, weil Rehabilitanden in den qualitativen Studien, die wir selbst zu unterschiedlichen Themen selbst durchgeführt haben (z.B. WEMRE, ORELTA) oft kritisch anmerken, dass ihre individuelle Situation zu wenig berücksichtigt worden sei.

Einschluss: Alle Projekte, bei denen die aktive Einbeziehung (Partizipation) von Rehabilitanden sei es an die Zielbestimmung, sei es an der konkreten Maßnahmeplanung im Fokus der Studie stand.

Ausschluss: Alle Projekte, die das Ziel der Partizipation/Teilhabe der Rehabilitanden am gesellschaftlichen oder Arbeitsleben zum Ziel hatten, wie bereits am Beispiel von P 375 oben ausgeführt; dies betraf etwa auch die Projekte 412 und 414.

1. P 071

Weiterentwicklung und Manualisierung des innovativen Konzeptes zur Förderung von individuellen, erwerbsbezogenen Zielorientierungen in der Medizinischen Rehabilitation – FIEZ.

2. P 118

Hauptstudie: Einfluss einer partizipativen Einbindung des Patienten bei der Reha-Therapiegestaltung bei stationären orthopädischen Rehabilitanden mit dem Therapie-Standard 'chronischer Rückenschmerz' - ParRü-Studie.

3. P 120

Vorstudie/Machbarkeitsstudie: Einfluss einer partizipativen Einbindung des Patienten bei der Reha-Therapiegestaltung bei stationären orthopädischen Rehabilitanden mit der Indikation chronisch unspezifischer Rückenschmerz.

4. P 160

Entwicklung und Evaluation eines Trainingsmoduls zur partizipativen Vereinbarung von Zielen in der stationären medizinischen Rehabilitation.

5. P 175

Partizipationsbedürfnis und Selbstwirksamkeitserwartung bei Entscheidungsprozessen für eine psychosomatische Rehabilitationsbehandlung aus Rehabilitandensicht.

6. P 177

Patienten-Edukations-Programm Immuntherapie für MS-Patienten (PEPIMS) – eine kontrollierte, Rater-verblindete Studie (Interaktives Programm mit Rehabilitandenpartizipation)

7. P 237

Die Definition von Reha-Zielen vor Antritt der medizinischen Rehabilitation: Machbarkeit, Akzeptanz und Erfolg.

c) PATIENTENORIENTIERUNG

Wir haben das Thema angesichts der Relevanz der Entwicklung passfähiger auf den Rehabilitanden zugeschnittener Information, Beratung und Intervention aufgenommen: von den oben aufgeführten Projekten mit dem Schwerpunkt Partizipation unterscheiden sie sich dadurch, dass die Patientenorientierung als normative und als praktisch etwa mit Blick auf Adhärenz wichtige und sinnvolle Vorgabe behandelt wird, empirisch auf der Basis von Befragungen der Rehabilitanden und von Experteneinschätzungen zustande kommt, aber die Patienten selbst nicht aktiv in die rehabilitativen Prozesse einbezieht.

Suchbegriffe: Patientenorientierung, Patientenerfahrungen

Insgesamt nur 5 Projekte

Einschluss: Alle Projekte, die sich explizit mit Fragen der Patientenorientierung oder Patientenerfahrungen beschäftigt haben.

Ausschluss: z.B. P 202: *Entwicklung einer personalisierten Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation*

Kontroverse Zuordnung: z.B. P 248 *Team Optimierung mittels Teamcoaches im Multi-Team-System der Rehabilitation (TOpTeam)*. Wir haben dieses Projekt aufgenommen, da die Konzeptentwicklung die Patientenorientierung bei der Teamentwicklung in den Mittelpunkt stellt.

1. P 026

Patientenerfahrungen zur Information, Vorbereitung und Entscheidungshilfe für Antragsteller von med. Reha-Maßnahmen auf www.krankheitserfahrungen.de

2. P 086

Arbeitsbuch Reha-Zielvereinbarung in der medizinischen Rehabilitation

3. P 248

Team Optimierung mittels Teamcoaches im Multi-Team-System der Rehabilitation (TOpTeam)

4. P 270

Bedeutung und Einflussnahme des Lebensalters und der Lebensphase von Rehabilitanden/innen auf den Prozess der beruflichen Wiedereingliederung nach medizinischer Rehabilitation aus der Perspektive von Rehabilitanden/innen und Akteuren des Überganges (BELL)

5. P294

Patientenerfahrung als Empowerment, Deutsche Version der Website DIPEX (dDIPEX) mit Aufbau der Module Diabetes und chronischer Schmerz - Teil chronischer Schmerz

3.4 Codierungen über alle Projekte hinweg: Ziele, Diagnosen, Methoden

3.4.1 ZIELE/FRAGESTELLUNGEN /Objectives/aims (n = 125)

Hier ließen sich, soweit klar angegeben, die Ziele von 125 Studien codieren; diese Angaben lagen nicht bei allen Studien vor, es wurden daher die Ziele aus dem zu Verfügung stehenden Material abstrahiert. Das bedeutet natürlich nicht, dass alle nicht aufgeführten Projekte keine Ziele hatten, sondern, dass oft keine explizite Zielvorstellung, sondern nur ein Schwerpunkt oder mehrere Fragestellungen vorlagen, so dass wir in der Codierung den Projekten Ziele nicht „überstülpen“ wollten. Bei der Analyse zeigte sich, dass die Kategorie „Ziel“ oder wie auf der ersten Seite des Standardbogens zur Beantragung eines Forschungsprojekts bei der DRV *Untersuchungsziel/Hypothese* sich zur Kategorisierung nicht eignet, weil entweder sehr kleinteilig detaillierte Angaben gemacht werden oder mehrere Zielvorstellungen formuliert werden; was für Fachgutachter bei der Projektbewilligung interessant ist, müsste dann wiederum auf abstraktere Kategorien bezogen werden. Wir haben uns daher für die Zuordnung der Projekte zu den unten aufgeführten Zielbereichen entschieden.

ZIELE/FRAGESTELLUNGEN /Objectives/aims		125
○	Effektivität der Rehabilitation	1
○	Epidemiologie	1
>	○ Bedarfserkennung	1
○	Überprüfung der Wirksamkeit/Evaluation	12
○	Entwicklung und Evaluation einer Konzept/Therapie/Modul	30
○	Rehabilitandenbefragung(Entwicklung/Modification)	3
○	Instrumentsentwicklung/Einsatz/Assessment	20
○	Organisationsentwicklung des Reha-Teams	3
○	Manuale/Handbuch/Broschüre	12
○	Aus- und Fortbildung in Reha-Fächern/Lernmethode	6
○	Therapiestandards	5
○	Evidenzbasierung	1
>	○ Reha-Erfolgsfaktoren	10
○	Reha-Erfolg	14
○	Prävention	1
○	Akzeptanz bei Patienten	8
○	Reha-Ziele	3
○	Informationsbedarf/Angebot	7
○	Lebensqualitaet	2
○	Reha-Nachhaltigkeit	16
○	Prognose_RTW	0
>	○ Inanspruchnahme/usage	2
○	Behandlungsanforderungen,	1
○	Fallmanagement	5
○	Patientenberatung_ LTA-Bedarf	2

Abbildung 6 Zuordnung der Projekte zu Zielbereichen der Rehabilitationsforschung (eigene Darstellung)

3.4.2 DIAGNOSEN (N = 514)

Bei der Codierung der in den jeweiligen Studien untersuchten Diagnosen, wurden alle in den Beschreibungen vorkommenden Diagnosen aufgelistet und zu zentralen Diagnosegruppen zusammengefasst (vgl. Tabelle YY). Die von und ausgewählten Hauptdiagnosen erstrecken sich dabei über alle Projekte der Hauptcodes, so dass hier auch Projekte auftauchen, die bereits eindeutig einem der 10 Hauptcodes zugeordnet waren. Dabei treten Doppelungen bzw. Mehrfachcodierungen auf, weil einige Studien mehrere Krankheitsbilder eingeschlossen hatten: Beispiel P 188, hier wurde u.a. die differentielle Wirkung eines Gruppentrainings „ZAZO“ zur Förderung beruflicher Motivation in der Routineversorgung der medizinischen Rehabilitation für die drei Indikationsbereiche *Orthopädie*,

Kardiologie und *Psychosomatik* untersucht (vgl. auch den Abschnitt zu den „Komorbiditäten“). Wir haben unter diesen Code auch diejenigen Studien mit aufgenommen, die *Behinderung* (im Sinne der sonderpädagogischen nicht der sozialrechtlichen Zuordnung) und *chronische Krankheiten* sowie Ko-/Multimorbidität als unspezifische Kategorien angegeben hatten. In einem großen Teil der Projekte lagen keine Angaben zu den Diagnosegruppen vor (93 Projekte).

Tabelle 18 Diagnoseverteilung bei 423 codierten Projekten (eigene Darstellung)

Muskel- und Skelett-Erkrankungen (MSK)	111
Psychische und Psychosomatische Erkrankungen	85
Herz-Kreislaufkrankungen	60
Innere Erkrankungen	57
Krebserkrankungen	37
Abhängigkeitserkrankungen	36
Neurologische Erkrankungen	33
Behinderungen	4

Tabelle 19 Projekte mit Diagnoseschwerpunkt Muskel- und Skeletterkrankungen (n= 111) (eigene Darstellung)

016	045	082	137	157	187	240	315	366	430	512
018	046	083	141	158	188	251	329	373	432	
028	047	094	143	160	189	254	330	381	435	
030	048	099	145	163	191	256	337	382	441	
032	049	113	146	164	195	257	339	391	443	
033	050	118	147	167	196	263	347	393	456	
037	051	119	149	168	197	269	349	404	460	
038	061	120	150	171	202	290	354	406	475	
041	063	122	153	173	206	300	361	408	488	
042	064	128	154	179	208	302	362	416	507	
043	070	134	156	180	227	303	364	428	510	

Tabelle 20 Projekte mit Schwerpunktdiagnose Psychische u. Psychosomatische Erkrankungen (n=85) (eigene Darstellung)

006	088	133	178	236	282	352	396	475	504
008	104	134	187	240	287	355	399	483	511
011	107	137	188	242	289	356	412	495	512
012	109	141	189	243	303	360	413	497	515
018	110	142	209	244	315	373	414	499	
019	112	144	223	254	340	374	435	500	
024	125	168	230	255	341	375	456	501	
063	128	172	234	263	344	382	460	502	
070	132	175	235	276	345	395	474	503	

Tabelle 21 Projekte mit Schwerpunktdiagnose Herz-Kreislaufkrankungen (n=60) (eigene Darstellung)

008	095	160	209	242	318	329	382	439	483
016	098	174	214	265	319	337	404	445	485
022	102	187	225	290	320	339	406	446	486
061	142	188	226	292	321	361	408	460	488
070	143	193	227	316	322	373	426	481	512
077	145	202	229	317	323	381	435	482	515

Tabelle 22 Projekte mit Schwerpunktdiagnosen im Bereich Innere Erkrankungen (n = 57) (eigene Darstellung)

007	056	108	114	192	267	338	368	409	473
008	091	109	159	203	294	342	376	410	498
009	093	110	162	204	297	355	377	411	510
012	094	111	166	205	300	357	381	452	
013	100	112	169	209	311	363	398	454	
014	102	113	170	263	334	367	408	462	

Tabelle 23 Projekte mit Diagnoseschwerpunkt Krebserkrankungen (n = 37) (eigene Darstellung)

018	070	209	272	276	334	373	408	458	515
039	095	231	273	277	351	385	415	482	
055	108	252	274	279	353	386	419	487	
061	202	254	275	312	361	387	420	505	

Tabelle 24 Projekte mit Diagnoseschwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen (n = 36) (eigene Darstellung)

002	066	207	224	284	335	392	403	438
020	117	210	232	286	360	395	422	456
052	138	213	258	288	383	396	433	498
065	185	219	261	332	388	400	436	511

Tabelle 25 Projekte mit Diagnoseschwerpunkt Neurologische Erkrankungen (n = 33) (eigene Darstellung)

067	116	178	220	264	294	333	373	475
078	136	192	221	266	324	334	459	
089	140	195	253	280	325	354	461	
104	177	209	263	281	326	369	464	

Tabelle 26 Projekte mit Diagnoseschwerpunkt Behinderung (eigene Darstellung)

005 Sehbehinderung	268 Sehbehinderung	407 Körperbehinderung	494 Sehbehinderung
--------------------	--------------------	-----------------------	--------------------

Diagnoseverteilung über die Projekte:

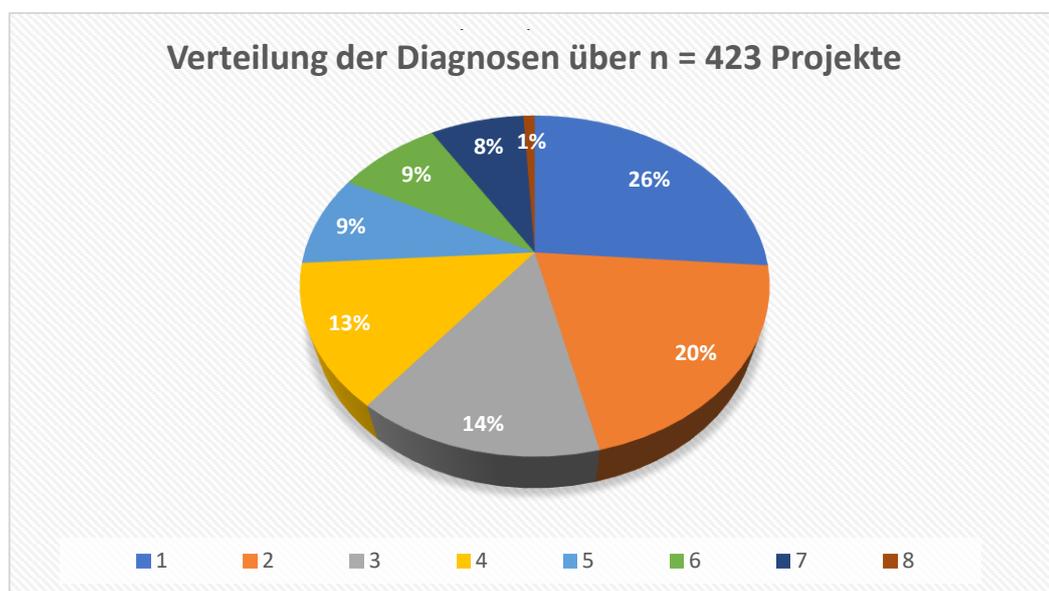


Abbildung 7 Diagnoseverteilung über die Projekte (eigene Darstellung)

1 = MSK-Erkrankungen 2 = Psychische Erkrankungen 3 = Herz-Kreislauf-Erkrankungen
 4 = Innere Erkrankungen 5 = Krebserkrankungen 6 = Abhängigkeitserkrankungen 7 = Neurologische
 Erkrankungen 8 = Behinderungen

Untersuchung von Diagnosegruppen im Zeitverlauf

Mit der Analyse der Verteilung von Studien zu den zentralen Diagnosegruppen im Zeitverlauf, wollten wir überprüfen, ob es bestimmte „Konjunkturen“ und Schwerpunktverlagerungen innerhalb der Förderpolitik bzw. in der Themenformulierung der Antragsteller gibt. Aus der untenstehenden Abbildung cc wird deutlich, dass die großen Diagnosegruppen (Muskel- und Skelett-Erkrankungen – mit Schwerpunkten zwischen 2004 und 2012 –, Herz-Kreislaufkrankungen, Abhängigkeitserkrankungen und Krebserkrankungen mit gewissen Schwankungen in den Projekten über den Zeitverlauf hinweg dominieren. Auffällig ist, dass Projekte zu psychosomatischen Erkrankungen ab 2015 besonders stark gefördert werden; wir vermuten, dass die starke Förderung auf das 2014 formulierte „Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung“ zurückgehen dürfte.

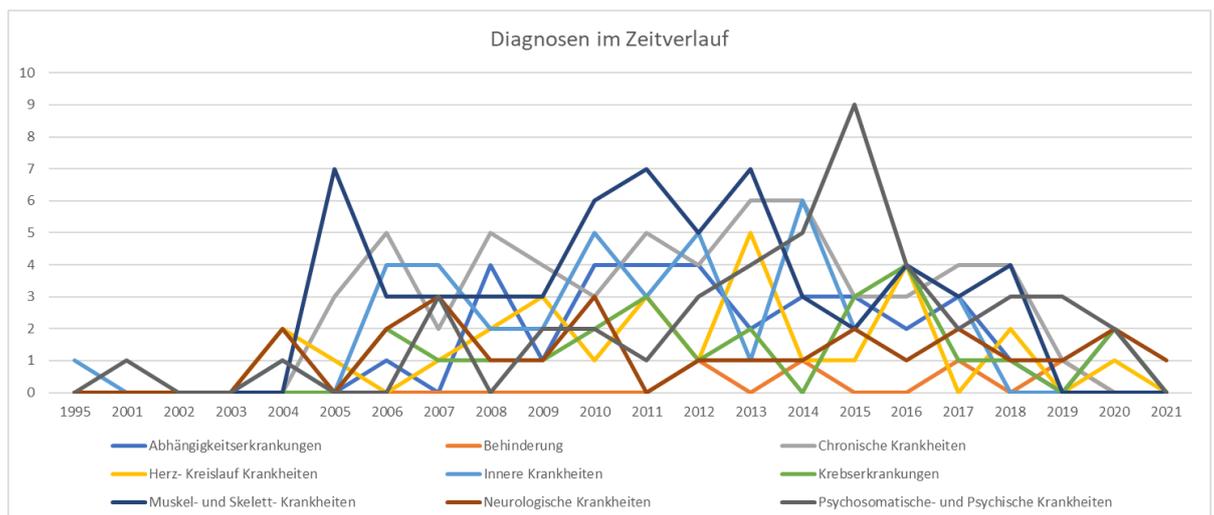


Abbildung 8 Schwerpunkte der diagnosespezifischen Projekte im Zeitverlauf (eigene Darstellung)

Komorbidität

Hier wurden Projekte identifiziert, die sich speziell dem Thema Komorbidität/Multimorbidität gewidmet haben. Es wurden alle die Studien zugeordnet, die entweder das Stichwort Komorbidität in der Beschreibung aufgeführt hatten (z.B. Projekte 012, Depression und Schlafapnoe) oder zwei häufig gemeinsam auftretende Krankheitsbilder untersucht hatten (z.B. P007 Adipositas und Diabetes Mellitus 2)

Bei den meisten dieser Projekte handelte es sich Studien, die das Thema der psychischen Komorbidität etwa bei Herz-Kreislaufkrankungen oder bei Adipositas behandelt haben. *Ausgeschlossen* wurden Projekte, die den Begriff Komorbidität zwar in der Projektbeschreibung erwähnen, aber nicht in einer eigenständigen Fragestellung bearbeitet haben. Insgesamt ergaben sich hier 16 Projekte.

Einschluss: P 320: *Verbesserung des sozialmedizinischen Verlaufs durch Intervall-Reha bei koronarer Herzkrankheit mit krankheitsrelevanter psychosozialer Komorbidität (SINKO)*

Ausschluss: P 164 *Wege in die Anschlussrehabilitation – Analyse des Antrags und Bewilligungsprozesses im Akutkrankenhaus*, in dem neben einer Vielzahl von Aspekten auch Komorbidität genannt wurde, aber nicht im Zentrum der Fragestellung stand.

Tabelle 27 Komorbidität (eigene Darstellung)

009	007	012	024	066	109	142	159	242	251
265	267	297	320	360	392				

Chronische Krankheiten

Als chronische Krankheiten werden lang andauernde Krankheiten bezeichnet, die nicht vollständig geheilt werden können und eine andauernde oder wiederkehrend erhöhte Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems nach sich ziehen (vgl. RKI XXXX). Auch wenn keine einheitliche Definition existiert, wird davon ausgegangen, dass ca. 80 % der Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation an einer chronischen Krankheit leiden. In einer Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (2019, S. 41) gaben rund 46 Prozent der Befragten an, eine oder mehrere lang andauernde Erkrankungen zu haben, die regelmäßig behandelt werden muss bzw. müssen⁹.

Die aus der Schlagwortsuche (chronische Krankheit, Chronifizierung, Langzeiterkrankungen) resultierenden 70 Projekte wurden nach der händischen Kontrolle entsprechend der Ein- und Ausschlusskriterien auf insgesamt 52 reduziert.

Einschluss: P 137 *Förderung der Selbstregulation von PatientInnen mit chronischen Krankheiten*. Eingeschlossen wurden aber auch Projekte, die chronische Krankheiten wie chronischer Rückenschmerz, Koronare Herzkrankheiten, Diabetes Typ II, Depressionen, Parkinson zum Thema hatten. Eingeschlossen wurden alle Projekte, die – soweit angegeben – im Förderschwerpunkt „chronische Krankheiten“ angesiedelt waren.

Insgesamt fällt auf, dass in dieser Kategorie die Mehrzahl der Projekte das Thema chronischer Rückenschmerz, vor allem im Kontext von Bewegungstherapien (etwa therapeutisches Klettern P 049)

⁹ vgl. auch Statista (<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/707617/umfrage/umfrage-zur-verbretung-von-chronischen-krankheiten-in-deutschland/>).

aufgegriffen hatten oder Maßnahmen der zur Eigenmotivation wie z.B. P 118: *Einfluss einer partizipativen Einbindung des Patienten bei der Reha-Therapiegestaltung bei stationären orthopädischen Rehabilitanden mit dem Therapie-Standard 'chronischer Rückenschmerz' - ParRü-Studie.*

Ausschluss: P 215 *Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe*; in diesem Projekt wird in der Projektbeschreibung auf die Zunahme chronischer Erkrankungen verwiesen, aber im Projekt selbst, spielt dies dann keine Rolle mehr.

Kontrovers: P 023 *Rehabilitationszugangs- und Schnittstellenoptimierung in der ambulanten Versorgung (RezuS)*. Bei diesem Projekt geht es u.a. um Bedarfserkennung von Chronifizierungsrisiken seitens der behandelnden Haus- und Fachärzte. Zwar stehen chronisch Kranke nicht im Mittelpunkt, jedoch Chronifizierung(srisiken). Wir haben die Studie dennoch aufgenommen, weil hier eine Prävention von möglichen chronischen Krankheiten angezielt wird. Bezogen auf die Hauptcodes wurde das Projekt unter „Reha-Steuerung“ eingeordnet.

Tabelle 28 Projekte, die das Thema chronische Krankheit behandeln (n = 52) (eigene Darstellung)

015	050	137	168	256	333	376	463
023	051	141	173	257	337	381	499
032	082	145	179	280	338	390	507
042	094	146	192	294	355	416	
045	118	149	205	311	363	441	
048	119	157	206	324	364	453	
049	120	163	248	330	366	455	

3.4.3 FORSCHUNGSDESIGNS/ RESEARCH DESIGNS (n = 503 Projekte)

Die Typologie der Codes für die Forschungsdesigns wurde entsprechend der Angaben in den vorliegenden Projektbeschreibungen entwickelt und in ein an den üblichen Methodenlehrbüchern orientierten Standards angelehntes Klassifikationssystem umgesetzt und die Projekte dann entsprechend codiert. In einer Übersicht über alle Projekte hinweg wurden die hauptsächlich in dem jeweiligen Projekt genutzten Verfahren grafisch sichtbar gemacht (vgl. Abb. YX). Bei einigen Projekten fehlten Angaben bzw. waren unvollständig: zusammen 13 Projekte, 9 mit unvollständigen Angaben, 4 Projekte hatten gar keine Angabe. Insgesamt wurden nur 503 Projekte codiert, da eine Reihe der geförderten Projekte gar keine Forschungsprojekte sind wie etwa die geförderten Vorhaben zur Aus-, Fort- und Weiterbildung oder Projekte, die etwa Wegweiser entwickeln, wie P 053 *Entwicklung einer Broschüre „Reha-Wegweiser – eine Orientierungshilfe für zukünftige Reha-Ärztinnen und -Ärzte“*; derartige Projekte tauchen hier nicht auf. Dagegen haben wir *Systematische Literaturanalysen* und *Meta-Analysen* unter dem Code Forschungsdesigns und -Methoden aufgenommen; sie sind in der folgenden Abbildung XX gesondert aufgeführt. Die folgende Codierung ist grob gehalten, um noch übersichtlich zu sein: neben der groben Teilung in empirische und Literaturstudien haben wir unter den empirischen Studien zwischen dominant quantitativen und dominant qualitativen Studien unterschieden. Während die Zuordnung der Projekte zu überwiegend quantitativen und qualitativen Projekten eindeutig möglich war, zeigten sich bei den Mixed-Method-Studien immer wieder Zuordnungsprobleme: hier haben wir zunächst alle Studien aufgenommen, die sich selbst als Mixed-Method-Studien beschrieben haben; in einem zweiten Schritt haben wir darauf geachtet auch zusätzlich diejenigen Studien auszuwählen, die eine tatsächliche *Verknüpfung* von Qualitativen und quantitativen Methoden vorgenommen haben, wie etwa P 496 *Wege von der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme in das Beschäftigungssystem - eine qualitative und quantitative Analyse individueller Verlaufskarrieren und ihrer biografischen und strukturellen Bedingungen*; dort wurden die Daten von zwei Fragebogenerhebungen im Zeitverlauf analysiert und deren Ergebnisse mit den Veränderungen in episodisch-narrativen Interviews zu drei Zeitpunkten systematisch miteinander in Beziehung gesetzt. *Ausgeschlossen* wurden hier Studien, die im Vorfeld einer größeren quantitativen Erhebung einige Interviews zur Sensibilisierung und zum Test der Relevanz der Fragenformulierung für einen Fragebogen genutzt haben, ansonsten aber keine Verknüpfung zwischen Qualitativen und quantitativen Erhebungsergebnissen vorgenommen haben; dabei handelt es sich entsprechend der fachinternen Debatten nicht um Mixed-Method-Studien (vgl. Shorten & Smith 2017).

Bei allen drei zentralen Forschungsdesigns haben wir noch zwischen Querschnitt- und Langzeit- bzw. Verlaufsstudien unterschieden und noch als etwas quer dazu liegende Kategorie Evaluationsstudien aufgeführt; letztere können als summative oder output-orientierte oder als formative oder prozessuale Studien angelegt sein.

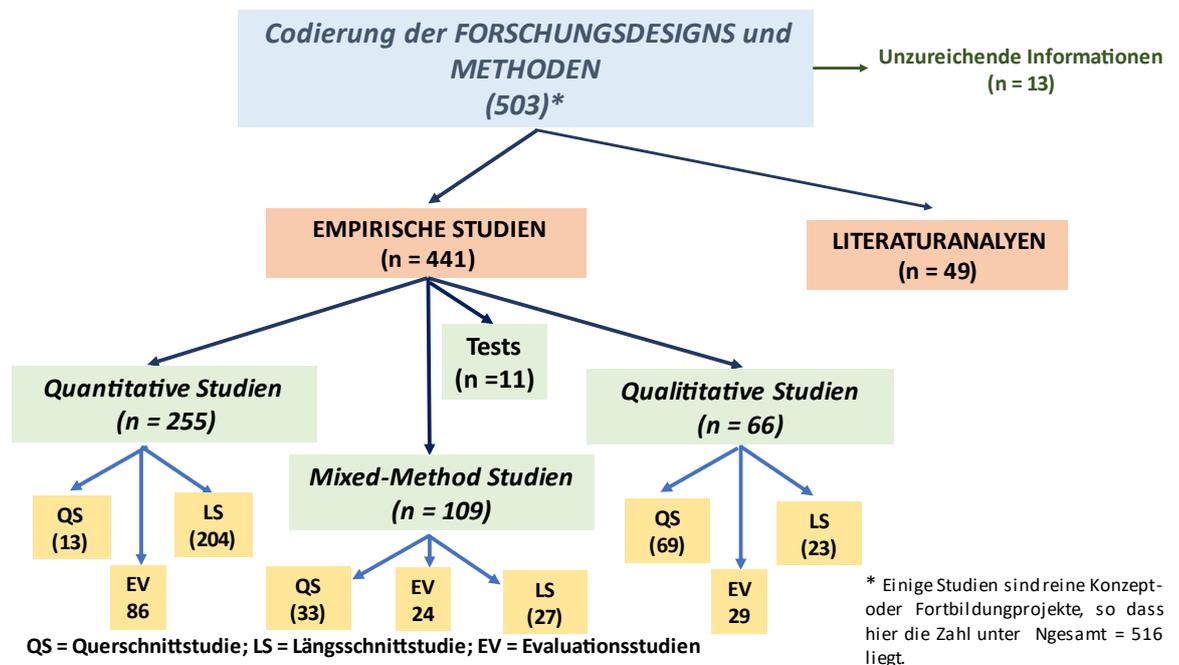


Abbildung 9 Codierung der Methoden der geförderten Forschungsarbeiten (eigene Darstellung)

3.4.3.1 Forschungsprojekte mit Routinedaten der Rentenversicherung (SUF- und RSD-Files)

Da innerhalb der quantitativen Studien der Analyse *prozessproduzierter administrativer Daten* (hier: aus der Rentenversicherung) eine zentrale Bedeutung zukommt, haben wir diese Studien im Folgenden extra ausgewiesen. Ihre Bedeutung erhalten sie dadurch, dass sie über vollständige und umfangreiche Datensätze verfügen, die die Verknüpfung einer Vielzahl generischer Personenmerkmale mit versorgungsrelevanten Parametern erlauben wie etwa mit der Inanspruchnahme von Leistungen, der Dauer von Arbeitsunfähigkeit, dem Bezug von Krankengeld, den Risiken der Beantragung von EM-Renten etc. und damit Versorgungslücken identifizierbar werden, Hypothesen über Schnittstellenprobleme formuliert werden können und Verlaufskarrieren für bestimmte Krankheiten identifiziert werden können und mögliche Gründe für mehr oder weniger erfolgreiche oder abwärts gerichtete Verläufe bestimmt werden können.

Mit der lexikalischen Suchfunktion wurden folgen Begriffe angespielt: SUF, SUF-Files, RV-Daten, Routinedaten, RSD, RSD-Files.

Insgesamt ergaben sich 30 Dokumente, von den wir 25 als einschlägig eingeschätzt haben.

Einschluss: Alle Projekte, bei denen SUF oder RSD oder Routinedaten in der Selbstbeschreibung auftauchen und diese Daten entweder ausschließlich oder in *Verknüpfung mit eigenen Erhebungen* (meist Fragebogendaten) verwendet haben, z.B. P 378 *Einfluss der Zufriedenheit und des subjektiven Behandlungserfolgs auf das objektiv messbare Ergebnis der medizinischen Rehabilitation: Ein Vergleich zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund*. Einbezogen wurden auch alle Projekte, dieangaben, Routinedaten zusätzlich zu anderen selbst erhobenen Daten ausgewertet oder analysiert zu haben.

Ausschluss: Projekte, bei denen die Nutzung der RSD/SUF-Files nur „unter anderem“ lief und keine eigenständige Forschungsfrage beantwortete, wie bei Projekt P 306 *Evaluation des Modellprojektes 'Frühintervention zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit (FEE)' der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland*.

Kontroverse Zuordnung: z.B. P062 *Rehabilitation bei Personen mit zeitlich befristeter Erwerbsminderungsrente (REBER)*; hier wurden Routinedaten der DRV genutzt, aber nur zur Ergänzung der Fragebogenerhebungen. Wir haben dieses Projekt trotzdem aufgenommen, weil der Vergleich mit den Routinedaten hier zusätzlichen Erkenntnisgewinn generiert. Dies trifft auch auf einige andere Projekte zu, etwa auf die Projekte P 213, P 214, P 216 und andere.

1. P 062

Rehabilitation bei Personen mit zeitlich befristeter Erwerbsminderungsrente (REBER)

2. P 070

Stufenweise Wiedereingliederung - Indikation, Einleitung und Durchführung

3. P 074

Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung

4. P 090

Beeinflussen sozioökonomische Merkmale der Rehabilitanden den Versicherungsverlauf nach medizinischer Rehabilitation? Eine Analyse von DRV-Routinedaten. (SOZReha)

5. P095
Wiederaufnahme der Arbeit nach Krebs - eine Untersuchung am Beispiel von Brustkrebspatientinnen
6. P 126
Erwerbsminderungsrente abgelehnt! Was wird aus den Antragstellern (ARentA)
7. P 159
Versorgung von Rehabilitanden mit Fibromyalgie in der stationären Rehabilitation: Diagnostische Zugänge, Rehabilitationskonzepte und sozialmedizinische Verläufe.
8. P 199
Zeitlich befristete Erwerbsminderungsrenten: Gibt es eine Chance auf Return to Work?
9. P 213
BOSS-Berufliche Orientierte Rehabilitation Suchtkranker in Stufen
10. P 214
Evaluation der Effekte von MBOR bei kardiologischen und pneumologischen Rehabilitanden der Rehabilitationsklinik Heidelberg-Königstuhl
11. P 216
Nachhaltigkeit der Effekte einer Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen
12. P 217
Rehabilitationszugang und -bedarf: Sektorenübergreifende Analyse von Versorgungsdaten der AOK Baden-Württemberg und der DRV Baden-Württemberg
13. P 218
Welche Maßnahme für wen? Evaluation des mittelfristigen Ergebnisses von LTA-Maßnahmen anhand von Daten der Berufsförderungswerke und DRV Baden-Württemberg
14. P 252
Zugang und Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen sowie Effekte auf die Erwerbs- und Pflegeprognose

15. P 305

Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines rehabilitationsbezogenen, standardisierten Fortbildungskonzeptes in hausärztlichen Qualitätszirkeln (ResQ)

16. P 372

Wie können Rentenversicherte mit Erwerbsminderungsrisiko rechtzeitig erkannt und konsekutiv durch Rehabilitation unterstützt werden? - SPE-EMR –

17. P 373

Entwicklungstrends und Strukturen von Anschlussrehabilitationen (AHB)

18. P 378

Einfluss der Zufriedenheit und des subjektiven Behandlungserfolgs auf das objektiv messbare Ergebnis der medizinischen Rehabilitation: Ein Vergleich zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund

19. P 389

Soziale Ungleichheiten im Zugang und in der Inanspruchnahme von Reha-Maßnahmen und Erwerbsminderungsrenten

20. P 405

Migration und gesundheitliche Ungleichheit in der Rehabilitation – Versorgungsbedarf und subjektive Bedürfnisse türkischer und türkischstämmiger Migranten im System der medizinischen Rehabilitation

21. P 421

Evaluation beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen am Beispiel von Einrichtungen der ambulanten und stationären beruflichen Rehabilitation

22. P 427

Antragstellung in der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation - Determinanten und Verläufe

23. P 429

Eingliederungsmanagement nach beruflicher Rehabilitation (EGM-LTA)

24. P 447

Bedeutung berufsbedingter Belastungen für Reha-Inanspruchnahme, Erwerbsminderung und weitere sozialmedizinische Indikationen (BeBB)

4. Zusammenfassende Interpretation der Ergebnisse

4.1 Themenschwerpunkte und -konjunkturen

Im Folgenden werden hier noch einmal kurz einige ausgewählte im geförderten Spektrum der Forschungsprojekte zu zentralen Leistungs- und Handlungsbereichen der Rehabilitation sichtbare Besonderheiten charakterisiert.

Medizinische Rehabilitation

Entsprechend dem Schwerpunkt der von der Rentenversicherung erbrachten Rehabilitationsleistungen verwundert es nicht, dass Forschungsprojekte zu Fragen der *Medizinischen Rehabilitation* mit ca. 51 % (261 Projekte) der codierten Projekte den größten Anteil an allen Projekten ausmachen; davon haben seit etwa 2004 in Folge der Aufnahme der MBOR-Maßnahmen in die zweite Revision der KTL ca. 10 % (26 Projekte) der Forschungsvorhaben *Fragen der beruflichen Orientierung* (v.a. der Evaluation der MBOR- Maßnahmen) aufgegriffen. Damit reagiert die Forschung auf eine veränderte Schwerpunktsetzung innerhalb der strategischen Orientierung der Rehabilitationsprogrammatik der Rentenversicherung in Richtung einer Stärkung der Bemühungen in Richtung der Rückkehr in Arbeit (Return to Work). Ob und inwieweit diese wiederum durch beauftragte vorausgehende Forschung bzw. wissenschaftliche Expertise beeinflusst wird, wäre ein interessantes Thema mit Blick auf die Rolle einer wissenschaftsgestützten Weiterentwicklung der Rehabilitation. Die 2007 von der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW e.V.) vorgelegte Expertise von Koch, Lehmann & Morfeld hatte hier bereits ein Anforderungsprofil entwickelt, dessen Einfluss auf eine bereichsspezifische Bewilligungspraxis, wie etwa Projekte zur MBOR-Orientierung vermutlich gegeben war, in anderen Bereichen wie etwa der ICF-orientierten Forschung oder der Forderung nach stärkerer Fokussierung auf Patientenorientierung oder auf Fragen geschlechtsspezifischer Differenzen in Reha-Zugang und -Nutzung jedoch nicht gewirkt hat; dies könnte u.a. auch damit zusammenhängen, dass versorgungspolitische Prioritäten fachlich-konzeptionellen Aspekten bei der Bewilligung vorgezogen werden. Darauf wird im folgenden Unterkapitel zu den Forschungslücken noch einmal Bezug genommen.

Zielgruppen und Diagnosen

Mit Blick auf die *Zielgruppen* der Rehabilitation zeigen sich ebenfalls deutliche Schwerpunkte: bei den Diagnosen überwiegen Projekte, die sich auf die Rehabilitation in der *Orthopädie* beziehen, gefolgt von Projekten aus dem Bereich der psychosomatischen Rehabilitation (vgl. Punkt 3.4.2). Immerhin 14 Projekte innerhalb der Projekte aus dem Bereich der Medizinischen Rehabilitation konzentrieren sich auf den in der Expertise von Koch u.a. (2007) als defizitär charakterisierten *Suchtbereich* (10 Projekte mit Schwerpunkt Suchtrehabilitation sind anderen Bereichen zugeordnet). Mit Blick auf die Förderkonjunkturen ist ab 2014 eine deutliche Zunahme geförderter Projekte aus dem Bereich der *Psychosomatischen Rehabilitation* festzustellen; dies dürfte auch mit konzeptionellen Überlegungen innerhalb der Rentenversicherung zu tun haben, die auf einen hohen Anteil an psychischer Komorbidität und auf eine Veränderung in der Vergabe von F-Diagnosen, innerhalb des medizinischen Systems reagieren, nicht zuletzt auf die Zunahme von EM-Berentungen aufgrund von F-Diagnosen (vgl. DRV-Positionspapier 2014; Roßbach u.a. 2015).

Innerhalb des Bereichs der *Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation* sind es vor allem Projekte, die sich mit Essstörungen, vor allem mit Adipositas befassen. Damit reagiert die Förderung einerseits auf einen epidemiologisch begründbaren Rehabilitationsbedarf, andererseits drängt sich zuweilen der Eindruck auf, dass hier ein zweifellos bedeutsames Gesundheitsproblem der sog. – hier vor allem sozialisationsbedingten – Zivilisationskrankheiten, das bereits in der akademischen Gesundheitsforschung sowie in der gesundheitspolitischen Präventionsagenda intensiv beforscht wird, im Verhältnis etwa zu psychischen Beeinträchtigungen bei Kindern- und Jugendlichen einen sehr (zu) großen Raum einnimmt. Auch die mangelnde Berücksichtigung eines um 23 % gestiegenen Anteils von Kindern- und Jugendlichen mit Migrationshintergrund (vgl. Reha-Bericht 2019) verweist auf eine gewisse Schieflage in der Förderung einschlägiger Forschungsvorhaben.

Bei den Projekten zur Medizinischen Rehabilitation fällt bei einer Reihe von Projekten ein indikationsbezogen sehr kleinteiliger, teils stark an medizinischen Behandlungsfragen im engeren Sinne orientierter Zuschnitt auf.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Mit knapp 5 % (= 25 Projekten) aller geförderten Forschungsvorhaben fällt dieser Bereich deutlich gegenüber anderen Leistungs- und Handlungsbereichen der Rehabilitation zurück; dies liegt auch an der von uns bewusst eng gewählten Codierung über die in den Sozialgesetzbüchern beschriebenen LTA-Leistungen. Mit Blick auf den Förderverlauf zeigt eine Zunahme der Förderung einschlägiger Projekte ab 2011 die bis 2017 ansteigt.

Reha-Steuerung

Mit Blick auf die mit 19 % (= 96 Projekte) an zweiter Stelle aller geförderten Forschungsprojekte liegenden Projekte aus dem Bereich der *Reha-Steuerung*; hier handelt es sich mehrheitlich um Projekte, die den *Zugang zu Reha-Leistungen* behandeln (61 Projekte) und (in teilweiser Überschneidung mit Projekten, die wir unter „Versorgungsforschung“ codiert haben) Probleme der Inanspruchnahme von Reha-Angeboten thematisieren.

Versorgungsforschung

Projekte zur Versorgungsforschung mit dem Schwerpunkt auf Analysen des Reha-Bedarfs und mit sozialepidemiologischen Analysen stehen an dritter Stelle aller geförderten Projekte. Wie im nächsten Punkt näher erläutert wird zeigen sich hier allerdings Defizite in der Behandlung einzelner Themenbereiche, die für die Rehabilitation aufgrund etwa veränderter demografischer Aspekte (Migration) oder mit Blick auf geschlechtsspezifisch besonderer Bedarfslagen bedeutsame sind (Gender).

4.2 Forschungslücken

In dem bereits erwähnten Expertengutachten von Koch u.a. (2007) wurden einige zentrale Herausforderungen der Rehabilitationsforschung zum damaligen Zeitpunkt benannt und daraus prioritäre Forschungsfelder abgeleitet. Im Folgenden werden die damals identifizierten Forschungslücken mit den in der Forschungsdokumentation aufgeführten geförderten Projekten verglichen und mit zusätzlichen Ergebnissen aus unserer Analyse ergänzt.

f) Forschungslücken im Bereich der rehabilitativen Versorgung und spezieller Zielgruppen

- Die geringe Anzahl von Projekten im Bereich der *Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben/Berufliche Rehabilitation* verweist angesichts von immerhin ca. 20 % aller bewilligten Reha-Leistungen 2018 im Bereich LTA (vgl. Reha-Bericht 2019, S. 61), für die ja eine medizinische Rehabilitation keine zwingende Voraussetzung darstellt, auf eine Forschungslücke in diesem Bereich, auf die die Rentenversicherung allerdings inzwischen mit der Ausschreibung eines Förderschwerpunkts „Berufliche Rehabilitation“ im November 2020 ja bereits reagiert hat. Insbesondere Projekte, die konkrete Verlaufsprozesse und die Bedingungen einer nachhaltigen Beschäftigungssicherung in den Blick nehmen und Projekte, die die differenzielle Zuweisung von Rehabilitanden/innen zu unterschiedlichen Maßnahmen anhand von operationalisierbaren Zuweisungs- und Erfolgskriterien scheinen hier vordringlich.

Aus unserer Sicht sind zudem Projekte einer Früherkennung von arbeitsbedingten gesundheitlichen Risiken in Kooperation mit den Betrieben und dem Arbeitsschutz erforderlich. Mit Blick auf die Rückkehr in Arbeit erscheint uns ebenfalls eine Stärkung der Förderung von Forschungsprojekten wünschenswert, die die Gelingensbedingungen und Barrieren einer Vernetzung zwischen ärztlicher Primärversorgung, Rehabilitation und betrieblicher Arbeitswelt in den Fokus rücken. Projekte zur Identifikation von „Risikogruppen“ sollten unserer Ansicht nach angesichts der großen Heterogenität der biografischen Konstellationen der Rehabilitanden/innen im Bereich der beruflichen Rehabilitation durch konkrete Studien zum Case-Management insbesondere auch mit Blick auf den Verlauf und die nachhaltigen Erfolge beim Stay at Work ergänzt werden. Eine Anregung der Expertise von Koch u.a. (2007) aufgreifend, wären zudem wissenschaftliche Analysen zur Stärkung lebens- und arbeitswelt-naher Rehabilitationsforschung (insbesondere in den Bereichen der beruflichen Rehabilitation) wünschenswert.

- *Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund.* Hier beziehen sich nur 11 Projekte (weniger als 2,5 % aller geförderten Forschungsvorhaben) ausdrücklich auf Fragestellungen, die die Situation von Rehabilitanden/innen in der Rehabilitation zum Gegenstand haben. Die entsprechende Priorisierungsnotwendigkeit wie sie in der Expertise von Koch u.a. (2007) vorgeschlagen wurde, schlägt sich nicht in einer entsprechenden Projektförderung nieder. Angesichts einer auch künftigen Zunahme von Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund und einer Unterinanspruchnahme von Reha-Leistungen durch diese Personengruppen erscheint hier eine gezielte Förderung von Forschungsprojekten zur Entwicklung und Überprüfung kultursensibler Angebote dringend erforderlich. Dies gilt auch für den Bereich der geschlechtsspezifischen Rehabilitationsforschung:
- *Gender/Diversity:* Forschungsprojekt, die sich diesem Thema widmen machen in der Analyse der geförderten Projekte nur einen sehr kleinen Bereich aus: nur 6 Forschungsprojekte sind hier einschlägig. Eine übergreifende Analyse fehlt in diesem Bereich. Dies ist umso gravierender als die besonderen Formen im „Kranksein“ und der Krankheitsbearbeitung/-bewältigung von Frauen schon seit einigen Jahrzehnten in der Gesundheitsforschung und -soziologie bekannt sind und diskutiert werden und im Sinne einer personalisierten Rehabilitation und passgenauer und akzeptierter Hilfen gezielt entwickelt werden müssten.
- *Menschen mit Behinderungen:* hier finden sich über den gesamten Zeitverlauf hinweg nur 4 Projekte (davon zwei zu Sehbehinderung/Blindheit). Es wäre wünschenswert diese Forschungslücke mit einschlägigen Forschungsprojekten zu schließen.

- *Prävention.* Hier zeigt sich ein großer Nachholbedarf an einschlägigen Forschungsprojekten. Die wenigen geförderter Projekte sind alle neueren Datums wie etwa eine Studie zur Überprüfung der Effekte der Ü-45 Checks (vgl. Projekt 054). Aus fachlicher Sicht wären hier Forschungsprojekte sinnvoll, die nicht nur Risikogruppen identifizieren oder auf individuelle Veränderungen in Richtung einer gesundheitsförderlichen Lebensweise abstellen, sondern auch in Kooperation mit betriebsärztlichen Diensten, BEM-Beauftragten und dem Arbeitsschutz und Forschungseinrichtungen wie der BAuA und der Gesetzlichen Unfallversicherung sowie dem Firmenservice der Rentenversicherung strukturelle Aspekte gesundheitsschädlicher Arbeitsbedingungen auch in der Forschung in den Blick nehmen.
- *Nachsorge:* Bei diesem für die Stabilisierung und Sicherung des Rehabilitationserfolgs zentralen Thema zeigt sich eine vermutlich aus Praxisnotwendigkeiten heraus entstandene intensive Förderung einschlägiger Forschungsprojekte (72 einschlägig codierte Forschungsvorhaben). Hier fallen insbesondere die starke Präsenz internetbasierter Nachsorge und telerehabilitativer Nachsorgeunterstützung positiv auf.

g) Reha-Steuerung

In diesem Feld sind es besonders drei Bereiche, in denen wir Forschungslücken in der geförderten Reha-Forschung sehen:

- Vernetzung der primärärztlichen Versorgung mit der Rehabilitation
- Vernetzung der rehabilitativen Versorgung mit der Arbeitswelt; hier wäre auch an eine Vernetzung mit Forschungsprojekten des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB) zu denken.
- Nur wenige Projekte widmen sich der Problematik des *Schnittstellenmanagements*. Dies betrifft nicht nur die Vernetzung der oben benannten Bereiche, sondern berührt darüber hinaus das Thema der träger- und rechtskreisübergreifenden Barrieren, die die Einleitung und Organisation von Rehabilitationsleistungen betreffen; hierzu liegen zwar eine Vielzahl von Erfahrungsberichten, aber so gut wie keine wissenschaftlichen Analysen vor. Die im Rahmen von Reha-Pro geförderten und wissenschaftlich begleiteten Modellprojekte greifen dies inzwischen auf.
- Förderung rehabilitationsökonomischer Analysen (vgl. auch schon: Koch u.a. 2007).
- Eine große Forschungslücke zeigt sich hier im Bereich von Forschungsprojekten, die einen systematischen *Vergleich zwischen stationären und ambulanten Rehabilitationsangeboten* vornehmen. Dies ist sowohl aus rehabilitationsökonomischer Perspektive, vor allem aber mit Blick auf Niedrigschwelligkeit, Akzeptanz und regionale Angebotssicherung von Bedeutung.

h) Qualitätssicherung

- Während im engeren Sinne der Entwicklung, Analyse und Überprüfung von Qualitätssicherungsverfahren nur 8 Projekte codiert werden konnten, zeigten sich (teils mit Überschneidungen zu diesen 8 Projekten) Studien zu *Leitlinien, Therapiestandards, Reha-Management-kategorien, KTL-Anwendung, -Nutzung- und -Überprüfung insgesamt 11 Studien* (Ifd. Projektnummern: 011, 061 [ökonomische Analyse], 105, 114,150, 208, 212,235, 280, 381,428 [ökonomische Analyse], 434 [ökonomische Analyse], 443, 462, 473). Hier wäre aus unserer Sicht eine gezielte Förderung erforderlich, vor allem auch Projekte, die eine qualitative Perspektive auf die tatsächliche Praxisfunktion dieser Qualitätssicherungssysteme entwickelt.

i) Konzeptionelle Aspekte

- Hier findet sich eine deutliche schon von Koch u.a. (2007) benannte Forschungslücke im Bereich der wissenschaftlichen Analyse der *Weiterentwicklung, Anwendung und Nutzung der ICF*.
- Eine Forschungslücke zeigt sich hier im Bereich der *Patientenorientierung, der Partizipation und der Patientenerfahrungen*. Dieses Thema berührt nicht nur die rechtlichen Vorgaben zur Personenzentrierung im BTHG, sondern betreffen auch Fragen der Akzeptanz der rehabilitativen Angebote durch die Rehabilitanden/innen und die Frage der lebensweltlichen Passfähigkeit der Angebote und Interventionen. Mit Blick auf Förderung der Eigenverantwortung und der Förderung von Selbstständigkeit fehlen hier wissenschaftliche Analysen, die aufzeigen, unter welchen Bedingungen und mit Blick auf welche Personengruppen und diagnosespezifische Beeinträchtigungen die Erwartungen an Eigenverantwortung und Selbstständigkeit gefördert werden können. Die Studien zu Patientenschulungen gehen hier unseres Erachtens zu stark von normativen Gesundheitsvorstellungen aus und berücksichtigen zu wenig die milieu- und lebenslagenspezifischen sowie biografischen Voraussetzungen der von Seiten der Rehabilitation formulierten Erwartungen.

j) Forschungsmethoden

- Insgesamt zeigt sich in den Projekten ein sehr hohes Niveau der methodischen Anlage der Studien. Das betrifft die Orientierung an Standards der Evidenzbasierung und trifft mit gewissen Einschränkungen auch auf die zahlenmäßig schwächer vertretenen qualitativen Studien zu. Einen zusätzlichen Forschungsbedarf sehen wir hier vor allem in Verlaufsstudien vor allem im Bereich der qualitativen Analysen.

Die in dieser Zusammenfassung dargestellten Ergebnisse zu den geförderten rehabilitationswissenschaftlichen Projekten auf Basis der Forschungsdatenbank vermitteln unserer Ansicht einen guten Anhaltspunkt um auch die Weiterentwicklung der rehabilitationswissenschaftlichen Forschungslandschaft zu gestalten und bislang weiße Flecken auf der Landkarte mit gezielten Projekten und Schwerpunktsetzungen anzugehen. Zu einer vollständigeren Charakterisierung der nationalen rehabilitationswissenschaftlichen Forschung wären unserer Ansicht nach auch die Ergebnisse der rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien, vor allem aber auch in systematischer Weise Ergebnisse aus den unterschiedlichen gesundheitswissenschaftlichen akademischen Disziplinen (Public Health, Medizinsoziologie und -psychologie, der Rehabilitationspädagogik und der Gesundheitsökonomie einzubeziehen und für die Weiterentwicklung der Rehabilitation zu nutzen.

5. Empfehlungen

5.1 Perspektiven für eine kontinuierliche Forschungsdokumentation

Wenn kontinuierliche Forschungsdokumentation mehr sein soll als eine mehr oder weniger legitimatorische Bestandsaufnahme über geförderte Forschungsvorhaben, dann sind zunächst Zielperspektiven zu entwickeln. Wir sehen hier vor allem folgende Ziele für eine Forschungsdokumentation als „lernendes System“:

(6) Sicherung des wissenschaftlichen Kenntnisstandes zu zentralen Bereichen der Rehabilitation.

Da schon der nationale Forschungsstand der im weiteren Sinne verstandenen Rehabilitationswissenschaften, vom internationalen ganz zu schweigen inzwischen kaum noch überschaubar ist und breit gestreut publiziert ist, scheint es uns auf mittlere Sicht auch für die Rentenversicherung sinnvoll, die von ihr geförderten Projekte in einen größeren Rahmen einzuordnen und mit Blick auf Schwerpunktsetzungen und Praxisrelevanz und -tauglichkeit zu bewerten. Hier böte es sich an in enger Kooperation mit Universitäten, der DVfR und bestehenden rehabilitationswissenschaftlichen Forschungszentren eine Bestandsaufnahme der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung über bereichsspezifische systematische Reviews ggf. durch eine zusätzliche DFG geförderte Initiative zu entwickeln. Hier könnten bereits zu sehr speziellen Forschungsthemen entwickelte Reviews systematisch einbezogen werden.

(7) Identifikation von Forschungslücken entsprechend der zentralen Zielsetzungen der Rehabilitation und veränderter Schwerpunktsetzungen, sei es aufgrund veränderter (epidemiologischer) Problemlagen (z.B. EM-Renten wegen psychischer Erkrankungen) oder veränderter rehabilitationspolitischer Vorgaben (Präventionsgesetz; Flexi-Rentengesetz; verstärkte Konzentration auf die Kooperation zwischen Betrieben auf der einen und Medizinischer und Beruflicher Rehabilitation auf der anderen Seite bei RTW und Stay at Work).

(8) Informationssystem zur Vernetzung interessierter wissenschaftliche Kooperationspartner bei ähnlich gelagerten Themen- und Fragestellungen und die Vernetzung von Praxiseinrichtungen. Damit könnten Synergieeffekte geschaffen werden und Forschungsprojekte mit sehr ähnlichen Fragestellungen sich besser austauschen.

(9) *Ergebnissicherung aus der Forschung gewonnener Praxisempfehlungen zur Weiterentwicklung der Rehabilitation und Überprüfung, ob aus den Ergebnissen der geförderten Studien praktische Konsequenzen gezogen wurden.* Während hier bereits mit Blick auf die berufliche Orientierung in der Medizinischen Rehabilitation eine Reihe von Projekten (vgl. 3.2.1, S. 21) diesen engen Bezug sichtbar werden lassen, fehlt dies für andere Bereiche. Mit einer Dokumentation des Eingangs von Forschungsergebnissen in die Praxis könnte der Zusammenhang zwischen Rehabilitation und Forschung(ergebnissen) sichtbar gemacht werden und gezeigt werden, wie die Förderung von Forschungsprojekten durch die Rentenversicherung der Weiterentwicklung der Rehabilitation tatsächlich dient.

(10) *Dokumentation der Projektberichte (zugängliche PDF-Formate) und der aus den Projekten entstandenen Veröffentlichungen.*

Die Projekte sollten aus unserer Sicht für interessierte Forscher/innen und Praktiker/innen zugänglich sein; da die teils umfangreichen und teils sehr spezifischen Projektberichte oft nicht in ihrer Gesamtheit veröffentlicht werden, wäre ein Zugang über nicht-bearbeitbare PDF-Dateien sinnvoll. Da wissenschaftliche Veröffentlichungen oft erst lange nach Abschluss der Projekte erscheinen, wäre es aus unserer Sicht hilfreich, wenn die jeweiligen Projektleiter/innen darum gebeten werden, Publikationen an die DRV zu melden, damit diese dann in die Datenbank aufgenommen werden können bzw. die Beiträge von den Autoren/innen selbst auf eine entsprechende Seite hochgeladen werden können. Zwar finden sich instruktive und thematisch zugeordnete Zusammenfassungen (nicht nur) der von der Rentenversicherung geförderten Projekte in den jährlichen Veröffentlichungen der Reha-Kolloquien, diese haben aber nur einen engen Adressatenkreis im Umfeld der „Reha-Community“. Angesichts der Menge unterschiedlicher Forschungsaktivitäten und Projektergebnisse ließe sich eine derartige Dokumentation als eine hilfreiche Dienstleistung begreifen, die die oft verstreut publizierten Beiträge zusammenträgt und damit auch den interdisziplinären Austausch fördern kann.

Die Entscheidung für ein – nicht zuletzt auch für die Fachöffentlichkeit – leicht zugängliches Dokumentationssystem der von der Rentenversicherung geförderten Forschungsprojekte sollte aus unserer Sicht vor allem mit konzeptionellen und strategischen Fragen der Rehabilitation verbunden werden und damit selbst eine Hilfe bei der Steuerung der Forschungsförderung der Rentenversicherung darstellen.

5.2 Vorschlag für eine Systematik der Forschungsdokumentation

5.2.1 Anforderungsskizze für eine Eingabemaske

Für eine zukünftige Dokumentation wäre es wünschenswert jedes neu geförderte Projekt umfassender und vor allem eindeutiger und nach einheitlichen Kriterien zu codieren:

Formalia:

- *Einheitliche Betreuung der Datenbank und Ergänzung der bereits vorliegenden Einträge nach den weiter unten angesprochenen inhaltlichen Kriterien*
- *Vollständigkeit der von allen Rentenversicherungsträgern geförderten Projekte durch eine einheitlich gestaltete Eingabemaske (siehe dazu unseren Vorschlag unter 5.2.2); hier sollten die Forscher/innen aufgefordert werden, zentralen Daten selbst einzutragen; andere Daten wie etwa zur Nutzung oder Umsetzung der Ergebnisse müssten dann von dem jeweiligen Rentenversicherungsträger eingefügt werden.*
- *Bewilligungszeitpunkt – Bewilligungsdauer in Monaten*
 - Ggf. Beendigung des Projekts (um festzustellen, ob es ggf. eine Weiterförderung gegeben hat; kostenneutrale Verlängerungen sollten nicht aufgenommen werden)
- *Geförderte Einrichtung und ggf. beteiligte Kooperationspartner*
 - Diese Angabe scheint uns wichtig, um die Breite der geförderten Forschungseinrichtungen und Perspektiven sichtbar zu machen und um bestimmte Kompetenzzentren zu identifizieren;
 - Als Möglichkeit zur Kontaktaufnahme zu Kooperationszwecken
- *Form der Förderung (optional als interne administrative Information)*
 - Forschungsförderung nach § 31, Abs. 1, Nr. 3 SGB IV oder Auftragsforschung (Vollkostenerstattung, Umsatzsteuerpflicht)
- *Ausbau, Pflege und Aktualisierung des Forschungsportals der laufenden Projekte, damit Vernetzungsmöglichkeiten stattfinden können. Unter „Reha-Wissenschaften“ datiert der letzte Eintrag im Forschungsportale auf 2014.*

Inhaltliche Gesichtspunkte:

- *Ziele*
 - Aus dem Vorblatt des Antrags nehmen; dies ist nicht trivial, weil oft nur das Thema oder Fragestellungen genannt werden oder eine Hypothese. Es wäre hier vielleicht besser nach *Ziel - erwartetes Ergebnis - Beitrag zur Reha* (Nutzen- und Verwendungsmöglichkeit: letzte Zeile des Antragsblatts) zu unterscheiden.
- Zuordnung der Projekte zu Handlungsfeldern der Rehabilitation

Im Entwurf zur nachfolgenden Eingabemaske für eine Dokumentation der geförderten Projekte werden die Handlungsfelder aufgeführt. Wir schlagen in Anlehnung an unsere Auswertung der Datenbank vor, hier *erstens* die zentralen Leistungsarten der Rehabilitation zu erfassen und *zweitens* zentrale themenbezogene Aspekte der Rehabilitation zu dokumentieren.

Zentrale Leistungsarten:

- *Medizinische Rehabilitation*
 - *Entwicklung und Überprüfung diagnostischer Instrumente und von Screenings*
 - *Outcome- orientierte und formative Evaluation von Maßnahmen und Behandlungen*
 - *Entwicklung und Überprüfung neuer Behandlungsverfahren*
 - *etc.*
- *Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben*
 - *Qualifizierung/Bildungsleistungen*
 - *Kooperation mit und Begleitung im Betrieb/Job-coaching/Unterstütze Beschäftigung*
- *Prävention*
 - *Risikogruppenbezogene Prävention*
 - *Verhältnisbezogene Präventionsleistungen*

- *Nachsorge*
 - *Nachsorge in der medizinischen Rehabilitation*
 - *Nachsorge bei LTA-Leistungen*

Themenspezifische Schwerpunkte der Rehabilitation: z.B.

- *Sozialmedizin*
 - *Beurteilung der Arbeitsfähigkeit/Leistungsbeurteilung*
 - *Reha und Erwerbsminderungsrentenbegutachtung*
 - *etc.*
- *Versorgungsforschung*
 - *Risikogruppen*
 - *Epidemiologische Entwicklungen*
 - *etc.*
- *Reha-Steuerung*
 - *Zugang zur Reha*
 - *Inanspruchnahme*
 - *etc.*

5.2.2 Vorschlag für eine einheitliche Eingabemaske

(1) Titel des Projekts	
(2) Antragstellende Einrichtung ProjektleiterIn	
(3) Beteiligte Einrichtungen/ Kooperationspartner	
(4) Fragestellungen Untersuchungsziel(e)	
(5) Projektlaufzeit	
(6) Zuordnung zu Leistungsbereichen der Rehabilitation	0 = Medizinische Rehabilitation (§ 15 SGB VI, § 40 SGB V, § 42 SGB IX) 0 = Leistungen z. Teilhabe am Arbeitsleben (§ 16 SGB VI; § 49 - 63 SGB IX) 0 = Prävention (§ 14 SGB VI; § 167 SGB IX; Präventionsgesetz) 0 = Nachsorge (§ 17 SGB VI) 0 = Sonstige
(7) Zuordnung zu Themen der Rehabilitation(sforschung)	0 = Versorgungsforschung (z.B. Epidemiologie; Risikogruppen) 0 = Reha-Steuerung (z.B. Zugang; Inanspruchnahme; Verfahren) 0 = Sozialmedizin 0 = Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement 0 = Patientenorientierung/ Partizipation/ Patientenschulung 0 = Migration 0 = Gender/Diversity 0 = Aus- Fort- und Weiterbildung 0 = Sonstige

(8) Studientyp/Studiendesign	<p>0 = Querschnittstudie 0 = Längsschnitt/Verlaufsstudie</p> <p>0 = Evaluation</p> <p>0 = quantitativ</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ RCT ○ mit RSD-Files ○ andere <p>0 = Mixed-Method</p> <p>0 = Qualitativ</p> <p>0 = Literaturstudie (Scoping-Review, Meta-Analyse, systematische Literaturübersichten)</p>
(9) Qualitätsbewertung der Studie (nach Evidenzgraden entsprechend, getrennt nach Qualitätskriterien für quantitative und für qualitative Studien)	
(10) Diagnosen	<p>0 = Diagnoseübergreifend</p> <p>0 = Orthopädie</p> <p>0 = Kardiologie</p> <p>0 = Onkologie</p> <p>0 = Psychosomatik</p> <p>0 = Abhängigkeitserkrankungen</p> <p>0 = Neurologische Erkrankungen</p> <p>0 = Innere Erkrankungen</p> <p>0 = Kinder- und Jugendliche</p> <p>0 = Behinderungen</p> <p>0 = Andere</p> <p>0 = trifft nicht zu</p>
(11) Hauptergebnisse der Studie	
(12) Wissenschaftlicher Erkenntnisgewinn	

(13) Beitrag der Studie zur Verbesserung der Rehabilitation(spraxis) (Versorgung, Steuerung, Behandlung)	
(14) Umsetzung der Ergebnisse	
(15) Publikationen	

Alle Punkte bis auf 9 und 14 sollten von den Forschenden selbst ausgefüllt und bei (15) nachträglich von ihnen ergänzt werden.

Punkt 9 sollte nicht öffentlich einsehbar sein und von den Gutachtern/innen der entsprechenden Projekte nach Abschluss eingeschätzt werden. Punkt 14 sollte von dem jeweiligen Rentenversicherungsträger eingetragen werden.

Literatur

- Bengel, J. & Koch, U. (Hrsg.) (2000): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Bengel, J. & Mittag, O. (Hrsg.) (2020) Psychologie in der medizinischen Rehabilitation. (2.Aufl.). Berlin: Springer Nature.
- Blumenthal, W. & Schliehe, F. (2009): Teilhabe als Ziel der Rehabilitation: 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V.. Heidelberg: DVfR.
- Brzoska, P. (2016): Versorgungsforschung bei Menschen mit Migrationshintergrund auf Basis von Daten der Deutschen Rentenversicherung. Möglichkeiten und Grenzen. Vortrag bei der Fachtagung „Statistiken und statistisches Berichtswesen der GRV 2016. Erkner
- Buschmann-Steinhage, R. (2015): Forschung im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung In: Mülheims, L., Hummel, K., Peters-Lange, S., Toepler, E., Schuhmann, I. (Hrsg.) Handbuch Sozialversicherungswissenschaft. (S.295-308). Wiesbaden: Springer-VS.
- Buschmann-Steinhage, R. & Brüggemann, S. (2011): Veränderungstrends in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. *Bundesgesundheitsblatt* 54, S. 404-410.
- Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2009): Gemeinsamer Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Deutschen Rentenversicherung. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2014): Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung.
- DAK (Hrsg.) (2016): DAK-Gesundheitsreport. Hamburg: DAK-Gesundheit.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2021): Reha-Atlas 2020. Die Teilhabeleistungen der Deutschen Rentenversicherung in Zahlen, Fakten und Trends. Berlin.
- Erbstößer, S. & Zollmann, P. (2015): Versorgungsunterschiede zwischen deutschen und ausländischen Rehabilitanden? In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) 24. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. (S. 30-33). DRV-Schriften Band 107. Berlin: DRV-Bund.
- Gerdes, N. (2000): Zur Theorie der Rehabilitation. In: Bengel, J & Koch, U. (Hrsg.) Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. (S. 41-68). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Koch, U., Lehmann, C. & Morfeld, M. (2007): Bestandsaufnahme und Zukunft der Rehabilitationsforschung in Deutschland. *Die Rehabilitation* 46, S. 127 – 144
- Maschewki-Schneider, U. (1997): Frauen sind anders krank. Zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland. München: Juventa.
- Maschewsky-Schneider, U., Hinze, L., Kolip, P. & Scheidig, C. (2001): Frauen- und geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung in der DGSMP. *Gesundheitswesen* 63(1), S. 589-592.
- Raspe, H. (2019): Aufbruch in der Rehabilitationsforschung. Vor und nach den „Reha-Forschungsverbänden“. In: Wehner, Ch. (Hrsg.) Aufbrüche in der Rehabilitation. Geschichte und Gegenwart in der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. (S. 176 – 185). Düsseldorf: Dokumentations- und Forschungsstelle der Sozialversicherungsträger, sv.dok.

- Rosenbrock, R. & Hartung, S. (Hrsg.) (2012): Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Hans Huber.
- Roßbach, G., Weinbrenner, S., Brüggemann, S. Martin, S. & Rose, A. (2015): Die Bedeutung psychischer Erkrankungen aus der Perspektive der Deutschen Rentenversicherung. *RVaktuell* 5/6, S. 114-124.
- Schenk, L. u.a. (2006): Mindestindikatoren zur Erfassung des Migrationsstatus - Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 49 (9), S. 853 – 860.
- Schliehe, F. & Elwert, T. (2013): Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) – Aktualisierung der problemorientierten Bestandsaufnahme. *Die Rehabilitation* 53, S. 40-50.
- Schmidt, Kolip & Greitemann (2001): Geschlechtsspezifische Aspekte der Rehabilitation chronischer Rückenschmerzen. *Die Rehabilitation* 40 (5), S. 261-266.
- Schuntermann, M. (2005): ICF – Einführung in die ICF. Grundkurs - Übungen - offene Fragen. Landsberg a. Lech: Ecomed-Verlag.
- Spijkers, W., Pelzer, B & Arling, V. (2015): Ergebnisse aus dem Projekt "Forschungsexpertise in der Landschaft der beruflichen Rehabilitation" (FELBER). In: Deutsche Rentenversicherung Bund & Deutsche Rentenversicherung Rheinland (Hrsg.) 25. Reha-wissenschaftliches Kolloquium in Aachen. S. 282-283. Berlin: DRV-Bund.
- Tate, D.G. (2006): The State of Rehabilitation Research: Art or Science? *Physical Medicine and Rehabilitation* Volume 87 (2), p. 160-166.
- von Kardorff, E. (2020): Qualitative Rehabilitationspsychologie. In: Mey G. & Mruck K. (Hrsg.) Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. (443-459). Wiesbaden: Springer.
- Walter, U., Buschmann-Steinhage, R., Faller, H., Kliche, T., Müller, H., Pfeiffer & Koch, U. (2008): Prävention und Rehabilitation: Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Konzepten, Rahmenbedingungen und Umsetzung in der gesundheitlichen Versorgung. (359 – 372). In: Kirch, W., Badura, B. & Pfaff, H. (Hrsg.) Prävention und Versorgungsforschung. Heidelberg: Springer.
- Weber, A., Peschkes, L. & de Boer, W.E. L. (Hrsg.) (2014). Return to Work – Arbeit für Alle – Grundlagen der beruflichen Reintegration. Stuttgart: Gentner.
- Wehner, Ch. (2019): Von der „Legitimationsforschung“ zur Multidisziplin. Zur Verwissenschaftlichung und Professionalisierung der Rehabilitationsforschung in den 1990er-Jahren. In: ders. (Hrsg.) Aufbrüche in der Rehabilitation. Geschichte und Gegenwart der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. (S. 75 – 95).
- Worringen, U. & Zwingmann, Ch. (Hrsg.) (2001): Rehabilitation weiblich - männlich. Geschlechtsspezifische Rehabilitationsforschung. München: Juventa.
- Zapfel, S., Swetlova, K. & Faßmann, H. (Hrsg.) (2013): Migrant(inn)en in der beruflichen Rehabilitation – Ergebnisse einer qualitativen Pilotstudie. Norderstedt: BoD.